

UVIC

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

THESE DOCTORALE

TROUBLES ÉMOTIONNELS ET KINÉSITHÉRAPIE ESTHÉTIQUE : COMPÉTENCES DES KINESITHÉRAPEUTES A REpondre AUX BESOINS DES USAGERS



Thèse présentée pour le grade de Docteur en Physiothérapie :
Bien-être, Santé et Qualité de Vie

U UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

Escola de Doctorat



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

THESE DOCTORALE

TROUBLES ÉMOTIONNELS

ET KINÉSITHÉRAPIE ESTHÉTIQUE :

COMPÉTENCES DES KINESITHÉRAPEUTES

A REpondre AUX BESOINS DES USAGERS

Saïd CHAJID

Dirigé par : Dr RUIZ COLOMA C.

Thèse présentée pour le grade de Docteur en Physiothérapie :
Bien-être, Santé et Qualité de Vie

Faculté des Sciences de la Santé
Université de Vic
Université Centrale de Catalogne
Vic, 2017

THÈSE DOCTORALE

De nombreuses publications dénoncent les conflits psychosomatiques et précisent que l'enveloppe physique ne représente que la vitrine de l'estime de soi, image de soi et donc de l'identité de soi. La kinésithérapie esthétique au Maroc est en devoir de s'interroger sur ce qu'elle est amenée à soigner : le corps ou les émotions de l'utilisateur ? Ces professionnels de la santé sont invités à une enquête sur leur formation et leur compétence à répondre aux motifs de consultation en matière de kinésithérapie esthétique.

Il s'agit de mettre en évidence les troubles émotionnels des usagers par une administration de psychométrie comprenant 3 questionnaires validés et un quatrième questionnaire de satisfaction des usagers par rapport aux soins corporels et au suivi des émotions. Le cinquième questionnaire est destiné aux kinésithérapeutes qui pratiquent les soins esthétiques pour nous faire part de la perception de leur capacité à répondre aux motifs de consultation des usagers.

Plus d'un tiers des usagers présente une symptomatologie émotionnelle avec une perturbation de l'estime de soi, l'image de soi et un trouble anxio-dépressif. De ce fait, ils attendent une prise en charge kinésithérapique des troubles physiques et émotionnels. Les kinésithérapeutes se disent compétents pour les soins corporels, mais pas pour assurer ni une identification, ni un suivi des troubles émotionnels. Au regard de leurs ressentis, un besoin de formation est manifeste, dans le dépistage de ces troubles émotionnels.

Mots clés : Kinésithérapie esthétique, Troubles émotionnels, Estime de soi, Image de soi, Trouble anxio-dépressif,

“L’émotion est le sentiment d’un plaisir ou d’un déplaisir actuel qui ne laisse pas le sujet parvenir à la réflexion. Dans l’émotion, l’esprit surpris par l’impression perd l’empire sur lui-même”

KANT

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Mes vives remerciements vont à ma directrice de thèse, Cristina Ruiz Coloma, qui m'a guidé avec patience et compétence. Tes conseils et ton encouragement permanent m'ont permis de mener à terme ce projet. Je te suis profondément reconnaissant.

Je tiens à remercier la Catalogne pour son sens de l'accueil, à Claude sans qui je n'aurais jamais eu la chance de connaître l'université de Vic, la gentillesse de son personnel, l'aide précieuse de Montse, et Carles, ainsi que tous ceux à l'Université de Vic, la Faculté des sciences de la santé, et l'École doctorale, qui ont cru en moi et mon projet, et m'ont donné l'occasion de le réaliser et être à Vic aujourd'hui. Je voudrais vous dire à tous : moltes gràcies per tot.

Je remercie également Raimon pour son aide précieuse dans cette recherche.

Je remercie tout particulièrement les membres du jury pour l'honneur qu'ils me font à évaluer ce travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Merci à Nisrine pour son appui et son soutien.

Merci à ces étudiants qui ont accepté de collaborer généreusement à l'élaboration de cette recherche en m'offrant leur temps avec beaucoup de sérieux.

Merci à tous les usagers qui ont bien voulu participer à notre étude.

Merci à ma femme, Houda pour les innombrables heures consacrées au présent document. Sans ton soutien indéfectible, ta patience sans limite et ton amour permanent, je n'aurais pas pu atteindre la ligne d'arrivée à temps.

Merci à mes enfants, Soufiane, Yacine, Mehdi et Jenna de m'avoir supporté pendant tout le temps de ce travail et pour leurs encouragements à atteindre mon but.

Merci à ma sœur Rachida, à mes frères Mohamed, Fouad, Karim et Aziz pour leur présence dans ma vie et la force qu'ils me procurent dans la réalisation de ce travail et à Mustapha pour sa joie.

Ma dernière pensée va à ma mère Fatna et à mon père Larbi, à qui je dédie ce modeste travail pour tenter de leur rendre une infime partie de leurs amours, leurs forces et leurs reconnaissances qui m'ont construit tout au long de ma vie et qui me manquent tant à ce jour. Que Dieu ait leur âme.

PUBLICATIONS :

1ère étape :

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, (2016), Maroc : la kinésithérapie esthétique entre dérive et progrès, *Kinésithérapie la revue*, 16 (171), p 1-3.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, (juillet 2017). Collaboration nord-sud : Rééduquons la kinésithérapie africaine, *Kinésithérapie la Revue*, (publication acceptée).

2è étape :

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, (2017). Identification des troubles émotionnels chez les usagers de la kinésithérapie esthétique, *Kinésithérapie la Revue*, (en cours d'acceptation).

3è étape :

Chajid S., Ruiz Coloma C. (2018). Compétence des kinésithérapeutes à répondre aux besoins des usagers de la kinésithérapie esthétique (projet de publication)

CONGRES ET CONFERENCES :

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, La qualité de formation en santé, Ministère de la santé, Institut de santé publique, Niamey, Niger, juin, 2015.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, Nouvelle perspective en kinésithérapie, Congrès Association des Physiothérapeutes Tunisiens, Nabeul, Tunisie, avril 2015.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, La formation en kinésithérapie, Congrès FATO (FEDERATION AFRICAINE DES TECHNICIENS ORTHOPROTHESISTES) Section kinésithérapie, Togo, août 2016.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, La kinésithérapie esthétique au Maroc, journée scientifique, Institut des Hautes Etudes en Paramédical du Sud, Marrakech, février, 2017.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, La kinésithérapie esthétique au Maroc, journée scientifique, Institut des Hautes Etudes en Paramédical du Sud, Marrakech, février, 2017.

Chajid Saïd, Ruiz Coloma Cristina, S'ouvrir et innover en kinésithérapie, 6èmes Journées Francophones de Kinésithérapie, Société Française de Physiothérapie, Paris, avril 2017.

RESUME

De nombreuses publications dénoncent les conflits psychosomatiques et précisent que l'enveloppe physique ne représente que la vitrine de l'estime de soi, image de soi et donc de l'identité de soi. La kinésithérapie esthétique au Maroc est en devoir de s'interroger sur ce qu'elle est amenée à soigner : le corps ou les émotions de l'utilisateur ? Ces professionnels de la santé sont invités à une enquête sur leur formation et leur compétence à répondre aux motifs de consultation en matière de kinésithérapie esthétique.

Il s'agit de mettre en évidence les troubles émotionnels des usagers par une administration de psychométrie comprenant 3 questionnaires validés et un quatrième questionnaire de satisfaction des usagers par rapport aux soins corporels et au suivi des émotions. Le cinquième questionnaire est destiné aux kinésithérapeutes qui pratiquent les soins esthétiques pour nous faire part de la perception de leur capacité à répondre aux motifs de consultation des usagers.

Plus d'un tiers des usagers présente une symptomatologie émotionnelle avec une perturbation de l'estime de soi, l'image de soi et un trouble anxiodépressif. De ce fait, ils attendent une prise en charge kinésithérapique des troubles physiques et émotionnels. Les kinésithérapeutes se disent compétents pour les soins corporels, mais pas pour assurer ni une identification, ni un suivi des troubles émotionnels. Au regard de leurs ressentis, un besoin de formation est manifeste, dans le dépistage de ces troubles émotionnels.

Mots clés : Kinésithérapie esthétique, Troubles émotionnels, Estime de soi, Image de soi, Trouble anxiodépressif,

ABSTRACT

Numerous publications denounce psychosomatic conflicts and specify that the physical sheath only represents the showcase of self-esteem, self-image and the own identity.

The field of aesthetic physiotherapy in Morocco needs to question what it is to be treated: the body or the patient's emotions? These health experts are invited to participate in a survey about their training and their ability to respond to the reasons for consultation in aesthetic physiotherapy.

It is a question of highlighting the emotional disorders of the users through a psychometric administration including three validated questionnaires and a fourth questionnaire regarding the users' body care and their emotions. The fifth questionnaire is destined to physiotherapists who practice aesthetic care, with the aim to identify their ability to respond to the users' reasons for consultation.

More than one-third of the users present emotional problems with an affectation on their self-esteem and self-image, and also an anxiety-depressive disorder. Due to this, they expect a physiotherapeutic intervention of both their physical and emotional problems. The physiotherapists claim to be competent regarding the body treatments but they do not feel able to identify nor to follow-up the emotional disorders. In view of their perception, a need for training in detection of these emotional problems seems relevant.

Key words : Aesthetic physiotherapy, Emotional disorders, Self-esteem, Self-image, Anxiety-depressive disorder.

SOMMAIRE

RESUME

ABSTRACT

Liste des Tableaux

Liste des Graphiques

Liste des Abréviations et acronymes

I- INTRODUCTION	2
II- CADRE THEORIQUE	10
Chapitre 1- LA KINÉSITHÉRAPIE.....	10
1- Histoire de la kinésithérapie.....	10
2- La kinésithérapie marocaine.....	12
3- La kinésithérapie esthétique.....	14
Chapitre 2- L'ESTHETIQUE.....	15
1- Du point de vue philosophique.....	16
1.1- Esthétique comme science de la valeur.....	16
1.2- La phénoménologie de l'objet esthétique.....	18
1.3- L'analyse de la jouissance esthétique.....	19
2- Du point de vue artistique.....	21
2.1- L'art esthétique.....	21
2.2- La science au service de l'art esthétique :	21
3- Du point de vue médical.....	23
3.1- La médecine esthétique.....	23
3.2- Médecine esthétique au Maroc.....	24
3.3- L'esthétique s'invite en kinésithérapie.....	25
4- Du point de vu psychologique.....	26
4.1- Le bien-être en psychologie.....	27
4.2- La sensation de bien-être esthétique:.....	28
4.3- La psychologie de l'esthétique.....	31
4.4- Le bien-être physique.....	34
Chapitre 3- LE RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL DU SOI.....	35
1- Notions des émotions.....	35
1.1-- Les émotions primaires.....	35
1.2- Théorie de Robert Plutchik.....	37
1.3- Particularité de la théorie de Paul Ekman.....	39
1.4- Les émotions et la santé.....	41
2- L'estime de soi.....	42
3- L'image de soi.....	45
3.1- Principales notions.....	47
3.2- Développement de l'image de soi.....	51
Chapitre 4- CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'INESTHÉTIQUE CORPORELLE.....	53
1- L'impact psychologique de l'esthétique corporelle.....	53
2- Changement identitaire.....	54
3- L'insatisfaction corporelle.....	55

4- Psychopathologie de la dysharmonie physique.....	57
4.1- L'anxiété.....	57
4.2- Dépression.....	59
4.3- Troubles du comportement alimentaire.....	61
4.4- Troubles sexuels.....	63
III- OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	66
1- Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique.....	66
2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers.....	66
IV- CADRE METHODOLOGIQUE.....	68
1- Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique.....	68
1.1- Population de l'étude :.....	68
1.2- Matériel :.....	68
1.2.1- Outils de mesure :.....	68
1.2.2- Outils de traitement des données.....	73
1.3- Méthode.....	73
1.3.1- Méthodologie de construction du questionnaire de satisfaction auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique.....	73
1.3.2- Collecte et traitement des données.....	76
2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers.....	76
2.1- Population.....	76
2.2- Matériel.....	77
2.3- Méthodologie	77
V- DISCUSSION.....	124
VI- CONCLUSIONS.....	141
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTES DES TABLEAUX	Pages
Tableau I : Les émotions primaires et mixtes selon les auteurs	29
Tableau II : combinaisons des émotions selon la théorie de Plutchik	32
Tableau III : Coefficient alpha de Cronbach des différents questionnaires destinés à l'utilisateur	62
Tableau IV : Effectif et pourcentage des variables socio-démographiques des usagers	69
Tableau V : Données statistiques des sous-échelles du questionnaire RSE (n=104)	70
Tableau VI : Données statistiques des scores des sous-échelles et globaux de la HAD	71
Tableau VII : Données statistiques des scores des 5 sous-échelles du MBSRQ	72
Tableau VIII : Présentation des effectif et pourcentage des modes	73
Tableau IX : Données statistiques des items exprimant une attente : Q3 ; Q4 ; Q5	74
Tableau X : Commentaires associés à l'item Q5 du questionnaire	75
Tableau XI : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle SatTP	78
Tableau XII : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle SatSTE	78
Tableau XIII : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle SatTP	79
TableauXIV : Résultats de la question sous l'intervalle SatSTE	79
Tableau XV : Récapitulatif des scores	79
Tableau XVI : Analyse bivariée de l'estime de soi (ES) selon l'âge	80
Tableau XVII : Analyse bivariée des sous-dimensions du RSE selon l'âge.	81

Tableau XVIII : Résultats bivariés des différentes dimensions du RSE global avec les sous-échelles selon le niveau d'étude (NE).	82
Tableau XIX : Association entre les variables socio-démographiques et les sous-dimensions du MBSRQ	84
Tableau XX : Corrélacion entre le RSE et le MBSRQ	86
Tableau XXI : Analyse bivariée entre les sous-échelles du RSE et de l'HAD	86
Tableau XXII : Corrélacion entre le MBSRQ et le HAD	87
Tableau XXIII : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de RSE	89
Tableau XXIV : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de HAD	90
Tableau XXV : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de MBSRQ	91
Tableau XXVI : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de MBSRQ (suite)	92
Tableau XXVII : Coefficient de corrélacion bivariée des questions en lien avec la compétence de prise en charge des troubles émotionnels	97

LISTE DES GRAPHIQUES	Pages
Graphique I : Résultats du questionnaire RSE	70
Graphique II : Résultats du questionnaire HAD (en %)	71
Graphique III : Résultats de l'image de soi selon la moyenne, la médiane et le mode	73
Graphique IV : L'état de la confiance en soi des usagers selon le nombre de séances	83
Graphique V : Répartition de l'échantillon selon l'image de soi et l'estime de soi	85
Graphique VI : Répartition des résultats du MBSRQ global selon l'HAD global	87
Graphique VII : Répartition des modes de l'estime de soi selon les motifs de consultation	88
Graphique VIII : Troubles anxio-dépressifs selon les motifs de consultation.	89
Graphique IX : Répartition des modes de l'image de soi selon les motifs de consultation	90
Graphique X : Présentation des résultats de l'item Q4 en fonction du motif de consultation.	93
Graphique XI : Réponses des usagers sur les questions en lien avec l'émotion	95
Graphique XII : Réponses des kinésithérapeutes sur les questions en lien avec leur formation et leur compétence physique.	95
Graphique XIII : Réponses des kinésithérapeutes sur les questions en lien avec la formation et la compétence dans la prise en charge émotionnelles	96
Graphique XIV : Réponses des kinésithérapeutes sur la satisfaction du traitement physique (en %).	98
Graphique XV : Réponse des kinésithérapeutes sur la satisfaction du suivi des usagers sur le plan émotionnel.	99

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

CNAIB	:	Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté
ES	:	Estime de Soi
KE	:	Kinésithérapie Esthétique
FCSTE	:	Formation et compétences dans le suivi des troubles émotionnels
FCTP	:	Formations et compétences en traitement physique
HAD	:	Hospital Anxiety and Dépression
MBSRQ	:	Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
RSE	:	Rosenberg Self-Esteem
SatSTE	:	Satisfaction du Suivi des Troubles Émotionnels
SatTP	:	Satisfaction du Traitement Physique
SPA	:	Sanitas Per Aquam

I- INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

L'évolution des sociétés occidentales d'aujourd'hui, nous amène à donner une importance à l'image du corps. Cette image prend une place de plus en plus ancrée dans l'esprit des gens où le corps idéal est continuellement promu et valorisé par les médias. Nous constatons que de plus en plus de personnes (surtout les femmes) sont obnubilées par des critères normatifs et cherchent à parfaire leur silhouette et leur apparence, quitte à adopter des conduites à risques (alimentaire, psychologique, chirurgicale, ...). De nombreux auteurs ont ainsi mis en lumière l'émergence d'une croyance sociale bien ancrée dans les mentalités, où l'individu cherche une appartenance à une société normée où pour réussir, ils se doivent d'avoir un corps dont les mensurations sont dictées par la pression médiatique (Demarest, J., & Allen, R. 2000). De ce fait, l'esthétique d'un corps est dictée par l'autre. Une morphologie mince et jeune serait en effet davantage associée à la beauté, au succès et à la popularité (Friedman K. E., Reichmann S. K., Costanzo P. R., Zelli A., Ashmore J. A. et al., 2005). Ces postulats infondés ont été souvent l'œuvre des publicitaires. Les marketeurs et les commerciaux au travers de la publicité et des médias promulguent un idéal corporel afin d'imposer leur produit (Lamb, C., Jackson, L., Cassidy, P., & Priest, D. 1993 ; Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A., & Heinberg, L. J., 2004). Certains auteurs ont mis en évidence, au travers de facteurs socio-culturels en lien avec les mécanismes de comparaison sociale et d'internalisation des normes, le développement de l'insatisfaction corporelle par l'influence des médias (Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K., 2002 ; Joshi, R., Herman, C. P., & Polivy, J., 2004 ; McCabe, M., & Ricciardelli, L., 2005 ; Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. 2006 ; Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P., 2001 ; Rodgers, R. F., & Chabrol, H., 2009). La mode n'a pas de frontière et la mode s'impose dans différents pays, au travers du vecteur médiatique. Le Maroc est un bel exemple, la population influencée par l'Europe, cherche à s'y identifier, mais il tangue entre l'idéal occidental et l'idéal traditionnel, et voire même les deux. Ces préoccupations à l'égard de l'image corporelle prennent une place importante parfois dès l'adolescence (Lawler, M., & Nixon, E., 2011)

d'où la profondeur de l'enracinement du mal-être. Ceci pourrait expliquer la course au régime, mais également à la chirurgie, la médecine ou à des soins esthétiques. Les « gueules cassées » ont largement participé à la naissance de la chirurgie plastique après la première guerre mondiale où la chirurgie réparatrice de la face voit le jour. Mais c'est à la Seconde guerre mondiale que ce traitement s'est généralisé à tout le corps. C'est à cette même époque que la kinésithérapie s'est structurée dans certains pays européens. Au Maroc, face à une forte demande, la chirurgie esthétique « *low-cost* » s'est développée pour répondre à la demande du tourisme médical. Elle a subi une évolution fulgurante depuis ces 25 dernières années et entraîne la kinésithérapie dans son engrenage. Cette dernière emboîte le pas et se propose alors de s'infiltrer dans la brèche qu'ouvre cet engouement. Elle cherche à s'imposer dans le marché de l'esthétique pour une population étrangère, mais aussi locale. La kinésithérapie esthétique existe désormais et doit son évolution à la chirurgie plastique. De nos jours, le kinésithérapeute trouve sa place dans la sphère des soins esthétiques entre le dermatologue et l'esthéticienne. Or, la kinésithérapie est une profession paramédicale reconnue pour ses actes thérapeutiques qu'ils soient préventifs, curatifs ou palliatifs.

En effet, la kinésithérapie s'est émancipée et s'est octroyé la dimension esthétique. Les moyens dont elle dispose lui permette d'aborder des soins du beau sans médication, ce qui attire des adeptes à l'ère du bio, du sain et sans chimie. La majorité des agents physiques utilisés par la physiothérapie (kinésithérapie) moderne a déjà été employée dans l'antiquité. Les premiers écrits de la Grèce et de Rome se rapportent aux effets avantageux du soleil et de l'eau. De plus, à cette même époque, le traitement physique et les massages étaient utilisés par les Chinois, les Persans et les Égyptiens.

Pourtant le champ de la physiothérapie ne se dessine qu'à la fin du XIX^{ème} siècle en Angleterre. Peu après, les chirurgiens orthopédiques américains ont commencé à former de jeunes femmes pour obtenir le grade de licencié en éducation physique. Elles étaient chargées de prendre soin des patients, notamment dans les hôpitaux.

Nous poursuivons l'écriture de l'histoire de la kinésithérapie, qui s'est octroyé l'esthétique de nos jours. Cette discipline consiste en une application d'un ensemble d'actes en vue de parfaire l'apparence physique d'un usager. Elle lutte contre les signes de vieillissement et d'obésité, ou l'inesthétisme d'une cicatrice, par exemple.

Cependant, la kinésithérapie marocaine est jeune et le Maroc comprend seulement 4 000 kinésithérapeutes environ. À ce jour, des milliers de patients nécessitent une pratique thérapeutique de la part de cette kinésithérapie. Ces patients restent sans prise en charge pour des raisons de méconnaissance de la kinésithérapie par la population, la faiblesse du taux de remboursement des séances et le manque de prescription et d'orientation par les médecins. Ceci nous laisse penser que les kinésithérapeutes délaissent la thérapie pour se lancer dans les soins esthétiques. S'agit-il d'une dérive de la kinésithérapie au Maroc ?

Ce changement de cap est alimenté, comme nous l'avons soulevé en début de notre introduction, par la communication médiatique de l'image virtuelle du corps au travers des magazines et la télévision entre autres. Ainsi, l'apparence physique est devenue une source rentable pour le commerce et l'industrie. La conséquence est que l'attention de beaucoup d'usagers se concentre sur l'aspect physique. Cependant, l'insatisfaction de son propre corps peut aller d'une simple préoccupation à une véritable pathologie (Kostanski, M., & Gullone, E. 1998 ; Ledoux, M., Mongneau, L. & Rivard, M., 2002).

En effet, de nombreuses personnes sont complexées par une imperfection esthétique telle qu'une cicatrice trop apparente, un excès de poids, un abdomen trop volumineux... Si cette disgrâce physique est considérée ou ressentie comme un simple désavantage, elle peut cacher malgré tout un mal-être (Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M., 2000) ; mais de quel mal-être peut-il s'agir ?

De nombreuses publications dénoncent les conflits psychosomatiques et précisent que l'enveloppe physique ne représente que la vitrine de l'estime de soi, image de soi et donc de l'identité de soi (Broder, H. Phillips C., Kamintzky S., 2000 ; De Sousa A. 2008 ; Pabari S., Moles, D., & Cunningham, S., 2011 ; Sarwer D., 1999 ; Varela M. & García-Camba, J.E., 1995 ; Cunningham S-J., 2000) et peut évoluer vers la perturbation de la sérénité de son

intérieur propre. La littérature (Ninot G., Delignières, D., & Fortes, M., 2000) souligne le lien très étroit entre le mal-être de la perception de l'image corporelle et les troubles psychologiques en rapport avec : l'estimation de son corps, la cognition, l'émotionnel, le comportement. D'autres problèmes psychologiques comme la dépression, les troubles alimentaires, le dysfonctionnement sexuel, l'anxiété sociale... peuvent surgir en lien avec cette perception négative du corps (Salaberria, K., Rodríguez, S., Cruz, S., 2007).

Savons-nous alors ce que nous soignons chez ces personnes en mal-être : une disgrâce morphologique ou bien une dépression, une anxiété sociale ou encore un complexe sexuel ? Les soins que nous apportons à ces usagers ont une répercussion sur leur état psychologique selon quelques auteurs (Annis NM., Cash TF, Hrabosky JI., 2004 ; McLaren L., Kuh D., Hardy R., Gauvin L., 2004). Dans l'ignorance, certains kinésithérapeutes adaptent leurs connaissances et leurs pratiques classiques aux soins esthétiques, sans se préoccuper du décodage du motif de consultation. Les techniques sont manuelles et souvent instrumentales pour tenter de répondre à la souffrance d'une population souvent en mal-être physique sans pour autant se soucier de la part émotionnelle. Ne devons-nous pas nous pencher sur ces questions pour comprendre la demande de l'utilisateur, avant de se lancer à cœur perdu, sur son corps ?

Selon Rosenberg (Rosenberg M. 1986), l'identité de soi et l'identité sociale peuvent subir des modifications profondes tout au long de la vie . En effet, le corps est parfois considéré comme une image de l'identité de soi et il doit trouver son équilibre entre les perceptions que l'individu se fait de lui-même et celles du milieu social dans lequel il vit (Fox KR., 2000 ; Messer B et al., 1986). Les liens de causes à effet sont possibles entre la modification corporelle et les conséquences émotionnelles. Contrairement à ce que nous pourrions croire, le motif de consultation en kinésithérapie esthétique est peut-être le masque d'une crise intérieure.

La kinésithérapie marocaine est en devoir de s'interroger sur l'intérêt du plan de traitement, car, qu'on le veuille ou non, le praticien apporte un soin non pas uniquement de confort, mais aussi de fond et ce sans en maîtriser les conséquences psychologiques.

Agissant, malgré lui, sur l'estime de soi physique, il est invité à s'intégrer dans l'impalpable cheminement entre le corps et l'image que l'on se fait de ce corps.

Chaque usager souhaite atteindre l'image esthétique qui lui est propre et représente pour lui l'exemple du parfait. La notion de beauté varie selon l'aspect culturel, religieux et ethnique, mais aussi du goût et des envies tout simplement. Toutes ces variables de l'être humain définissent le paramétrage de la prise en charge en kinésithérapie esthétique.

Les différentes études sur l'influence qu'a notre corps sur nos émotions et inversement (Annis NM et al., 2004 ; McLaren L. et al., 2004 ; Ninot G et al., 2000 ; Salaberria, K. et al., 2007), nous montrent encore une fois que l'usager, parfois sous la contrainte psychologique, se lance à la recherche de soins esthétiques. Cela, pour répondre au mieux à l'estime de son image et, au plus, à un trouble psychologique pouvant aller jusqu'au suicide, et ce sans que le kinésithérapeute en prenne conscience généralement, par manque de formation.

La discipline esthétique n'est pas le domaine de prédilection de la kinésithérapie, mais l'évolution de la profession peut s'ouvrir vers d'autres horizons. Faut-il alors décroquer la kinésithérapie et explorer le savoir de l'âme et le corps pour prendre en charge l'usager dans sa globalité ?

Si cela est vérifié, le traitement physique devrait ne plus faire cavalier seul à la conquête aveugle au nom de l'autonomie professionnelle, mais comprendre les connexions entre le corps et les émotions et s'imprégner de la logique psychologique. Une collaboration kinésithérapeute-psychologue deviendrait alors incontournable. L'implication du kinésithérapeute dans la compréhension des émotions lui permettrait de décoder le véritable motif de consultation et ajuster son savoir-soigner pour ouvrir et adapter ses pratiques aux motifs de consultation apparent et caché.

Par ailleurs, la kinésithérapie esthétique s'impose sur le marché de la santé, la pratique est répandue sur le territoire marocain depuis une dizaine d'années, mais la formation académique semble vivre ses réformes régulières en marge de la réalité de ce marché.

De ce fait, la formation en kinésithérapie ne prend pas en compte la naissance de cette nouvelle orientation. Les techniques spécifiques des soins esthétiques, les indications et surtout les précautions et les contre-indications devraient être intégrées dans les programmes de formation initiale. Dans le cas contraire, la méconnaissance des dangers peut aboutir à des conséquences graves pour les deux parties : l'utilisateur et le professionnel.

La discipline « esthétique » n'existant pas dans le programme de formation, chaque praticien puise dans ses techniques classiques de rééducation pour répondre à la demande. Parallèlement à cela, le professionnel reste sous la pression des vendeurs de matériel paramédical. Ils exercent leur influence commerciale et nous dictent la conduite à tenir, par des formations accompagnant la vente du dit matériel sans tenir compte des causes et des conséquences psychologiques.

La vision de la pratique factuelle et objective (*evidence based practice*) trouverait ici toute sa place, ainsi nous pourrions espérer le progrès dans la prise en charge sans dérive.

C'est pour toutes ces questions que nous décidons d'entamer cette étude. Au regard des notions dégagées de la revue bibliographique sur les notions de l'estime de soi, de l'image de soi et des apports de la kinésithérapie esthétique, notre étude tentera une vérification de l'adéquation qui existe entre les besoins de l'utilisateur et l'apport de la kinésithérapie esthétique, au travers de questionnaires. Nous orientons nos objectifs de recherche vers deux axes d'investigation, l'un concernera la satisfaction des usagers pour tenter de définir leur besoin et leur satisfaction du traitement kinésithérapique et l'autre sur la satisfaction des kinésithérapeutes de leur compétence et du traitement apporté. Notre discussion apportera l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus.

En tant que kinésithérapeute moi-même, j'essaye au travers de cette thèse de partager mon interrogation sur l'infiltration de la kinésithérapie dans cette nouvelle discipline. Le kinésithérapeute est l'un des professionnels de la santé qui passe le plus de temps avec le patient. Au cours de ma carrière, j'ai constaté que l'humeur du patient était un facteur primordial dans la récupération de la fonctionnalité du système locomoteur. Plus

l'ambiance de rééducation était favorable à la discussion, plus la récupération était satisfaisante. Lorsque l'évolution physique se stabilisait objectivement, le patient estimait qu'il y avait une récupération, du fait de l'ambiance agréable des séances. J'ai compris que l'humeur émotionnelle intervient dans l'évolution de l'état physique. Le kinésithérapeute a un rôle dans le soutien psychologique du patient, il s'agit même d'une arme contre la déprime suite aux accidents de la vie. C'est pourquoi, j'ai choisi ce sujet pour ma thèse car le kinésithérapeute peut être une aide au patient, mais il peut également être à l'origine de l'aggravation des troubles émotionnels chez un malade. Dans notre recherche, nous avons choisi la discipline de l'esthétique pour écarter toute origine malade de ces troubles et vérifier la compétence du kinésithérapeute à faire face à ces troubles pour lesquels nous ne sommes pas formés.

J'ai également abordé le sujet dans un premier article en 2016 dans une revue de la kinésithérapie française. Dans un second article (2017) nous cherchons à mettre en évidence des troubles émotionnels des usagers de la kinésithérapie esthétique. Un troisième article est en projet pour 2018 afin de présenter mes résultats sur la compétence du praticien à répondre aux besoins des usagers. De plus, Ma participation à des manifestations scientifiques (congrès, séminaires, formations,...) me permet d'aborder le sujet de la kinésithérapie esthétique pour partager avec mes confrères et enrichir la réflexion de la kinésithérapie notamment africaine.

II- CADRE THEORIQUE

II- CADRE THEORIQUE

Dans ce cadre, nous chercherons à comprendre les éléments clés préalables à notre étude. Nous abordons la kinésithérapie esthétique et la notion esthétique au travers de la philosophie, l'art et la médecine pour terminer par la psychologie pour cerner les conséquences émotionnelles et les troubles qui peuvent découler de ce mal-être et qui peuvent interroger le kinésithérapeute dans sa pratique.

Chapitre 1- LA KINÉSITHÉRAPIE

1- Histoire de la kinésithérapie

La kinésithérapie du grec *kinésis* qui signifie « mouvement » et *therapeia*, indique une action de soin, ce qui laisse penser qu'il s'agit des soins par le mouvement. Ce terme est essentiellement francophone utilisé dans certains pays francophones (France, Belgique, Maroc...). Le terme de physiothérapie est un synonyme de kinésithérapie, employé dans le reste du monde. La terminologie la plus utilisée dans le monde est physiothérapie car elle est influencée par la physiologie notamment mécanique des personnes. Cette appellation élargit encore plus l'étendu de la pratique, en orientant ce type de soin à tout l'aspect physique par des soins manuelles, des agents physiques naturels (eau, chaleur, lumière...) et artificiel (rayon, électricité, ondes...). Aussi, dans notre étude, nous emploierons les deux termes : kinésithérapie et physiothérapie. Cette discipline paramédicale exerce son art par des techniques physiques et elle est rattachée à la discipline appelée médecine physique.

L'origine de ces techniques sont parfois anciennes comme par exemple la mobilisation et le massage, qui étaient déjà utilisés par les chinois 3000 ans avant J-C ce qui explique entre autres que le massage est resté la base même de la médecine dans de nombreux pays asiatiques (Remondière R., 2008). De même pour les indoux, qui selon les règles ayurvédiques, se mettent à explorer l'exercice physique dans leurs soins. Hippocrate confirme et médicalise le massage, ce qui influence les romains. Ces derniers s'inspirent de ces techniques pour développer la gymnastique médicale.

Le mot massage signifie toucher, pétrir, frotter les téguments avec les mains ou à l'aide d'appareils spéciaux dans une intention thérapeutique ou hygiénique. L'origine du mot massage n'est pas connue avec certitude : on le fait dériver du grec *massein* (presser dans les mains), ou de l'arabe *matz* (frotter doucement) ou de l'hébreu *massesh* (palper) .

Le champ de la physiothérapie se dessine progressivement en Angleterre à la fin du XIX^{ème} siècle. Peu de temps après les chirurgiens orthopédiques américains emboîtent le pas et commencent à former de jeunes femmes pour obtenir le grade de licencié en éducation physique afin de prendre soin des patients dans les consultations médicales et dans les hôpitaux. En 1916, quand une grave épidémie de poliomyélite, qui a fouetté New York et la Nouvelle Angleterre, ces femmes ont pu apporter un traitement physique à des milliers de patients. Mais, c'est après la Seconde guerre Mondiale que la kinésithérapie s'est organisée, notamment en Europe (Remondière R., 1994).

La physiothérapie a été primordiale dans les soins apportés aux victimes de la guerre. Depuis, elle a progressivement montré son efficacité dans le traitement des usagers face à la guerre du Vietnam et de la Corée, aux accidents du travail et de la route, aux handicaps chroniques et au vieillissement de la population. Ceci a favorisé le développement rapide des programmes hospitaliers et d'aide médicale.

De nos jours, la kinésithérapie est l'application d'exercices basés sur des principes scientifiques adaptés au traitement non invasif notamment musculaire, articulaire, antalgique et à la mobilité fonctionnelle des personnes présentant un déficit, une incapacité ou un handicap avec un besoin de lutter contre le déconditionnement physique.

Les actes, appelés également exercices de kinésithérapie sont souvent manuels et composés de techniques passives où le patient n'intervient pas et active où le patient participe à sa rééducation. Ces manœuvres qui permettent d'assurer une mobilité sont manuelles ou instrumentales. Elles consistent en une manipulation pour mobiliser une ou

plusieurs articulations, contracter un groupe musculaire et associer ces activités articulaires et musculaires pour aboutir à un geste de la vie quotidienne, professionnelle ou sportive, que l'on appelle fonctionnel.

Par ailleurs, la kinésithérapie possède d'autres techniques notamment pour soigner les patients présentant des troubles respiratoires, gynécologiques, urologiques, vasculaires, cardiologiques et bien d'autres encore. En réalité cette discipline s'est étendue à tout le corps en appliquant des techniques avec ou sans mouvement et a vu son évolution déborder les limites du système locomoteur en s'intéressant notamment au système urinaire, pulmonaire et même digestif, chez l'être humain.

2- La kinésithérapie marocaine

C'est en 1959 que remonte le crime, qui a donné naissance à la kinésithérapie marocaine.

Il s'agit d'un drame qui paralyse des dizaines de milliers de citoyens marocains. Par l'association des huiles de vidange d'avion aux huiles comestibles, un groupe d'artisans et commerçants en huile de table de Meknès s'est livré à cet empoisonnement à des fins de rentabilité. Cette huile portant le nom de « huile de Cerf », sa vente s'est étendue sur tout le territoire du Maroc. En juillet et août 1959, l'huile frelatée arrive à Nador et Al-Hoceima, au nord-est du Maroc, et au mois d'octobre, à sidi Kacem. Le noyau dur de l'empoisonnement est resté à Meknès.

Selon les rapports de la mission internationale, dans la seule ville de Meknès, entre le 1er septembre et le 2 octobre 1959, 9 000 cas étaient signalés avec une moyenne de 300 cas par jour. Parmi les 10.844 cas recensés à Meknès, il y avait 844 enfants. On ne connaît pas le nombre exact des personnes décédées pendant ce drame. De juillet à octobre 1959, les victimes se chiffraient à 10.000 soit 60% de femmes et 40% d'hommes.

Les victimes présentaient une atteinte sensitivo-motrice. Les autorités sanitaires doivent prendre en charge 20 000 personnes atteintes d'une maladie à laquelle il n'y avait aucun remède. De plus, le Maroc ne disposait pas encore de structures médicales de prise en charge de ces victimes atteintes de paralysie. L'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) décide alors d'envoyer le médecin français Denis Leroy pour faire le point de la situation et de proposer des recommandations. L'essentiel était de réhabiliter les victimes, et en même temps, leur apprendre à gérer leur handicap, par notamment, l'apprentissage d'un métier. En l'absence de formation en kinésithérapie au Maroc, l'OMS demande alors à un médecin canadien spécialiste de la médecine de réhabilitation de superviser des centres de rééducation improvisés pour les patients. Du 1er janvier 1960 jusqu'au 30 juin 1961, six médecins et dix-sept physiothérapeutes canadiens ont travaillé dans le cadre de cette mission internationale. Pour donner une continuité à cette prise en charge rééducative, il a fallu former des professionnels de santé à la kinésithérapie. Cette formation a permis aux nouveaux physiothérapeutes à maîtriser le strict nécessaire, en quelques mois, pour apporter un traitement physique aux patients contaminés.

Après la fin de la mission internationale, le personnel local formé pour la circonstance a poursuivi les soins rééducatifs dans ces centres et ainsi la kinésithérapie est lancée au Maroc.

Depuis la kinésithérapie s'est développée pour prendre en charge d'autres patients dans le pays. Des institutions de formations du public et du privé sont mises en place pour répondre aux besoins sanitaires. En 2017, les kinésithérapeutes sont au nombre 3600, dans des modes d'exercices différents dont la majorité exerce en cabinet libéral et en clinique, selon la Fédération Nationale des Physiothérapeutes et Kinésithérapeutes du Maroc.

Des écoles de formations publiques, puis privés ont vu le jour, dans les grandes villes du pays, après le drame des huiles frelatées. La formation des kinésithérapeutes au Maroc est étalée sur trois années. Le programme est composé de matières théoriques et pratiques. Il est inspiré du programme français. Même en France et dans d'autres pays européens. La kinésithérapie plastique et la kinésithérapie esthétique, dont nous allons voir, la différence par la suite, ne paraissent pas dans le programme de études. Les conséquences émotionnelles du patient en générale comme ceux de l'utilisateur des soins esthétiques n'ont pas trouver place dans ce dit programme de formation.

3- La kinésithérapie esthétique

La kinésithérapie plastique, comme dans n'importe quelle autre spécialité physiothérapique, médicale ou chirurgicale, vise à soigner une pathologie (Chavoïn JP., 2009). Il s'agit d'un acte thérapeutique dont généralement la prise en charge est assurée par le système d'assurance sociale (De Gauquier K., Senn A., Kohn L., Vinck I., 2008). La nécessité de l'intervention de la kinésithérapie est évidente puisqu'elle cherche à faire passer les patients d'un état pathologique à une situation normale (physiologique). Elle lutte contre les conséquences des faits de la vie tels que les accidents de la route, les brûlures du corps ou encore les malformations. En effet, elle se fixe comme objectif non seulement de diminuer les complications disgracieuses, mais également de redonner une fonctionnalité physique au patient. Un patient brûlé est un des nombreux exemples où le praticien lutte contre l'adhérence cicatricielle et ainsi améliorer la fonctionnalité notamment lors des mouvements, sans lesquels le patient ressentirait une gêne voire un handicap dans sa vie quotidienne. Il s'agit en général d'un ensemble d'actes thérapeutiques où le bénéficiaire est appelé patient.

La kinésithérapie esthétique est une application d'un ensemble d'actes de soins en vue de parfaire l'apparence physique d'un usager. En effet, elle n'a aucun objectif thérapeutique puisqu'elle s'adresse à des individus en bonne santé ou l'acte kinésithérapique n'a aucun lien avec les symptômes d'une pathologie. Elle vise à améliorer la qualité de vie par des techniques qui modifient l'apparence physique (Ribière J., 2000) pouvant également contribuer au confort psychologique. Lors d'une première consultation, la demande est analysée par le praticien. Il se réserve le droit de refuser les demandes qui ne lui semblent pas réalisables ou lorsqu'il estime que la demande de l'utilisateur ne relève pas de sa compétence, comme les troubles émotionnels. Par ailleurs, les patients doivent supporter seuls la totalité des frais, qui ne sont pas remboursés.

Dans notre étude, nous nous intéressons uniquement à ces soins esthétiques procurées par le kinésithérapeute aux usagers parfois en mal être, comme le souligne plusieurs auteurs (Annis NM., et al., 2004 ; McLaren L., et al., 2004 ; Heinrich C., et al., 2006 ;

Fassino S., Leombruni P., Piero A., Abbate-Daga G., Giacomo Rovera G., 2003).

Par conséquent, la kinésithérapie esthétique participe à la lutte contre les signes physiques du vieillissement, de l'obésité, ou de relâchement de la peau, par exemple. Le kinésithérapeute intervient sans prescription médicale lorsqu'il s'agit d'une prise en charge suite à une demande de l'utilisateur de son propre chef pour améliorer son image physique. Comme nous l'avons déjà annoncé, notre étude se penche sur cette frontière entre l'acte thérapeutique et le soin de beauté que le kinésithérapeute procure où le bénéficiaire n'est pas appelé patient. Aussi, nous remplacerons dans notre étude, le terme de patient par celui d'utilisateur.

Comme nous l'avons souligné également ci-dessus, la pratique de soins esthétiques comme ceux apportés dans la prise en charge des troubles émotionnels, qui peuvent être engendrés sont amputés de la formation initiale du kinésithérapeute. En effet, la discipline « esthétique » n'existe pas dans le programme de formation dont ces professionnels de la santé ont bénéficié. Chaque praticien puise dans ses techniques classiques de rééducation pour répondre à la demande en matière de kinésithérapie esthétique.

Chapitre 2- L'ESTHETIQUE

L'esthétique relève de la discipline philosophique ayant pour objectif de mener la réflexion sur la beauté, les sens et la perception. Il s'agit d'une science de la critique de ce qui est beau ou du bon goût d'où la notion de plaisir. Cette notion d'esthétique découle, depuis le XIXe siècle, de la philosophie de l'art. Ce sont en réalité des émotions qui se rapportent aux émotions provoquées par la beauté notamment d'une œuvre. D'ailleurs, l'adjectif esthétique devient un synonyme de beau. Dans la société aujourd'hui, l'aspect physique du corps humain est généralement défini par le terme esthétique.

La recherche de la beauté a toujours existé depuis la nuit des temps sous toutes sortes de formes. Mais, c'est à la moitié du XVIII^e siècle que daterait l'invention de l'esthétique en ce qui concerne la conception de la beauté. Il existe plusieurs générations et plusieurs philosophies en esthétique. Son histoire est complexe et c'est l'étude notamment philosophique des perceptions et des émotions se rapportant au beau qui a été à l'origine de l'histoire de l'esthétique occidentale. Ces études couvrent ainsi un domaine de recherche très vaste et très ancien. Cependant, de nos jours, la notion d'esthétique moderne a évolué de part la mutation sociologique et des modes de vie au travers des siècles. Ceci a permis progressivement la création des professionnels de la beauté. L'esthétique est considérée comme la science du beau et plus précisément la science du beau de l'art créé par l'homme par opposition au beau de la nature qui se trouve exclu par principe de son domaine. En effet, pour Hegel ce qui naît de l'esprit, même si cela était la chose la plus laide au monde, reste tout de même supérieur à la plus belle création de la nature, car ce qui naît de l'esprit est doublement né (De la nature, puis de l'esprit) et est donc supérieur à une chose issue de la nature (Hegel F., 1979).

1- Du point de vue philosophique

1.1- Esthétique comme science de la valeur

L'esthétique empirique a fait son apparition en Allemagne en fin du XIX^e siècle. Aux environs des années 1870, le système hégélien s'effondre et la perte du statut de science de la philosophie a donné une émergence à plusieurs nouvelles disciplines scientifiques indépendantes, dont la psychologie empirique. L'émancipation de cette dernière lui permet de se détacher de sa tutelle philosophique. Depuis, la nouvelle psychologie scientifique est née lors des recherches de Fechner, Helmholtz et Wundt dans le domaine de la physiologie des sensations. C'est également par cet élan que Gustav Theodor Fechner (1908), le père de la psychophysique expérimentale, a ouvert la voie à l'esthétique empirique considérée comme le *manifeste* de l'école expérimentale en esthétique. En 1876, Dans son ouvrage, Fechner critique l'esthétique philosophique qui

part « d'en haut », selon sa propre expression et faisait la promotion d'une esthétique qui s'élève « d'en bas » (*von unten*), c'est-à-dire qui part du particulier au général. Cette approche évoque notamment l'idée de « ce qui plaît et ce qui déplaît et à établir sur cette base tous les concepts et les lois qui ont un rôle à jouer en esthétique » (Fechner GT., 1876). L'esthétique selon Fechner est issue d'une ramification de l'hédonique, autrement dit de la science générale du plaisir et du déplaisir, qui est elle-même une branche de la psychophysique. Ceci montre la complexité de la notion d'esthétique et nous sommes en droit de s'interroger sur la réflexion, « la plus importante et la plus inintéressante » de l'esthétique, qui est celle de savoir « pourquoi tel objet plaît ou déplaît et dans quelle mesure il a le droit de plaire ou de déplaire » (Fechner GT., 1876). Ainsi, Fechner pose la question de la valeur ou de la norme esthétique sur le terrain du sentiment de plaisir et de déplaisir, sans distinguer entre les plaisirs sensibles soi-disant « inférieurs » et les plaisirs esthétiques « supérieurs ». Aussi, pour la beauté est définie comme étant « tout ce qui a la capacité de produire immédiatement un plaisir ». En revanche, il reconnaît entièrement l'esthétique philosophique qu'il juge souhaitable, et même indispensable, pour compléter la notion empirique. Sans cette vision des choses, l'esthétique philosophique peut devenir un « colosse aux pieds d'argile », sans une base stable et solide.

De ce fait, l'esthétique psychologique prend de l'ampleur et devient, par l'impulsion de Fechner, le courant dominant en Allemagne, dès la fin XIXe siècle. Le traitement psychologique de l'esthétique, écrivait Karl Groos en 1907, occupe actuellement une position prééminente (Groos, K., 1907).

Un certain nombre de psychologues s'est imprégné de la vision de Fechner dans la voie de la recherche expérimentale, comme Wundt, Külpe et Meumann, alors que d'autres se sont tournés vers la méthode de la description phénoménologique. En effet, Theodor Lipps (Lipps Th., 1906 ; Geiger, 1976)) définissait l'esthétique comme une « discipline psychologique » sans cependant suivre la méthode inductive impulsée de Fechner. Ce qui explique que l'esthétique de Lipps n'est pas une filière de la psychologie mais une «

psychologie appliquée » (Geiger M., 1976). Lipps considère que si l'esthétique est véritablement une discipline psychologique, c'est que la valeur esthétique est définie, tout d'abord, par certaines conditions subjectives et propres à l'acte de l'évaluation. En effet, l'esthétique est une discipline psychologique, mais la beauté d'un objet n'est pas une propriété de l'objet, comme le vert ou le bleu, ou, dans l'objet, ils fondent l'acte même de l'évaluation esthétique. Cependant, un tel acte prend racine dans une conscience. Il est donc tout aussi nécessaire qu'il soit fondé dans les critères d'évaluation du sujet qui juge. La beauté est la convenance d'une chose ou d'un être à la nature du sujet évaluateur sur le plan esthétique, et les conditions de cette convenance est celle de la nature de ce même sujet qui juge esthétiquement ou de la légalité de son évaluation esthétique. De ce fait, cette question prend une orientation psychologique qui pénètre l'estime de soi, notamment physique. C'est à dire que le jugement de l'esthétique d'un objet dépend des critères qui fondent l'estime de soi d'une personne. Par la même, lorsque le sujet se juge lui-même, il entre dans l'évaluation de sa sphère de son estime par rapport à l'environnement. Il évalue même l'estime de son physique par rapport au milieu dans lequel il baigne.

1.2- La phénoménologie de l'objet esthétique

Dans des publications de Théodor Lipps (1903), nous remarquons qu'il accorde de plus en plus d'importance à la méthode phénoménologique. Il considère que la phénoménologie philosophique est le point de départ de la psychologie de part la description et l'analyse des phénomènes de la conscience et du moi. Cette théorie est d'autant plus vraie que Lipps était un défenseur du psychologisme, autrement dit elle se justifie par le fait qu'il tenait la psychologie pour la discipline fondatrice de la philosophie. Par conséquent, il souhaitait fonder les trois disciplines principales de la philosophie, soit : la logique, l'esthétique et l'éthique, sur la phénoménologie : « Ce fondement phénoménologique de la psychologie s'étend tout aussi bien à la logique ainsi qu'à l'esthétique et à l'éthique » (Lipps T., 1908).

En d'autre terme, si Lipps considère que la phénoménologie est une « psychologie descriptive » (Lipps T., 1906). , nous pouvons en déduire qu'elle a pour thème principal le «moi pur», qui est le «point central du vécu de conscience» (Lipps T., 1903). À cet égard, nous constatons que le concept de phénoménologie de Lipps s'éloigne largement de celui de certains philosophes comme Husserl. En effet, tandis que Husserl soutenait, que la relation entre le moi et les contenus de conscience n'est pas un « genre de relation phénoménologique particulier » (Husserl E., 1994), alors que Lipps considérait que le moi a un lien privilégié et «immédiat» (au sens de Wundt) à ses propres contenus de la conscience (Stroker E., 1978).

Nous retrouvons la notion d'objet esthétique, non seulement dans les écrits d'esthétique philosophique mais également dans les travaux des sciences humaines et sociales, comme en anthropologie. En effet, dans cette discipline, on parle de la prégnance de la notion d'objet ethnographique qui nous renvoie, en quelque sorte à l'image de l'autre et donc à l'objet esthétique chaque fois qu'on s'interroge sur l'éventuelle fonction esthétique de certains de ces objets, qui élabore une définition anthropologique. L'«objet» esthétique (au sens ontologique du terme) serait ainsi l'objet (au sens épistémologique du terme) de l'esthétique, qu'on la conçoive comme discipline philosophique, ou, de façon plus large, comme perspective spécifique adoptée par des disciplines diverses sur un certain type de faits culturels.

1.3- L'analyse de la jouissance esthétique

La jouissance est un terme que nous pouvons utiliser pour exprimer une sensation de bien-être provoqué par un élément de notre environnement. Cette notion est essentiellement évoquée par Lacan. Dans ses premières théories lacaniennes, le terme de jouissance désigne la simple satisfaction d'un besoin, d'un désir ou d'un acte sexuel. Et, ce n'est qu'en mars 1958, lors de son séminaire sur « Les formations de l'inconscient », que Lacan commence à distinguer le désir de la jouissance : « Le sujet ne satisfait pas simplement un désir, il jouit de désirer, et c'est une dimension essentielle de la

jouissance» (Miller J-A., 1998). Ainsi, ce fut deux notions fondamentales dans l'enseignement de Lacan. La jouissance est ressentie dans le corps : « un corps est quelque chose qui est fait pour jouir de soi-même » (Lacan J., 1966) et aussi « un corps, cela se jouit » en précisant que l'existence passe par la jouissance (Lacan J., 1973). Le rapport de la jouissance au désir, qui reste fidèle aux conceptions hégéliennes : « Le désir est une défense, défense d'outrepasser une limite à la jouissance » (Castanet D., 2007).

Pendant plusieurs siècles, la notion de jouissance était dépourvue de lien avec la sexualité. Sur le plan étymologique, le terme est né du latin *gaudere*, qui signifie la joie. Ensuite, il est devenu un terme juridique, désignant la possession entière d'un objet ou d'un bien. De nos jours, tout le monde fait l'expérience de cette jouissance, que ce soit en mangeant un bon plat, en se prélassant sur une plage ensoleillée ou en se faisant beau. Mais le jouisseur accède à une satisfaction de degré supérieur, pas uniquement en intensité mais surtout dans la prise de conscience à se sentir bien. Il s'agit de prendre du plaisir à se rendre compte qu'il a du plaisir. La jouissance, c'est donc l'art d'apprécier un moment qui peut mener de façon graduée vers l'extase, ce qui compte autant, voire plus, que l'apothéose finale.

La beauté est une idée que l'on peut croire subjective. Elle est destinée à un objet ou à un être et notamment de soi-même. Plaire à l'autre est une des jouissances que l'on recherche souvent, lors d'une invitation, d'une rencontre amoureuse ou bien encore dans le cadre d'un entretien d'embauche. Cette action de séduction est généralement objectivée par les regards, les compliments ou le comportement d'autrui. Le chemin nous mène à l'extase lorsque la cible est atteinte où l'être à séduire n'est pas resté insensible. La réaction émotionnelle est alors visible et semble faire valoir l'intensité de cette jouissance. Est-ce la jouissance esthétique ?

Selon le principe de la justification objective, qui s'oppose ici au principe de l'autocratie de l'agrément, il faut que l'agrément ne soit pas accepté aveuglément, mais qu'il soit justifié objectivement (Pestureau J.F. et Kassis R., 2002). Le principe de la justification objective se traduit par la valeur de l'être ou l'objet qui attire par son esthétisme. Il est

indispensable que cet être ou l'objet en question doit avoir une valeur à nos yeux pour qu'il nous plaise. En effet, c'est parce qu'il a de la valeur qu'il nous plaît. Ce n'est pas parce qu'un objet « me plaît » qu'il est doué de valeur, mais c'est parce qu'il est doué de valeur qu'il doit me plaire. Pour Geiger (1976), cette objectivité n'est pas une « preuve » d'ordre intellectuel, une « inférence » ou un « syllogisme », mais une « analyse de la valeur ».

2- Du point de vue artistique

2.1- L'art esthétique

En 1820, dans son livre « Introduction à l'esthétique » Hegel (Hegel F., 1979) décrit une différence entre le beau artistique et la beauté naturelle. Pour lui, le beau artistique est le fruit de l'esprit, produit par l'homme et pour l'homme et le beau naturel est dépourvu de conscience humaine. Selon Bergson, qui reprendra cette théorie en affirmant qu'à travers une sensibilité intuitive, la fonction première de l'art est de révéler la vérité (Bergson H., 1993). Cependant, la vérité est placée au-dessus de tout, par Platon, comme une lumière qui éclaire le monde afin de permettre à l'homme de voir et ainsi accéder à la conscience de soi. Il explique que la beauté naturelle est différente de la beauté d'une œuvre d'art car l'art n'est plus une simple imitation de la nature mais bel et bien une création et l'auteur exprime cela par « le Beau est la manifestation sensible de l'idée ». Cette association de l'intellect et du sensible, offre une liberté au beau, selon Hegel. Par cette philosophie de l'art, l'esprit humain se réalise et se dépasse au travers de la vision artistique où l'esthétique est la science du beau.

2.2- La science au service de l'art esthétique :

De tout temps, on essaya d'introduire des éléments scientifiques dans l'art ou tout au moins des données objectives. Divers outils sont créés comme des normes, des référentiels, des théories, mais surtout, de redoutables outils mathématiques pour comprendre l'art, devant lesquels il n'est possible que de s'incliner.

Les sciences de l'art et l'esthétisme ont toujours eu pour tâche, d'identifier, de rechercher et d'expliquer notre insertion harmonieuse dans le monde.

Cette beauté artistique a été étudiée et mesurée afin de lui donner une dimension scientifique. C'est alors au XVI^e siècle, que les artistes et philosophes reviennent au Platonisme, où il est décrit un modèle idéal de proportion en reprenant la beauté de l'Antiquité. En 1509, le moine franciscain italien Pacioli Luca dans *De Divina Proportione*, (Frank J. et Swetz J., 2017) dévoile les normes qu'il exprime par la « divine proportion » ce qui sera nommé plus tard « nombre d'or » ou « section dorée » : « Le nombre d'or est tel que, si on lui ajoute l'unité et qu'on le divise par lui-même, on le retrouve ».

Ce nombre est approximativement égal à 1,618. Des centaines d'écrivains étudient ce nombre et donnent lieu à une curiosité destinée aussi bien au grand public qu'aux scientifiques (Fibonacci L., 2002 ; Corbalán F., 2006 ; Langlois JH., Roggman L-A., 1990 ; Holland E., 2008).

Dans la nature comme le monde végétal, dans le monde minéral et animal nous retrouvons très régulièrement ce rapport. Selon certains chercheurs, son utilisation remonterait même, à l'époque de l'Égypte des Pharaons, notamment pour la construction du temple de Louxor et la pyramide de Khéops. Il s'agit donc des mesures universelles, qui sculptent, grâce à sa méthodologie mathématique, l'art de la beauté dans l'univers et même, il façonne le corps de l'homme.

Des anatomistes-philosophes ont pu mettre en application la théorie du nombre d'or au corps humain, tels Léonard De Vinci avec « L'Homme de Vitruve » en 1530. La planche anthropométrique d'Albrecht Dürer en 1591 (*De la Symétrie du corps*) a été également réalisée selon la formule du nombre d'or pour définir et même codifier les proportions idéales donnant un sens esthétique au corps humain. Nous pouvons lier l'art à la beauté recherchée par la médecine esthétique qui est très inspirée de ce nombre d'or en particulier en médecine dentaire (Delmar H., Mattéi JF., 2011).

L'esthétique est une affaire de goût, comme le précise Diderot en 1751. Il fait la

différence entre la « beauté réelle » et la « beauté perçue » (Mourad FM., 2009). En respectant les règles d'or, il peut espérer atteindre le désir de l'usager. Marquardt est l'un des premiers chirurgiens maxillo-facial à utiliser le nombre d'or pour réaliser ses chirurgies du visage. Holland (2008) rapporte que Marquardt a par ailleurs réussi à représenter un masque de beauté formé par des traits harmonieux selon les règles d'or. Ce masque a été superposé parfaitement aux visages des plus belles femmes du monde, toutes époques, cultures et origines ethniques confondues. Le nombre d'or dicte alors sa loi artistique du beau (Pallett PM., 2010) et pourrait inspirer la kinésithérapie, notamment dans les mensurations des cuisses, de la hanche, ou bien encore du visage.

3- Du point de vue médical

3.1- La médecine esthétique

En l'absence de système de stérilisation et de médecine d'anesthésie, la chirurgie esthétique se pratique de façon hasardeuse jusqu'au XIX^{ème} siècle. Toutefois, certaines pratiques de cette chirurgie ont pu être découvertes bien avant. En Egypte, nous pouvons constater, par exemple, que la pratique de l'otoplastie (chirurgie des oreilles décollées) existait déjà à l'époque des pyramides, affirmée par l'étude des momies. La naissance de la chirurgie réparatrice est actée avec l'apparition des "Gueules cassées" pendant la première Guerre Mondiale. Au fil du temps, cette chirurgie était confrontée à la notion d'esthétique et petit à petit elle a essayé d'en faire une spécialité chirurgicale, mais paradoxalement elle n'a pas pu être reconnue comme véritable discipline médicale. Au regard du droit, la médecine est soumise à l'obligation de moyens, mais la chirurgie esthétique se voit très vite rattrapée par le caractère obligatoire de résultat et ainsi les chirurgiens comme les dermatologues sont poursuivis en cas de mécontentement du client. Ces usagers de la chirurgie esthétique veulent obtenir un idéal, qui n'est qu'une image de l'esprit. Ces chirurgiens sont alors amenés à transformer le désir en réalité, d'où le risque d'erreur et donc de conflit. Étant basée sur l'obligation de moyens au regard des dernières trouvailles scientifiques et où l'échec était accepté avec fatalité, l'esthétisme

bouleverse la médecine et désormais l'échec devient inenvisageable. De nos jours, très vite les associations, les avocats s'organisent et s'infiltrerent dans ces brèches des « ratés » de la chirurgie pour entamer des actions en justice contre les chirurgiens. Dans l'acte chirurgical, l'absence de but thérapeutique est l'un des arguments souvent évoqué par les avocats, lors d'un procès. En effet, l'acte chirurgicale devient un produit comme tout autre et entre ainsi dans le domaine commercial. La décision est à la portée de l'individu et échappe en grande partie au Médecin. Le geste du médecin qui incise un corps sain à la demande du patient a perturbé aussi bien l'opinion publique que l'éthique médicale voire même le serment d'hypocrate. Malgré tout, la chirurgie esthétique s'est démocratisée et évolue vers la banalisation. De ce fait, il apparaît, que par son action, le médecin tend à développer chez l'individu l'impression qu'il est indispensable de procéder à des modifications lorsque l'on n'a pas une silhouette fine la coloration parfaite, ou encore un sourire ravageur. Mais faut-il encore s'entendre sur le terme perfection esthétique. Plus on proposera des interventions esthétiques, plus l'homme «normal» développera une souffrance psychologique de déficits (Giovanni M., 2009). Nous nous dirigeons vers une culture du plus beau que l'autre.

L'esthétique a été depuis la nuit des temps une préoccupation de l'individu et constitue un argument de vente solide de nos jours. Des émissions de télé-réalités sont même consacrées à la chirurgie esthétique, qui devient une récompense parfois dans des jeux télévisés. Il s'agit là d'un engouement financier pour les médecins, les avocats et même les sociétés commerciales de cosmétique. Ainsi l'esthétique médicale a pris une liberté sans limite. Il a fallu, comme en France par la loi du 4 mars 2002 et ses décrets d'application de juillet 2005, une réglementation de ces pratiques. (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

3.2- Médecine esthétique au Maroc

Le Maroc est alors contaminé par le désir esthétique et s'engouffre dans la brèche à la recherche de la beauté. Contre vents et marées, les marocains suivent le chemin du plaisir pour s'identifier à la beauté occidentale face au fondement de la culture

traditionnelle, religieuse, et sociale. Il recense 80 chirurgiens habilités à la pratique pour 3000 interventions chirurgicales esthétiques chaque année. Un tiers des usagers de cette pratique sont des étrangers. Les acteurs marocains du marché estiment que celui-ci représente près de 40 millions de Dirhams, soit environ 3,6 millions d'euros. Les autorités marocaines emboîtent le pas à la France et tente de cadrer la pratique médicale. Dans l'attente d'une loi qui devrait régir la chirurgie esthétique, cette discipline est une spécialité qui devrait encore se développer et les normes qui lui sont applicables devraient-elles aussi évoluer.

Le domaine de l'esthétique est tellement rentable que la chirurgie esthétique est pratiquée malgré la loi, également par des médecins non plasticiens.

Dans certains pays, une taxe sur la valeur ajoutée s'applique à la pratique médicale esthétique, ce qui pourrait conforter l'idée que l'esthétique échappe bel et bien au monde médicale pour déclarer son appartenance au milieu commercial. D'ailleurs, les cliniques marocaines s'assimilent à des sortes de cliniques-hôtels avec généralement des prestations supplémentaires comme le hammam et le SPA.

3.3- L'esthétique s'invite en kinésithérapie

Peu d'étude aborde la kinésithérapie esthétique en Europe et encore moins au Maroc. Et pourtant l'engouement est bel et bien là. La kinésithérapie esthétique peut être pratiquée dans un cabinet, une clinique, mais aussi dans des lieux moins médicalisés, comme les SPA. L'étymologie du mot SPA viendrait d'abréviations latines « Sanitas Per Aquam » qui signifient « santé par les eaux » où l'on retrouve des esthéticiens et des kinésithérapeutes pour accompagner les clients dans leur quête de l'esthétique. En effet, le kinésithérapeute marocain découvre, de part ce souffle médiatique occidental et l'apparition de cette nouvelle demande, les soins esthétiques dans le début de ce nouveau millénaire. Dans le spectre de la beauté, la kinésithérapie esthétique s'installe d'année en année et trouve sa place auprès des usagers. Elle utilise des techniques manuelles et instrumentales pour répondre à l'attente du client. Le monde de l'esthétique est tellement fructueux qu'il cause des conflits entre professionnels de l'esthétique, par

exemple le massage. En France, il a fallu une loi pour départager les kinésithérapeutes des esthéticiens en ce qui concerne le massage : le massage est réservé au kinésithérapeute alors que les esthéticiens pratiquent le modelage. Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté (CNAIB), principale organisation professionnelle regroupant les esthéticiennes et le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, ont dû délimiter les frontières de ces deux pratiques. Cela a pris des années de négociation pour se partager le gâteau que représente l'esthétique.

Au Maroc, les limites ne sont pas bien définies aussi bien du massage que des autres techniques instrumentales. Pour ces dernières, le vendeur de matériel s'impose dans les deux camps. Il recherche une fidélisation des professionnels de la beauté en leur offrant une formation des soins esthétiques mettant leur matériel au centre du dispositif de cette formation. Là encore, comme la médecine de l'esthétique, le milieu marketing force la kinésithérapie à sortir des plates-bandes de la déontologie médicale pour ouvrir une autoroute à l'action commerciale.

La rentabilité des soins esthétiques engendre des conflits inter et intra professionnels que la promulgation des lois ne suffit pas à endiguer.

4- Du point de vu psychologique

La définition de la santé, telle qu'elle est définie dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1946 (OMS, 1946) , « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » évoque la notion de bien-être notamment mental et social. Cette nouvelle définition s'impose comme une révélation car elle libère l'individu de devoir de silence, comme l'a exprimé René Leriche dans sa célèbre définition de la santé : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (Leriche R., 1936).

Ce nouveau modèle théorique de santé, dit psychosocial permet au patient d'affirmer son ressenti de réalisation de soi et peut enfin imposer la reconnaissance de son bien-être comme indicateur de sa santé (Herzlich C., 1969).

La médecine a tenté de mettre le bien-être au centre de son dispositif, mais elle a trahi la subjectivité de l'individu (Klein A., 2010). En effet, elle a entrepris un découpage de la sphère du bien-être en strates : corporel, relationnel et esthétique (Pezeu-Massabuau J., 2002), en leur attribuant une phase objective et une phase subjective (Bailly A. & Racine JB., 1988). L'objectivité du bien-être par la médecine se résume parfois à la mesurabilité de la qualité de vie, par des tests et des échelles. De cet état de fait, le bien-être entre dans le marché de soins qui tend alors à entrer en concurrence avec le monde médical officiel.

4.1- Le bien-être en psychologie

Le concept de bien-être subjectif, mis en avant par le psychologue Diener (2006 ; 1996 ; 1984) désigne une vie heureuse en incluant les composantes suivantes :

- Deux composantes affectives : Un niveau élevé d'affects positifs et un niveau faible d'affects négatifs ;
- Une composante cognitive : La satisfaction par rapport à sa vie.

Il existe néanmoins une indépendance entre ces composantes. Les affects positifs ne signifient pas l'absence d'affects négatifs et inversement ; et la satisfaction par rapport à sa vie ne correspond pas nécessairement à un équilibre des émotions.

Cette définition traduit une conception hédoniste du bonheur. Des chercheurs ont élargi cette conception et proposé des définitions qui incluent d'autres composantes, comme par exemple la définition du bonheur authentique du psychologue Martin Seligman (2004) et celle du bien-être psychologique de Carol Ryff (1989).

Cette définition du bien-être psychologique, est une conception dite eudémonique du bonheur et découle des courants de la psychologie humaniste, existentielle et développementale :

- **La maîtrise de l'environnement** : Avoir un sentiment de maîtrise et de compétence pour gérer l'environnement; contrôler une diversité complexe

d'activités externes; utiliser efficacement les opportunités environnantes; être capable de créer des contextes qui conviennent à ses besoins et ses valeurs personnels.

- **La croissance personnelle** : Avoir un sentiment de développement continu; être ouvert(e) à de nouvelles expériences; avoir le sentiment de réaliser son potentiel; percevoir que les améliorations de soi-même et de ses comportements avec le temps reflètent une meilleure connaissance de soi-même et une meilleure efficacité.
- **Les relations positives avec les autres** : Avoir des relations chaleureuses et satisfaisantes; se soucier du bien-être d'autres personnes; être capable d'empathie, d'affection et d'intimité; prendre et donner.
- **Les buts dans la vie** : Avoir des buts dans la vie et le sentiment d'une direction; avoir le sentiment que sa vie présente et passée a un sens; avoir des objectifs et des raisons de vivre.
- **L'acceptation de soi** : Avoir un regard positif envers soi-même et sa vie passée; reconnaître et accepter de multiples aspects de soi, incluant des bonnes et mauvaises qualités.

Elle se différencie ainsi de la définition, qui a été très influente en psychologie positive, du bien-être subjectif.

4.2- La sensation de bien-être esthétique:

L'expression de bien-être a bien été incluse dans la définition de la santé par l'OMS, mais sans que cette sensation ait été définie. La notion de bien-être est complexe, qui évolue

tout au long de notre vie. S'agit-il d'une simple sensation d'être bien ?

La définition psychologique du bien-être diffère selon les auteurs Ryff et Keyes (1995) pensent que le bien-être est composé par les éléments suivants :

- Une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie ;
- De bonnes relations avec les autres ;
- Une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement ;
- Une sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome ;
- Donner un sens à sa vie ;
- Se sentir dans la continuité de son développement personnel.

Alors que Netz et coll. (2005) considère le bien-être comme la résultante de quatre dimensions :

- Le bien-être émotionnel (trait et état d'anxiété, stress, tension, état et trait de dépression, angoisse, confusion, énergie, vigueur, fatigue, émotions, optimisme) ;
- Les perceptions de soi (compétences, perception de soi, estime globale de soi, image du corps, perception de sa condition physique, perception de maîtrise de soi, attribution causale...) :
- Le bien-être psychique (douleur, perception des troubles somatiques...) ;
- Le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif...).

A l'émergence de la psychologie comme discipline autonome, La sensation du bien-être fut intégrée comme un objet scientifique, et non plus uniquement comme une vision philosophique.

C'est pourquoi, la mesurabilité du bien-être devient indispensable pour une vision scientifique, mais l'imprécision de sa définition ne facilite pas la méthodologie d'évaluation. Malgré tout, le bien-être fait l'objet de différentes échelles de mesure cherchant à pondérer le degré de satisfaction, de bonheur, de qualité de vie...Ce sont des

échelles globales comme le *General Well Being Schedule*, par exemple. Des grilles d'évaluation avec des dimensions plus détaillées ont été mise en place, notamment les aspects négatifs, positifs, psychologiques, ou physiques. La recherche de corrélation est alors entreprise statistiquement. Des dominantes telles que l'estime de soi, l'anxiété, la dépression ou encore les émotions sont abordées par les psychologue-chercheurs pour dessiner au mieux la cartographie du bien-être.

Pour améliorer son bien-être, depuis longtemps l'être humain recherche l'éternelle jeunesse. Cela passe par un esprit jeune qui se cultive et une apparence physique. Le lien entre bien-être et l'esthétique tel que l'apparence physique est régulièrement établi (Cash, T.F. & Labarge, A., 1996 ; Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S., 2007 ; Bruchon-Schweitzer M., 1987 ; Tao C., Yongyi B., Zongfu M., Rappe P., Edwards GD., et al., 2002). « L'admirable esthétique » se résume en une admiration de tous les attributs qui n'ont pas d'utilité pour l'individu et qui sont admirés pour eux-mêmes, tels que la beauté, l'élégance, la grâce (*La Tour M., 1897*).

La mise en connexion entre la sensibilité esthétique et les processus d'activation des neurones dans le cerveau a été mise en évidence par Colin Martindale (Martindale C. Moore K., Borkum J., 1990). Il a analysé la symétrie, les préférences de couleur de même que la clarté, la nouveauté, et des facteurs similaires pour faire valoir l'esthétique d'une personne.

Le terme esthétique, comme nous l'utilisons aujourd'hui, a été inventé en 1750 par Alexander Gottlieb Baumgarten (Universalis, 2017). Son travail «*Aesthetica*» porte sur la science de la connaissance sensorielle (Chisholm, Hugh, 1911). Ce fut une tentative de percer et d'intégrer la psychologie de l'esthétique propagée dans le domaine de la sensation physique et du sentiment. Cette tentative visait la reconnaissance du caractère universel de la perception esthétique. Selon Baumgarten, comme la science de la logique est la cognition supérieure, l'esthétique est la science de la connaissance sensorielle ou inférieure. Il cherchait à explorer l'esthétique des sens, l'empirisme des « armes de sens » (Hauskeller, M., 2008 ; Moreu Á-C, Cercos R. y Rlivas K., 2013).

Depuis longtemps, l'être humain est la quête de l'éternelle jeunesse. Les différentes techniques proposées de nos jours pour lutter contre le vieillissement peuvent présenter d'une part un risque corporel et d'autre part une addiction qui peut aller jusqu'au troubles psychologiques.

4.3- La psychologie de l'esthétique

L'abord de la psychologie de l'esthétique repose sur l'expérimentation et la réflexion du ressenti. Il est difficile de se prononcer sur des notions de la perception de la beauté, l'existence de la beauté absolue et l'évolution de l'idéal de la beauté dans les différentes cultures, par exemple. L'impact du ressenti devant un bel aspect esthétique, de la population est double :

- o le ressenti vis-à-vis de soi-même
- o le ressenti vis-à-vis de l'autre

Il s'agit d'un sentiment personnel qui relève de l'expérience et du ressenti de chacun lors de l'évaluation de la beauté et de l'esthétique. La science s'intéresse à ce phénomène complexe pour prouver l'impact de l'esthétique sur notre psychologique.

En 1876, Gustav Theodor Fechner dans son livre « esthétique d'âge préscolaire » aborde le concept de l'esthétique expérimentale ou psychologique, dans lequel il présente les résultats de ses études (Piéron H., 1922). Il s'est notamment interrogé sur le fait d'aimer ou de ne pas aimer un élément ou un être. Selon lui, l'homme est sensible au stimulus « esthétique » qui est présenté dans ce qu'il ressent et qu'il nomme une sensation. Dans la poursuite de son étude sur les aspects qui procurent des sensibilités esthétiques, il fait appel à William Hogarth . Ce dernier a déjà été impliqué dans son œuvre en 1753, «Analyse de la Beauté» (Hogarth W., 1767).

Daniel E. Berlyne a mené des études sur le ressenti esthétique (Konečni Vladimir J, 2014), d'une personne à l'observation d'un élément. La relation entre la sensibilité esthétique et l'excitation correspond, selon Berlyne, à la conjugaison complexe de plusieurs facteurs

intervenant dans cette excitation responsable d'un jugement sur la beauté de l'élément en question.

Eysenck (Eysenck, H. J, 1941) a évoqué tout dans ses œuvres deux facteurs pouvant influencer notre jugement esthétique : un processus biologique et un trouble bipolaire .

Des travaux d'expérimentation sur l'esthétique (Höfel L . & Jacobsen T., 2003) ont permis de porter une estimation esthétique sur des graphiques en noirs et blancs. L'analyse s'est faite par enregistrements EEG (électroencéphalogramme) en observant ce phénomène neurologique qui se produit lorsque quelque chose suscite des jugements beaux ou laids. Ceci nous montre que le « laid » suscite une activation rapide dans la région frontale du cerveau alors que l'appréciation logique de la symétrie de l'objet montre une activation tardive dans la région postérieure. Ce qui veut dire que la notion de symétrie joue un rôle important dans l'appréciation du beau. Il reste qu'une bonne partie des participants, en dehors de la majorité ne respectent pas cette règle dans leur vision des choses. Ce qui montre malgré tout que le proverbe latin *De gustibus non est disputandum* (on ne peut pas discuter des goûts) semble toujours valable de nos jours. En effet, une théorie sur ce qui beau ou laid ne peut être accepté du fait des goûts.

Nous voyons que les scientifiques abordent la validité de l'aspect esthétique de l'Homme. Dunn, Broome et Murchison (1996), lors des études sur l'appréciation d'un visage, notamment l'estimation d'un sourire à être attrayant ou pas, souligne l'implication de plusieurs facteurs. Il en ressort que le choix des participants a été influencé par la blancheur des dents. Néanmoins les critères d'évaluation sont restés propres à chaque évaluateur car les critères de beauté n'ont pas été unanimes .

D'autres études expérimentales menées (Langlois J.H. Roggman L.A., Musselman L., 1994) sur l'estimation de la beauté d'un ensemble de visage naturel ont mis en évidence une forte préférence pour les visages non naturels. Il semble qu'ils étaient plus attractifs de part leur degré «ordinaire» et par la symétrie de leur traits .

Quant à la silhouette du corps, des études de Singh (Singh, 1993 ; Singh & Luis, 1995) se

sont penchées sur l'influence du rapport taille- tour de hanche dans l'appréciation de l'esthétique. Les résultats nous apprennent que plus le ratio avoisine 0,7, plus la personne est attrayante. Ces études montrent également que ce ratio présente un lien globalement significatif avec les femmes saines et fertiles. Nous pourrions alors penser que la beauté se résume à un chiffre, alors que l'esthétique d'une personne dépend de plusieurs facteurs dont l'appréciation transculturelle. Les caractères physiques faisant office de critères d'évaluation de l'esthétique d'une personne varient en fonction de l'ethnie, de la culture, de la religion... L'estimation esthétique d'une personne au Maroc est très influencée par la diffusion de la pensée occidentale. Au travers des sources médiatiques qui déferlent sur le continent africain et en particulier le Maroc et le Kenya, les normes corporelles de la civilisation européenne influent quant à l'appréciation de la silhouette féminine (Furnham A. McClelland A. & Omer L., 2003).

L'esthétique féminine africaine est prise en tenaille entre la pression du marketing occidental et la culture traditionnelle. Dans la rue, nous pouvons trouver des femmes modernes au regard de leur tenue vestimentaire au côté de celles qui revendiquent la femme traditionnelle. Cette distinction, s'exprime au travers de l'apparence vestimentaire, mais également par la silhouette et la beauté corporelle. La notion d'esthétique est imprégnée de la dimension culturelle, mais également ethnique et même religieuse. Au Maroc, par exemple, le voile est un signe religieux, néanmoins, les femmes l'utilise souvent comme un facteur de beauté, il a trouvé sa place dans les défilés de mode, ou bien dans la rue où il est associé à un jeans ou à une jupe parfois même courte, alors que la religion musulmane prône la femme couverte. Ceci montre bien que la femme est tiraillée entre l'esthétique occidentale et traditionnelle.

A l'inverse, pour des raisons cultures, traditionnelles ou religieuses, certaines femmes rejettent de nombreuses formes d'exploitation corporelle inhérentes aux lois du marketing du monde moderne capitaliste qui porte atteinte à la dignité des femmes africaine ou musulmanes, réduisant leur corps et ses parties, à des objets consommables et jetables. Nous constatons que La vision de Baudrillard (1970) est toujours d'actualité .

4.4- Le bien-être physique

L'amélioration de l'apparence physique permet de valoriser l'estime de soi et le soi physique perçu, selon Sonstroem (1984). La littérature reconnaît cette relation très liée entre l'image de soi et l'estime de soi, ce qui motive la personne à améliorer son apparence physique (Baumeister, R.F., 1993 ; DiLorenzo, T.M., et al., 1999 ; McAuley, E., Mihalko, S.L. & Bane, S.M., 1997 ; Biddle, S.J.H., & Goudas, M., 1994 ; Sonstroem, R.J., 1984).

La valeur corporelle semble primordiale de part le lien qu'elle établit entre l'apparence physique perçue et l'impact psychologique. Cette image de soi joue un rôle de médiateur dans le construit émotionnel (Fox K.R., 2000). Une bonne image de soi non seulement renforce le bien-être (Bandura, A., 1982), mais facilite le rapport avec autrui (Harter S., 1990).

Les soins esthétiques, s'ils atténuent les complexes physiques, ils réconcilient certains usagers avec leur image. Il existe un lien étroit entre le corps et le vécu d'une personne, cela veut dire que toucher à son corps c'est également toucher à son histoire. Il s'agit là d'une complexité profonde pour un kinésithérapeute qui agit en permanence sur le corps des autres et qui peut en modifier l'histoire. La modification de l'histoire est parfois un but, ce qui explique que la complexité demeure également chez ces personnes qui viennent chercher un soulagement émotionnel. En effet, chaque demande peut cacher un profil psychologique différent. Une histoire parentale, familiale, professionnelle, amoureuse... peut être le déclic pour passer le pas et entamer des soins d'esthétique. Certaines femmes vivent leur silhouette mammaire comme une souffrance, car elle ne supporte pas les regards des autres et d'autre comme une fierté car elle cherche le regard d'autrui. Dans les deux cas, l'essentiel des soins d'esthétique est le soulagement psychologique. Ceci veut dire que l'impact psychologique n'est qu'une conséquence de son histoire et par les soins de réparation, cette conséquence peut être bénéfique ou aggravante selon le résultat (Halmos, C., 1997). Nous allons voir dans le prochain chapitre quelques troubles psychologiques graves impactés par une mauvaise image corporelle.

Chapitre 3- LE RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL DU SOI

1- Notions des émotions

Différentes théories prônent l'importance de l'environnement dans la production des émotions, qui se manifestent physiologiquement et même certaines sont visibles (James R. & Averill A., 1980). Les différents courants sont socio-constructivistes, de l'appraisal, cognitivistes et évolutionnistes (Ortony A., Gerald L., Collins C. & Collins A., 1988 ; Ortony A., 2002 ; Plutchik. R., 1980). Dans la deuxième moitié du XXème siècle, de nombreux travaux sur l'émotion apparaissent au-delà des rivalités qui peuvent exister entre les différents domaines scientifiques. Dans notre étude, nous allons nous intéresser à deux théories, une cognitive de Robert Plutchik et une autre d'expression physique de Ekman, ce qui peut amorcer une implication des professionnels de la santé, comme les kinésithérapeutes, dans leur compréhension, par leur simplicité et leur rapprochement du traitement physique.

1.1-- Les émotions primaires

Les émotions sont considérées, par beaucoup de chercheurs comme un processus multi-dimensionnel, recouvrant un éventail d'émotions différentes appelées émotions de base ou encore émotions primaires (tableau I).

Auteurs	Basic Emotions	Basis for Inclusion
<i>Plutchik</i>	Acceptance, anger, anticipation, disgust, joy, fear, sadness, surprise	Relation to adaptive biological processes
<i>Arnold</i>	Anger, aversion, courage, dejection, desire, despair, fear, hate, hope, love, sadness	Relation to action tendencies
<i>Ekman, Friesen</i>	Anger, disgust, fear, joy,	Universal facial
<i>Ellsworth</i>	sadness, surprise	Expressions
<i>Frijda</i>	Desire, happiness, interest,	Forms of action
	surprise, wonder, sorrow	Readiness
<i>Gray</i>	Rage and terror, anxiety, joy	Hardwired
<i>Izard</i>	Anger, contempt, disgust,	Hardwired
	distress, fear, guilt, interest,	
	joy, shame, surprise	
<i>James</i>	Fear, grief, love, rage	Bodily Involvement
<i>McDougall</i>	Anger, disgust, elation,	Relation to instincts
	fear, subjection,	
	tender-emotion, wonder	
<i>Mowrer</i>	Pain, Pleasure	Unlearned emotional states
<i>Oatley and</i>	Anger, disgust, anxiety,	Do not require
<i>Johnson-Laird</i>	happiness, sadness	Propositional
		Content
<i>Panskepp</i>	Expectancy, fear, rage, panic	Hardwired
<i>Tomkins</i>	Anger, interest, contempt,	Density of

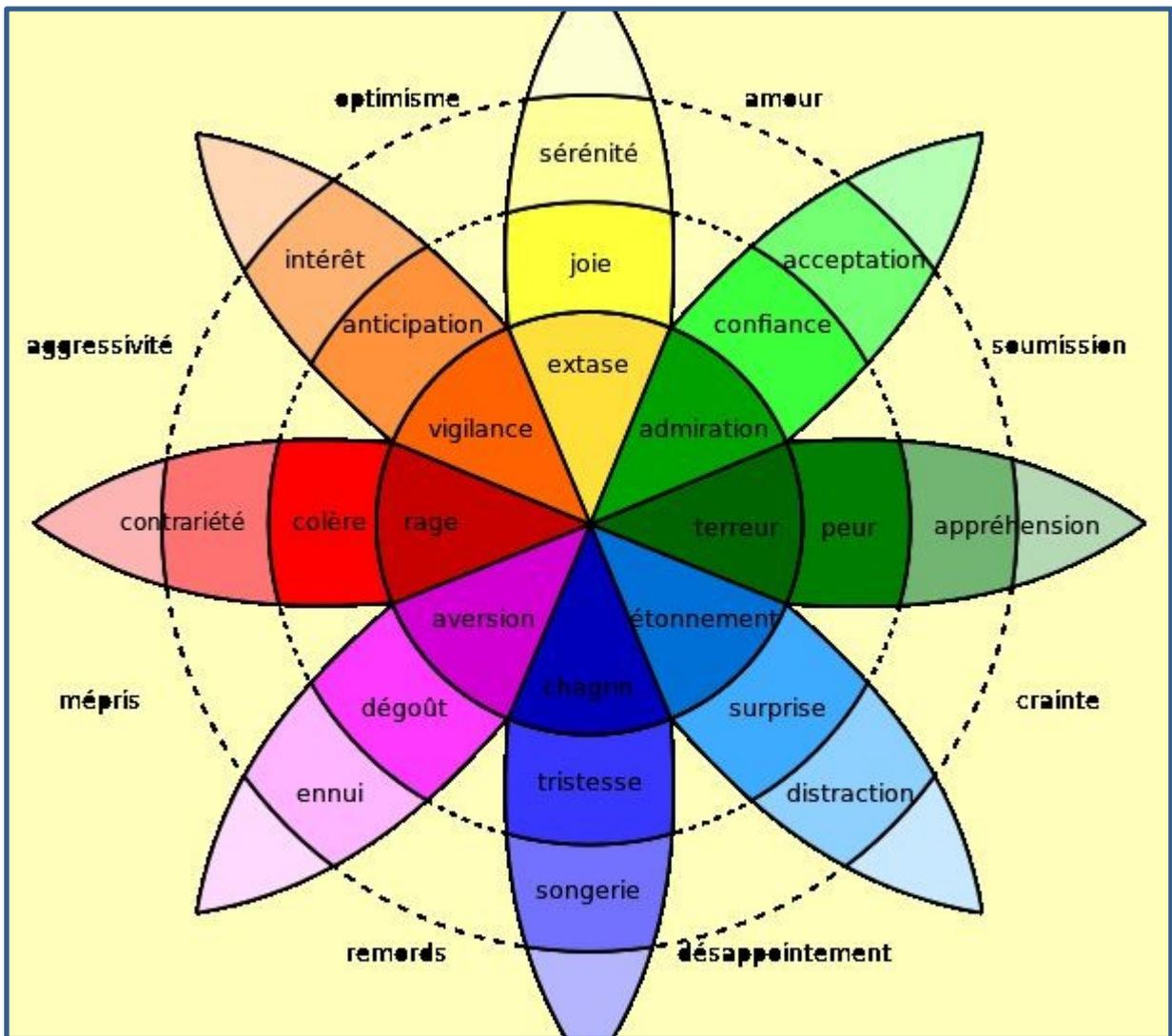
	disgust, distress, fear,	neural firing
	joy, shame, surprise	
<i>Watson</i>	Fear, love, rage	Hardwired
<i>Weiner and</i>	Happiness, sadness	Attribution
<i>Graham</i>		Independent

Tableau I : Les émotions primaires et mixtes selon les théories

Les travaux de Darwin mettent en lumière ces émotions, qui par leur combinaison, expriment toutes les émotions chez l'être humain. Depuis chaque auteur a dessiné ses dimensions émotionnelles affectives possibles. Des listes sont illustrées dans le tableau ci-dessus tiré des travaux d'Ortony et Tuner (1990).

1.2- Théorie de Robert Plutchik

La théorie psycho-évolutionniste de Plutchik, psychologue de l'université de Floride, a pour but non seulement de définir un certain nombre d'émotions dites basiques, mais aussi des associations émotionnelles pour illustrer le concept d'émotions composées (Plutchik. R., 1980 ; Plutchik. R., 2001). La mixité des émotions est composée à partir des émotions primaires, qui sont au nombre de huit selon l'auteur : peur, surprise, tristesse, dégoût, colère, anticipation, joie et acceptation.



Source : <http://mathusa.clicforum.fr> (mai 2017)

Figure I : La roue de Plutchik

La combinaison de ces émotions donne lieu à une illustration par une roue en forme de fleur (Figure N° I).

Ce modèle psycho-évolutionniste est l'une des méthodes de classification simple des réactions émotives générales. Dans cette fleur, les 8 émotions de bases s'organisent selon leur opposition polaire autour de deux dimensions principales :

- L'angle d'orientation par rapport au centre de la fleur détermine le type même de l'émotion identifiée ;
- L'intensité de l'émotion varie en fonction de la distance par rapport au centre de la roue. Plus l'émotion est proche sur le pétale du centre de la fleur, plus l'intensité est élevée. Par exemple la sérénité, en bout du pétale vert, est moins intense que l'extase, émotion la plus centrale du pétale). Il est à noter que les émotions primaires sont situées en milieu du pétale. De fait l'émotion peut évoluer vers plus ou moins d'intensité.

Alors que la combinaison des émotions peut se faire de l'émotion d'un pétale à celui d'un pétale voisin pour former l'émotion avancée.

Émotions avancées	Composition	Opposé
Optimisme	Anticipation + joie	Désappointement
Amour	Joie + sympathie	Remord
Soumission	Attirance + peur	Outrage
Crainte	Peur + surprise	Agressivité
Désappointement	Surprise + tristesse	Optimisme
Remord	Tristesse + dégoût	Amour
Outrage	Dégoût + colère	Soumission
Agressivité	Colère + anticipation	Crainte

Tableau II : Combinaisons des émotions selon la théorie de Plutchik

Le Tableau II montre les conjugaisons des émotions et la mixité possible à partir des émotions primaires, selon la théorie de Plutchik.

1.3- Particularité de la théorie de Paul Ekman

La théorie de Ekman, comme les autres s'est basée sur les travaux de Darwin, en composant 7 familles d'émotions. La particularité de cette théorie également

évolutionniste, est son rapprochement avec celle de Plutchik, de part la notion de famille ou de combinaison sans écarter leur vision commune

3 de la variabilité d'intensité émotionnelle. De plus, elle rajoute une autre dimension par l'expression faciale de ces émotions, ce qui complète la précédente vision. Ce qui nous intéresse pour aider le kinésithérapeute, spécialiste du traitement physique, dans la compréhension et la distinction d'une émotion exprimée physiquement par un usager.

Les 7 familles d'expression émotionnelle sont issues de la liste de Darwin (1872) :

- La joie
- La tristesse
- La colère
- Le dégoût
- La peur
- La surprise
- Le mépris.

En 1969, Paul Ekman, psychologue, confirme l'intuition de Darwin [Ekman, P., et al., 1969).et depuis des dizaines d'études ont pu renforcer le caractère universel de ces 7 familles d'émotions (Ekman P., & Friesen W. V., 1971 ; Friesen W. V., 1972 ; Matsumoto D., 2001). La définition des notions de « famille » et de « universel » évoquées par Darwin puis Ekman peut nous éclairer :

- Famille d'émotion : On appelle « famille d'émotions » lorsqu'un ensemble d'émotions peut évoluer en intensité, mais peuvent être représentées par une même expression faciale. Par exemple, « le soulagement » et « l'amusement » se différencient dans leur signification par l'expression vocale, mais leurs deux expressions faciales sont identiques à celle de la joie car ils font partie de la famille de la joie. De même pour l'expression faciale que nous constatons dans la communication de la colère. Cette dernière peut être retrouvée dans tout le spectre allant du simple agacement à la rage.
- Expression faciale universelle d'une émotion : Il s'agit de toute émotion qui

peut être exprimée par des grimaces du visage, reconnues et interprétées de la même façon par chaque individu et ce quelles que soient ses origines ou sa culture.

Du fait de ces définitions, nous pouvons penser que le kinésithérapeute peut essayer de décoder les différentes émotions orientées vers l'acceptation ou le refus de l'image de soi. Aussi, cette interprétation de l'émotionnel peut être stimulée par l'interrogatoire clinique. Il semble dès lors pertinent et judicieux de tenter de lire sur le visage d'un usager, l'expression de l'impacte de son esthétique, sur son estime de soi ou encore sur son bien-être physique. Il semblerait pertinent d'approfondir cette voie et de mener une réflexion en vue de l'inscrire, à l'aide de psychologues, dans le programme des études en kinésithérapie.

1.4- Les émotions et la santé

Ces émotions positives et négatives ont une influence sur la santé (Hamann S., 2001 ; Talmi, D., Anderson, A. K., Riggs, L., Caplan, J. B., & Moscovitch, M., 2008 ; Ochsner K-N., 2000). Nous pourrions rechercher le lien entre ces émotions et la consommation de la santé pour comprendre l'influence de la kinésithérapie.

Il y a une différence importante entre les facteurs «émotions positives et négatives» et la compétence émotionnelle. Avec les facteurs émotion positives et négatives, on pointe le fait d'avoir ces émotions. Dans la littérature, il a déjà été montré que le fait d'avoir des émotions négatives ou positives influence notre santé. Avec la compétence émotionnelle, on va un pas plus loin en examinant la façon dont ces émotions positives ou négatives sont identifiées, exprimées, comprises, régulées et utilisées (Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., & Nelis D., 2009 ; Petrides KV. & Furnham A., 2003).

Aussi, selon une étude, les compétences émotionnelles ont un impact sur la santé, mais également sur la consommation des soins, au même titre que l'âge, le poids, les habitudes alimentaires, l'activité physique et la consommation de tabac (Sigrid V., et al., 2015). Certaines études ont montré que les compétences émotionnelles pouvaient

s'acquérir et s'améliorer. Il s'agit donc d'un facteur sur lequel on peut agir en vue d'influencer la santé. Depuis déjà quelques années, l'action préventive s'articule autour de trois thèmes : l'alimentation, l'activité physique et le bien-être/la santé mentale (Kotsou, L., Nelis, D., Gregoire, J., & Mikolajczak, M., 2011 ; Nelis D., et al., 2011).

Il y a également l'expression non verbale de certaines émotions que le kinésithérapeute, sans être psychologue doit pouvoir interpréter, ce qui peut l'amener à prendre des décisions concernant l'évaluation, la prise en charge ou l'orientation vers un psychologue.

2- L'estime de soi

Le concept de soi n'est pas une entité à part entière, mais il s'agit d'un construit hypothétique de soi. Ce qui permet à chacun de se doter d'une explication et d'un pronostic quant au comportement de sa personne. En effet, le concept de soi reflète les pensées, les représentations et les valeurs qu'une personne a d'elle-même et qu'elle s'est forgée tout au long de son vécu. Il est descriptif et évaluatif.

L'estime de soi n'est alors que la vision positive du concept de soi et devient alors la représentation cognitive de soi [Rosenberg M., 1979).

Dans la définition du concept de soi s'explique de la façon suivante : Lorsqu'il s'agit de s'entendre sur une définition du concept de soi, on constate en général que cette notion est considérée comme une variable multidimensionnelle comportant à la fois :

- Une dimension cognitive, c'est-à-dire les idées, les images et les opinions que la personne a d'elle-même ;
- Une dimension affective, c'est-à-dire les impressions et les sentiments que la personne approuve à son propre sujet ;
- Une dimension sociale, puisque le concept de soi constitue un lieu de projection des perceptions des autres à l'égard de la personne (Brunel M.L., 1990).

L'approche de l'estime de soi nécessite d'abord de définir les contours du soi. Le soi dans le sens global est intégré à la personnalité psychologique, selon Cooley (1964). En 1934,

cette notion a subi un remodelage par Mead (1934). Pour ce dernier, le soi traduit l'image de notre personnalité renvoyée aux autres. Le soi semble être considéré comme un objet car nous pouvons distinguer le je du moi quand nous évoquons le soi.

James, fait une différence très nette en donnant au « je » (ou ego) la fonction de moteur de la conscience du moi (appelé self). Il est à l'origine de ce courant où le « je » relève d'une conscience dont le « moi » est un élément constitutif (James W., 1962). L'Écuyer exprime le sens de ce courant par «le soi doit être considéré à la fois comme un objet de connaissance et comme le centre de l'action pour assurer son maintien, sa défense ou sa promotion» et pour qui Les notions du je et du moi apparaissent dès lors comme des termes équivalents (L'Écuyer R., 1978).

Les composantes fondamentales qui organisent le ressenti et la représentation des individus sont constituées par le soi, l'identité personnelle et la représentation sociale. Le soi devient alors la pierre angulaire des réflexions sur le versant interne de l'identité de chaque individu (image de soi, représentation de soi, construction de soi, contrôle de soi), (Costalat-Founeau A.M., 1997). La définition du soi peut aussi traduire « un ensemble de caractéristiques (goûts, intérêts, qualités, défauts, etc...), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs que la personne s'attribue, évalue parfois positivement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même » (L'Écuyer R., 1994). La notion cognitive vient également se greffer sur la notion du soi, comme l'indique Martinot (1995) dans une synthèse des travaux actuels sur le soi. Elle formerait un socle pour des informations, des mémoires et des représentations concernant le soi.

La vision positive de soi, c'est-à-dire l'estime de soi est, selon Tap (1988), une des caractéristiques principales de l'identité. En effet, d'après Tajfel (1982), chaque personne a besoin de développer un ressenti de valeur personnelle vis à vis de soi mais aussi des autres. La motivation sur le plan psychologique et social est le fait d'essayer de conforter sa propre estime face au monde extérieur, afin de renforcer sa confiance et son appartenance à un groupe social. Chaque individu est face à la considération et au respect qu'il se fait de lui-même et notamment de sa propre valeur en tant qu'homme,

c'est cela l'estime de soi selon Rosenberg (1979). De ce fait, les sentiments de valeur, de compétence et d'importance aux yeux des autres viennent alimenter cette estime de soi.

Chaque individu se crée alors un sentiment de perception du rapport entre l'être réel et idéal et l'écart issue de l'évaluation personnelle de ces deux visions n'est que le résultat du niveau de l'estime de soi que l'on se fait de soi-même (Pelham B.W., & Swann W.B., 1989). Il s'agit essentiellement des aspects physiques et esthétique issus des expériences et environnementales individuelles qui déterminent les variables de ces évaluations (Davison T. & McCabe M., 2005).

L'estime de soi a tendance à affecter le sentiment de perceptions de soi et les métaperceptions (perception de la manière dont est perçu) (Sciangua A. & Morry M. 2009). C'est pourquoi, la faiblesse de l'estime de soi semble pousser les personnes à se dévaloriser et ainsi à penser que les autres les sous-estiment (Murray S.L., Holmes, J.G. & Griffin D.W., 2000).

De part l'abondance littéraire sur ce thème, nous trouvons sur des diversités des points de vue conceptuelle et méthodologique, ce qui ne favorise pas une compréhension claire des visions du soi de nos jours (Monteil M. & Martinot J.M., 1991). Aussi, trois courants théoriques de l'estime globale de soi se sont distingués :

- Dispositionnel
- Situationniste
- Interactionniste

Chacun courant présente une vision différente du processus qui caractérise la structure psychologique et la méthodologie d'abord de ce même processus. Nous constatons qu'à partir cette divergence de vue, les conclusions ne peuvent pas être consensuelles sur la stabilité de la personnalité. Des travaux amorcent au travers de la vision interactionniste, la divergence quant à la variabilité de l'estime de soi Kernis (1993), Vallacher et Nowak (1997) et Marks-Tarlow (1999).

Notre environnement social est le miroir, qui nous renvoie à la représentation que se font les autres de nous. Trois éléments se dégagent de la notion du concept du « Soi social » :

- Image de notre présentation aux autres,
- Conscience du jugement des autres sur soi,
- Sentiments positifs ou négatifs qui en résultent.

3- L'image de soi

La définition du soi ou « identité psychologique et sociale » permet de savoir dans quelle mesure les appartenances à certains groupes sociaux définissent l'individu et quelle est la part spécifique d'individualité, introduite dans cette définition.

L'estime globale de soi est fondée sur la notion cognitive mais aussi sur l'apparence corporelle pour structurer l'identité de l'individu (Biddle, S.J.H., & Goudas, M. 1994 ; Harter S., 1988), et tout particulièrement chez les adolescents (Bruchon-Schweitzer M.L., 1990 ; Harter S., 1990). L'acceptation de son corps favorise le bien-être dans le rapport avec l'autre (Bandura A., 1982, Harter S., 1990). Dès 1902, Cooley, l'un des théoriciens du concept de soi comme miroir : *Looking-glass-self* et ensuite de l'interaction sociale, avait souligné l'importance de la notion d'interaction avec les autres dans le concept de l'image de soi (Moscovici, S., 1994).

De nos jours, l'utilisateur en kinésithérapie esthétique, comme tout individu, est soumis à l'attraction, parfois agressive des messages publicitaires qui se présentent à lui. Il est parfois sous l'emprise de cette information qui tente de désigner la norme de la vie sociale : comment faut-il être pour ressentir une sensation d'appartenance à la société notamment moderne. Cela passe par la tenue vestimentaire, par l'alimentation, le mode de langage, la silhouette, le type de véhicule,...

Le consommateur sélectionne les produits qu'il achète en fonction d'une correspondance entre l'image que celui-ci a de lui-même et l'image des produits en question. "La difficulté, pour le publicitaire, consiste à saisir l'image de soi, souhaitée par le client, à la

conjuguer avec la représentation la mieux adaptée au produit, puis à la présenter au public sous une forme suggestive” (Cathelat B., 1992). Voici une citation qui montre bien la complexité de l’image de soi et surtout sa manipulation pour la faire réagir. Nous allons donc essayer de comprendre son mécanisme pour en définir les contours et les interactions avec le désir d’atteindre la norme sociale de l’éthérique.

L’image du corps est composé de plusieurs variables (Cash T.F., et Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990):

- Aspects perceptifs : Il s’agit d’une perception de son propre corps (la taille, le poids, la silhouette du corps). De ce fait, toute perturbation du sens de la perception peut conduire à des surestimations ou des sous-estimations, d’où l’altération du soi physique.
- Aspects cognitive-affectifs : les attitudes sentimentales, notamment corporelle peuvent réveiller des sensations affectives et influencer sur l’émotionnel. L’image du corps émotionnel comprend des expériences antérieures du plaisir, le déplaisir, la satisfaction, le dégoût, la colère, l’impuissance, etc...
- Aspects comportementaux : des comportements exposent votre corps à la vue des autres et reflètent la perception et les sentiments liés à l’apparence de votre corps. Cela peut provoquer des attitudes d’évitement, de camouflage...

L’image de soi est fortement liée à la perception, l’évaluation et l’expérience du corps et participe au construit de la personnalité et le bien-être psychologique (Guimon, 1999). Ainsi, Rosen (1995) précise que l’image du corps est la manière dont on perçoit, imagine, sent et agit sur son propre corps (Salaberria, K.; Rodríguez, S., Cruz, S., 2007).

3.1- Principales notions

L’image de soi est aussi un concept complexe et nous pensons qu’il nous est indispensable d’aborder certaines explications sans comprendre les principales notions du soi et de définir les différentes visions des différents auteurs. En fonction de l’école dont est issue la définition de l’image de soi (self-concept), nous rencontrons trois versants

(L'Écuyer R., 1978) :

- La notion de «configuration organisée de perceptions de soi admissibles à la conscience» (Rogers C., 1951)
- Parfois, il s'agit d'une expérience de la vie sociale ou l'individu réalise une introjection de la façon dont les autres le perçoivent (Mead G., 1934) ;
- Ou encore le soi n'est qu'une notion subjective influencée par l'inconscient (Arieti S., 1967; Jacobson E., 1964).

Par cette vision, L'Écuyer nous montre la divergence d'opinion des différents auteurs, sur l'étude de ce concept. Dans notre étude, l'image de soi trouve toute son importance. C'est pourquoi, nous entamons une analyse approfondie en évoquant les principales notions avant de parcourir quelques travaux fondamentaux entrepris par les penseurs du concept de soi.

3.1.1- Les travaux de William James

L'étude de l'image de soi (self-concept) de James fait appel à la psychologie. Cette dernière reconnaît, comme toutes les sciences naturelles, l'existence d'un monde matériel indépendant des perceptions mentales qu'en ont les gens.

Par conséquent, James définit deux principes essentiels à l'étude de la psychologie :

➤ L'existence d'états de conscience transitoires, par exemple les pensées et les sentiments,

➤ La connaissance dont sont dotés ces états de conscience, aussi bien d'ordre matériels, événementiels que d'autres états de conscience d'autres individus ou de la personne elle-même.

Nous distinguons donc entre ces deux appellations, que la personne utilisatrice a plus ou moins conscience de son existence personnelle. Nous pouvons à la fois faire une distinction et élaborer un lien entre ces deux concepts et ce quel que soit le sujet de réflexion mené.

Le soi, ou ego empirique, désigne tout ce qui appartient à l'individu et lui permettent de ressentir les mêmes émotions : Le bien-être, la réjouissance de son être ou encore la notion de déperdition. Le soi est composé de 3 notions :

- Le soi matériel,
- Le soi social
- Le soi spirituel.

Le Je , ou pur ego,est en quelque sorte une quatrième dimension du soi; c'est "ce qu'on appelle aujourd'hui le sens identitaire » (L'Écuyer M., 1978).

William James explique que le *soi matériel* est symbolisé essentiellement par le corps, puis par les autres éléments tels que les vêtements, la famille immédiate, le foyer, les possessions et les œuvres. C'est pourquoi, la perte d'un être cher à une personne prive cette dernière d'une partie importante d'elle-même.

3.1.2- Les travaux de Charles Horton Cooley

Cooley associe le soi à l'expérience sociale de la personne basée sur le regard de l'autre sur soi-même. Il a appelé cette théorie le « *looking-glass self* » (Cooley E., Horton Ch., 1964). En revanche, le regard de l'autre peut être subjectif et donc ne renvoie qu'une image déformée. Cette opposition montre que trois éléments peuvent fonder l'évaluation d'une personne :

- L'image qu'une personne a d'elle-même et qu'elle véhicule à autrui
- L'image perçue par une personne en fonction du jugement porté par autrui sur elle
- L'image qu'à la personne qui lui procure un sentiment de fierté ou d'humiliation

Ce qui veut dire que le sentiment positif ou négatif du soi varie selon la perception de l'évaluation présumé. La notion d'appartenance sociale, l'expérience sociale globale, la

classe sociale et même les caractéristiques héréditaires influencent le soi, selon Cooley. Des émotions, des sentiments comme de l'apprentissage sociale découlent les notions de je et de mien.

D'ailleurs, l'enfant dans son évolution, utilise le « Je » et le "mien" pour désigner ses attributs corporels. Petit à petit, il étend son champs d'appartenance à des objets extracorporels, comme ses jouets, ses vêtements, sa chambre...

Selon la théorie de Cooley, l'image réfléchie par les autres influe le développement du soi de l'enfant. Il comprend, par l'observation, que ses actions ont un effet sur le comportement de l'autre. De part ce développement, il existe une interaction comportemental entre deux être et que l'action de l'un dépend de l'action de l'autre. Au cours de l'évolution, l'être humain, ayant accès à plusieurs personnes, il catégorise les autres personnes en fonction de leur retour plus ou moins agréable sur lui. Il préfère créer une relation avec les individus qui ont une bonne impression de lui. Ce phénomène semble alors être à l'origine de toutes nos ambitions. C'est ainsi, que Cooley montre que l'image de soi est importante dans le dispositif du soi social par l'imagination et l'instinct de vie d'une personne.

3.1.3- Les travaux de René L'Écuyer

René l'Écuyer a synthétisé les conclusions des différents chercheurs sur l'image de soi, depuis William James et en a retenu quelques modèles :

- L'approche phénoménale de l'image de soi (L'Écuyer M., 1978).
- L'approche sociale (Mead G.H., 1934 ; Wallon H., 1934 ; Sarbin T-R., 1952).
- L'approche individualiste (Ziller R., 1973).

A partir de ces 3 approches, René L'Écuyer intègre la notion multidimensionnelle qui comprend cinq dimensions selon une hiérarchie (L'Écuyer M., 1978) :

➤ Le soi matériel

Cette dimension est en lien avec la perception du corps et le sentiment de possession de

l'individu. Sa structuration est constituée de deux éléments :

- Le soi somatique : perception des traits corporels et de l'apparence physique
- Le soi possessif : tout ce qui relève de « mien », les personnes comme les objets.

➤ Le soi personnel

Il traduit les spécificités cognitivo-affectives d'une personne :

- L'identité de soi représente notamment la conscience d'exister, l'idéologie, le statut

- L'image de soi résume les émotions, les sentiments, les goûts, les aptitudes...

➤ Le soi adaptatif

Le soi adaptatif consiste en le ressenti qu'il perçoit de lui-même face aux appréciations et les actions de l'autre. Ce modèle est également structuré en deux parties :

- La valeur de soi, il s'agit de formulation des qualificatifs quant à la compétence et la valeur personnelle.

- Les activités de soi se composent des actions élaborées et structurées de défense du soi au travers des degrés d'autonomie, d'adaptation et de dépendance...

➤ Le soi social

Le soi social regroupe la description des relations entre le soi et les autres. Il est également scindé en deux parties :

- Attitudes sociales, qui sont le sentiment positif ou négatif des interactions entre la personne et les autres, comme la réceptivité, la domination et l'altruisme.

- Références à la sexualité traduisent l'état de conscience des éléments qui influencent l'idéologie de la sexualité, telle que les attraits et les expériences.

➤ Le soi-non-soi

Il résume des particularités attribuées à soi, mais qui sont exprimées par d'autres personnes. La personne a tendance à parler d'elle-même en faisant référence à autrui, de façon implicite.

Par ce modèle, L'Écuyer a voulu montrer le lien qui peut exister entre la structuration du soi et le genre, parallèlement il a mené une étude sur l'évolution de l'image de soi en lien avec l'âge. Il a structuré les résultats de ses recherches pour les publier dans ses écrits (L'Écuyer M., 1978). Nous allons nous pencher sur sa vision de l'évolution de l'image de soi en fonction de l'âge et le genre.

3.2- Développement de l'image de soi

Pour expliquer l'attraction de la kinésithérapie esthétique, nous avons besoin de comprendre la naissance et l'évolution de cette notion d'estime et d'image de soi. C'est pourquoi, nous nous attardons sur les différents stades du développement de l'image de soi. Cette description du développement est tirée de la structuration proposée par (L'Écuyer M., 1978) :

Stade I et II :

Au travers des cinq structures du soi, évoqués ci-dessus, l'enfant évolue dans le contexte familial où il construit une image de soi, mais de façon rudimentaire. Il développe sa motricité, sa dextérité et son langage pour découvrir le monde. Petit à petit il fait la distinction entre ce qui lui appartient et le reste. Il en tire bénéfice comme l'édifice de sa valorisation, les perceptions qu'il peut avoir dans son milieu fermé.

Stade III :

L'enfant prend conscience de son existence et évolue vers la pré-adolescence. Il entre alors dans un monde social plus complexe où il devra composer, en dehors de la famille, avec les dimensions scolaires, sportives, amicales. Des intérêts apparaissent et se diversifient. Peu à peu il se détache de son nid familiale pour se diriger vers ses amis, d'où le début de l'acquisition d'une certaine forme d'autonomie de donc des

responsabilités (délégué de classe, capitaine d'équipe, gagner au jeu vidéo...). Tout ceci lui donne une importance dans la valorisation de son image de soi.

Stade IV :

C'est une phase de l'adolescence à l'âge du jeune adulte. L'image de soi est suffisamment structurée dans la complexité que lui impose l'expérience au cours de sa vie. Il articule son évolution autour de trois axes : le soi-personnel, le soi-social et le soi-adaptatif. En effet, l'adaptation à son environnement est la principale préoccupation de l'adolescent. Les possessions se révèlent de plus en plus en distinguant le genre, car la valorisation chez l'homme passe par les éléments qui mettent en valeur la puissance (l'argent, la voiture, un statut professionnel...) et les femmes par les vêtements, les éléments en lien avec l'esthétique. Nous constatons que l'image de soi se renforce selon le genre. L'adaptation à cette nouvelle vie demande une insertion sociale par la fréquentation des amis et accéder à une reconnaissance par le statut au travail, notamment chez les hommes.

Stade V :

L'image de soi de l'adulte reste axée sur les trois mêmes structurations vues précédemment, auxquelles se rajoute le soi-matériel. Les hommes, comme les femmes cherchent le confort matériel et l'acquisition de biens, dans le but de protéger l'image de soi. Cet attachement matériel amène la personne à améliorer le niveau de vie avec les fonctions et les responsabilités qui vont avec, comme une vie active. L'importance donnée à l'apparence physique refait surface chez l'adulte. Avec davantage d'assurance, il souhaite imposer sa personne. L'individu cherche à faire bonne figure, il s'intéresse à des soins du corps, aux vêtements et à l'activité physique. Il s'agit d'une recherche de l'épanouissement qui se renforce avec l'âge pour une expansion de l'image de soi, comme la lutte contre le vieillissement et les soins esthétiques.

Stade VI :

En troisième âge, la personne délaisse malgré elle, peu à peu les structures de l'image de soi qui lui ont permis de se valoriser. A ce stade, elle se sépare de ses biens pour des

raisons financières ou de santé, d'où la disparition du soi-matériel. Elle le ressent comme un traumatisme. Pour se revaloriser et protéger cette identité, elle développe d'autres dimensions pour atténuer la faiblesse de son image de soi. Il s'adonne à des activités de loisirs, de bénévolat ou même professionnelles.

Nous comprenons le lien qui peut exister entre l'évolution de cette image de soi et le besoin de consommation de séances de kinésithérapie esthétique. Nous formulerons plus loin dans cette étude la relation entre l'évolution de l'image de soi et ces soins d'esthétiques chez le kinésithérapeute. Cet énoncé du développement nous permettra également d'expliquer la consommation de ces soins d'esthétique, qui diffère selon l'âge et le genre.

Chapitre 4- CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'INESTHÉTIQUE CORPORELLE

1- L'impact psychologique de l'esthétique corporelle

Les émotions sont des sensations qui influent sur notre comportement. Les émotions négatives font l'objet de différents écrits. Ces émotions négatives tendent à diriger l'attention sur soi, comme l'exprime la littérature en psychologie clinique et affective (Salovey P., 1992). En effet, la personne cherche à atteindre ses objectifs en comparant la perception actuelle de son état avec l'état qu'il souhaite. Il s'agit d'un réflexe d'adaptation provoquant une conscience de soi. Ce self-focus permet alors de se motiver et permet parfois de se sortir des émotions négatives. (Carver, C.S., & Scheier, M.F., 1981 ; Duval, S., & Wicklund, R.A., 1972). Néanmoins, cette régulation de soi-même n'est pas adaptée à certains troubles cliniques, comme la dépression. Plusieurs études montrent que certaines personnes se fixent sur les aspects noirs de leur vie et ne se sortent pas des émotions négatives (Ingram, R. E., 1990 ; Pyszczynski, T., & Greenberg, J., 1987).

Dans le cadre de ces émotions négatives, l'individu fait appel à des professionnels,

comme en psychologie et en psychiatrie pour faire surface dans son estime de soi. Lorsqu'il s'agit d'une dégradation de l'image de soi, la personne se voit parfois consommer des soins d'esthétiques en se dirigeant, vers le kinésithérapeute, l'esthéticienne, la dermatologue ou bien encore chez le chirurgien esthétique.

2- Changement identitaire

L'identité d'une personne est ce qui la distingue des autres individus car chaque usager est caractérisé par des éléments qui le rendent unique. Par ailleurs, l'identité est également ce qui qualifie la similitude entre deux objets distincts, ce qui précise les points communs dans le cadre d'une comparaison. Ainsi, la notion d'identité qualifie à la fois, ce qui permet de distinguer et ce qui est semblable. Il s'agit d'un paradoxe, qui résulte d'un ensemble de processus très intriqués. Le sentiment d'identité se structure dès la plus jeune enfance. Il est essentiellement exprimé par le langage pour manifester ce sentiment et ainsi organise sa personnalité propre.

La construction de son identité passe par l'appropriation des expériences au cours de son existence, comme le relationnel avec les autres, les responsabilités assumées, les événements heureux vécus... mais ce sentiment peut être également découler des moments difficiles tels que la séparation la perte d'emploi, le deuil, la maladie... ce qui se répercute fortement sur l'image de soi, l'estime de soi et donc sur l'identité. (Marc E., 2005).

Le regard des autres, comme les expériences acquises au cours de la vie de la personne influe beaucoup sur la continuité de la conscience de soi forgée par le sentiment d'identité. Celle-ci se trouve alors au carrefour d'un conflit entre les différentes identités issues du passé, du présent et de l'avenir : « entre l'identité héritée celle qui nous vient de la naissance et des origines sociales, l'identité acquise, liée fortement à la position socioprofessionnelle et l'identité espérée, celle à laquelle on aspire pour être reconnu » (Gauléjak V., 2002).

L'apparence physique est au centre de la sphère que forme l'identité et le soi, de part son

importance dans la perception que la personne se fait d'elle-même et le milieu social ou physique où il vit. Ceci sollicite un intérêt particulier dans les soins d'esthétiques ou le corps est amené à évoluer et apporte parfois une modification de la confiance en soi. (Fox, K.R., 2000 ; Messer, B., & Harter, S. 1986).

De nos jours, chacun court après la valorisation de soi dans la construction personnelle, sociale ou encore professionnelle. Il s'agit de la composante fondamentale de l'identité de soi (image de soi, représentation de soi, construction de soi et le contrôle de soi), ce qui constitue le versant interne de l'identité individuelle (Costalat-Founeau, A-M. 1997).

L'objectif d'atteindre une vision positive de soi caractérise bien l'identité. Chacun cherche un sentiment valorisant vis à vis de soi-même et d'autrui. Il s'agit là d'une motivation importante de la vie psychologie et sociale de la personne (Tajfel, H., 1982). Ce qui explique l'attrance des personnes par les soins ou la chirurgie esthétique.

3- L'insatisfaction corporelle

Le changement de l'apparence intervenant sur l'image, comme nous l'avons vu ci-dessus, l'identité s'en trouve modifiée en fonction de l'importance du changement du soi. Lorsque les modifications vont dans le sens de l'amélioration de l'apparence corporelle, l'image de soi se voit valorisée et installe la personne dans un sentiment émotionnel positif. A l'inverse, lorsque le résultat des changements corporels, par quelque processus que ce soit, n'est celui attendu, l'individu plonge dans une déception et son image de soi se dégrade.

La littérature centrée sur l'image de soi fait régulièrement référence à l'insatisfaction corporelle, c'est même le construit psychologique le plus étudié (Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. 2004 ; Stice, E., & Shaw, H., 2004 ; Taylor, C., Windauer, U. Lennerts, W., Talbot, P., Touyz, S. W., & Beumont, P. J., 1993). Cette insatisfaction est souvent en relation avec les troubles de l'image de soi, de part son affect, à ses attributs physiques et aux croyances négative de son apparence (Littleton, H., & Ollendick, T., 2003 ; Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantieff-Dunn, S.,

1999). La subjectivité est fréquemment associée cette croyance et se manifeste au travers du mécontentement, la honte, la tristesse et la culpabilité (Cash, T. F., 2002 ; Rosen, J. C., 1992). Un écart est ressenti par l'individu entre son apparence corporelle et ses idéaux physiques qu'il intériorise provoque cette insatisfaction son image, selon plusieurs auteurs (Cash, T. F., 2002; Cash, T. F., & Szymanski, M. L., 1995). . C'est pourquoi, l'image de soi est très souvent évalué dans les insatisfaction corporelle car c'est une discrédance entre l'image physique idéale et réelle. L'insatisfaction est d'autant plus profonde que l'écart entre l'image du corps idéal et réel est grand (Gromel, K. et al., 2000 ; Manley, R. M., et al., 1998 ; Rand, C. S. W., & Wright, B. A., 2000 ; Rozin P. Trachtenberg, S., & Cohen, A. B., 2001). Ce trouble s'accompagne d'une détresse émotionnelle proportionnelle à l'importance de l'insatisfaction (Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantieff-Dunn S., 1999 ; Ohring R., Graber J. A. & Brooks-Gunn J., 2002). Cette dégradation de l'image de soi en lien avec l'insatisfaction est un facteur de risque dans les troubles de la personnalité et notamment avéré dans le déclenchement et le développement d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) (Attie, I. & Brooks-Gunn, J., 1989 ; Killen, J. D. et al., 1996).

Cette insatisfaction corporelle est constatée avant la consultation d'un professionnel de la santé, mais elle peut se manifester après un traitement. Dans la littérature, il n'existe pas d'étude établissant un rapport entre la kinésithérapie et l'insatisfaction post-traitement. Toutefois, nous trouvons l'établissement de ce lien entre la chirurgie esthétique et l'insatisfaction corporelle de l'usager. Nous notons l'implication de la personnalité lors de ce sentiment d'imperfection post-chirurgicale, où le trait de personnalité de type névrosisme apparaît plus important chez des usagers insatisfaits plus que chez des usagers satisfaits (Finlay P. Atkinson, J. & Moos K., 1995).

Les personnes présentant ce trait de personnalité se déclare que l'information reçue préalablement à la chirurgie était insuffisante et que les suites opératoires sont plus importantes que ce qu'ils avaient imaginé. Le névrosisme étant un des cinq grands traits de personnalité, évoque la notion de stabilité émotionnelle et en particulier son degré

d'émotion négative. Un score élevé dans ce trouble traduit une instabilité émotionnelle avec en particulier une humeur changeante associée à une tension. La détection du névrosisme en pré-opératoire est en lien avec des suites post-chirurgicales difficiles qui renforcent le sentiment de l'insatisfaction en rapport avec le résultat du traitement (Kiyak, H. A. et al., 1988).

Il s'agit d'un trait de personnalité, mais la notion de personnalité balaye un grand spectre allant de la beauté à l'intelligence en passant par des termes comme la brutalité, l'attractivité et peut également se définir par un état de trouble tel que l'anxiété et la dépression (Sinko, K. et al., 2012 ; Kim, S. J. Kim, M. R., Shin, S. W., Chun, Y. S., & Kim, E. J., 2009).

Ce qui signifie que l'insatisfaction liée à la dysharmonie physique et ce quelque soit la raison, provoque un trouble de la personnalité, un terme générique des différents aspects de l'émotion pouvant donner lieu à une psychopathologie (Kiyak, H. A. et al., 1982). La détresse psychologique qui s'exprime par les symptômes de dépression et d'anxiété est particulièrement fréquente dans les perturbations de l'image corporelle (Cooper, P. J., & Coodyer, I., 1997).

4- Psychopathologie de la dysharmonie physique

4.1- L'anxiété

Face à une situation qu'une personne peut considérer comme menaçante, elle développe un sentiment d'appréhension, des affects négatifs et même une tension, c'est ainsi que les cognitivistes définissent l'anxiété (Spielberger, C. D., 1966 ; Spielberger, C. D., 1985). Elle est déclenchée par la préoccupation suscitée par l'absence ou le manque de maîtrise des situations difficiles. Le cheminement provoqué par l'état anxieux abouti à des pensées négatives et lorsqu'elle devient excessive, persistante et ce pendant plusieurs semaines, elle évolue vers un état maladif, elle atteint parfois gravement la qualité de vie. L'anxiété se manifeste au travers de plusieurs formes, de façon très variable et parfois difficile à gérer. Il peut s'agir d'une crise de panique aiguë, de phobies ou de troubles

généralisés. Les différents types d'anxiété font partie des troubles mentaux les plus fréquents avec une prévalence féminine. Lors du prolongement de cet état d'anxiété, il s'agit d'un trouble de santé mentale qui nécessite une prise en charge médicale et psychologique (Anxiety Disorder Association of British Columbia, 2017).

Les dimensions de l'anxiété sont multiples et constituent un concept intégrant des éléments comportementaux, somatiques, cognitifs et émotionnels (Kendall, P.C., 2012). En réalité l'anxiété est une expression de l'inquiétude chez tout être humain face aux situations qui présentent un danger, une menace réelle ou imaginaire. La manifestation de cette anxiété est alors celle de la peur et de l'angoisse mettant un jeu un sentiment intense de tension extériorisé ou intériorisé (Dumas, J. E., 2013). Cette réaction est plus intense en fonction de la personnalité de l'individu (Kendall, P.C., 2012). Dans le cas d'une insatisfaction corporelle, l'anxiété se manifeste sous forme d'une réaction émotionnelle traduisant des modifications physiologiques et comportementales (Bridou, M., Aguerre, C., 2012).

Le ressenti de la dysharmonie corporelle serait lié fortement à la symptomatologie de l'anxiété (Cooper, P. J., & Coodyer, I., 1997). Plusieurs études montrent l'association étroite entre l'anxiété générale et l'insatisfaction de son propre corps (Kostanski, M., & Gullone, E., 1998 ; Étu, S. F., & Gray, J. J. 2010). À l'inverse, Cameron et Ferraro (2004) ont démontré que les traits d'anxiété sont également associés à une importante dysharmonie et l'insatisfaction qu'elle engendre (Cameron, E. M., & Ferraro, F. R., 2004). Aussi, au regard des résultats de ces études, nous pouvons constater la relation bidirectionnelle qui existe entre la dysharmonie du corps et l'insatisfaction qu'elle produit et l'anxiété chez une personne.

L'anxiété due à la dysharmonie physique augmente avec le regard d'autrui en société, c'est ce que certains auteurs appellent l'anxiété physique sociale. Il s'agit d'une anxiété qui augmente avec le sentiment d'être observé ou jugé sur son apparence par autrui. Elle découle donc de jugement qu'une personne a d'elle-même (Hart, E. et al., 1989). Autrement dit, la perception de soi négative sur son apparence physique déclenche des angoisses et des tensions face aux regards et aux sentiments de jugement de la part des

autres (Frederick, C.J., & Shaw, S.M., 1995). Cette logique amène Striegel-Moore, Silberstein et Robin (1993) à suggérer que toute personne qui a le sentiment d'être hors norme physiquement par rapport aux attentes de la société est socialement anxieux. Dans la mise en évidence de l'association étroite entre les perturbations de l'image du corps et l'anxiété physique sociale, il est constaté que plus aucune personne n'a la sensation d'être physiquement en dehors des normes sociales, plus le degré de l'anxiété augmente avec la peur du rejet par la société (Chad, K., & Spink, K. S., 1996 ; Crawford, S., & Eklund, R. C., 1994 ; Kowalski, N. P., et al., 2001). Cette situation poussera certains individus à s'enfermer sur eux-mêmes afin d'éviter le regard des autres et donc de vivre en société (Smith, G. P., 1994). D'autres encore chercheront à essayer de s'adapter en apportant des compensations telles que l'hyperactivité physique (Davis, C., Kennedy, S. H. et al., 1994) ou modification des comportements alimentaire néfastes pour répondre aux normes imposées par les médias de la société, en pratiquant par exemple le jeûne, la purge, ou la glotonnerie (Hart, E. et al., 1989 . Petrie, T. A., 1993).

4.2- Dépression

L'humeur dépressive se traduit par un vécu pessimiste avec de nombreux sentiments d'insatisfaction, de dévalorisation et d'auto-dépréciation qui conduisent, dans les cas les plus graves, au développement d'idées torturantes d'indignité, d'incurabilité et de culpabilité. La tonalité désagréable de l'ensemble de l'affectivité caractérise la douleur morale des déprimés. La perte de l'élan vital, c'est le ralentissement global, psychologique et moteur, parfois qualifié de syndrome d'inhibition. Le trouble dépressif est caractérisé par la présence d'au moins cinq des neuf signes de la symptomatologie suivante :

- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt ou de plaisir,
- Perte ou gain de poids ou baisse ou augmentation de l'appétit,
- Insomnie ou hypersomnie,
- Agitation ou ralentissement psychomoteur,
- Fatigue ou perte d'énergie,

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive,
- Diminution de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions,
- Idées suicidaires ou tentative de suicide.

Ce trouble présente une incidence à la hausse permanente dans plusieurs pays et devient un problème de santé mentale très sérieux, puisqu'il est déclaré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la principale cause d'incapacité en 2000 et deviendra la seconde pathologie la plus importante au monde à l'horizon 2020 (Organisation mondiale de la santé, 2001).

Cette maladie touche l'individu et atteint son entourage et de part le coût, elle doit être supportée sur le plan social et économique. En effet, le traitement devient de plus en plus cher et son occurrence donne lieu à une très grande détérioration de l'état de santé en général par rapport aux autres maladies chroniques (Johnson, J. et al., 1992 ; Kessler, R. C., et al., 1996 ; Moussavi, S. et al., 2007 ; Stephens, T. & Joubert, N., 2001).

Le trouble dépressif majeur implique plusieurs facteurs comme d'ordre psychologique et social, ce qui lui donne un caractère chronique (Giles, D. et al., 1989). Les facteurs qui portent une influence certaine sont les troubles de personnalité (Thase, M. E., 1997 ; Thase, M. E., 2013). Ces symptômes sont présents presque continuellement, c'est-à-dire pratiquement toute la journée et presque tous les jours (American Psychiatric Association, 2003). Nous retrouvons ainsi, dans la symptomatologie présentée ci-dessus, des signes en lien avec la sensation de la dysharmonie corporelle.

Ces personnes atteintes de troubles dysmorphiques corporels (*Body Dysmorphic Disorder*) ne peuvent pas contrôler leurs pensées négatives et ne croient pas aux gens qui leur disent qu'ils ont l'air bien. Leurs pensées peuvent causer une grave détresse émotionnelle et évoluer vers la dépression. A tout moment elles peuvent s'isoler du fait de la dépression et éviter même la famille et les amis, car ils craignent que les autres remarquent leurs défauts. Au travers de ces signes, le kinésithérapeute, comme les autres acteurs de soins peuvent s'en inspirer pour accompagner l'utilisateur ou encore l'orienter chez un psychologue en cas de troubles dépressifs majeurs. Il est également à noter que

la dépression est souvent confondue avec la baisse de l'estime de soi globale. Plusieurs théories sur la dépression postulent en effet qu'une faible estime de soi globale est un élément clé de la dépression (Abramson, L. Y. Seligman, M. E. P., & Teasdale, I., 1978 ; Beck, A. T., 1961). . De ce fait, certaines études ont cherché à démontrer le lien entre une faible estime de soi globale et la dépression (Joiner, T. E. Katz, J., & Lew, A., 1999). L'estime de soi est l'élément de base dans la construction de la santé mentale. De ce fait, les personnes atteintes de troubles dysmorphiques corporels souffrent généralement aussi des troubles anxieux, du troubles obsessionnel-compulsif ou du trouble d'anxiété sociale, ainsi que de la dépression et des troubles alimentaires (Robert, R., Lewinsohn, P. & Seeley, J., 1991).

4.3- Troubles du comportement alimentaire

Plusieurs auteurs ont été amenés à évaluer l'impact de la silhouette fine et de la minceur sous l'omniprésence des pressions médiatiques sur l'image de soi, auprès des hommes et des femmes médicalement sains (sans pathologie avérée). Les résultats de toutes ces études convergent vers le déclenchement d'un sentiment d'insatisfaction corporelle chez la population par cette internalisation des normes d'une morphologie élancée (Groesz, L. M. et al., 2002 ; Joshi, R. et al., 2004 ; McCabe, M., & Ricciardelli, L., 2005 ; Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P., 2001 ; Rodgers, R. F., & Chabrol, H., 2009). Au regard de toutes ces études, le lien entre l'insatisfaction corporelle et le risque majeur de développer des troubles du compartiment alimentaire est clairement établi (Field A.E. et al., 2001 ; Paxton, S.J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., & Eisenberg, M.E., 2006 ; Stice, E., & Whitenton, K., 2002a).

En effet, des régimes alimentaires, parfois draconiens sont mis en place par ces personnes en quête d'une silhouette à la mode. Cette privation alimentaire peut être néfaste complétée parfois par un comportement obnubilé par le contrôle du poids et qui s'adonne à des vomissements, des prises de laxatifs, diurétiques et parfois même des lavements. Cet agissement caractérise généralement les troubles du comportement alimentaire [Cooley, E., & Toray, T., 2001 ; Neumark-Sztainer, D. Wall, M., Guo, J., Story,

M., Haines, J., & Eisenberg, M., 2006 ; Wertheim, E. H. et al., 2001). Ces troubles en lien avec l'inesthétique corporelle comme les troubles du comportement alimentaire sont sources de perturbations bio-psycho-sociales notamment (Crow, S. J., & Peterson, C. B., 2003 ; Hay, P., & Mond, J., 2005 ; Paxton, S. J., et al., 2006). L'anorexie est engendrée par l'insatisfaction corporelle avec des troubles psychologiques tels que la phobie de prendre du poids, une faible estime de soi globale provoque une anxiété et de dépression (Godart N.T., Perdereau F., Jeammet P.H., & Flament, M.F., 2005a, 2005b ; Russel, C., & Keel, P., 2002). Ainsi, l'anorexie se caractérise entre autre, par une insatisfaction corporelle significativement plus importante comparativement à des femmes sans trouble du comportement alimentaire, en lien avec un désir de minceur permanent et une peur intense de prendre du poids (American Psychiatric Association , 1994 ; Skrzypek, S., Wehmeier, P. M., & Remschmidt, H., 2001 ; Stice E., 2002b). Les troubles de l'image du corps s'accroissent au fur-et-à mesure que l'anorexie s'aggrave. Des études ont montré la difficulté voire l'incapacité à estimer leur corpulence ou leur silhouette (Collins J.K., 1987). En effet, les patients anorexiques ont tendance à surévaluer leur poids et la morphologie d'une partie ou de la totalité de leur corps (Fischer M.M., Meister I., & Koch H.J. 1986 ; Molinari, 1995 ; Slade P.D., & Russell G.F.M. 1973). L'évaluation des cuisses jusqu'au ventre présente la perception d'un volume exagéré. La perception mentale remplace la perception visuelle chez ces patients qui présente un trouble du comportement alimentaire (Grall-Bonnec, M., Guillou-Landreat M., Vénisse J. L., 2007 ; Shankland R., 2009). Le psychiatre Morselli (1981) appelle la dysmorphie, cette perturbation de l'appréciation perceptuelle de l'image du corps.

D'autres études défendent l'idée que la perturbation de l'image du corps qui est à l'origine des troubles du comportement alimentaire conduit ces patients à un déficit perceptif mais liée cette fois-ci aux jugements négatifs qu'il ont de leur propre corps. Ce phénomène entre dans un cercle vicieux et ainsi la personne ne peut plus s'en sortir (Cash, T.F., & Brown, T.A., 1987 ; Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. 1981 ; Slade, P.D., 1988 ; Thompson T.K., 1990 ; Williamson, D. A., 1990).

4.4- Troubles sexuels

Comme cité précédemment, l'appréciation de son apparence corporelle induit un sentiment positif ou négatif d'une personne (Faith, M.S., & Schare, M.L. 1993). Selon Master et Johnson (1970), cette conception aurait une importance dans l'activité sexuelle. Cette affirmation est également citée par Dove et Weidemann (2000). Leurs études ont pu démontrer que l'anxiété en relation avec l'attractivité de son propre corps serait la première cause des dysfonctionnements sexuels avec la préoccupation de sa performance. D'autres études ont pu approfondir la réflexion pour arriver à mettre un lien évident entre la fréquence des rapports sexuels et la satisfaction corporelle et ce, aussi bien chez l'homme que chez la femme (Faith, M.S., & Schare, M.L. 1993). En somme, la mauvaise image de soi influence des dysfonctionnements dans la vie sexuelle d'une personne. Parfois, un désintéressement de son corps est constaté par la prise de risques, en particulier chez les femmes. Cette attitude de laisser aller se traduit par des rapports avec beaucoup de partenaires différents sans protection, sous dépendance de l'alcool, de la drogue. Il s'agit parfois de donner son corps à qui veut comme si elle souhaitait s'en débarrasser (Littleton, H., Radecki Breitkopf, C., & Berenson, A. 2005). Seal, Bradford et Meston (2009) se sont intéressés à l'influence que peut avoir l'image de soi sur le désir sexuel. Ils ont alors démontré que le désir sexuel évoluait parallèlement à l'estimation de l'image de soi. A partir de ces constats, l'image corporelle, du fait de son impact psychologique a une forte influence sur l'activité sexuelle.

III- OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

III- OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Au regard des notions dégagées de la revue bibliographique sur les notions de l'estime de soi, de l'image de soi et des apports de la kinésithérapie esthétique, notre étude vérifiera l'adéquation qui existe entre les besoins de l'utilisateur et l'apport de la kinésithérapie esthétique selon la perception des usagers et des kinésithérapeutes.

1- Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique

1.1- Objectif :

Identifier les motifs de consultation pour lesquels les usagers cherchent à bénéficier de la kinésithérapie esthétique.

1.2- Hypothèses :

- 1ère hypothèse : Présence de troubles émotionnels chez des usagers de la kinésithérapie esthétique
- 2ème hypothèse : Attente de l'utilisateur d'une amélioration émotionnelle de la part de la kinésithérapie esthétique.

2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers

2.1- Objectifs

Vérifier la compétence des professionnels à répondre à la demande des usagers sur le plan émotionnel et physique, en matière de kinésithérapie esthétique.

2.2- Hypothèses

- 1ère hypothèse : Les kinésithérapeutes ne sont pas formés à la pratique de la kinésithérapie esthétique.
- 2ème hypothèse : Les kinésithérapeutes ne sont pas compétents dans la prise en charge des usagers sur le plan émotionnel.

IV- CADRE METHODOLOGIQUE

IV- CADRE METHODOLOGIQUE

1- Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique

1.1- Population de l'étude :

La population est composée de personnes consommant des soins de la kinésithérapie esthétique auprès d'un cabinet de kinésithérapie. L'échantillon retenu est de 104 usagers et dont les critères sont :

+ Critères d'inclusion

- Usagers de la kinésithérapie esthétique
- Personnes ayant bénéficié de la kinésithérapie esthétique pendant les 12 derniers mois auprès d'un kinésithérapeute indépendant
- Personnes adultes âgées de 20 à 80 ans

+ Critères d'exclusion

- Usager ayant la profession de kinésithérapeute
- Usager présentant un conflit d'intérêt avec le monde de l'esthétique

1.2- Matériel :

1.2.1- Outils de mesure :

Les enquêtes de mesure se sont effectuées auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique sur le territoire marocain. Chaque usager a été convié à répondre à l'ensemble de quatre questionnaires : Rosenberg's Self-Esteem scale (RSE), Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ), Hospital Anxiety and Dépression (HAD) et le questionnaire de satisfaction auprès de usagers de la kinésithérapie esthétique.

A- Mesure de l'estime de soi : RSE

➤Présentation générale

L'outil de mesure de l'estime de soi est le questionnaire de Rosenberg. Cet outil est fréquemment utilisé dans l'évaluation de l'estime de soi. Il nous permet de mesurer l'estime de soi globale. Il permet de souligner les caractéristiques et descriptions générales de la personne. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la version canadienne française validée (Vallières E & Vallerand R., 1990) de l'échelle Rosenberg's Self-Esteem scale (RSE) (Rosenberg, M., 1965). La formulation des items du questionnaire est affirmative.

➤Les sous-échelles

Sur ces 10 items proposés par l'échelle RSE, cinq correspondent à une forte estime des soi (items positifs) et cinq correspondent à une faible estime de soi (items négatifs). La cotation est de type Lickert en quatre points de « tout à fait en accord » à « tout à fait en désaccord ». La cotation est inversée pour les énoncés négatifs.

➤Scores et normes

Les scores possibles de cet instrument de mesure sont échelonnés de 10 à 40 (10 pour la plus faible estime de soi et 40 pour la plus forte estime de soi). Un score égal ou inférieur à 30 désigne une faible estime de soi. Pour une analyse plus précise, le score peut être réparti en 5 critères

- Inférieur à 25 : très faible estime de soi.
- Entre 25 et 31 : faible estime de soi
- Entre 31 et 34 : moyenne estime de soi
- Entre 34 et 39 : forte estime de soi
- Supérieur à 39 : très forte estime de soi

De cette échelle, nous pouvons en tirer deux sous-dimensions : le score des énoncés positifs (somme des items positifs) qui indique la confiance en soi et le score des énoncés

négatifs (sommés des items négatifs) qui traduit l'auto-dépréciation de soi (Feten Fekih-Romdhane et al., 2016).

B- Mesure de l'anxiété et dépression : HAD

➤ Présentation générale

Le Hospital Anxiety and Depression scale est un instrument de mesure de l'identification de la symptomatologie anxio-dépressive et il en évalue la gravité, selon le score obtenu. Il ne permet pas de distinguer ni les types de dépression ou des états anxiogène, ni l'aspect somatique.

Nous avons utilisé la version française validée (Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C. et al., 2009a).

➤ Les sous-échelles

Les énoncés du questionnaire permettent d'obtenir un score global pour identifier un syndrome anxiodépressif. Il peut également se diviser en deux sous-dimensions pour distinguer l'anxiété de la dépression. Les items de dépression et d'anxiété sont alternés.

➤ Les scores et normes

La cotation est programmée de 0 à 3 ou bien de 3 à 0 selon l'énoncé.

Un score global est calculé en faisant la somme des réponses des 14 items (varie de 0 à 42), ainsi que deux sous-scores correspondant aux deux sous-échelles (varient de 0 à 21).

Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

Selon Ibbotson, et al. (1994), les seuils pour le score global sont :

- de 0 à 14 : absence de troubles anxio-dépressifs,
- de 15 à 42 : présence de troubles anxio-dépressifs.

Selon Zigmond et Snaith (1983), les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants :

- de 0 à 7 : absence de troubles anxieux ou de troubles dépressifs,
- de 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés,
- de 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

Nous avons délibérément choisi d'utiliser l'échelle globale. Afin d'affiner nos résultats, nous nous sommes permis d'utiliser également la seconde échelle.

C- Mesure de l'image de soi : MBSRQ

➤Présentation générale

Le Multidimensional Body Self Relations Questionnaire développé par Brown, et al., (1990) est souvent utilisé dans la recherche en matière d'image de soi. Nous avons utilisé, dans notre étude, la version courte qui n'évalue que l'image de soi en lien avec l'apparence (Cash T.F., 2000, Nevill A.M., Lane, A.M., Duncan, M.J. 2015,) La version française est adaptée et validée par Untas, et al., (2009b). Cette dernière comprend 34 items évalués au travers d'une cotation de type Likert en cinq pondérations allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Cet outil d'évaluation comprend cinq sous-échelles.

➤Les sous-échelles

- 1) la satisfaction liée à l'apparence (7 items),
- 2) l'investissement dans l'apparence (12 items),
- 3) la satisfaction des différentes parties du corps (9 items),
- 4) les préoccupations liées au poids (4 items),
- 5) la perception subjective du poids (2 items).

➤L'interprétation des sous-échelles :

+ Satisfaction liée à l'apparence : Sentiments d'attractivité physique ou de manque d'attractivité ; satisfaction ou insatisfaction à l'égard de sa propre apparence.

+ **Investissement de l'apparence** : Étendue de l'investissement à l'égard de son apparence.

+ **Satisfaction des différentes parties du corps** : Sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction à l'égard des différentes parties de son corps.

+ **Préoccupations liées au poids** : La construction reflétant l'anxiété vis à vis du poids.

+ **Perception subjective du poids**: La façon dont on perçoit sa corpulence.

➤ Scores

Chaque sous-échelle est représentée par un score qui traduit la perception de l'image de soi. Plus le score est élevé plus l'image de soi est positive, plus le score est faible, plus l'image de soi est négative. Le score global de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les 34 énoncés varie de 1 à 5. Le score 1 signifie « des attitudes négatives face à son image corporelle » et (5) signifie « des attitudes positives face à son image corporelle ». Le score est inversé pour les sous-dimensions qui commencent par investissement, préoccupation et perception (Cash TF., 2000).

D- Questionnaire de la satisfaction auprès des usagers

En l'absence d'outil d'évaluation de la satisfaction en kinésithérapie esthétique en français ou en arabe validé, nous avons exploré le domaine de la chirurgie esthétique pour élaborer notre questionnaire. Ces derniers élaborent eux-mêmes leur questionnaire (Meningaud, J., & Servant, J., 2003).

Dans le cadre de la présente recherche et au regard de ces éléments, nous avons construit un questionnaire de satisfaction de la kinésithérapie esthétique auprès des usagers. Cet instrument s'appuyant sur un concept multifactoriel, il comprend dix-huit énoncés selon trois dimensions :

- Motivation : 1 ; 2 ; 18
- Satisfaction du traitement : 3 à 10 ;

- Satisfaction du kinésithérapeute : 11 à 17 ;

La formulation des énoncés est sous la forme affirmative. L'évaluation s'effectue au travers d'une échelle de type Likert en 4 points de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Une colonne « commentaires » est ajoutée pour permettre aux usagers de compléter leur réponse. Ce questionnaire ne donne pas lieu à l'obtention d'un score et des normes. Néanmoins, nous devons isoler des items et produire le cumul d'un certain nombre de réponses pour donner une pertinence à nos résultats et en dégager l'essentiel. Ce qui nous permet de procéder par intervalles pour poursuivre notre étude qualitative.

1.2.2- Outils de traitement des données

Afin de traiter les données obtenues après les différentes enquêtes, nous utilisons le logiciel SPSS version 20.

1.3- Méthode

1.3.1- Méthodologie de construction du questionnaire de satisfaction auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique

1.3.1.1- Focus group :

Avant l'élaboration du questionnaire, et après une revue bibliographique, nous avons fait appel à un groupe de 9 usagers de la kinésithérapie esthétique, que nous avons sollicité autour de questions réparties selon 8 thèmes :

- ◆Le concept de soi
- ◆L'affirmation de soi
- ◆L'image de soi
- ◆Le soi émotionnel
- ◆L'image de soi et identité

- ◆L'écart entre l'image de soi perçue et l'idéal
- ◆L'apparence physique et l'estime de soi
- ◆L'apport de la kinésithérapie dans le concept de soi

Les questions soulevées dans ces différents thèmes sont ouvertes, conversationnelles et facilement compréhensibles pour stimuler la participation et des commentaires de la part des usagers.

Cette technique de recueil de données nous a permis d'orienter et d'adapter les questions de notre outil d'évaluation.

Le focus groupe a été mené par deux personnes dont un rapporteur et un animateur. La rédaction d'un rapport nous a permis de construire le questionnaire.

1.3.1.2- Vérification de la stabilité temporelle : Test-retest

Après l'élaboration de l'outil d'évaluation, nous l'avons soumis à un test-retest qui vérifie sa stabilité dans le temps, auprès d'un petit échantillon des usagers de la kinésithérapie esthétique.

Cette méthode de la stabilité évalue la constance des réponses dans le temps auprès de notre échantillon, une première fois (test), puis une seconde fois à environ un mois d'intervalle (retest).

Échantillon des usagers : 13

Période entre le test et retest : 3 semaines

Outil d'analyse : SPSS

Paramètres de l'enquête :

- Confier les enquêtes à une seule personne pour assurer une même formulation des questions, surtout auprès des personnes illettrées.
- Ajoutant une traduction en arabe pour une meilleure compréhension.

- Raccourcir le délai entre le test et le retest en le ramenant à trois semaines pour réduire l'impact de l'évolution du traitement sur les réponses.

Après la vérification de la stabilité dans le temps, selon les paramètres ci-dessus, nous obtenons un coefficient de corrélation à 0,951 ($p < 0,05$).

1.3.1.3- Vérification de la cohérence interne : Alpha de Cronbach

Ce coefficient, appliqué aux réponses obtenues dans un questionnaire, définit la cohérence interne (Tableau III).

OUTILS D'EVALUATION	DOMAINE	ALPHA DE CRONBACH
RSE	Global	0,951
	La confiance de soi	0,904
	L'auto-dépréciation de soi	0,916
MBSRQ	Global	0,881
	L'investissement de l'apparence	0,759
	La satisfaction liée à l'apparence	0,708
	la satisfaction envers différentes parties du corps	0,882
	les préoccupations liées au poids	0,785
	la perception subjective du poids	0,791
HAD	Global	0,954
	Anxiété	0,896
	Dépression	0,928
Satisfaction usagers	Satisfaction du traitement	0.732

Tableau III : Coefficient alpha de Cronbach des différents questionnaires destinés à l'utilisateur

1.3.2- Collecte et traitement des données

Afin de traiter les données obtenues après les différentes enquêtes, nous avons utilisé le logiciel SPSS version 20.

La collecte des données est réalisée par une personne qui propose le questionnaire aux usagers dans les cabinets de kinésithérapie de différentes villes du Maroc incluses dans le cadre de l'échantillonnage. Nous avons obtenu un échantillon de 158 usagers. Après un filtrage des questionnaires selon les critères d'inclusion et d'exclusion, nous obtenons alors un échantillon final de 104 usagers.

Les résultats des questionnaires retenus sont saisis dans le logiciel SPSS version 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Il nous permet d'aborder le traitement statistique de ces données. Pour cela nous avons ouvert un fichier spécifique pour traiter les données en lien avec le second objectif.

2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers

2.1- Population

La population retenue est un ensemble de kinésithérapeutes pratiquant des soins d'esthétique au Maroc. L'échantillon est de 109 dont les critères sont :

+ Critères d'inclusion

- Exercer en libéral ou en structure privée
- Exercer la kinésithérapie esthétique depuis plus de 1 an
- Apporter des soins de kinésithérapie esthétique à plus de 10 usagers par an.

+ Critères d'exclusion :

- Aide-kinésithérapeute, médecin, esthéticien
- Exercice dans les salons de beauté

- Exercice salarial
- Exercice public

2.2- Matériel

L'évaluation des pratiques des kinésithérapeutes prestant des séances d'esthétique n'est pas abordé dans la littérature (selon les moteurs de recherche pubmed, medline, NCBI, Encyclopédie médico-chirurgicale et kinésithérapie La Revue). Nous avons été amenés à réaliser un instrument de mesure de cette pratique. Un questionnaire de la satisfaction des kinésithérapeutes de leurs pratiques en matière de kinésithérapie esthétique a été construit à l'aide de la méthodologie des évaluation des pratiques professionnelles (Briçon S., Girard F., Empereur F., Guillemin F., 2000 ; Matillon Y., Durieux P., 1994). Il est composé de 29 items. La formulation des énoncés est sous la forme affirmative. L'évaluation s'effectue au travers d'une échelle de type Likert en 4 points de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Ce questionnaire ne donne pas lieu à l'obtention d'un score.

2.3- Méthodologie

2.3.1- Entretien approfondi

Avant l'élaboration du questionnaire d'auto-évaluation de leurs pratiques professionnelles dans la prise en charge des usagers en kinésithérapie esthétique, un entretien approfondi a été réalisé, selon les critères suivants :

- Population : 17 kinésithérapeutes
- Mode d'entretien : individuel
- Nombre d'items abordés : 4
- Type d'entretien : semi-directif
- Durée : 45 minutes
- Lieu : Cabinet des kinésithérapeutes

- Mode d'enregistrement : prise de note

Les thèmes abordés sont :

- 1- Formation en kinésithérapie esthétique
- 2- Savoir : les connaissances du kinésithérapeute
- 3- Savoir-être : Attitude du kinésithérapeute esthétique envers les usagers:
- 4- Savoir-faire : les soins apportés par les kinésithérapeutes

Un questionnaire a été élaboré selon le rapport réalisé après cet entretien approfondi. Il comprenait initialement 16 questions.

2.3.2- Comité d'expert

Un groupe d'experts en lien avec la kinésithérapie esthétique a été réuni afin d'apporter leur avis et conseils sur le questionnaire. L'entrevue a été réalisée selon les critères suivants :

- Nombre de personnes : 6
- Lieu : Mohammedia
- Mode d'enregistrement : prise de note

Un rapport a été réalisé et a permis d'apporter plus de précisions et de pertinence dans les questions. Le nombre de question est passé de 16 à 29 questions afin d'affiner le questionnaire en fonction de nos objectifs.

2.3.3- Vérification de la stabilité temporelle : Test-retest

Dans la vérification de la stabilité dans le temps, le questionnaire a été soumis au test retest selon les paramètres suivants :

Échantillon de kinésithérapeutes : 10

Période du test-retest : 1 mois

Coefficient de corrélation : 0,97 ($p < 0,05$).

2.3.4- Vérification de la cohérence interne : Alpha de Cronbach

Afin de vérifier la cohérence interne de l'outil de mesure, nous recherchons le coefficient d'alpha de Cronbach sur les réponses obtenues lors du retest. Nous obtenons la valeur de : 0,763.

2.5.5- Collecte et traitement des données

La collecte des données est réalisée par deux personnes qui proposent le questionnaire finalisé aux kinésithérapeutes lors des manifestations en kinésithérapie (congrès, formations, journées scientifiques...) dans les différentes villes du Maroc incluses dans le cadre de l'échantillonnage de 176 kinésithérapeutes. Après un filtrage des questionnaires selon les critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu un échantillon final de 109 kinésithérapeutes.

Les résultats des questionnaires retenus sont saisis dans le logiciel SPSS version 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Il nous permet d'aborder le traitement statistique de ces données.

Pour cela nous avons ouvert un fichier spécifique pour traiter les données en lien avec le second objectif.

V- RESULTATS

V- RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats découlant des questions de recherche posées précédemment. Les deux objectifs de notre étude seront abordés :

- **Étude 1** : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique.

- **Étude 2** : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers.

Chaque étude sera traitée dans un premier temps, dans la section des statistiques descriptives, puis dans la section des analyses bivariées.

Concernant **l'étude 1**, dans la section des statistiques descriptives, seront présentés les résultats des différentes variables socio-démographiques d'abord de l'échantillon des usagers et ensuite l'échantillon des kinésithérapeutes.

Par la suite, dans la section des analyses bivariées, une recherche d'association sera réalisée, afin de déterminer le profil des usagers :

- d'une part entre les troubles émotionnels et les variables socio-démographiques,
- D'autre part la corrélation existante entre les troubles émotionnels au sein de la population des usagers, pour vérifier l'association entre les différentes perceptions.

Après l'établissement des profils des usagers qui bénéficient de la kinésithérapie esthétique, l'analyse bivariée se poursuit pour répondre aux objectifs. Tout d'abord, vérifier le lien existant des motifs de consultation avec les profils et avec les réponses au questionnaire de satisfaction des usagers.

Concernant **l'étude 2**, une analyse sera élaborée sur la compétence des kinésithérapeutes à partir du questionnaire de satisfaction des usagers, puis au travers de la perception des kinésithérapeutes sur leur compétence.

1- Statistiques descriptives

La section qui suit présente les résultats descriptifs de toutes les variables utilisées dans le cadre de cette étude et permet d'exposer de façon globale, le portrait des usagers de la kinésithérapie esthétique.

1.1- **Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique.**

Tout d'abord, une analyse descriptive des données de l'enquête de satisfaction auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique est menée afin d'établir le profil des usagers.

1.1.1- Présentation des variables socio-démographiques

L'échantillon des usagers de la kinésithérapie esthétique est de 104. Ce groupe est composé de 5 hommes pour 99 femmes (sex-ratio = 0,05).

a- **Age**

La variable âge est notée sous forme d'intervalle, le tableau IV montre notamment, la répartition de l'échantillon des usagers selon l'âge. Il est à noter que 69,2% ont plus de 30 ans.

b- **Situation familiale**

La situation familiale est représentée majoritairement par des personnes mariées (49%) avec 22,1% de divorcés et la même proportion de célibataires et enfin 6,7% de veufs.

c- **Nombre d'accouchements**

Cette variable exprime le nombre d'accouchements y compris les faux accouchements où 42,5% des femmes ont eu 3 accouchements et plus, alors que 25,3% n'ont jamais accouché.

d- Niveau d'étude

		Effectif	Pourcentage
Age	entre 18 et 30 ans	29	27,9
	entre 31 et 45 ans	43	41,3
	>45 ans	32	30,8
	Total	104	100,0
Sexe	Masculin	5	4,8
	Féminin	99	95,2
	Total	104	100,0
Situation familiale	Célibataire	23	22,1
	marié(e)	51	49
	divorcé(e)	23	22,1
	Veuf(ve)	7	6,7
	Total	104	100
Nombre d'accouchements	0	25	25,3
	1	10	10,1
	2	22	22,2
	3	27	27,3
	plus de 3	15	15,2
	Total	99	100
Niveau d'étude	illettré	3	2,9
	primaire et collège	29	27,9
	lycée	41	39,4
	bac et plus	31	29,8
	Total	104	100

Tableau IV : Effectif et pourcentage des variables socio-démographiques des usagers

Le tableau IV nous indique que le niveau d'étude est variable avec 70,2% (n=73) des personnes de notre échantillon n'ont pas le baccalauréat dont 27,9% n'ont pas atteint le lycée et 2,9% (n=3) sont illetrées (n'ont jamais été scolarisés).

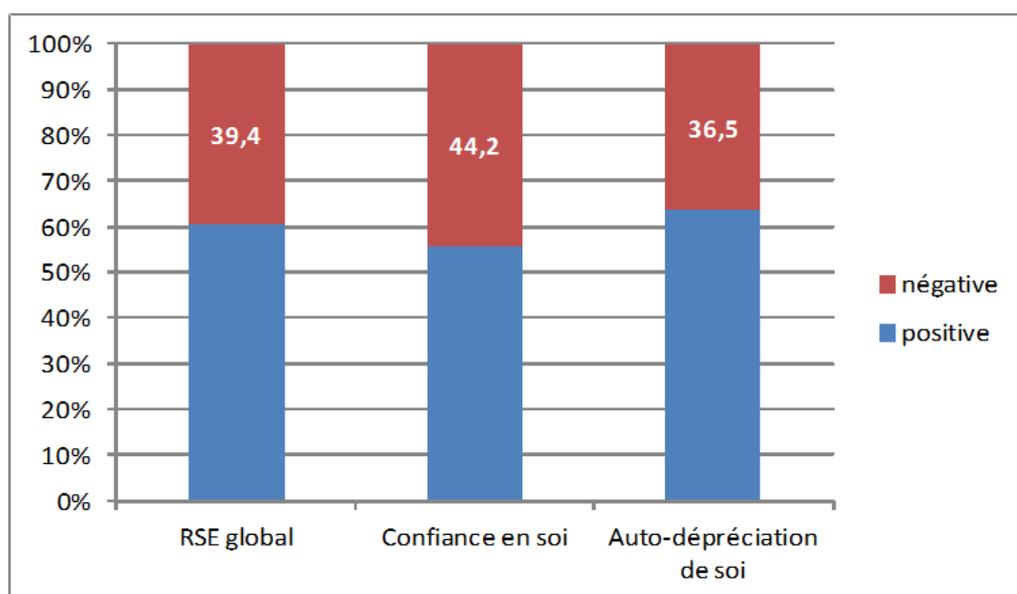
1.1.2 Questionnaires

a) Évaluation de l'estime de soi (RSE)

	Score Global	Score Négatif	Score Positif
Moyenne	31,35	15,8	15,55
Médiane	32,00	16	16
Mode	38	20	15
Écart-type	6,353	3,366	3,183
Minimum	16	7	9
Maximum	40	20	20

Tableau V : Données statistiques des sous-échelles du questionnaire RSE (n=104)

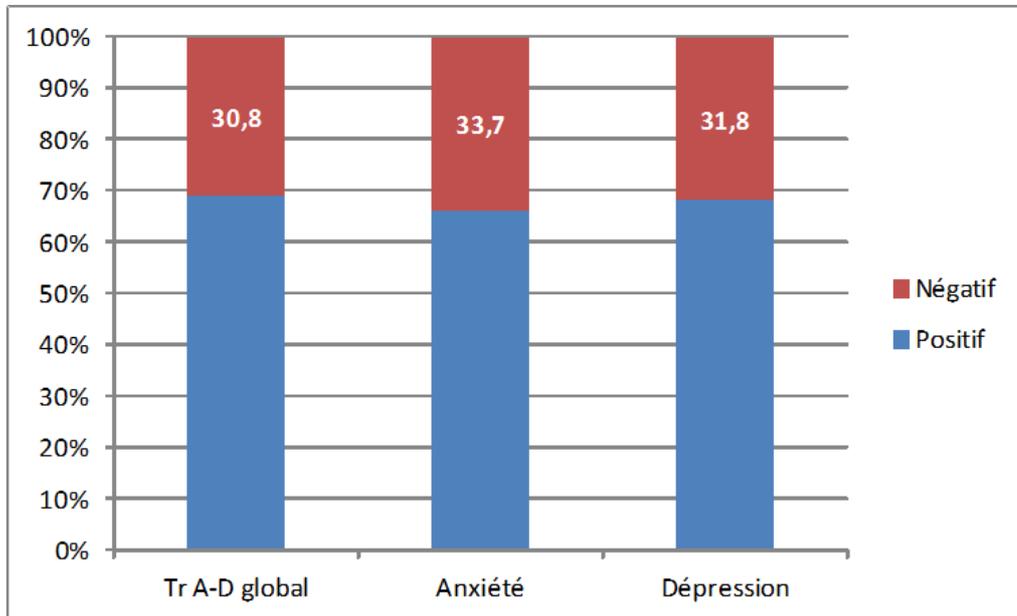
Le tableau V nous montre les résultats qui nous précisent une moyenne de 31,35 ($\pm 6,35$) du score global du RSE et 39,4 % présentent une estime de soi faible dont 18,3% très faible. Les scores des questions positives traduisant la confiance en soi affichent une moyenne de 15,55 ($\pm 3,18$) avec 9,6 % des usagers ont un score égal ou inférieur à 10, alors qu'il est de 7,7% pour les questions négatives, qui informent sur l'auto-dépréciation de soi en affichant une moyennes très proche de 15,80 ($\pm 3,67$).



Graphique I : Résultats du questionnaire RSE

44,2% des usagers ont un score inférieur à cette médiane pour la confiance en soi et 36,6% en ce qui concerne l'auto-dépréciation (Graphique 1). La comparaison des moyennes de ces deux sous-échelles nous indique que le test *t de Student* n'est pas significatif (1,673 (103) ; $p > 0,05$) et nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle.

b) Évaluation de l'anxiété et dépression (HAD)



Graphique II : Résultats du questionnaire HAD (en %)

Selon les seuils indiqués dans la section matériel, le score global indique 30,8% (n=32) présentent un syndrome anxiodépressif (Graphique II).

D'autres éléments nous précisent que l'anxiété concerne 36,6% des usagers dont 21,2% pour lesquels le trouble semble avéré. Quant à la dépression, ils sont 32,7% dont 20,2% avérés.

	Score Global	Score Anxiété	Score Dépression
Moyenne	12,15	6,20	6,18
Médiane	10,00	5,00	5,00
Mode	2	1	1
Écart-type	9,49	4,78	4,85
Minimum	0	0	0
Maximum	36	18	18

Tableau VI : Données statistiques des scores des sous-échelles et globaux de la HAD

Lorsque nous croisons les résultats, nous notons que 18,27 % (n=19) présentent un syndrome anxiodépressif avéré et 19,23% où au moins un des deux troubles est suspectés dont 12,5% où les deux sont suspectés. Le test t de *Student* des moyennes des deux sous-échelles (Tableau VI) n'est pas significatif (0,220(103) ; $p>0,05$), nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle.

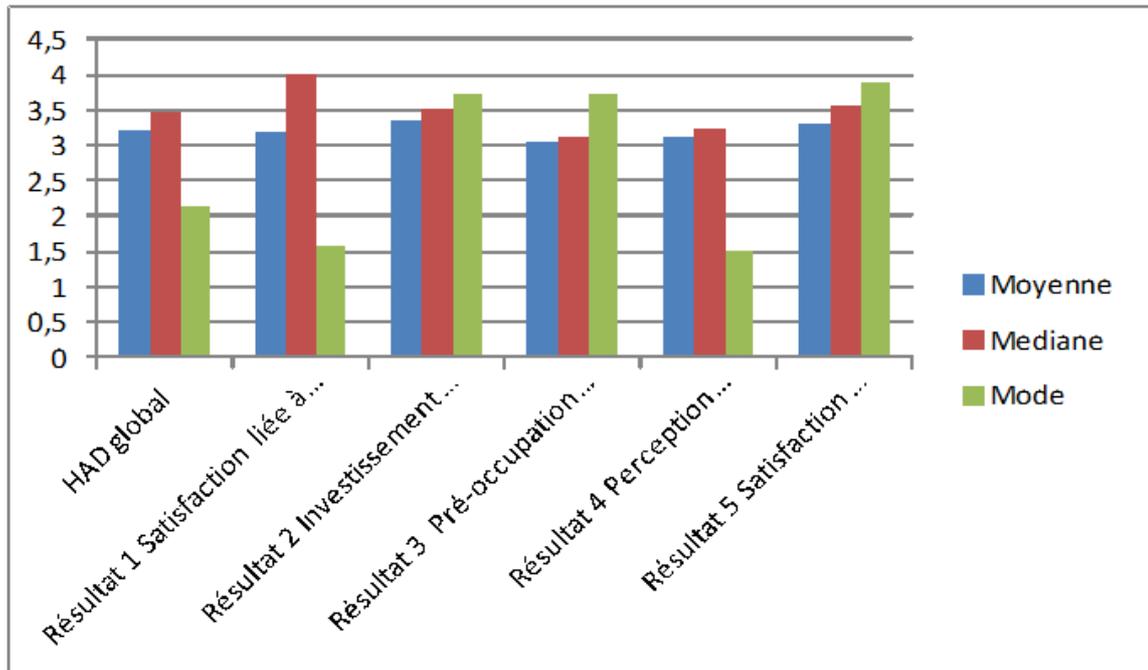
c) Évaluation de l'image de soi (MBSRQ)

	MBSRQ global	Résultat 1 Satisfaction liée à l'apparence	Résultat 2 Investissem à ent l'apparence dans	Résultat 3 Pré- occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective du poids	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
Moyenne	3,20	3,17	3,35	3,05	3,11	3,30
Médiane	3,46	4,00	3,50	3,13	3,25	3,56
Mode	2,12	1,57	3,75	3,75	1,50	3,89
Écart-type	0,69	1,23	0,54	0,83	1,11	0,69
Minimum	1,72	1,43	2,00	1,25	1,50	1,78
Maximum	4,16	4,57	4,25	4,75	5,00	4,33

Tableau VII : Données statistiques des scores des 5 sous-échelles du MBSRQ

Les 5 sous-échelles du questionnaire nous présentent la moyenne, la médiane qui indique le score central de l'éventail des réponses, le mode nous indique la réponse la plus

fréquente, l'état-type avec les deux bornes minimum et maximum des résultats de chaque sous-dimension du MBSRQ (tableau VII). Dans chaque dimension de notre tableau VII, l'échantillon est divisé en deux parts environ égales à 50% de part et d'autre de la médiane.



Graphique III : Résultats de l'image de soi selon la moyenne, la médiane et le mode

Si nous nous référons à la médiane, nous observons que toutes les moyennes restent inférieures à celle-ci avec un mode qui est très inférieur à la médiane ou même à la moyenne pour le résultat global, 1 et 4 (Graphique III).

	MBSRQ global	Résultat1 Satisfaction liée à l'apparence	Résultat2 Investissem à ent dans l'apparence	Résultat3 Pré- occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective du poids	Résultat5 Satisfaction envers différentes parties du corps
Mode	2,12	1,57	3,75	3,75	1,5	3,89
Effectif	3	29	15	14	24	18
%	2,9	27,9	14,4	13,5	23,1	17,3

Tableau VIII : Présentation des effectif et pourcentage des modes

A la lecture du tableau VIII , nous constatons que l'indicateur des modes est faible concernant les résultats 1 dont le taux d'utilisateurs est de 27,9% (n=29) et résultats 4 (23,1% ; n=24).

d) Évaluation de la satisfaction des utilisateurs de la kinésithérapie esthétique

Nous allons traiter les réponses du questionnaire que nous avons soumis aux utilisateurs selon 3 éléments :

–Le motif de consultation

–La satisfaction du traitement en kinésithérapie esthétique

–La satisfaction de la compétence du kinésithérapeute

Les items abordés seront représentés par la lettre Q suivi du numéro de l'item.

➤ Le motif de consultation en kinésithérapie esthétique.

Le motif de consultation est le fait qu'un utilisateur précise la ou les raisons qu'ils ont amené à demander à bénéficier des séances de kinésithérapie esthétique. L'utilisateur exprime alors l'objectif et l'attente qu'il a de la kinésithérapie esthétique. Dans notre étude, nous considérons deux types de motifs : l'un pour des actes de soins corporels que nous nommerons « **Motif Physique** » et l'autre est un suivi sur le plan émotionnel ou psychologique, que nous nommerons « **Motif Émotionnel** » ou psychologique.

Les résultats nous indiquent que le motif de consultation est essentiellement physique (82,7%) et 17,3 % reconnaissent opter pour un motif physique, mais aussi psychologique. L'option psychologique seule n'a pas été choisie.

	Attente d'une amélioration		
	(Q3) Physique	(Q4) Psychologique	(Q5) autre
Moyenne	3,85	2,45	2,59
Médiane	4	2	3
Mode	4	2	3
Écart-type	0,36	0,93	0,75
Minimum	3	1	1
Maximum	4	4	4

Tableau IX : Données statistiques des items exprimant une attente : Q3 ; Q4 ; Q5

Le tableau IX présentent les réponses des items Q3 ; Q4 ; Q5, qui abordent l'attente des usagers en matière de soins. Nous remarquons que les 100% des usagers disent attendre une amélioration physique à l'item Q3 (minimum=3, aucun désaccord n'a été mentionné). 45,2 % ont une attente psychologique de la part du kinésithérapeute (Q4).

Item Q5	Commentaires	Effectif	Pourcentage
En accord	émotionnel	22	37,93
	sociale	16	27,59
	attirance sexuelle	9	15,52
	professionnel	7	12,07
	Autres	2	3,45
Pas de réponse		2	3,45
Total		58	100 %

Tableau X : Commentaires associés à l'item Q5 du questionnaire

Après la sollicitation d'un complément de réponse dans la colonne des commentaires pour l'item Q5 du questionnaire, nous avons pu constituer le tableau X et il en ressort que 37,93% (n=22) de ceux qui sont en attente d'autres bénéfices, précisent une amélioration de leur aspect émotionnel.

Afin d'approcher la notion de motivation des usagers, les items Q1 et Q2 relatent que 30,8% (N=32) des personnes déclarent que la démarche n'émane pas de leur propre initiative dont 15,4% (N=16) sur prescription du médecin. A l'inverse, 67,3% sont prêts à consulter un chirurgien esthétique s'ils avaient les moyens.

➤ Satisfaction du traitement en kinésithérapie esthétique

La totalité des personnes attendent une amélioration de leur état physique, alors que 64,4% n'ont pas constaté d'amélioration de leur état physique depuis qu'ils bénéficient de la kinésithérapie esthétique dont 4,8% dénoncent même une dégradation depuis qu'ils ont commencé la kinésithérapie esthétique.

A partir de l'item Q4, nous retiendrons que 54,8% n'ont pas d'attente d'amélioration sur le plan psychologique de la part de la kinésithérapie esthétique, alors qu'ils sont 24% à

constater une amélioration sur le plan psychologique pendant les soins de kinésithérapie esthétique. En revanche, 21,2% font état d'une dégradation de leur état émotionnel depuis qu'ils bénéficient de la kinésithérapie esthétique.

➤ Satisfaction de la compétence du kinésithérapie esthétique

Les usagers sont amenés à apporter un jugement sur l'attitude et la compétence du kinésithérapeute et déclarent une satisfaction globale pour 78,9% d'entre eux, en nous signalant une compétence du professionnel pour 89,4%. Néanmoins, ils nous font part, pour 14,4% qu'il ne leur a pas apporté le traitement adéquat.

Spécifiquement sur le plan émotionnel, 61,% des usagers pensent que le Kinésithérapeute n'a pas pris en compte leur état émotionnel dont 56,7% estiment qu'ils n'ont pas eu un temps d'écoute de la part du kinésithérapeute et 49% n'ont pas remarqué un sens relationnel qui les aurait aidé dans leur démarche. Au total les usagers n'ont constaté ni une amélioration de leur estime de soi (92,3%) ni une confiance en soi (73,1%).

1.2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des usagers.

Dans cette des statistiques descriptives, nous allons analyser les résultats du questionnaire de satisfaction des kinésithérapeutes.

1.2.1- Présentation sociodémographique de la population

La population est de 109 kinésithérapeutes avec 80% âgés entre 23 et 40 ans dont 59,6 % représentent la tranche de 23 à 30 ans, ce qui est en lien avec la jeunesse de la profession au Maroc. Le sex-ratio est de 0,14 avec 88,1% de femmes. La majorité des kinésithérapeutes professent à Casablanca et à Rabat (52,3%), le reste exercent à Marrakech (18,3%), à Fes (11%),à Agadir (10,1%) et à Tanger (8,3%). Dans le cadre des

critères d'inclusion, les kinésithérapeutes exercent tous en privé soit dans un cabinet libéral pour 85,3%, le reste œuvre de façon indépendante dans les cliniques et à domicile. Ils prennent en charge au moins 10 usagers par an en kinésithérapie esthétique (KE).

1.2.2- Présentation des résultats de la perception des kinésithérapeutes de leur compétence et de la satisfaction des résultats de leurs soins

La notion de compétence est basée uniquement sur la perception des kinésithérapeutes. Nous avons interrogé les kinésithérapeutes sur leurs compétences à prendre en charge les usagers de la kinésithérapie esthétique. Il s'agit de la compétence des praticiens aussi bien concernant le traitement corporel que nous allons dénommer « **Compétence Physique** » et le suivi émotionnel que nous allons dénommer « **Compétence Émotionnelle** ». Il en est de même pour la satisfaction des soins esthétiques procurés aux usagers que nous allons appeler, dans notre étude, « **Satisfaction Physique et Émotionnelle** ». Dans nos résultats, nous présentons le traitement des réponses de ces professionnels.

Si nous basons notre étude du questionnaire sur des scores de 1 à 4 en considérant que « fortement en désaccord » est coté à 1 et « fortement en accord » à 4, alors nous pouvons effectuer une analyse descriptive numérique. Pour cela nous regroupons les items du questionnaire en fonction de centres d'intérêts que nous souhaitons dégager du questionnaire. Les regroupements des items sont les suivants :

- Formations et compétences en traitement physique (FCTP): 1 à 4
- Formation et compétences dans le suivi des troubles émotionnels (FCSTE): 13 ; 15 ; 16 ; 17 ; 24
- Satisfaction du traitement physique (SatTP): 7 ; 8
- Satisfaction du suivi des troubles émotionnels (SatSTE) : 27

Les résultats descriptifs de chaque score de ces quatre dimensions visent à mettre en exergue deux notions : a) la formation et la compétence et b) la satisfaction du traitement

a) Formation et compétence en kinésithérapie esthétique

Nous nous penchons sur la formation suivie par les praticiens en matière de kinésithérapie esthétique et une autoévaluation de leur compétence aussi bien dans le traitement des dysmorphies et des troubles émotionnels qui peuvent y être rattachés.

➤ Formation et compétence en traitement physique (Tableau XI)

Q	ITEMS de FCTP	N	%
1	Sentiment d'être compétent en KE	95	95,41
2	Bénéficiaires de formation initiale en KE	4	3,7
3	Bénéficiaires de formation initiale en techniques spécifiques de KE	2	1,8
4	Bénéficiaire de formation continue en KE	33	30,3

Tableau XI : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle FCTP

Sur une étendue du score de 4 à 16, les résultats varient de 5 à 12 pour cette dimension avec une moyenne obtenue de 8,74 ($\pm 1,36$) et une médiane à 9, mais le mode est de 8. Par ailleurs, 96,33% des professionnels reconnaissent qu'ils n'ont pas abordé ni les bilans ni les protocoles de kinésithérapie esthétique et encore moins les techniques spécifiques (telles que le LPG, vitro-pression, lipolyse...) de la kinésithérapie esthétique (98,17%) . Pourtant 95,41% pensent être compétents dans le domaine. Aussi, le questionnaire n'approuve cette affirmation que pour 33 kinésithérapeutes sur 109 dont deux tiers formés par le vendeur de matériel.

➤ Formation et compétence dans le suivi des troubles émotionnels (Tableau XII)

Q	ITEMS de FCSTE	N	%
15	Sentiment d'être compétents pour identifier les troubles émotionnels	31	28,5
16	Maîtrise des notions de concept de soi, d'estime de soi et d'image de soi.	33	30,3
17	Identifie les troubles émotionnels par un questionnaire validé	32	29,35
24	Compétent pour assurer un suivi sur le plan émotionnel des usagers	8	7,4

Tableau XII : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle FCSTE

Le tableau XII montre des scores sur une plage de 9 à 36 présentent une dispersion de 10 à 22. Le mode est de 19, la moyenne à 16,39 ($\pm 2,67$) et la médiane à 17. 28,5% des praticiens ont le sentiment d'être capable d'identifier les troubles émotionnels ; 30,3% maîtrisent les notions de concept de soi, estime de soi et image de soi et seulement 7,4% pensent assurer un suivi des usagers sur le plan émotionnel.

b) Satisfaction des traitements apportés

Les kinésithérapeutes se sont également prononcés sur les résultats de leur traitement en matière de kinésithérapie esthétique. Ce traitement, comme nous l'avons vu ci-dessus, est composé de deux volets :

➤ Satisfaction du traitement des troubles physiques (Tableau XIII)

Dans le questionnaire, deux items sont consacrés à la satisfaction des résultats du traitement physique.

Q	ITEMS de SatTP	N	%
7	La kinésithérapie esthétique apporte satisfaction aux usagers	84	77,1
8	Satisfaction des résultats obtenus par la kinésithérapie esthétique	85	78,0

Tableau XIII : Résultats des questions regroupées sous l'intervalle SatTP

Globalement 78% kinésithérapeutes sont satisfaits dont 30,3% très satisfaits des résultats

obtenus en kinésithérapie esthétique. Nous retrouvons environ la même proportion des professionnels qui estiment que les usagers sont satisfaits. La moyenne de la SatTP est de 6,01 ($\pm 1,20$) avec une médiane à 9 et un mode à 6.

➤ Satisfaction du suivi des troubles émotionnels (Tableau XIV)

Q	ITEM de SatSTE	N	%
27	Satisfait des résultats obtenus par ma démarche d'évaluation et de suivi des émotions	25	22,9

Tableau XIV : Résultats de la question sous l'intervalle SatSTE

Quant au traitement des troubles émotionnels, plus des trois quarts des kinésithérapeutes font part d'une insatisfaction (77,1%). La moyenne du score est de 2,03 ($\pm 0,81$) avec une médiane et un mode à 2.

	FCTP	FCSTE	SatTP	SatSTE
Effectif	109	109	109	109
Moyenne	8.74	8,86	6,01	2,03
Médiane	9.00	9	6	2
Mode	8	9	6	2
Écart-type	1.36	1,85	1,2	0,81
Minimum	5	5	3	1
Maximum	12	13	8	4
Plage score	de 4 à 16	de 5 à 20	de 2 à 8	de 1 à 4

Tableau XV : Récapitulatif des scores

Le tableau XV nous montre que la SatSTE est celle qui a la moyenne la plus basse par rapport score maximum avec une médiane et un mode à 2.

2- Analyse bivariée

2.1- Étude 1 : Identification des motivations des usagers à s'orienter vers la kinésithérapie esthétique.

Afin de vérifier les hypothèses en lien avec le premier objectif, nous sommes amenés à rechercher les associations entre le profil des usagers et les troubles émotionnels constatés.

2.1.1- Résultats bivariés entre les données socio-démographiques et les troubles émotionnels.

a) Évaluation de l'estime de soi selon les données socio-démographiques

• Age

			Âge		
			<30 ans	≥30 ans	Total
		Effectif	14	27	41
	Faible ES	RSE	34,1%	65,9%	100,0%
		sous-total	13,5%	26,0%	39,4%
		Effectif	15	48	63
Scores RSE	Forte ES	Dans RSE	23,8%	76,2%	100,0%
		sous-total	14,4%	46,2%	60,6%
		Effectif	29	75	104
	Total		27,9%	72,1%	100,0%
		sous-total	27,9%	72,1%	100,0%

Tableau XVI : Analyse bivariée de l'estime de soi (ES) selon l'âge

Nous constatons que 39,5% des personnes ont une faible estime de soi et parmi elles, 30,8% ont plus de 30 ans (Tableau XVI), cette analyse n'est pas significative ($p > 0,05$).

		Auto-dépréciation de soi			Confiance en soi					
		Avec	Sans	Total	rho	Avec	Sans	Total	rho	
Age	<30 ans	Effectif	15	14	29		14	15	29	
		Selon l'âge	48,3	51,7	100		51,7	48,3	100	
		Total	14,40%	13,50%	27,90%		13,50%	14,40%	27,90%	
	>30 ans	Effectif	23	52	75		44	31	75	
		Selon l'âge	58,7	41,3	100	0,196*	30,7	69,3	100	0,343**
		Total	22,10%	50,00%	72,10%		42,30%	29,80%	72,10%	
Total	Effectif	38	66	104		58	46	104		
	Selon l'âge	55,8	44,2	100		36,5	63,5	100		
	Total	36,50%	63,50%	100%		55,80%	44,20%	100%		

Tableau XVII : Analyse bivariée des sous-dimensions du RSE selon l'âge.

* $p < 0,05$ ** $p > 0,05$

A l'inverse, nous retrouvons une signification forte entre l'âge et une sous-dimension de l'estime de soi, l'auto-dépréciation de soi ($\rho = 0,196$; $p < 0,05$). 36,5% présentent un score inférieur à la médiane dans la sous-échelle de l'auto-dépréciation de soi, dont 21,1% ont plus de 30 ans. Le test de confiance en soi et la dimension de l'âge ne livrent pas de résultats significatifs (Tableau XVII).

•Sexe

La proportion des hommes est faible (4,8%, $n=5$) et ils présentent tous une forte estime de soi. La population présentant une faible estime de soi est donc composée de 100% de femme soit 34.6% de l'effectif global féminin. Ces résultats ne sont pas significatifs ($p > 0,05$).

•Situation familiale

L'estime de soi n'est pas dépendante de la situation familiale ($p>0.05$). Nous ne pouvons pas poursuivre l'analyse. L'association de l'estime de soi avec la situation familiale n'est pas significative.

•Niveau d'étude

		Rosenberg Global			auto-dépréciation de soi			Confiance en soi			
		Faible ES	Forte ES	Total	Avec ADS	Sans ADS	Total	Avec CS	Sans CS	Total	
Niveau d'étude	illettré	Effectif	1	2	3	3	0	3	0	3	3
		Selon le NE	100%	0,0%	100%	100%	0	100%	0,0%	100,0%	100%
		Total	2,9%	0,0%	2,9%	2,90%	0,00%	2,90%	0,00%	2,90%	2,90%
	primaire	Effectif	5	24	29	6	23	29	23	6	29
		Selon le NE	17,2%	82,8%	100,0%	20,7%	79,3%	100%	79,3%	20,7%	100%
		Total	4,80%	23,10%	27,90%	5,80%	22,10%	27,90%	22,10%	5,80%	27,90%
	collège	Effectif	16	25	41	16	25	41	21	20	41
		Selon le NE	43,9%	56,1%	100%	39,0%	61,0%	100%	51,2%	48,8%	100%
		Total	17,3%	22,1%	39,40%	15,40%	24,00%	39,40%	20,20%	19,20%	39,40%
	lycée	Effectif	14	17	31	13	18	31	14	17	31
Selon le NE		48,4%	51,6%	100%	41,9%	58,1%	100%	45,2%	54,8%	100%	
Total		14,4%	15,4%	29,8%	12,50%	17,30%	29,80%	13,50%	16,30%	29,80%	
bac post-bac	Effectif	36	68	104	38	66	104	58	46	104	
	Selon le NE	39,4%	60,6%	100%	36,5%	63,5%	100%	55,8%	44,2%	100%	
	Total	39,4%	60,6%	100%	36,5%	63,5%	100%	55,8%	44,2%	100%	
Total	Effectif	36	68	104	38	66	104	58	46	104	
	Selon le NE	39,4%	60,6%	100%	36,5%	63,5%	100%	55,8%	44,2%	100%	
	Total	39,4%	60,6%	100%	36,5%	63,5%	100%	55,8%	44,2%	100%	

Tableau XVIII : Résultats bivariés des différentes dimensions du RSE global avec les sous-échelles selon le niveau d'étude (NE).

Selon les résultats du tableau XVIII, nous remarquons que la population présentant une faible estime de soi est composée notamment, de personnes de niveau d'étude de lycée (49,9%) et bac et post-bac (36,6%). Une association existe entre l'estime de soi et le niveau d'étude ($\rho=-0,229$; $p<0,05$). La confiance en soi est également très impactée par le niveau d'étude ($\rho=-0,258$; $p<0,01$) alors que l'auto-dépréciation de soi l'est également, mais à moindre degré ($\rho=-0,189$; $p<0,05$).

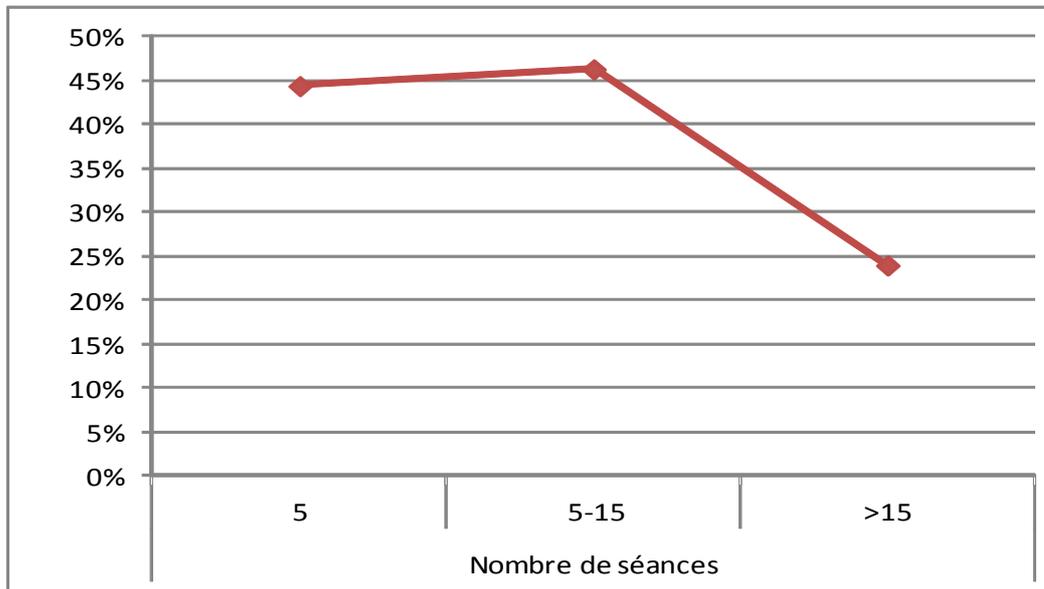
- Nombre d'accouchements

Les femmes, les plus concernées ayant une faible estime de soi sont celles ayant eu 0 (10.1%), 2 (9.1%) et plus de 3 accouchements (9.1%), par rapport à l'effectif féminin total. De plus, 60% des femmes ayant eu plus de 3 accouchements ont une faible estime de soi. Le nombre d'accouchements est en lien avec l'estime de soi est significative ($p<0,05$).

- Nombre de séance

Dans la première partie du questionnaire, les usagers nous ont renseignés sur le nombre de séances effectuées au cours de leur prise en charge en cours.

Il ne s'agit pas d'analyser l'estime de soi dans le temps, mais par rapport à un effectif. La valeur p n'est pas significative pour les résultats issus du croisement du nombre de séances et le score du RSE et celui de la sous-échelle de l'auto-dépréciation. En revanche, l'analyse bivariée entre le nombre de séances et la sous-échelle de la confiance de soi est significative ($p<0,05$).



Graphique IV : L'état de la confiance en soi des usagers selon le nombre de séances

Selon le graphique IV, nous voyons une diminution de l'effectif de personnes présentant une faible confiance en soi chez les usagers qui ont suivi plus de 15 séances.

b) HAD

Au regard des résultats, il n'y a pas de lien significatif avec les données socio-démographiques des usagers et les scores obtenus à partir de l'HAD.

c) MBSRQ

	Catégories	Résultat Satisfaction liée l'apparence	1 à l'apparence	Résultat 2 Investissement dans l'apparence	Résultat 3 Pré-occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective poids	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
Age	<30 ans	3,59 (1,09)*	3,42 (0,58)	2,96 (0,85)	2,25 (1,08)	3,50 (0,64)*	
	>30 ans	3,01 (1,25)	3,33 (0,52)	3,08 (0,82)	3,04 (1,12)	3,23 (0,70)	
Sexe	H	3,20 (1,04)	3,11 (0,51)	3,05 (0,67)	2,9 (0,96)	3,82 (0,39)	
	F	3,17 (1,24)	3,36 (0,54)	3,05 (0,84)	3,11 (1,12)	3,28 (0,69)	
Situation familiale	Marié	3,01 (1,26)	3,32 (0,52)	3,08 (0,89)	3,05 (1,08)	3,21 (0,68)	
	Divorcé	3,41 (1,16)	3,42 (0,52)	3,02 (0,63)	3,30 (1,13)	3,48 (0,61)	
	Célibataire	3,25 (1,24)	3,34 (0,29)	3,00 (0,86)	3,05 (1,15)	3,33 (0,75)	
nombre d'accouchement	≤ 2	3,26 (1,23)	3,35 (0,53)	2,99 (0,79)	3,11 (1,10)	3,32 (0,72)	
	>2	3,11 (1,23)	3,12 (0,56)	3,11 (0,86)	3,05 (1,12)	3,31 (0,70)	
Niveau d'étude	pré-bac	3,13 (1,23)	3,34 (0,56)	3,03 (0,82)	3,05 (1,07)	3,30 (0,68)	
	bac et plus	3,26 (1,18)	3,36(0,49)	3,18 (0,89)	3,30 (1,19)	3,31 (0,72)	

* $p \leq 0,05$

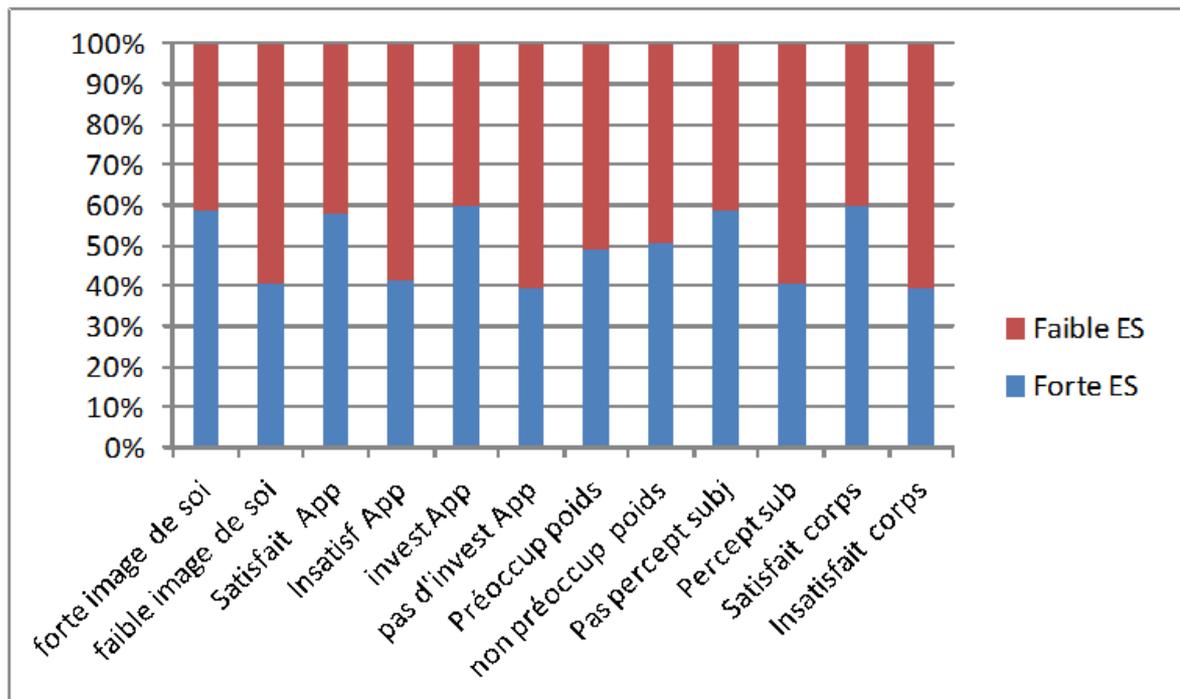
Tableau XIX : Association entre les variables socio-démographiques et les sous-dimensions du MBSRQ

En ce qui concerne l'image de soi, les sous-dimensions de l'échelle du MBSRQ ne sont pas dépendantes des éléments socio-démographiques. Toutefois, nous notons une association significative entre La sous-dimensions 1 ($\rho=0,287$; $p<0,01$) et 5 ($\rho=0,189$; $p<0,05$) avec l'âge (Tableau XIX).

2.1.2- Analyse bivariée des résultats des troubles émotionnels

Après avoir recherché les liens avec les données socio-démographiques, nous allons vérifier par la corrélation de Spearman, les relations entre les différents troubles déjà constatés afin de compléter le profil des usagers qui bénéficient de la kinésithérapie esthétique.

•RSE/ MBSRQ



Graphique V : Répartition de l'échantillon selon l'image de soi et l'estime de soi (%)

Le graphique V ci-dessous nous montre que la faible estime de soi touche près de 60% des usagers qui présentent une faible image de soi.

	MBSRQ global	Résultat 1 Satisfaction liée à l'apparence	Résultat 2 Investissem ent dans l'apparence	Résultat 3 Pré- occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective du poids	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
RSE global	0,223*	0,161	0,201*	0,02	0,262*	0,293*
Confiance en soi	0,202*	0,158	0,148	0,016	0,233*	0,218*
Auto- dépreciation de soi	0,184	0,194*	0,216	0,105	0,238*	0,265*

* $p \leq 0,05$

Tableau XX : Corrélacion entre le RSE et le MBSRQ

Il existe une corrélation significative entre l'estime de soi globale et le score du MBSRQ global (Tableau XX).

•RSE / HAD

Variables	Modes	Auto-dépreciation de soi		Confiance en soi		négativ		positive	
		négative	positive	rho	p	e	positive	rho	p
Anxiété	Absente	8,6	59,6			15,6	52,7		
	Suspecte	8,7	2,9	0,727	<0,001	10,6	1	0,752	<0,001
	Avérée	19,2	1			20,1	0		
Dépression	Absente	10,6	58,7			14,4	54,8		
	Suspecte	6,7	2,9	0,658	<0,001	9,6	0	0,708	<0,001
	Avérée	19,2	1,9			20,2	1		

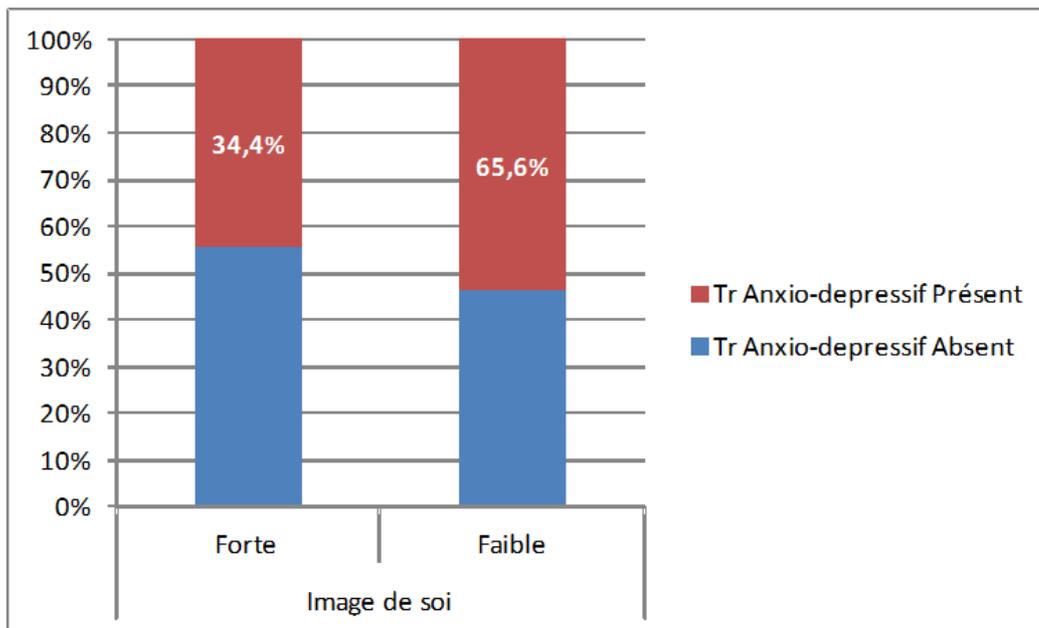
Tableau XXI : Analyse bivariée entre les sous-échelles du RSE et de l'HAD

L'anxiété et la dépression présentent une très forte association avec l'estime de soi ($\rho=0,975$; $p<0,001$). L'influence par rapport aux sous-échelles de l'estime de soi reste également très significative avec l'auto-dépréciation de soi et la confiance en soi (Tableau XXI).

La comparaison des moyennes des deux tests est établie par le test t de *Student* ($t=12,423$ (103) ; $p<0,001$).

•MBSRQ/ HAD

Le tableau XXII ci-dessous nous indique qu'il existe une corrélation entre le MBSRQ global et l'HAD global et ses deux sous-dimensions.



Graphique VI : Répartition des résultats du MBSRQ global selon l'HAD global

Graphique VI montre que parmi les usagers qui ressentent une faible image de soi, 65,6% présentent un trouble anxiodépressif .

	MBSRQ global	Résultat Satisfaction liée à l'apparence	Résultat 1 Investissement dans l'apparence	Résultat 2 Pré-occupation liée au poids	Résultat 3 Perception subjective du poids	Résultat 4	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
HAD global	0,208*	0,154	0,156	0,083	0,169		0,198*
Anxiété	0,267**	0,177	0,209*	0,054	0,22*		0,273**
Dépression	0,228*	0,17	0,17	0,061	0,183		0,196*

*p<0,05 **p<0,01

Tableau XXII : Corrélations entre le MBSRQ et le HAD

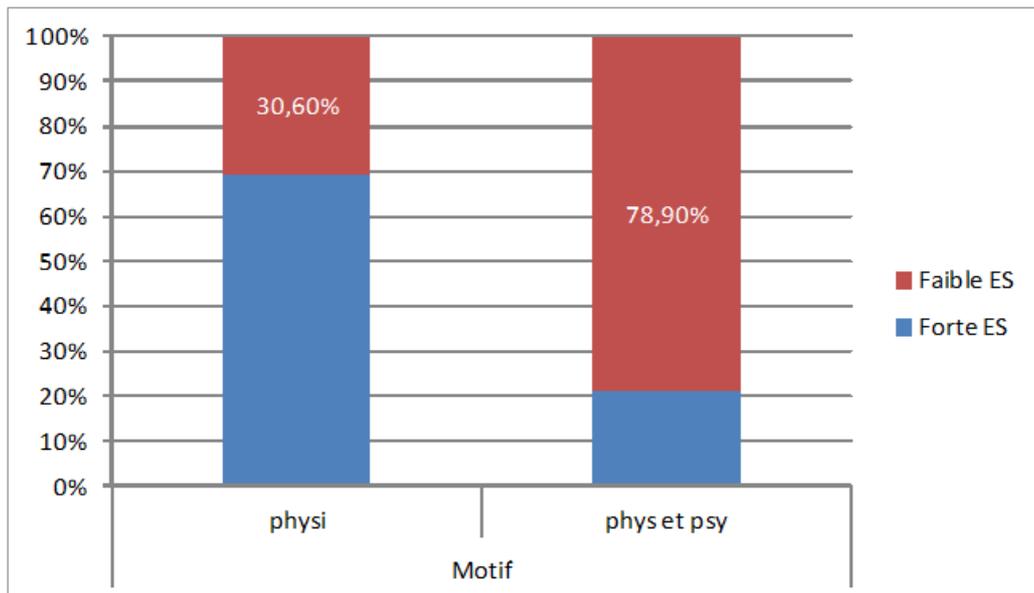
11,6% présentent une association entre une dépression et une insatisfaction des différentes parties du corps. Parmi ceux qui présentent une anxiété, 10,6% ressentent une insatisfaction des différentes parties de son corps, 22,2% ont une perception subjective de leur corps et 10% ne s'investissent pas dans leur apparence.

2.1.3- Motifs de consultation et motivation

Afin de finaliser notre premier objectif, nous allons rechercher la relation qui peut exister entre le motif de consultation et les troubles émotionnels.

➤ Au travers des 3 questionnaires RSE, HAD, MBSRQ

• RSE



Graphique VII : Répartition des modes de l'estime de soi selon les motifs de consultation

Par le Graphique VII, nous constatons que 14,4% présentent une faible estime de soi sur les 18,3% de l'effectif global ayant opté pour un motif physique et psychologique (n=15 sur 19) soit 78,9% du groupe motif physique et psychologique .

		Confiance en soi*			Dépréciation de soi**		
		Avec confiance en soi	Sans confiance en soi	Total	Avec dépréciation de soi	Sans dépréciation de soi	Total
physi	Effectif	54	31	85	24	61	85
	selon le motif	63,5%	36,5%	100,0%	28,2%	71,8%	100,0%
	Total	51,9%	29,8%	81,7%	23,1%	58,7%	81,7%
Motif phys et psy	Effectif	4	15	19	14	5	19
	selon le motif	21,1%	78,9%	100,0%	73,7%	26,3%	100,0%
	Total	3,8%	14,4%	18,3%	13,5%	4,8%	18,3%
Total	Effectif	58	46	104	38	66	104
	selon le motif	55,8%	44,2%	100,0%	36,5%	63,5%	100,0%
	Total	55,8%	44,2%	100,0%	36,5%	63,5%	100,0

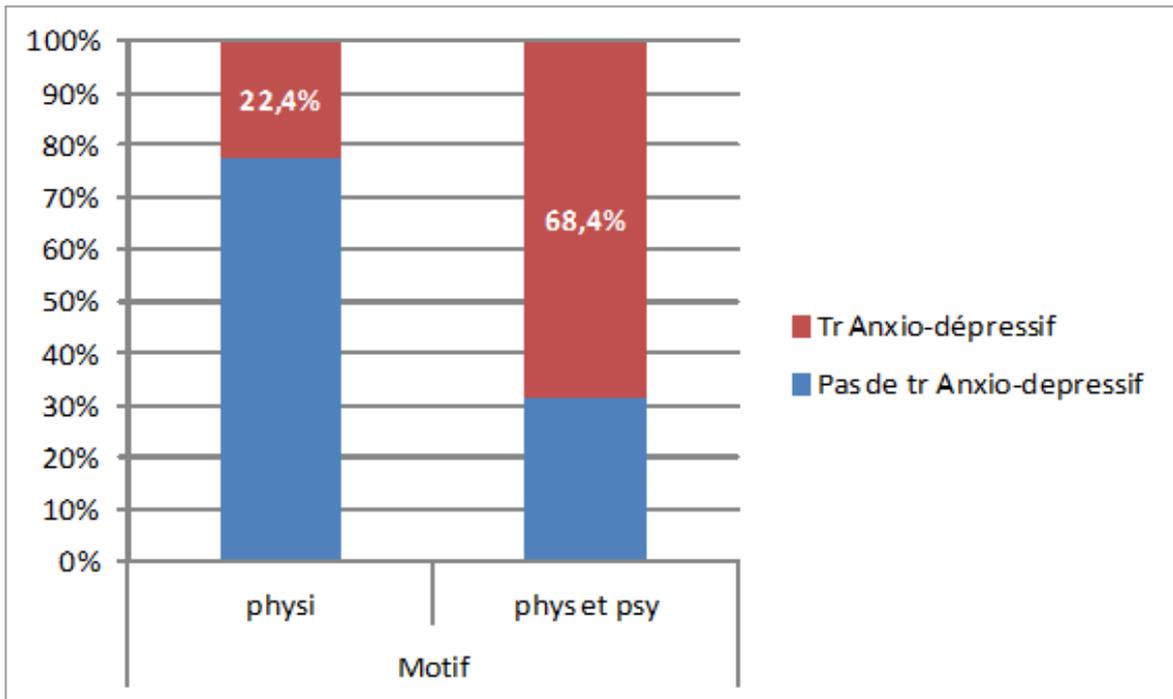
*rho=-0,330 ; p<0,05

** rho=0,365 ; p<0,05

Tableau XXIII : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de RSE

L'association entre l'échelle de l'estime de soi et le motif de consultation est significative. Par rapport à l'échantillon total, 81,7% (n=85) ont avancé un motif de soins physiques uniquement, dont 25% (n=26) présentent une faible estime de soi. La relation entre ces deux variables est très significative ($p<0,001$). La dépendance du motif de consultation est également très significative ($p<0,001$) des sous-dimensions : confiance en soi et de l'auto-dépréciation de soi (Tableau XXIII).

•HAD



Graphique VIII : Troubles anxio-dépressifs selon les motifs de consultation.

La détresse anxio-dépressive est présente majoritairement chez les usagers qui ont opté pour un motif double (Graphique VIII).

		Intervalle Score HAD Anxiété *				Intervalle score HAD Dépression **			
		Anx Abs	Anx Susp	Anx Avr	Total	Dép Abs	Dép Susp	Dép Avé	Total
physi	effectif	63	11	11	85	64	9	12	85
	selon Motif	74,1%	12,9%	12,9%	100,0%	75,3%	10,6%	14,1%	100,0%
	Total	60,6%	10,6%	10,6%	81,7%	61,5%	8,7%	11,5%	81,7%
Motif phys et psy	effectif	6	3	10	19	7	2	10	19
	selon Motif	31,6%	15,8%	52,6%	100,0%	36,8%	10,5%	52,6%	100,0%
	Total	5,8%	2,9%	9,6%	18,3%	6,7%	1,9%	9,6%	18,3%
Total	effectif	69	14	21	104	71	11	22	104
	selon Motif	66,3%	13,5%	20,2%	100,0%	68,3%	10,6%	21,2%	100,0%
	Total	66,3%	13,5%	20,2%	100,0%	68,3%	10,6%	21,2%	100,0%

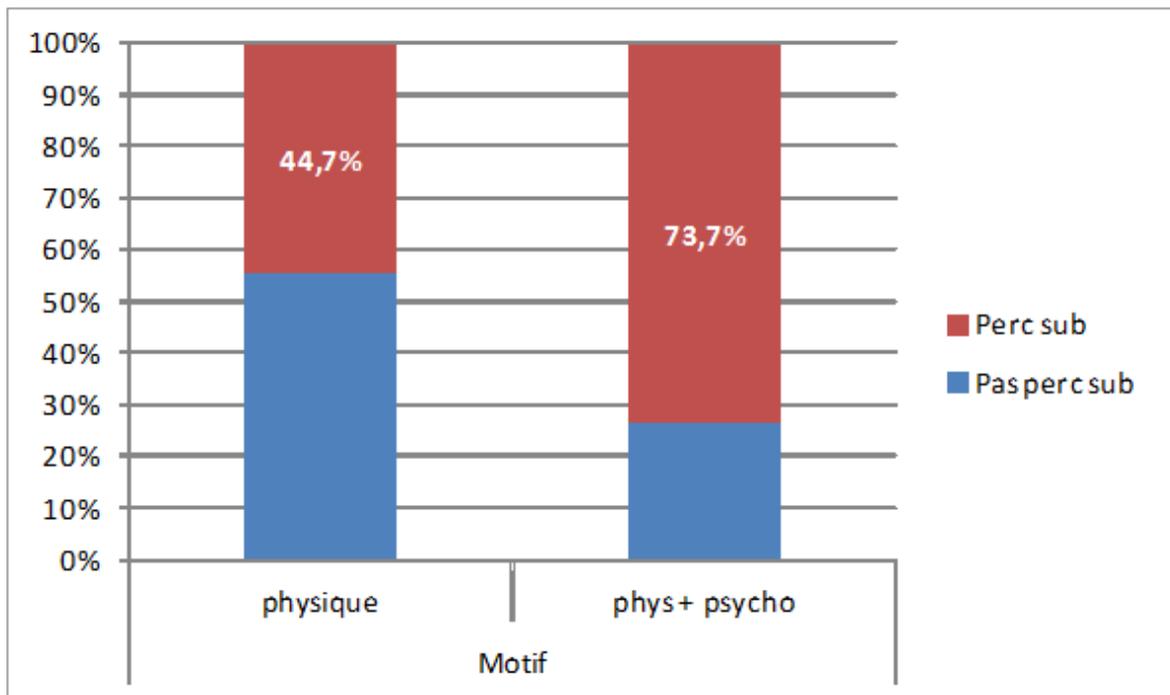
Anx : Anxiété Abs : Absente Av : Avérée *rho= 0,379 ; p<0,001
Dép : Dépression Susp : Suspéctée ** rho= 0,348 ; p<0,001

Tableau XXIV : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de HAD

L'impact de l'anxiété et de la dépression dans le motif de consultation est également fortement significatif ($p<0,001$) comme le montre le tableau XXIV.

•MBSRQ

Cette relation entre le motif de consultation et le MBSRQ, n'est pas significative. Seule la dimension de la perception subjective présente une association significative avec le motif de consultation.



Graphique IX : Répartition des modes de l’image de soi selon les motifs de consultation

Le graphique IX montre que la proportion des personnes présentant une faible image de soi ayant indiqué un motif physique (54,1% soit 44,2% sur l'échantillon total) est plus importante que chez ceux qui ont précisé un double motif physique et psychologique (31,6% soit 5,8% de l'échantillon total).

		Satisfaction liée à Investissement dans l'apparence						
		Satisfait	Insatisf	Total	Oui	Non	Total	
Motif	physi	Effectif	41	44	85	41	44	85
		selon Motif	48,2%	51,8%	100,0%	48,2%	51,8%	100,0%
		Total	39,4%	42,3%	81,7%	39,4%	42,3%	81,7%
Motif	phys	Effectif	12	7	19	12	7	19
	psy	etselon Motif	63,2%	36,8%	100,0%	63,2%	36,8%	100,0%
		Total	11,5%	6,7%	18,3%	11,5%	6,7%	18,3%
Total	Effectif	53	51	104	53	51	104	
	selon Motif	51,0%	49,0%	100,0%	51,0%	49,0%	100,0%	
Total			51,0%	49,0%	100,0%	51,0%	49,0%	100,0%

Tableau XXV : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de MBSRQ

		préoccupation liée au poids			perception subjective du poids*			satisfaction envers différentes parties du corps			
		oui	non	Total	oui	non	Total	Satisf	Insati	Total	
Motif	Effectif	41	44	85	38	47	85	42	43	85	
	phys selon Motif	48,20%	51,80%	100,00%	44,70%	55,30%	100,00%	49,40%	50,60%	100,00%	
	Total	39,40%	42,30%	81,70%	36,50%	45,20%	81,70%	40,40%	41,30%	81,70%	
	phys	Effectif	11	8	19	14	5	19	11	8	19
	et	selon Motif	57,90%	42,10%	100,00%	73,70%	26,30%	100,00%	57,90%	42,10%	100,00%
	psy	Total	10,60%	7,70%	18,30%	13,50%	4,80%	18,30%	10,60%	7,70%	18,30%
	Total	Effectif	52	52	104	52	52	104	53	51	104
		selon Motif	50,00%	50,00%	100,00%	50,00%	50,00%	100,00%	51,00%	49,00%	100,00%
		Total	50,00%	50,00%	100,00%	50,00%	50,00%	100,00%	51,00%	49,00%	100,00%

* $\rho=0,224$; $p<0,05$

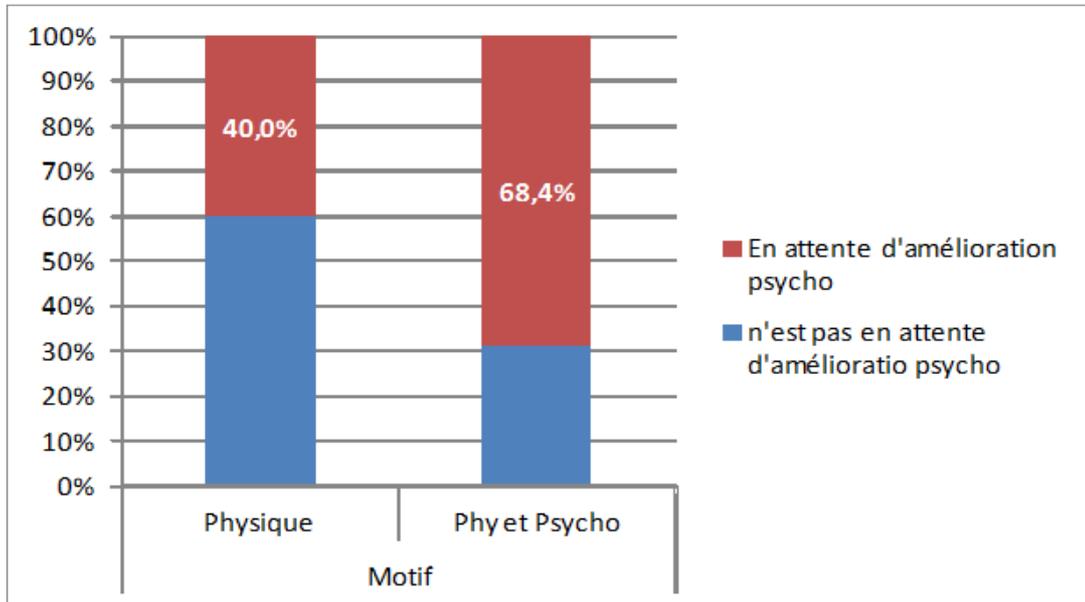
Tableau XXVI : Analyse bivariée entre les variables du motif de consultation et les sous-échelles de MBSRQ (suite)

Du fait que la norme soit fixée par rapport à la médiane, le taux de 50 % des usagers présentant une perception subjective du poids s'impose. La proportion de 55,3% des usagers qui jugent que le motif de consultation est d'ordre physique, présentent une perception subjective de leur poids. Ce taux est ramené à 26,3% chez les usagers qui ont présenté un double motif : physique et psychologique, soit 4,8% (n=5) de l'échantillon total (Tableau XXV et XXVI).

➤ Questionnaire de satisfaction auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les items Q3 ; Q4 et Q5 sollicitent l'attente de l'utilisateur par rapport au kinésithérapeute esthétique. Selon les résultats obtenus, nous n'avons pas de corrélation significative établie ni avec les variables socio-démographiques, ni avec les troubles émotionnels. Néanmoins, il est à noter que l'attente

d'une amélioration psychologique est en lien avec les motifs de consultation ($\rho=208$; $p<0,05$).



Graphique X: Présentation des résultats de l'item Q4 en fonction du motif de consultation.

Nous remarquons au, travers du graphique X, qu'au sein des 18,3% de l'effectif global qui ont choisi un double motif de consultation (physique et psychologique), ils sont 12,5% de l'effectif total à être en attente d'une amélioration psychologique, soit un taux de 68,4% par rapport à l'effectif total qui a exprimé le double motif de consultation .

Nous souhaitons également voir l'impact de leur motivation dans la démarche de soins esthétiques en fonction de leurs éventuels troubles émotionnels. La motivation exprimée à partir des questions Q1 ; Q2 ; Q18 présente une relation fortement significative avec l'estime de soi ($p<0,05$) où sur les 34,6% des usagers présentant une faible estime de soi, 4,8% ne présentent pas de motivation ni pour la kinésithérapie esthétique, ni pour la chirurgie esthétique.

Les résultats indiquent que 35,6% présentent une confiance en soi inférieure à la moyenne et pour qui la kinésithérapie esthétique est prescrite par un médecin (Q1). Ce résultat est faiblement significatif ($p=,058$). Les autres interactions entre la Q1 et les autres dimensions du test de Rosenberg ne sont pas significatives.

Q1 reste indépendante également des tests HAD et de MBSRQ.

La question Q2 permet d'approcher la motivation de l'utilisateur, mais elle ne présente pas de lien significatif avec les tests RSE, HAD et MBSRQ.

Sur les 68,3% d'utilisateurs préoccupés par leur poids, 39,4% sont motivés par la chirurgie esthétique et la proportion de 27,9% des utilisateurs qui ne sont pas préoccupés par le poids souhaitent également accéder à la chirurgie esthétique s'ils avaient les moyens. Il s'agit d'une interdépendance très significative ($p < 0,05$).

2.2- Étude 2 : Perception des kinésithérapeutes sur leur compétence à répondre aux besoins des utilisateurs.

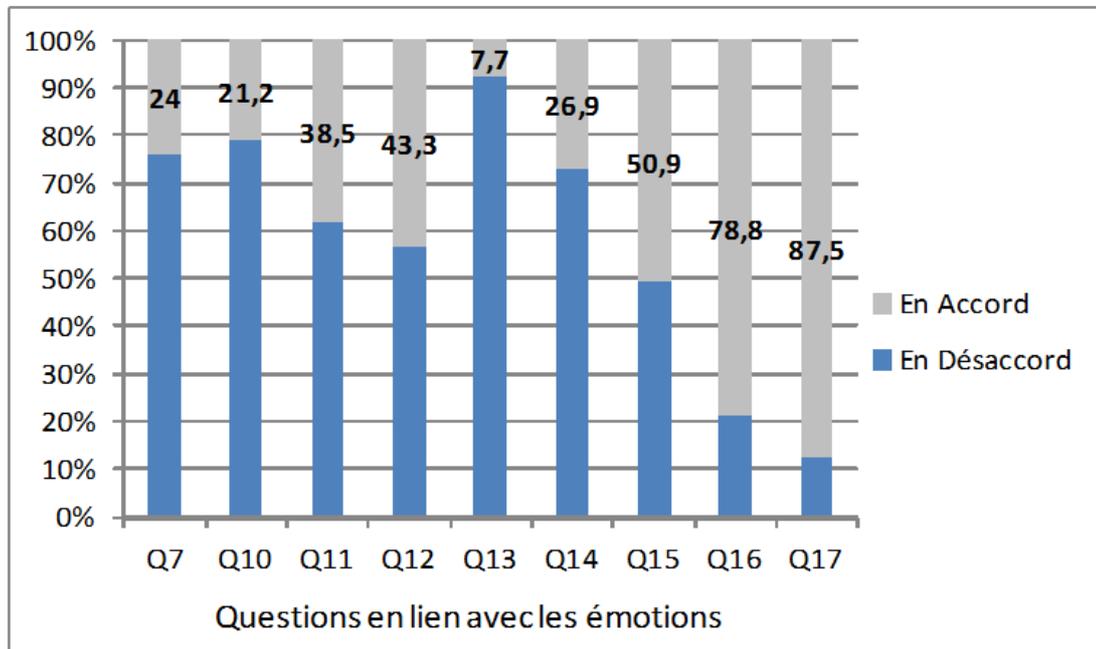
2.2.1- Questionnaire de satisfaction auprès des utilisateurs de la kinésithérapie esthétique

Dans cette section, nous allons analyser le second objectif de notre étude qui cherche à vérifier la compétence des kinésithérapeutes à prendre en charge les utilisateurs aussi bien sur le plan physique qu'émotionnel, et ce selon les enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs d'abord et des kinésithérapeutes ensuite.

• Traitement des troubles physiques

Selon les résultats obtenus, tous les utilisateurs attendent une amélioration de leur état physique (Q3) et 35,6% d'entre eux ont remarqué une amélioration de leur état physique (Q6). Cette relation est significative ($p < 0,05$). Lorsque nous comparons les moyennes des deux items précédents, le test t de *Student* nous permet de rejeter l'hypothèse nulle (14,335 (103) ; $p < 0,001$).

•Suivi des troubles émotionnels



Graphique XI : Réponses des usagers sur les questions en lien avec l'émotion

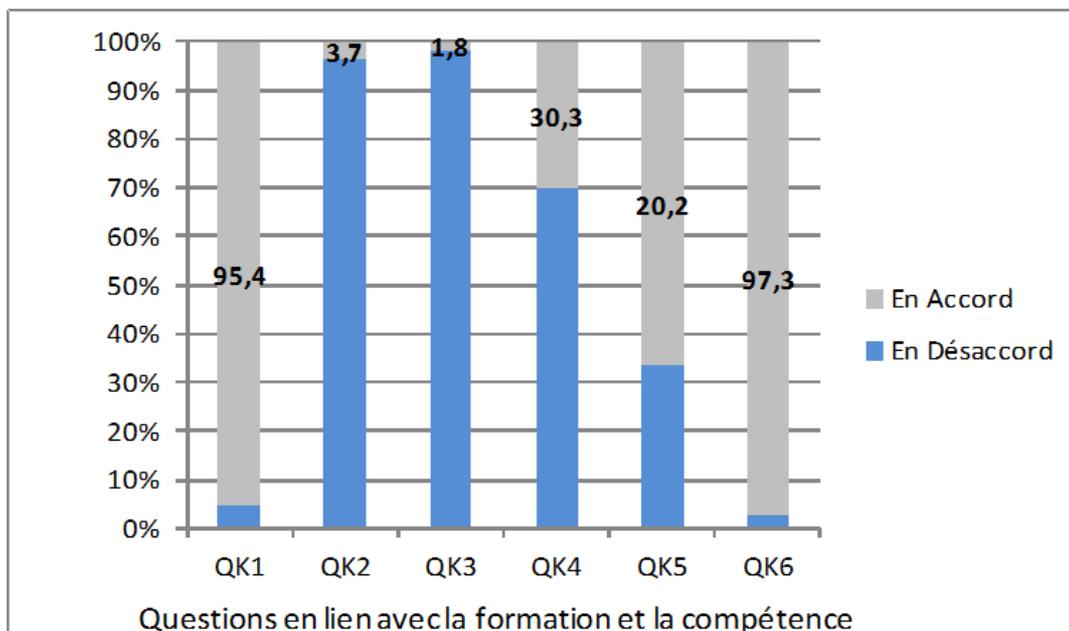
Selon le graphique XI, les usagers précisent que le kinésithérapeute ne les a pas aidés à récupérer ni une confiance en soi (92,3%) ni à améliorer leur estime de soi (73,1%). De plus, il apparaît que 53,8% des usagers considèrent que le kinésithérapeute ne leur prête aucune écoute et ne prend pas en compte leur état émotionnel ($\rho=0,662$; $p<0,001$).

37,5% des usagers considèrent que le sens relationnel du kinésithérapeute ne les aide pas dans leur démarche de soins esthétiques et que ce dernier ne prend pas en compte leur état émotionnel ($\rho=0,211$; $p<0,05$). Il existe une réelle association entre ces deux items.

La corrélation entre les items Q4 et Q7 et celle entre Q5 et Q8 ne présentent pas de résultats significatifs.

2.2.2- Étude à partir du questionnaire de satisfaction des kinésithérapeutes

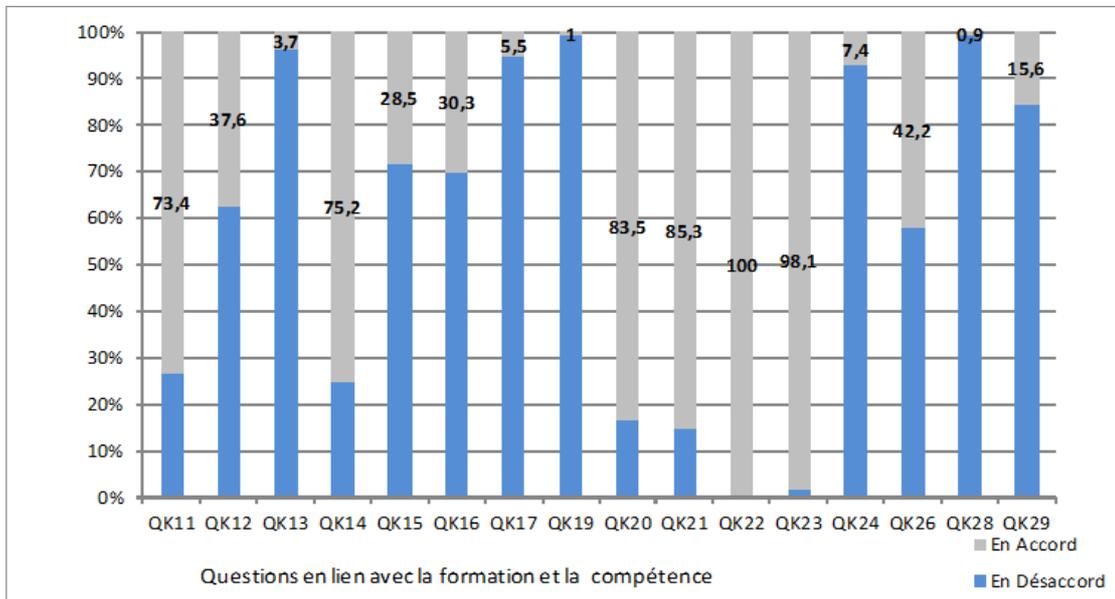
– Formation et compétence dans le traitement physique



Graphique XII Réponses des kinésithérapeutes sur les questions en lien avec leur formation et leur compétence physique.

Parmi les 98,1% kinésithérapeutes qui n'ont pas été formés au cours de leur cursus initial , 95,4% se disent compétents malgré tout en kinésithérapie esthétique. De même, parmi ceux (30,3%) qui ont suivi une formation continue, 29,4% pensent être compétents (Graphique XII).

– Formation et compétence dans le suivi émotionnel



Graphique XIII : Réponses des kinésithérapeutes sur les questions en lien avec la formation et la compétence dans la prise en charge émotionnelle

Selon l'item Q13, 96,3% des kinésithérapeutes n'ont pas été formés à l'identification des troubles émotionnels (Graphique XIII).

Sur l'échantillon total des kinésithérapeutes, 73,4% estiment avoir conscience des conséquences psychologiques (exemple : perte de confiance en soi, perturbation de l'image de soi, dépression...) qui peuvent accompagner la demande de kinésithérapie esthétique (QK11) dont 69,7% n'ont pas suivi de formation sur l'identification des troubles émotionnels ($n=80$; $p>0,05$). La corrélation n'est pas significative, nous ne pouvons pas retenir ce résultat.

Par ailleurs, 90% ne sont pas formés à l'identification des troubles émotionnels (QK13) et ne se sentent pas compétents pour suivre un usager sur le plan des troubles émotionnels (QK24) ($n=98$; $\rho=0,189$; $p<0,05$). Et parmi cette population 13,7% orientent les usagers vers une psychologue pour un accompagnement en cas de soupçon (QK29) ($n=15$; $\rho=0,215$; $p<0,05$).

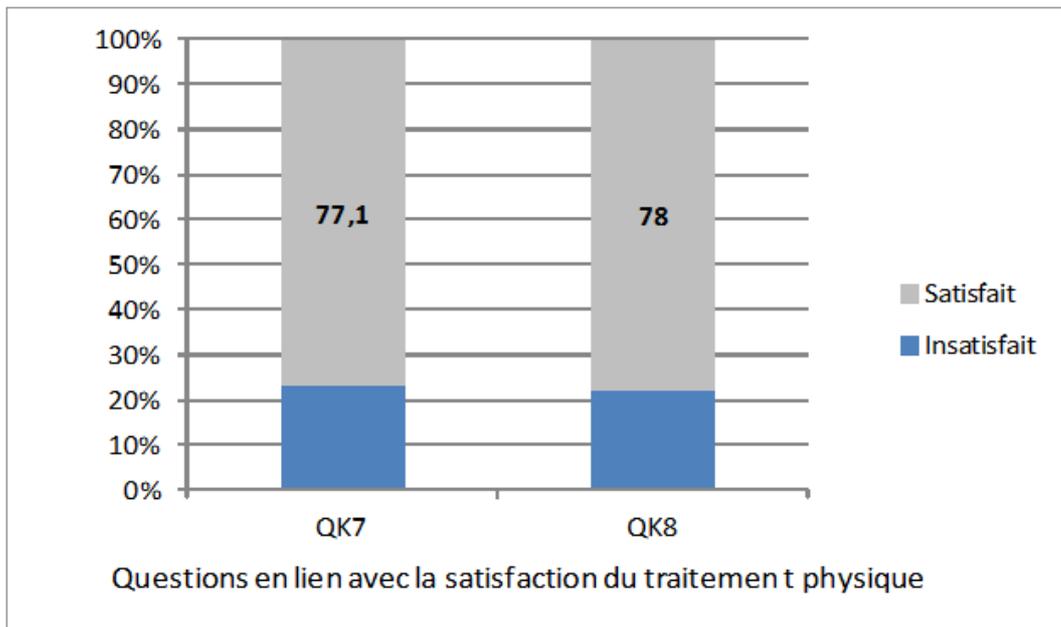
	QK1	QK11	QK13	QK15	QK16	QK17	QK24	QK28	QK29
QK1	1	-0,005	0,133	0,028	0,031	-0,135	0,061	0,093	0,012
QK11	-0,01	1	0,079	0,111	-0,005	0,002	0,191 *	0,084	0,211 *
QK13	0,133	0,079	1	0,428 ***	0,033	0,075	0,189 *	0,362 ***	0,215 *
QK15	0,028	0,111	0,428 ***	1	-0,012	0,086	-0,011	0,118	-0,056
QK16	0,031	-0,005	0,033	-0,012	1	0,17	0,111	0,084	0,074
QK17	-0,14	0,002	0,075	0,086	0,17	1	0,124	0,025	0,073
QK24	0,061	0,191 *	0,189 *	-0,011	0,111	0,124	1	0,05	0,854 ***
QK28	0,093	0,084	0,362 ***	0,118	0,084	0,025	0,05	1	0,075
QK29	0,012	0,211 *	0,215 *	-0,056	0,074	0,073	0,854 ***	0,075	1

$p < ,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < ,001$

Tableau XXVII : Coefficient de corrélation (rho) bivariée des questions en lien avec la compétence de prise en charge des troubles émotionnels

Le tableau XXVII, nous montre la corrélation et le degré de signification des questions qui abordent la formation sur le plan des troubles émotionnels (Q13), la compétence dans l'identification des troubles émotionnels (Q15) et la compétence dans le suivi des usagers sur le plan émotionnel (Q24) et des questions qui sont en lien avec celles-ci.

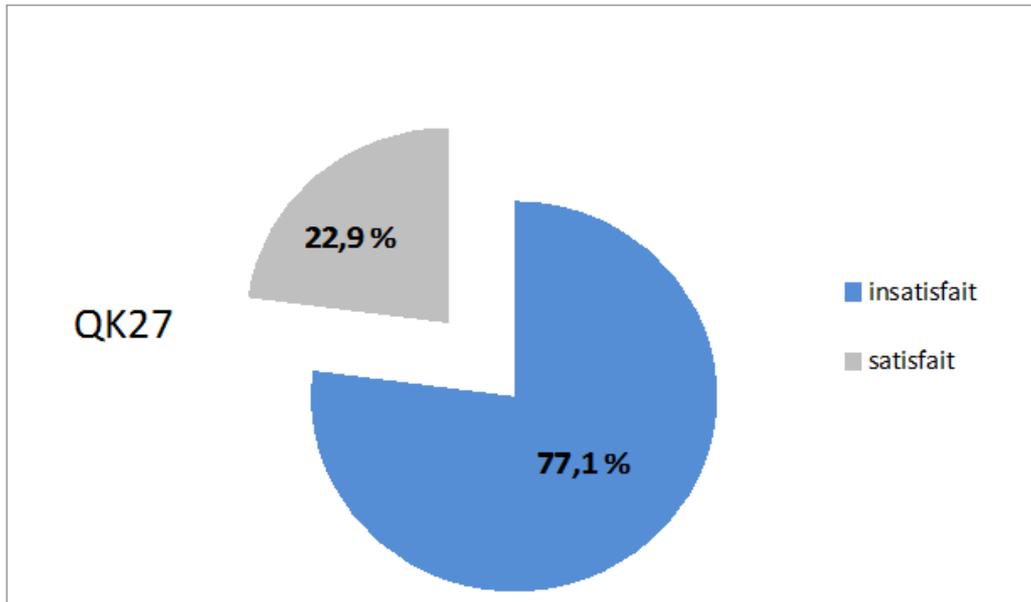
–Satisfaction du traitement physique



Graphique XIV : Réponses des kinésithérapeutes sur la satisfaction du traitement physique (en %).

Parmi les 95,4% des kinésithérapeutes (Graphique XIV) qui se disent compétents (QK2), 76,2% pensent que le traitement physique apporte satisfaction aux usagers (QK7) ($\rho = -0,210$; $p < 0,05$).

-Satisfaction du suivi émotionnel



Graphique XV : Réponse des kinésithérapeutes sur la satisfaction du suivi des usagers sur le plan émotionnel.

Parmi les 77,1% qui sont satisfaits globalement des résultats obtenus en kinésithérapie esthétique (QK8), 22,9% sont satisfaits des résultats obtenus dans leur suivi des usagers sur le plan émotionnel (QK27), l'association est peu significative (Graphique XV).

V- DISCUSSION

V- DISCUSSION

Le kinésithérapeute est un professionnel de la santé, orienté dans le traitement physique pour traiter certains dysfonctionnements de la mécanique physique. Or l'être humaine est doté entre autres d'émotions, qui sont interdépendantes avec la mécanique physique. Nous nous sommes interrogés sur la perception du kinésithérapeute quant à sa capacité professionnelle à répondre aux attentes de l'utilisateur, en kinésithérapie esthétique. Par l'intermédiaire de 5 questionnaires, nous avons obtenu des résultats selon deux axes :

–Le profil de l'utilisateur sur le plan émotionnel et le motif de consultation

–La perception du kinésithérapeute sur sa compétence à prendre en charge un utilisateur sur le plan physique et émotionnel.

Dans notre discussion, nous allons aborder une réflexion d'interprétation des résultats obtenus pour les comparer à la littérature. Les limites de notre étude nous permettra d'ouvrir nos pratiques vers un réajustement par l'élaboration d'un certain nombre de recommandations.

Par ailleurs, notre étude en cherchant à répondre à un premier objectif auprès des utilisateurs, elle repose son évaluation sur des tests reconnus et validés tels que le RSE, HAD et MBSRQ et sur la perception de l'utilisateur quant à sa démarche de demande de soins kinésithérapeutiques esthétiques . En ce qui concerne le second objectif relatif à la compétence du kinésithérapeute à prendre en charge ces utilisateurs, nous avons basé notre étude uniquement sur la perception du kinésithérapeute sur sa compétence face à la demande de ces utilisateurs. Ce qui amène le professionnel à se positionner par rapport à cette nouvelle discipline kinésithérapeutique.

Avant de discuter des résultats, il convient de préciser un certain nombre de points :

–La partie sociodémographique du questionnaire de satisfaction des utilisateurs aborde l'âge par des intervalles en raison de personnes dont la date de naissance n'est pas précise et une régularisation nationale de ce manquement a défini une date officielle, mais non

réelle en instaurant que le 1 janvier est théoriquement le jour de naissance de ces personnes non datées. Les individus âgés au Maroc ne peuvent pas préciser leur âge exact, mais une fourchette à une ou plusieurs années près. C'est pourquoi, il ne nous a pas semblé utile de demander l'âge précis de la personne car il ne sera pas toujours réel.

—nous avons sollicité auprès des femmes de notre échantillon, le nombre d'accouchements pour le corrélérer à l'image de soi et l'estime de soi. Il ne s'agit pas de recueillir le nombre d'enfants, mais bien le nombre d'accouchements, y compris les faux-accouchements. Afin d'éviter tout amalgame entre grossesses et nombre d'enfants, nous avons préféré utiliser le terme accouchement.

Au regard des différents résultats socio-démographiques, le profil de l'utilisateur est une femme âgée de 31 à 45 ans, mariée, ayant vécu 3 accouchements. Elle a quitté le milieu des études au lycée mais sans l'obtention du baccalauréat.

Pour répondre à notre premier objectif, des troubles émotionnels ont été mis en évidence auprès des usagers de la kinésithérapie esthétique.

Tout d'abord, dans l'évaluation de l'estime de soi, nous avons volontairement utilisé l'échelle de l'estime de soi globale et celle des sous-dimensions pour affiner nos résultats. Il nous a semblé intéressant de connaître le degré de l'implication de la confiance en soi et de l'auto-dépréciation de soi dans l'estime de soi.

En effet, notre population d'utilisateurs présentant une faible estime de soi était concernée par une faiblesse de la confiance en soi (44,2%) et/ou une auto-dépréciation de soi (36,6%). Cette perturbation émotionnelle touche globalement tous les niveaux d'étude. Certes les personnes n'ayant pas le baccalauréat sont plus touchées que ceux ayant un niveau d'étude de baccalauréat et plus. Ceci s'explique sûrement par le chômage (10,7% au 1er semestre 2017) important au Maroc (Haut Commissariat au Plan [HCP], 2017) donc le statut social passe par le travail comme le précise le sociologue Gaulejac (Gaulejac, V. et Taboada Leonetti, I., 1994).

Ensuite, c'est par l'outil d'évaluation HAD que nous avons évalué la présence et le niveau

de l'anxiété et de la dépression. Au regard des résultats, il n'y pas de lien significatif avec les données socio-démographiques des usagers et les scores obtenus à partir de l'HAD. Par conséquent, nous ne pouvons établir de profil des usagers présentant un trouble anxiodépressif. Par conséquent, nous ne pouvons pas dessiner le profil des usagers présentant des troubles anxiodépressifs.

La moyenne du score global est de 12,19 sur un score maximum de 42 avec une dispersion large ($\pm 9,51$). Cette moyenne est inférieure à 14, elle ne se situe pas dans la plage des troubles anxiodépressifs. Toutefois, selon les seuils préconisés par Ibbotson et al. (1994), 30,8% présentent un trouble anxiodépressif, ce qui nous semble important. Il serait pertinent de comparer ce taux à celui d'un groupe contrôle. Selon les seuils de Zigmond et Snaithe (1983), les moyennes, les médianes et les modes sont dans la plage d'absence de trouble. Pourtant, les sous-échelles nous indiquent que l'anxiété représente 36,6% dont 21,1% avérée et la dépression 32,7% dont 20,1% avérée. Comme pour l'estime de soi, les moyennes des deux sous-échelles sont proches. De plus, par corrélation, nous pouvons penser qu'il y a un lien très étroit entre les résultats de RSE et HAD. Ceci est confirmé par la valeur significative et une force de corrélation satisfaisante.

Et enfin, nous avons évalué l'image de soi par le test MBSRQ. Les normes de cet outil n'ont pas été précisées par ses auteurs (Brown, T. A., Cash, T. F. & Mikulka, P. J., 1990). Cependant Cash, TF. (2000) propose une norme (la moyenne) à partir d'une étude, en fonction du genre et pour chaque sous-dimension du questionnaire. De part l'importance de la disparité culturelle entre l'échantillon de l'auteur (population américaine) et notre échantillon (population marocaine) et en particulier avec une population masculine négligeable (n=5), nous avons opté pour une classification des scores en fonction de la médiane. Ceci explique que nos résultats soient aux environs de 50% comme la médiane.

L'image de soi globale et les sous-dimensions de l'échelle du MBSRQ ne sont pas dépendantes des éléments socio-démographiques. Nous ne pouvons confirmer aucune association entre les éléments socio-démographiques et les troubles constatés par le test MBSRQ.

Globalement les usagers présentent une moyenne indiquant une forte image de soi (3,20 sur une échelle de 5). Toutefois, cette moyenne reste inférieure à la médiane et le mode (= 2,12) des résultats de cette enquête montrent clairement une faible image de soi. Nous retrouvons cette analyse similaire pour les sous-dimensions de la satisfaction de l'apparence et la perception subjective du poids du corps (graphique II). Respectivement l'effectif des modes de ces deux dernières sous-dimensions est de 29 et 24, ce qui semble important comparé aux autres sous-échelles (tableau IX). Aussi, nous considérons que la faible image de soi globale est provoquée essentiellement par l'insatisfaction des usagers de leur apparence et de la mauvaise perception du poids de leur corps.

Globalement, 53,8% des usagers présentent en effet une insatisfaction de leurs propres apparences avec une moyenne à 3,3. Concernant la 4^e dimension, 52,9% présentent une perception subjective de leur corps, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas une image réelle des différentes parties de leur corps. Il est possible que cette perception subjective du poids du corps soit à l'origine de l'insatisfaction de l'apparence.

Une association entre le MBSRQ global et le RSA global est significative. Cette relation est également réelle entre les sous-dimensions du RSE avec certaines du MBSRQ et en particulier avec la perception subjective et la satisfaction des parties du corps.

De même, l'association entre le MSBRQ global et les résultats du questionnaire HAD global est significative. Il en ressort que que 65,6% de ceux qui ont une faible image de soi présentent un symptôme anxiodépressif, soit 20,2% de l'échantillon total. De même, l'insatisfaction des différentes parties du corps est accompagnée d'un trouble anxiodépressif.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de notre thèse, cette perception inexacte de son propre poids du corps est un trouble qui peut entraîner l'utilisateur vers des anomalies graves telles que les troubles du comportement alimentaire (TCA), par exemple. C'est pourquoi, nous mettons en évidence cet élément car le kinésithérapeute est amené à être vigilant face au motif de consultation où une personne demandant des

soins d'amincissement alors que celle-ci présente un indice de masse corporelle faible, voire proche de l'anorexie. Nous pouvons retenir qu'une proportion non négligeable (proche du tiers) des usagers de la kinésithérapie esthétique présente des troubles émotionnels.

Si nous devons dessiner le portrait type de l'utilisateur qui présente des troubles émotionnels en kinésithérapie esthétique, selon notre étude, nous pourrions retenir le profil suivant :

Le test RSE nous permet de dessiner le profil de l'utilisateur touché par la faiblesse de son estime de soi. Il n'a généralement pas confiance en lui et présente une mauvaise appréciation de lui-même. Ce dernier trouble vise essentiellement l'utilisateur de plus de 30 ans et de niveau d'étude inférieur au baccalauréat.

Cet utilisateur présente un symptôme anxiodépressif associé et accompagné d'une faible image de soi expliquée parfois par une perception subjective de leur corps.

LE MOTIF DE CONSULTATION ET MOTIVATION DES USAGERS

A partir des résultats du questionnaire des usagers, le motif de consultation est essentiellement physique (82,7%) et 17,3 % reconnaissent opter pour un motif physique, mais aussi psychologique. Il est à noter qu'aucun utilisateur n'a choisi le motif psychologique seul. Il ressort que les utilisateurs hésitent à évoquer le terme de psychologie qui fait appel à la démence ou à la folie selon leur sentiment. C'est pourquoi, ils ressentent certainement une difficulté à employer le terme de psychologie. De plus, eux- même peuvent ne pas être conscients de leurs troubles émotionnels et qu'ils ne voient que l'intérêt à consulter une psychologue.

Cependant le taux de personnes en attente d'une amélioration de l'état psychologique (45,2%) ou émotionnel (38,2%) augmente.

Ce qui signifie que l'amélioration de leur état physique est un premier objectif unanime dans leur consultation auprès d'un kinésithérapeute esthétique. La raison psychologique n'est pas mentionnée seule dans les motifs de consultation. Par ailleurs, elle présente un

intérêt secondaire après une amélioration corporelle. Néanmoins le taux de cet intérêt est supérieur à celui indiqué par les usagers en réponse au motif de consultation. Cette différence peut être liée aussi à la formulation de l'item. Toutefois, nous constatons que l'attente d'une amélioration sur le plan psychologique est corrélée significativement avec le motif de consultation. Cette association confirme la place d'un motif notamment psychologique dans les motifs de consultation.

Quant à la motivation, Il nous a semblé important d'appuyer notre thèse par la motivation car la dépression peut être caractérisée notamment par une perte de motivation, une grande lassitude, un manque d'envie généralisé (Ehrenberg A. 1999).

Les résultats nous révèlent qu'ils sont 30,8% (N=32) à déclarer que la démarche n'émane pas de leur propre initiative, mais celle des autres dont 15,4% (N=16) sur prescription du médecin. Ce qui signifie que ces personnes ne sont pas motivées. A l'inverse, 67,3% sont prêt à consulter un chirurgien esthétique s'ils avaient les moyens. Ce qui montrent un taux de motivation plus élevé, mais cela peut également expliquer que la démarche de consultation en kinésithérapie esthétique peut être en dépit de l'accès à la chirurgie esthétique. Selon la religion musulmane, seul Dieu est apte à modeler un corps, ce qui explique que l'accès à la chirurgie esthétique est un péché. Ceci peut freiner le passage à l'acte de certains usagers.

Nous pouvons retenir que les troubles émotionnels touchent les deux catégories de réponses quant au motif de consultation.

De ce fait, nous comprenons qu'il y a trois populations :

- Une population qui ne sollicite pas la kinésithérapie esthétique pour un motif émotionnel et qui présente des troubles émotionnels.
- Une population qui sollicite la kinésithérapie esthétique notamment pour un motif émotionnel et qui présente des troubles émotionnels.
- Une population qui sollicite la kinésithérapie esthétique notamment pour un motif émotionnel, mais qui ne présente pas de troubles émotionnels.

Il existe une réelle implication du ou des troubles dans le choix du motif de consultation.

nous pouvons retenir que l'utilisateur est dans l'attente d'une amélioration émotionnelle de la part de la kinésithérapie esthétique.

Cette présente étude a répondu à notre second axe de recherche, à savoir la compétence des kinésithérapeutes à répondre aux besoins des usagers.

La population est de 109 kinésithérapeutes majoritairement âgés de 23 à 30 ans, ce qui est en lien avec la jeunesse de la profession au Maroc. Le genre féminin domine l'échantillon car les usagers sont essentiellement de sexe féminin. Les traditions marocaines, la religion musulmane et la pudeur dirigent les usagers vers un kinésithérapeute de même sexe.

Dans le cadre des critères d'inclusion, nous avons décidé de rendre éligible uniquement les praticiens libéraux afin d'orienter notre échantillon vers les professionnels qui ont délibérément choisi d'exercer la kinésithérapie esthétique.

L'essentiel de la kinésithérapie esthétique est l'amélioration corporelle. Cependant, nous nous interrogeons sur la perception des kinésithérapeutes sur leur capacité technique à répondre au motif physique des usagers dans cette discipline. La compétence professionnelle s'acquiert par la formation et l'expérience professionnelle. C'est pourquoi, nous avons souhaité évaluer cette compétence au travers de la formation car il s'agit d'un référentiel de compétence.

Les kinésithérapeutes se disent compétents en KE et lorsque nous nous intéressons à leur formation, nous remarquons la forte majorité n'a pas bénéficié d'une formation sur la KE. Il est à noter que le programme de kinésithérapie au Maroc ne comprend pas de matières en lien avec le traitement esthétique. Ceci explique ce manque de formation. D'ailleurs, cette majorité exprime le besoin de se former car elle souhaite que la formation de la KE soit intégrée dans la formation initiale.

Les kinésithérapeutes ont eu la possibilité de suivre des formations continues en KE et nous observons que près d'un tiers d'entre eux ont effectivement suivi une formation

dont les deux tiers ont été formés par les vendeurs de matériels, qui ne peuvent enseigner que les pratiques nécessaires et en faveur de leur appareil. Dans cette logique, la formation ne sera pas objective, mais biaisée par un conflit d'intérêt, qui est commercial. Les protocoles et les techniques spécifiques de soins ne sont parfois pas validés.

Dans cet aspect des choses, il demeure un paradoxe entre la perception du kinésithérapeute et celle de l'utilisateur quant à la satisfaction. L'insatisfaction de l'utilisateur du résultat physique vient contredire l'affirmation du praticien. Certes, la satisfaction des résultats corporels dépend du nombre de séances réalisées, des techniques kinésithérapiques, mais aussi des troubles émotionnels tels que la perception de son corps par l'utilisateur lui-même. Il s'agit là d'un axe d'investigation pour approfondir cet aspect d'identification des facteurs de l'insatisfaction des résultats corporels de l'utilisateur après les soins de la KE. Cependant, cette insatisfaction est réelle mais surtout elle peut être à l'origine d'aggravations des troubles émotionnels.

Au total, nous affirmons que les kinésithérapeutes ne sont pas formés à la pratique de la kinésithérapie esthétique.

Par ailleurs, Nous avons pu voir, dans la première partie de notre étude, l'interaction qui peut exister entre le corps et les émotions. Les utilisateurs peuvent avoir accès à la KE pour répondre à leurs désirs. Nous avons constaté que ce motif de consultation peut être physique ou émotionnel. Parfois, le trouble émotionnel tel que la perception subjective du corps peut surestimer ou sous-estimer notamment le poids corporel et donc biaiser le motif réel de consultation. Nous nous interrogeons alors sur la compétence du kinésithérapeute à identifier et à répondre à cet aspect émotionnel de l'utilisateur dans la prise en charge en KE.

Dans notre analyse, les résultats nous indiquent qu'une grande majorité des praticiens sont bien conscients que les utilisateurs peuvent présenter des troubles émotionnels, mais seulement un tiers pense que ces dysfonctionnements peuvent provoquer des troubles

psychologiques graves (de l'humeur, alimentaires, sexuels, suicide...). Parallèlement à cela, une très grande majorité estime que les kinésithérapeutes ne sont pas compétents pour l'identification des troubles émotionnels et pour assurer un suivi d'un usager sur le plan émotionnel. Il s'agit d'une perception presque unanime des professionnels, que nous retiendrons la reconnaissance de leur incompétence face au dépistage et au suivi de l'état émotionnel des usagers. Cette incapacité découle d'une logique simple car le kinésithérapeute est un professionnel du système locomoteur et non pas de l'aspect émotionnel ou psychologique. Et pourtant, les aspects physiques et émotionnels sont intriqués chez l'usager de la KE, ce qui impose au kinésithérapeute d'être sensibilisé à cette dimension psychosomatique pour solliciter la collaboration d'un professionnel de santé tel qu'un psychologue, afin d'éviter toute aggravation émotionnelle ou psychologique.

Contrairement au traitement physique, les praticiens présentent une insatisfaction de leur prise en charge des troubles émotionnels. Les usagers confirment l'inaptitude des kinésithérapeutes à assurer un diagnostic ou un suivi sur le plan émotionnel.

Nous pouvons retenir que le kinésithérapeute ne prête aucune écoute aux usagers et ne prend pas en compte leur état émotionnel. En effet, le praticien n'offre pas, selon les usagers, un temps de dialogue dont ces derniers ont certainement besoin en cas de troubles émotionnels.

Au total, les professionnels reconnaissent leur incompétence dans l'identification et le suivi des troubles émotionnels et ne travaillent pas en collaboration avec un psychologue pour une meilleure prise en charge des usagers. En revanche, les kinésithérapeutes s'estiment compétents en matière de traitement des dérangements corporels, ce que les usagers ne confirment pas, comme nous l'avons vu ci-dessus.

Notre étude descriptive nous permet de prendre conscience des éventuels états de santé mentale des personnes qui entreprennent une démarche de kinésithérapie esthétique. Certes, plusieurs paramètres interviennent dans l'interprétation des résultats comme le milieu de vie, la situation familiale, professionnelle ou encore culturelle ou religieuse,

mais nous devons nous rapprocher des références. Nous souhaiterions, dans le cadre de notre référencement, nous rapprocher le plus possible de la situation de notre échantillon (majoritairement des femmes marocaines, musulmanes, en kinésithérapie esthétique...), mais nous n'avons trouvé aucun article de comparaison reprenant ces paramètres. Toutefois, nous nous sommes contentés de comparer nos résultats à des études concernant la chirurgie esthétique européenne ou américaine en lien avec la détresse émotionnelle et le concept de soi.

En comparaison à une étude d'une population de 1053 étudiants, les moyennes des individus qui présentent une faible estime de soi, sont tout à fait comparables, d'autant plus que notre population est prédisposée à être en détresse émotionnelle par rapport à ces étudiants. L'estime de soi est une des composantes fondamentales qui organisent le ressenti d'une existence reconnue socialement par les autres. Elle intègre l'identité personnelle et la représentation sociale. Le soi devient alors la pierre angulaire des réflexions sur le versant interne de l'identité de chaque individu (image de soi, représentation de soi, construction de soi, contrôle de soi), (Costalat-Founeau, A.M., 1997 ; L'Ecuyer R., 1994, Cooley C., 1964). Comme nous l'avons vu dans les résultats de notre l'étude, l'estime de soi est statistiquement corrélée à l'image de soi, qui est l'essence même de notre étude.

Ces résultats s'appuient en particulier sur l'évaluation de l'image corporelle par le MBSRQ. Cet outil nous a permis de calculer un score composite incorporant cinq dimensions de l'image corporelle. Ce score de l'image corporelle a été utilisé notamment par Garner et al. (1982). Ces auteurs ont étudié les corrélations psychométriques et cliniques du Test d'Attitude à Manger (*Eating Attitude Test*). Ils ont remarqué qu'un score global de l'image corporelle était un bon prédicateur que l'utilisation par dimension, du score total *Eating Attitude Test* ainsi que de ses facteurs individuels (facteurs de préoccupation alimentaire, de régime et de boulimie). Par conséquent l'échelle d'image de soi multidimensionnelle donne un score composite qui peut être un outil de dépistage, pour identifier les risques éventuels des individus à développer une perturbation de

l'image corporelle, notamment en kinésithérapie. Cette vision, contrairement à Paxton (2002) qui préconise de se concentrer uniquement sur une dimension spécifique de l'échelle d'image corporelle multidimensionnelle, peut être une aide à la décision. Cette perspective émane également d'un article sur le développement d'une échelle d'image corporelle multidimensionnelle (Yit Siew C., Mohd Nasir M.T., Zalilah M.S., et Geok L.K., 2008).

Sur cette base, les cinq sous-dimensions, de l'échelle d'image corporelle multidimensionnelle que nous avons utilisées peuvent permettre aux kinésithérapeutes d'étudier spécifiquement des domaines de l'image de soi physique. L'outil d'évaluation peut alors procurer au professionnel de santé une photo plus claire de l'image corporelle des usagers et produire un meilleur résultat pour les programmes de prise en charge. Ainsi, le praticien peut avoir l'outil d'aide à la décision pour éventuellement refuser de pratiquer des séances de kinésithérapie esthétique et réorienter l'utilisateur vers une psychologue, en cas de troubles graves. Pour cela, une interprétation claire des différentes dimensions du MBSRQ s'impose pour s'assurer d'une comparaison fiable des résultats par rapport à une norme ou une référence claire. Cette procédure peut également nous aider à identifier l'image corporelle négative chez les usagers et donc à programmer des protocoles de traitement adaptés. Il s'agit d'une procédure pour intégrer l'entretien du motif de consultation, avec une préparation émotionnelle à la prise en charge.

Feiss R. (2003), psychiatre avec une longue pratique d'aide opératoire, témoigne de l'intérêt d'une préparation psychologique préalable à la chirurgie esthétique de 1988 à 2002. Il nous informe que l'image corporelle, sur le plan psychique, peut être dépendante de l'acte de soins en esthétique. Le bénéficiaire doit être prêt à ce changement d'apparence, notamment en chirurgie car le changement d'apparence est brutal. Le praticien doit prévenir tout risque d'insatisfaction et donc d'aggravation de la santé mentale. C'est pourquoi, des tests de dépistage et un entretien singulier et approfondi permettent de préparer l'utilisateur psychologiquement à l'acte chirurgical.

L'auteur préconise que le chirurgien doit suivre cette procédure pour favoriser la réussite, chirurgicale et narcissique, de son intervention. Toute proportion gardée, la kinésithérapie esthétique devrait assurer un suivi émotionnel de l'usager, en collaboration avec un psychologue. Cet article nous montre également que les usagers présentent, préalablement à la chirurgie, des troubles en lien avec leur santé mentale. Cette démarche est conseillée également pour les kinésithérapeutes par Ribière (2000), un chirurgien plasticien, qui sollicite une attention particulière dans le dépistage, le soutien et le suivi des troubles psychologiques de la part des kinésithérapeutes.

Le dépistage de la détresse émotionnelle préalablement à des soins esthétiques nous semblerait pertinent au vu des résultats de notre étude et d'autres études.

Cet entretien préalable à la prise en charge ou cette préparation psychologique que l'on pourrait prévoir ne prévient pas de l'aggravation des symptômes. Dans notre étude (Graphique III) nous avons constaté que la confiance en soi s'est améliorée entre la 5^{ème} et la 15^{ème} séances pour s'effondrer auprès des usagers qui avaient suivi plus de 15 séances. Notre analyse dans le temps peut conclure à une dégradation de la confiance en soi après les soins de la kinésithérapie esthétique. Dans une étude concernant 1.600 femmes norvégiennes (Von Soest T., Kvaem I.L., Wichstrøm L., 2012), il a été démontré que l'anxiété et la dépression sont de bons facteurs dans la prédiction d'entreprendre une démarche de soins ou chirurgie esthétique. Mais elle démontre également que les scores de test de dépistage des troubles anxiodépressifs peuvent prédire certaines dérives comme le suicide, la consommation de drogue ou encore l'auto-mutilation. Les femmes ayant subi une chirurgie esthétique, n'ont pas vu leur symptôme anxiodépressif s'améliorer, bien au contraire leur troubles se sont même aggravés par rapport au groupe contrôle (n'ayant pas subi de traitement esthétique) avec des troubles de comportement alimentaires, la consommation d'alcool et les menant parfois à des actes suicidaires. L'étude conclut que la chirurgie esthétique n'atténue et ne prévient pas l'aggravation des troubles de santé mentale. En comparaison à notre présente étude, nous retrouvons trois quart des usagers qui ne constatent pas d'amélioration sur le plan psychologique et 20,2%

soulignent, pendant leurs soins en kinésithérapie esthétique, une dégradation de leur état émotionnel. Cependant une amélioration de la confiance en soi est remarquée chez les usagers qui comptabilisent plus de 15 séances.

Les résultats obtenus dans notre étude nous montrent qu'une portion des usagers présentent des troubles émotionnels et que les kinésithérapeutes ne sont pas compétents pour prendre en compte ces troubles émotionnels.

LES LIMITES DE L'ETUDE

Dans la recherche des limites de notre étude, nous notons que la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats obtenus :

Le protocole de l'étude ainsi que les méthodes d'échantillonnage nous semblent limiter cette étude transversale à visée descriptive ayant pour objectif de dresser une image de la kinésithérapie esthétique face aux réels troubles de l'utilisateur au Maroc. Le nombre d'utilisateurs masculins était très faible. Nous aurions pu limiter notre étude uniquement au genre féminin, mais nous avons été influencés par la taille réduite de l'échantillon.

1- La représentativité

La représentativité de l'échantillon devait être assurée par un échantillonnage aléatoire (probabiliste). La technique d'échantillonnage consisterait à sélectionner de manière aléatoire les numéros de téléphone, par exemple, de nos sujets à partir d'un sous-ensemble défini de la population (des kinésithérapeutes pratiquant la kinésithérapie esthétique et des utilisateurs de la kinésithérapie esthétique, tels qu'ils sont présentés dans les critères d'inclusion de l'échantillonnage). Cette démarche n'a pas été possible car nous nous sommes heurtés à trois obstacles :

- La base de données des utilisateurs nous a été inaccessible,
- Un taux important de refus de participation des kinésithérapeutes et des utilisateurs
- La taille des kinésithérapeutes, qui est très faible au Maroc (4000 kinésithérapeutes environ pour une population de 35 millions d'habitants)

3- La taille de l'étude

Une limite de l'étude est la petite taille de l'échantillon. Partant des méthodes de détermination de la taille de l'échantillon, en utilisant des formules statistiques conventionnelles et des postulats faits dans les autres études, notre échantillon devait comprendre environ 312 personnes. Mais malgré plusieurs recrutements et à cause des contraintes pratiques liées à la concurrence et à la culture marocaine, nous n'avons pu incorporer dans l'étude que 104 usagers et 109 professionnels. La taille de notre échantillon pourrait être à l'origine d'une certaine imprécision dans nos résultats.

Soixante-six sujets éligibles auraient du faire partie de l'étude, mais ils n'y ont pas participé pour différentes raisons.

Les hypothèses les plus plausibles justifiant le nombre élevé d'abstentions ou de refus des usagers à participer à l'étude seraient :

- Le nombre faible des usagers de la kinésithérapie esthétique
- La difficulté d'aborder le sujet de modification de sa plastique pour des raisons culturelles et religieuses au Maroc.
- Un trop grand nombre de questions et le manque de temps des personnes
- Le sentiment de trahir le kinésithérapeute.

Ce faible taux de participation pourrait avoir comme effet d'introduire un biais possible dans la sélection des sujets, qui ne seraient pas représentatifs de la population cible, ou encore à une erreur aléatoire susceptible d'influencer l'estimation et la précision de nos mesures.

Cependant, les efforts pour minimiser l'erreur ont porté sur la multiplication des recrutements pour augmenter le nombre de participants. Malgré cela l'échantillon n'avait pas atteint la taille idéale.

4- Le recrutement et administration des questionnaires

Les recrutements des participants ont été réalisés à partir des annuaires téléphoniques, lors des congrès et séminaires de formation pour les kinésithérapeutes, et dans les salles d'attentes des cabinets de kinésithérapie pour les usagers.

Les questionnaires de satisfaction dans leur première partie nous ont permis de recueillir certaines de nos variables indépendantes comme l'âge, le sexe, la ville et chaque questionnaire avec sa spécificité. Ces informations simples, faciles à collecter nous ont permis après le filtrage oral, de filtrer une seconde fois les sujets en fonction des critères d'éligibilité établis, ce qui affaiblit encore le taux de participation.

Le questionnaire de satisfaction des usagers a été administré par des étudiants en master de kinésithérapie systématiquement de même sexe que l'utilisateur pour faciliter les échanges et instaurer les conditions optimales afin de leur permettre de nous livrer leurs vérités. Néanmoins, il nous a été fait remarquer qu'il est difficile d'apporter des critiques potentiellement négatives dans la salle d'attente du praticien concerné, avec la crainte que leurs réponses soient communiquées à ce dernier. Face à cela, l'anonymat et notre discours ont-ils rassuré ? Il aurait sûrement fallu permettre aux usagers de répondre aux questionnaires à partir de chez-eux et récupérer le formulaire dans un deuxième temps, mais le taux de participation aurait été probablement encore plus faible par manque de retour des questionnaires. Face aux quelques usagers illettrés ou n'ayant pas un niveau d'étude requis pour répondre seuls aux questionnaires, nous avons apporté une aide adaptée à chaque usager.

Nous avons administré 4 questionnaires (78 items), à chaque usager. Du fait de la durée de l'enquête, certains ont abandonné la démarche, d'autres ont poursuivi leur investissement, mais par lassitude, la véracité de leurs réponses en fin de processus de l'enquête peut parfois faiblir. Nous aurions pu décomposer l'enquête en plusieurs temps en fonction des séances, mais pour différentes raisons le taux de participants pourrait diminuer (manque d'assiduité, refus de poursuivre,...).

Nous sommes conscients que ces contraintes peuvent entraîner un biais dans notre étude, mais au regard des conditions dans lesquelles se sont faites les enquêtes, nous estimons, qu'il est probable que la part des réponses erronées soient de l'ordre du négligeable.

RECOMMANDATIONS

1- Intégrer dans la formation initiale des kinésithérapeutes, les bases nécessaires à l'exercice de cette nouvelle discipline :

+ Asseoir les protocoles et techniques des soins esthétiques sur la culture de l'*Evidence based practice* .

+ Parfaire les techniques spécifiques à l'exercice de la kinésithérapie esthétique ;

+ Étudier l'abord des troubles émotionnels en liens avec l'image corporelle

2- Intégrer dans les bilans des outils pour dépister les troubles émotionnels.

3- Développer une collaboration systématique avec un psychologue

VI- CONCLUSION

VI- CONCLUSIONS

Les dysharmonies corporelles affectant l'esthétisme de manière plus ou moins prononcée génèrent un certain nombre de désagréments émotionnels. Le sujet doit se construire avec le regard des autres, les remarques désobligeantes, parfois les moqueries, ce qui soulève la question du bien-être de la personne. Il est reconnu que la perception de ces dysharmonies peut avoir un impact sur l'état émotionnel, mais surtout sur la santé psychologique et physique (troubles de l'humeur, troubles comportementaux, troubles identitaires...). Ces troubles peuvent engendrer de graves conséquences sur le plan personnel, social, professionnel... et donc sur la qualité de vie de la personne.

Le premier axe de ce travail de recherche a permis de montrer la proportion de personnes qui présente des troubles émotionnels parmi les usagers de la kinésithérapie esthétique. Cette proportion est féminine, globalement âgée de plus de 30 ans et concerne particulièrement les moins instruits.

Nous avons pu observer que près de 20% des usagers présentaient un syndrome anxiodépressif avéré qui repose sur une faible estime de soi (près de 40%) et une faible image de soi (50%) . Cette dernière se traduit tout particulièrement par une perturbation de la perception du poids du corps et par une insatisfaction des différentes parties du corps.

Il s'agit là d'une population non négligeable en kinésithérapie esthétique qui est dans une attente d'un traitement physique, mais aussi un suivi de son état émotionnel afin d'améliorer probablement sa santé mentale. Or, l'analyse du motif de consultation ne fait pas apparaître à premier abord un motif émotionnel ou psychologique, mais près de la moitié de l'effectif global reconnaît être dans l'attente d'une amélioration psychologique ou émotionnelle et ce quel que soit le motif de consultation initial.

Selon le second axe, le kinésithérapeute, face à ces demandes apparentes et parfois cachées, est amené à déchiffrer la demande de l'utilisateur pour répondre à ses besoins dont l'utilisateur n'a pas souvent conscience. Or, la compétence à dépister et suivre ces troubles

émotionnels semble difficile, selon le sentiment des praticiens.

L'incompétence sur le plan émotionnel reconnue par les praticiens est encore plus conséquente. Les professionnels semblent démunis en matière d'identification et d'accompagnement. Certes ils ne sont pas formés pour cela, mais une collaboration étroite avec un professionnel de santé comme par exemple un psychologue s'impose. Les résultats de notre étude témoignent d'une nécessité de la kinésithérapie à s'ouvrir vers d'autres disciplines et d'autres professionnels. La conjugaison des pratiques kinésithérapiques et psychologiques permettraient une prise en charge globale et complète de l'usager, mais surtout d'éviter à l'usager de s'enfoncer dans une aggravation de son état de santé mental qui, de part cette complication, deviendrait alors patient.

Sur le plan du traitement physique, les professionnels s'estiment compétents, mais les usagers restent insatisfaits des soins apportés. Par un manque de formation avéré, les kinésithérapeutes ne peuvent appliquer que les techniques empruntées à d'autres protocoles thérapeutiques car ils méconnaissent la spécificité du soin esthétique. Dans le meilleur des cas ils s'appuient sur les protocoles qui accompagnent certains achats de matériels. En traitement des cicatrices, de l'obésité et les émotions, il s'agit d'une fonction purement thérapeutique où l'usager est réellement un patient. Même si ces actes ne sont pas prescrits généralement par un médecin et qu'ils ne sont pas remboursés par l'assurance sociale, ils restent néanmoins importants pour préserver la santé telle qu'elle est définie par l'OMS.

Des études ultérieures, sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles sur des échantillons plus conséquents, devraient permettre d'affiner les résultats de cette étude afin de proposer aux kinésithérapeutes une formation et des moyens adaptés pour parfaire les techniques physiques et accompagner au mieux les troubles émotionnels liés à l'image du corps des usagers, en collaboration avec un psychologue.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, I. (1978), Learned helplessness in humans: Critique and Reformulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-59.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Eds DSM-IV TM). Washington DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association.(2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.) (Texte révisé, version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J.D. Guelfi et M.A. Crocq, Paris: Masson.

Moreu Á-C., Cercos R. y Rlivas K. (2013). La estética ente la history y la pedagogia, *Hist. educ.*, 32, p. 399-417

Arieti, S. (1967). *The intrapsychic self*, New York: Basic Books.

Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.

Averill, A, James R. (1980). *Constructivist view of emotion*. In Robert Plutchik and H. Kellerman, editors, *Emotion, Theory, Research and Experience: Theories of Emotion*, vol. 1, pages 305–340.

Bailly A. & Racine J.B. (1988). Qualité de la vie, bien-être et indicateurs sociaux et disparités territoriales. *Espace Géographique*, 17 (3), 161-240.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 27,115-126

Baudriallard, J. (1970). *La société de consommation*. Paris, Gallimard

Baumeister, R.F. (1993). *Understanding the inner nature of self-esteem*. In R.F. Baumeister(Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (pp. 201-218). New York : Plenum Press.

Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.

Bergson, H. (1993). *Le Rire* (1899). Quadrige , p. 115-117 PUF.

Biddle, S.J.H., & Goudas, M. (1994). Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*, 2-3, 135-144.

Briançon S., Girard F, Empereur F, Guillemin F. (2000). Évaluation des pratiques professionnelles. *Rev Epidemiol Sante Publique* ; 48 : 541-50

Bridou, M., Aguerre, C. (2012). L'anxiété envers la santé: définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-Psychologique*, 170(6), 375-381. doi: 10.1016/j.amp.2010.11.017

Broder, H., Phillips, C., & Kaminetzky, S. (2000). Issues in decision making: Should I have orthognathic surgery? *Seminars in Orthodontics*, 6(4), 249-258. doi: 10.1053/sodo.2000.19073

Brown T.A., Cash T.F., & Mikulka P.J. (1990) Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135–144.

Bruchon-Schweitzer M. (1987). Dimensionality of the Body Image Questionnaire. *Percept Mot Skills* ; 65:887-92

Bruchon-Schweitzer, M.L. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : P.U.F.

Brunel, ML. (1990). «Introduction à la conscience de soi et au concept de soi, tel qu'on les perçoit depuis William James». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 11, n 1-2, p. 78-81

Cameron, EM., & Ferraro, FR. (2004). Body satisfaction in college woman after brief exposure to magazine images. *Perceptual and Motor Skills*, 98(3Pt1), 1093-1099. doi : 10.2466/PMS.98.3.1093-1099

Carver, CS., & Scheier, MF. (1981). *Attention and self-regulation*. New York, NY: Springer-Verlag

Cash, TF., & Brown, TA. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.

Cash, TF. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva york. Guilford Press.

Cash, TF., & Szymanski, ML. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 64(3), 466-477.

Cash, TF. y Labarge, A. (1996). "Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body image assessment". *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.

Cash, TF., & Deagle, EA. (1997). The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of*

Eating Disorder, 22, 107-125.

Cash TF. (2000) *The MBSRQ Users' Manual. 3rd edition*. Norfolk, Virginia. USA: Old Dominion University; Unpublished manual.

Cash, TF. (2002). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.

Castanet D. (2007). « Fantasma et réel », *L'enjeu lacanien*, 9, p. 101-118.

Cathelat, B. (1992). *Publicité et société*. Paris: Éditions Payot, 256 p.

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, New York du 19 juin au 22 juillet 1946.

Chavoïn J-P, (2009), *Chirurgie plastique et esthétique: Techniques de base*, SOFCPRE, Masson.

Collins, JK., Beumont, PJV., Touyz, SW., Krass, JL., Thompson, P., & Philips, T. (1987). Accuracy of body image with varying degrees of information about face and body contours. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (2), 67-73.

Cooley, C.H. (1964). *Human Nature & the Social Order*, éd. rév. New York: Schocken Books, 444 p.

Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36

Cooper, P.J., & Coodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 542- 544. doi : 10.1192/bjp.171.6.542

Corbalán F. (2006) *Le nombre d'or : Le langage mathématique de la beauté*, Paris, Atalay.

Costalat-Founeau, A.M. (1997). *Identité sociale et dynamique représentationnelle*. Rennes :Presses Universitaires de Rennes.

Costalat-founeau, A.M. (1997). *Identité sociale et dynamique représentationnelle*, Rennes, PUR.

Crawford, S., & Eklund, R.C. (1994). Social physique anxiety, reasons for exercising, and attitudes toward exercise settings. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 70-82.

Crow, S.J., & Peterson, C.B. (2003). *The economic and social burden of eating disorders. A review*. In M. Maj, K. A., Halmi, J. J., Lopez-Ibar, & N. Stolorz (Eds), Evidence and experience in psychiatry. Vol. 6. Eating disorders (pp.385-398) London: Wiley

Cunningham, S.J., Gilthorpe, M.S., & Hunt, N.P. (2000). Are orthognathic patients different? *European Journal of Orthodontics*, 22(2), 195-202.

Darwin, Ch., (2001). *L'Expression des émotions chez l'Homme et les animaux*, Ed Rivages Poche, Petite Bibliothèque.

Davis, C., Kennedy, S.H., Ralevski, E., Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 359-367

Davison, T., & McCabe, M. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles*, 52, 463- 475.

De Gauquier, K., Senn A., Kohn L., Vinck I. (2008). *Comparaison internationale des règles de remboursement et aspects légaux de la chirurgie plastique* Health Services Research (HSR); Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Delmar H., Mattéi J.F. (2011). *Philosophie de la chirurgie esthétique: Une chirurgie nommée DÉSIRS*, Ed Odile Jacob.

Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body Image: Gender, Ethnic, and Age differences. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 465-472.

De Sousa, A. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(8), 661-664. doi: 10.1016/j.bjoms. 2008.07.192

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* ; 95 : 542-575.

Diener, E. (1996). Traits Can Be Powerful, but Are Not Enough : Lessons from Subjective WellBeing. *Journal of Research in Personality* ; 30 : 389-399

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies* ; 7 : 397-404.

Dilorenzo, T.M., Bargman, E.P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., Frensch, P.A., & LaFontaine, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.

Dove, N.L., & Wiederman, W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67-78. doi:10.1080/009262300278650

Dumas, J.E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Belgique: De Boeck Supérieur.

Dunn W.J, Murchison D.F, Broome JC. (1996). Esthetics: patients perceptions of dental attractiveness. *J Prosthodont* 5(3):166-71

Duval, S., & Wicklund, R.A. (1972). *A theory of objective self awareness*. New York: Academic Press.

Ehrenberg, A. (1999). La fatigue d'être soi. Dépression et société. *Revue Française de Sociologie*, Volume 40, 4, pp. 778-780.

Ekman, P., Sorenson, E.R., & Friesen, W.V. (1969). Pancultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 164(3875), 86-88

Ekman, P., & Friesen, W.V. (1971). Constants across culture in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.

Étu, S.F., & Gray, J. J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7(1), 82-85. doi : 10.1016/j.bodyim.2009.09.004

Eysenck, H.J, (1941). The empirical determination of an aesthetic formula, *Psychological Review*, Vol 48(1), , 83-92

Faith, M.S., & Schare, M.L. (1993). The role of body image in sexually avoidant response. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 4. doi:10.1007/BF01542123

Fassino, S., Leombruni, P., Pier, A., Daga, G.A., Amianto, F., Rovera, G., Rovera, G.G. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, ; 43 : 6431-6437

Fechner, G.T. (1876). *Vorschule der Asthetik*, Leipzig, *Breitkopf & Hartel*, Vol. 1, p.1-5

Feiss, R. (2003), Chirurgie esthétique, la préparation psychologique, *Annales de chirurgie plastique et esthétique*, vol. 48, 55. p. 296-298.

Fekih-Romdhane, F., Homri W., Mrabet, A., et Labbane, R. (2016). Facteurs prédictifs du fonctionnement chez les patients bipolaires de type 1 en période de rémission, *Pan Afr Med Journal*, 25 : 66.

Fibonacci (1202), Suites de Fibonacci. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Suite_de_Fibonacci. Consulté le 16 décembre 2016.

Field, A.E., Camargo, C.A.J., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Roberts, S.B., & Colditz, G.A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.

Finlay, P., Atkinson, J., & Moos, K. (1995). Orthognathic surgery: patient expectations, psychological profile and satisfaction with outcome. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 33(1), 9-14

Fischer, M.M., Meister, I., & Koch, H.J. (1986). The measurement of body image disturbances in anorexia nervosa: Experimental comparison of different methods. *British Journal of Psychiatry*, 148, 453-461.

Fox K;R., (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*. Vol. 31, p. 228 - 240.

Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., Zelli, A., Ashmore, J.A., & Musante, G.J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs:Relation to psychological functioning in obese adults.*ObesityResearch*, 5, 907-916.

Furnham, A., McClelland, A., & Omer, L. (2003). A cross-cultural comparison of ratings of perceived fecundity and sexual attractiveness as a function of body-weight and waist-to-hip ratio. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 219–220.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.

Garner, D.M, Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E. (1982). Test d'attitude alimentaire: caractéristiques psychométriques et corrélations cliniques. *Psychol Med.* ; 12 : 871-878

Gaulejac, V. de ; Taboada Leonetti, I. (1994). *La lutte des places*, Paris, Épi

Gauléjak V. (2002). *L'identité*. In Vocabulaire de la psychosociologie, Ramonville Ste-Agne, Erès.

Geiger, M. (1976). *Die Bedeutung der Kunst. Zugänge zu einer materialen Wertasthetik*, Klaus Berger et Wolfhart Henckmann (éds.), Munich, Wilhelm Fink.

Giles, D., Jarrett, R., Biggs, M., Guzick, D. & Rush, J. (1989). Clinical predictors of reoccurrence in depression. *American Journal of Psychiatry*, 176, 764-767.

Giovanni M. (2009). La médecine dentaire entre médecine et industrie de l'esthétique, *Rev Mens Suisse Odontostomatol Vol. 119*, 54-62.

Godart, N.T., Perdereau, F., Jeammet, P.H., & Flament, M.F. (2005a). Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. Première partie : revue méthodologique. *L'Encéphale*, 31, 44-55.

Godart, N.T., Perdereau, F., Jeammet, P.H., & Flament, M.F. (2005b). Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. Deuxième partie : résultats. *L'Encéphale*, 31, 152-161.

Groesz, L.M., Levine, M. P., & Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media image on body dissatisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1-16.

Gromel, K., Sargent, R.G., Wtakens, J.A., Shoob, H.D., DiGiacchino, R.F., & Malin, A.S. (2000). Measurements of body image in clinical weight loss participants' with and without binge-eating traits. *Eating behaviors*, 1(2), 191-202.

Groos, K. (1907). « Ästhetik », Die Philosophie im Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts. Festschrift für Kuno Fischer, W. Windelband (éd.), Heidelberg,, 2è éd., p.489

Halmos, C. (1997). Parler c'est vivre, Edité par Paris, NIL Editions,

Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 394-400.

Hauskeller, M. (2008). *¿Qué es arte?: posiciones de la estética desde Platón a Danto*, Valencia, Diálogo.

Haut Commissariat au Plan (2017). *Indicateurs clés*. En ligne <http://www.hcp.ma/>, consulté le 13 juin 2017.

Hart, E., Leary, M.R., & Rejeski, J.W. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 94-104.

Harter, S. (1988). *Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: a lifespan perspective*. In R.J. Strenberg & T. Kolligian (Eds.), *Competence considered* (pp. 69-97). New Haven, CT: Yale University.

Harter, S. (1990). *Self and identity development*. In S.S. Feldman & G.L. Eliot (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hay, P., & Mond, J. (2005). How to 'count the cost' and measure burden?: a review of health related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552

Hegel, F. (1979a). *Esthétique* (4 vo1.), trad. Jankélévitch, Paris, Flammarion,.

Hegel, F. (1979b). *Introduction à l'esthétique, Le beau* – vol, Flammarion, p. 25-26.

Hegel, F. (1998). *Esthétique, Textes choisis*, Paris, Ed. PUF, p.11-23 ;

Heinrich C. (juin, 2006). *Rôle de la psychiatrie dans le traitement chirurgical de l'obésité*. Thèse de docteur en médecine, Psychiatrie ; Nancy : Université Henri Poincaré.

Höfel, L. Jacobsen, T. (2003). Temporal stability and consistency of aesthetic judgments of beauty of formal graphic patterns. *Percept Mot Skills*. 96:30–32

Holland, E. (2008). *Aesthetic plastic surgery*, Springer.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton-EHESS.

Hogarth, W. (1753). *Analyse de la Beauté*. En ligne : http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/artdok/1217/1/Davis_Fontes52.pdf, consulté le 23 février 2017.

Husserl, E. (1994). *Recherches logiques . Tome I: Prolégomènes à la logique pure*, trad. Hubert Éli, Lothar Kelkel & René Schérer, Paris, PUF, «Épiméthée».

Ibbotson, T., Maguire, P., Srby, P., Priestman, T. Wallace L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients : the effects of disease and treatment, *EurJ Cancer*, 30A (1) : 37-40.

Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156-176. doi:10.1037/0033-2909.107.2.156

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.

Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*, New York: International Universities Press.

James, W. (1962). *Psychology (Briefer Course)*. New York: Collier-Macmillan, 476 p.

Joiner, T.E., Katz, J., & Lew, A. (1999). Harbingers of depressotypic reassurance seeking: Negative life events, increased anxiety, and decreased self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 632-639.

Johnson, J., Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1992). Service utilization and social mobility associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1478-1485.

Joshi, R., Herman, C.P., & Polivy, J. (2004). Self-enhancing effects of exposure to thin-body images. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 333-341

Kendall, P.C. (2012). *Anxiety disorders in youth*. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, (143-189). New York: Guilford.

Kernis, M.H., Cornell, D.P., Sun, C.R, Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204.

Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.

Kim, S.J., Kim, M.R., Shin, S.W., Chun, Y.S., & Kim, E.J. (2009). Evaluation on the psychosocial status of orthognathic surgery patients. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 108(6), 828-832. doi:10.1016/j.tripleo.2009.07.044.

Kiyak, H.A., McNeill, R.W., West, R.A., Hohl, T., Bucher, F., & Sherrick, P. (1982). Predicting psychologic responses to orthognathic surgery. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 40(3),150-155.

Kiyak, H.A., Vitaliano, P.P., & Crinean, J. (1988). Patients' expectations as predictors of orthognathic surgery outcomes. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 7(3), 251-268.

Klein A. (2010) « Quel sujet pour l'éducation à la santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique ». *Recherches & éducations*. 3, 47-75.

Konečni, V.J. (2014). « Daniel E. Berlyne: 1924-1976 », *American Journal of psychology*, 91 (1) : 133–137.

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 39(2), 255-262. doi: 10.1111/1469-7610.00319.

Kotsou, L., Nelis, D., Gregoire, J., & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 827-839.

Kowalski, N., Crocker, P., & Kowalski, K. (2001). Physical self and physical activity relationships in college women: Does social physique anxiety moderate effects? *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72, 55–62.

Lacan J. (1966), « La place de la psychanalyse dans la médecine », conférence du 16/02/1966, *Cahiers du Collège de Médecine*, n° 12, pp. 761-774.

Lacan J. (1973). *Encore*, Paris, Ed Seuil, p. 26.

Lalo, C. (1908) *L'Esthétique expérimentale de Fechner*, Alcan, Paris, p.16.

Lamb, C., Jackson, L., Cassiday, P., & Priest, D. (1993). Body Figure Preferences of Men and Women: A Comparison of Two Generations, Sex Roles. *Journal of Research*, 28 (5/6), 345-358.

Langlois J.H., Roggman L.A., (1990). Les visages attrayants sont seulement moyens. *Sciences psychologiques*.; 1 (3): 115-121.

Langlois J.H., Roggman L.A., Musselman L. (1994). *What is average and what is not average about attractive faces?*, *Psychological Science*, 5, 214–220.

Lanteri-Laura, G. (1997). *Introduction historique et critique à la notion de dépression en psychiatrie*, in: Remi Tevissen (sous la dir.) "La douleur morale" Ed.: Du Temps, Coll.: Esquisse.

La Tour, M. (1897). L'Admiration. Notes de psychologie et d'esthétique. In: Revue néo-scolastique. 4^e année, n°13,. pp. 5-15

Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effect of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth Adolescence*, 40(1), 59-71. doi : 10.1007/s 10964-009-9500-2.

Ledoux, M., Mongneau, L. & Rivard, M. (2002). Poids et image corporelle, dans *Enquête Sociale et de santé des enfants et adolescents québécois 1999* (pp. 311-344). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Leriche, R.(1936). « *De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ?* » in *Encyclopédie française*, Vi.

Lipps, T. (1903). *Leitfadender Psychologie*, Leipzig : Engelmann, p.2

Lipps, T. (1906). Die Wege der Psychologie, *Archiv für die gesamte Psychologie*, 6, p.57-61.

Lipps, T. (1908). « *Ästhetik* », *Die Kultur der Gegenwart. Ihre Entwicklung und ihre Ziele : Systematische Philosophie*, P. Hinneberg (éd.), Berlin/Leipzig, Teubner, 2e éd. revue, p.37.

Littleton, H., Radecki Breitkopf, C., & Berenson, A. (2005). Body image and risky sexual behaviors: An investigation in a tri-ethnic sample. *Body Image*, 2(2), 193-198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.03>.

L'Écuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: Presses Universitaires de France, p 24-211.

L'Écuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 422 p.

Marc, E. (2002), *Le changement en psychothérapie*, Paris, Dunod.

Marks-Tarlow, T. (1999). The self as a dynamical system. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 3, 311-345

Martinot, D. (1995). *Analyses psychosociales du soi*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Martindale C., Moore K., Borkum J. (1990), Aesthetic preference: Anomalous Findings for Berlyne's Psychobiological Theory, *American Journal of Psychology*, 103, 1, 53-80.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto, New York: Bantam Books.

Matillon Y., Durieux P. (1994). *L'évaluation médicale : du concept à la pratique*. Paris : Flammarion, 161 p.

Matsumoto, D. (2001). *Culture and Emotion*. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 171-194). New York: Oxford University Press.

McAuley, E., Mihalko, S.L., & Bane, S.M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 67-83.

McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls, *Behaviour research and therapy*, 43(5), 653-668.

McLaren L, Kuh D, Hardy R, Gauvin L. (2004). Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *Psychology & Health*, 19, 261-72.

Mead, G.H. (1934). *Mind, self & society from the standpoint of a social behaviorist*, Edited by C. W. Morris. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Messer, B., & Harter, S. (1986). *Manual for the adult Self-Perception Profile*. Denver, CO: University of Denver.

Mikolajczak M, Quidbach J, Kotsou I & Nelis D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.

Miller J.A., (1998). *Le séminaire de Jacques Lacan, Les formations de l'inconscience*, Paris : Ed. du Seuil, DL 1998, Cop.

Molinari, E. (1995). Body-size estimation in anorexia nervosa. *Perceptual and Motor Skills*, 81(1), 23-31.

Monteil, J.M., Martinot, M. (1991). Le soi et ses propriétés: analyse critique. *Psychologie Française*, vol. 36, n° 1, p. 55-66.

Moscovici, S., (1994). Social representations and pragmatic communication. *Social Science Information* 33, 2, 163-177.

Moussavi, S., Chattergi, S., Verde, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.

Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: How perceived regard regulates attachment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 478 – 498.

Nelis, D., Kotsou, I., Quidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., Mikolajczak M. (2011). Increasing Emotional Competence Improves Psychological and Physical Well-Being, *Social Relationships, and Employability*. *Emotion*, 11(2), 354-366.

Netzy, Wu M.J., Becker B.J., Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological wellbeing in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging*, 20 : 272-284.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of American Dietetic Association*, 106(4), 559-568.

Nevill, A.M., Lane, A.M., Duncan, M.J. (2015), Are the Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Scales stable or transient?, *J Sports Sci.* ;33(18):1881-9.

Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel [the assessment of self-esteem in the physical domain]. *STAPS*, 51, 35-48.

Ochsner, K.N. (2000). Are affective events richly recollected or simply familiar? The experience and process of recognizing feelings past. *Journal of Experimental Psychology: General*, 129, 242–261.

Ohring, R., Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.

Organisation mondiale de la santé (2001). *World Health Report (2001) – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève, CH: OMS

Ortony A., Gerald L., Collins C. & Collins A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge University Press.

Ortony A. and Turner T.J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97:315–331,.

Ortony A., (2002). *On making believable emotional agents believable*. In R. Trappl, P. Petta, and S. Payr, editors, *E motions in Humans and Artifacts*, pages 189–211. MIT Press.

Pabari, S., Moles, D., & Cunningham, S. (2011). Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 140(6), 263-272. doi: 10.1016/j.ajodo.2011.06.022.

Pallett, P.M., Link S., Lee K. (2010). New “golden” ratios for facial beauty, *journal homepage: www.elsevier.com/locate/visres*, *Vision Research* 50, 149–154.

Paxton, S.J. (2002) *Examen de la recherche des programmes d'image corporelle: un aperçu des interventions de prévention de l'insatisfaction de l'image corporelle*. Melbourne. Australie: Body image and Health Inc et Département de psychologie, Université de Melbourne.

Paxton, S.J. Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549. DOI:10.1207/s15374424jccp3504_5.

Petrie, T.A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15(4), 424-436.

Petrides K.V, Furnham A. (2003). Trait emotional intelligence: behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality* : 17, 39- 57.

Piéron, H. (1922). « Le mécanisme d'apparition des couleurs subjectives de Fechner-Benham », *L'année psychologique*, vol. 23, n° 1, p. 1-49.

Pezeu-Massabuau J. (2002). *Du confort au bien-être - la dimension intérieure*. Paris : L'Harmattan, 15-34.

Plutchik R.(1980). *A general psychoevolutionary theory of emotion*. In Robert Plutchik and H. Kellerman editors, *Emotion: Theory, research, and experience: Vol. 1*. New York: Academic.

Plutchik R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist*, 89:344–350.

Polivy, J., Herman, C.P., & Pliner, P. (1990). *Perception and evaluation of body image: The meaning of body shape and size*. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Self-inference processes: The Ontario symposium* (Vol. 6, pp. 87-114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102(1), 122-138. Tiré de <http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~perلمان/papers/Self/PyszcznskiGreenbergSelfRegPersev1987.pdf>.

Rand, C.S. W., & Wright, B.A. (2000). Continuity and change in the Evaluation of Ideal and Acceptable Body Sizes Across a Wide Age Span. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 90-100.

Remondière R. (2008) Histoire des savoirs et pratiques en kinésithérapie. Encycl Méd Chir, (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris) *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-005-A-20, Masson.

Remondière R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France, Polysémies de la Santé. *Cahiers du Centre de recherches historiques*;12:173-85.

Rey, A. (2006). *Dictionnaire historique de la langue française*, volumes 1, (Ed.)Le Robert; Édition, France.

Rivière J. (2000). *Place de la massokinésithérapie dans la chirurgie esthétique et réparatrice*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés, Kinésithérapie — Médecine physique-Réadaptation, 26-280-A-10, 8 p.

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's Body Image Concerns and Eating Disturbance : A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.

Rodgers, R.F., & Chabrol, H. (2009). L'impact de l'exposition à des images de minceur idéalisée sur l'insatisfaction corporelle chez des jeunes femmes françaises et italiennes. *Encéphale*, 35, 262-268.

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practices, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin, 560 p.

Rosen, J.C. (1992). *Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders*. In Crowther, J. H., Tennenbaum, D. L., Hobfoll, S. E. & Stephens, M. A. P. (Eds), *The etiology of bulimia: the individual and familial context* (pp. 157-177). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.

Rosenberg M. (1986). *Self-concept from middle childhood through adolescence*. In J. Suls AG. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New-York: Basic, 319 p.

Rozin, P., Trachtenberg, S., & Cohen, A.B. (2001). Stability of body image and body image dissatisfaction in American college students over about the last 15 years. *Appetite*, 37, 245-248.

Russel, C., & Keel, P. (2002). Homosexuality as a Specific Risk Factor for Eating Disorders in Men. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 125-132.

RYFF C.D, KEYES C.L.M. (1995), The structure of psychological well-being revisited. *Personality Soc Psycho*, 69 : 719-727.

Ryff C.D., (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

Salaberria, K., Rodríguez, S., Cruz, S., (2007). Percepción de la imagen corporal, *Osasunaz*. 8,, 171-183.

Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 699. doi: 10.1037/0022-3514.62.4.699.

Sarbin, T.R. (1952). A preface to a psychological analysis of the self. *Psychological Review*, 59. 39-58 p.

Sarwer, D., Bartlett, S.P., Whitaker, L.A., Paige, K.T., Pertschuk, M.J., & Wadden, T.A. (1999). Adult psychological functioning of individuals born with craniofacial anomalies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 103(2), 412-418.

Schachter S. & Singer. J.E. (1962), Cognitive, social, and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5):379–399.

Sciangula, A., & Morry, M.M. (2009). Self-esteem and perceived regard: How I see myself affects my relationship satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 149, 143-158.

Seal, N.B., Bradford, A., & Meston, C.M. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 866-872. doi:10.1007/s10508-008-9467-1.

Sinko, K., Jagsch, R., Benes, B., Millesi, G., Fischmeister, F., & Ewers, R. (2012). Facial aesthetics and the assignment of personality traits before and after orthognathic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(4), 469-476. doi: 10.1016/j.ijom.2011.10.026

Singh D., (1993). Adaptive Significance of Female Physical Attractiveness: Role of Waist-to-Hip Ratio, *Journal of Personality and Social Psychology*. , Vol. 65, No. 2, 293-307

Singh, D., & Luis, S. (1995). Ethnic and gender consensus for the effect of waist-to-hip ratio on judgments of women's attractiveness. *Human Nature*, 6, 51-65.

Slade, P.D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 20-22.

Slade, P.D., & Russell, G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

Skrzypek, S., Wehmeier, P.M., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*(4), 215-221.

Sonstroem, R..J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 12*, 123-155

Spielberger, C.D. (1966). *The effects of anxiety on complex learning and academic achievement*. In: C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behaviour* (pp.361-398). New York: Academic Press.

Spielberger, C.D. (1985). *Anxiety, cognition and affect: a state-trait perspective*. Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002a). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*, 669-678.

Stice, E. (2002b). Risk and maintenance factors for eating disorder pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825-848.

Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 130*, 206-227.

Stephens, T. & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 22*(1), 18-23.

Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., & Robin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 297-303.

Stroker, E., (1978). *"Mein reines Ich" und die Probleme der Subjektivität. Eine Studie zum Anfang der .Phéinomenologie Edmund Husserls*, dissertation, Köln,

Talmi, D., Anderson, A.K., Riggs, L., Caplan, J. B., & Moscovitch, M. (2008). Immediate memory consequences of the effect of emotion on attention to pictures. *Learning & Memory, 15*, 172–182.

Tajfel, H. (Ed.). (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press

Tao C, Yongyi B, Zongfu M, Rappe P, Edwards GD, Shinfuku N. (2002). Identifying factors influencing mental health development of college students in China. *Soc Behav Pers;30*(6):547.

Tap, P. (1988). *Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse : Privat.

Taylor, C.B., Bryson, S., Celio, A.A., Luce, K.H., Cunning, D., Abascal, L. B... & Wilfley, D. E. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, *118*(2), 731-738.

Thase, M.E. (1997). Psychotherapy of refractory depressions. *Dépression and Anxiety*, *5*, 190- 201.

Thase, M.E. (2013). *The role of psychotherapy in the management of treatment-resistant depression*, pp. 183-208. Dans S. Kaspers & S. Montgomery (Éds.), *Treatment-resistant Depression* (pp. 183-208) Oxford, UK: Wiley-Blackwell

Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance. Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Thompson, J.K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantieff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., Rascle, N. (2009a). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale. *Néphrologie & Thérapeutique*, *5*, 193-200.
doi:10.1016/j.nephro.2009.01.007.

Untas, A., Koleck, M., Rascle, N. (2009b). Psychometric properties of the french adaptation of the multidimensional body self relations questionnaire—appearance scales' *Psychological reports*, , *105*, 461-471.

Vallacher, R.R., & Nowak, A. (1997). The emergence of dynamical social psychology. *Psychological Inquiry*, *8*, 73-99.

Vallières E., Vallerand R., (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, *International Journal of Psychology*, *25*, 305-316.

Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Mikolajczak, M., Vanbroeck, V., Rummens, G., Kapala, F. (2015). Les compétences émotionnelles et la santé : Un facteur à prendre en compte pour la prévention, *Éducation santé*, N°311, p. 2-6.

Varela, M., & García-Camba, J.E. (1995). Impact of orthodontics on the psychologic profile of adult patients: a prospective study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *108*(2), 142-148.

Von Soest T., Kvalem I.L., Wichstrøm L., (2012). Predictors of Cosmetic Surgery and Its Effects on Psychological Factors and Mental Health: A Population-Based Follow-Up Study Among Norwegian Females, *Psychological medicine*, Volume 42, Issue 3, pp. 617-626.

Wallon H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant (rééd. : 2002)*. Paris : PUF

Wertheim, E.H., Koerner, J., & Paxton, S.J. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(1), 69-81.

Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Windauer, U., Lennerts, W., Talbot, P., Touyz, S. W., & Beumont, P.J. (1993). How well are 'cured' anorexia nervosa patients? An investigation of 16 weight-recovered anorexic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 195–200.

Yit Siew C., Mohd Nasir M.T., Zalilah M.S., et Geok L.K. (2008). Development of multi-dimensional body image scale for Malaysian female adolescents, *Nutrition Research and Practice*, Volume 2 Number 2, pp.85-92.

Zigmond A.S, Snaith R.P, (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* ; 67 (6) :361-70.

Ziller, R.C. (1973). *The social self*. New York; Pergamon Press.

ANNEXES

Annexe I

FICHE D'INFORMATION DES USAGERS

Étude menée par :

Saïd CHAJID.

Dans le cadre d'un projet de thèse de doctorat pour des usagers de la kinésithérapie esthétique

Université de VIC

Région de Barcelone en Espagne

sous la direction du

Dr Cristina RUIZ COLOMA, psychologue

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Pour participer à ce projet de recherche, vous devez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Objectifs du projet :

J'effectue une étude dont l'objectif principal est de vérifier si les kinésithérapeutes peuvent prendre en compte les troubles émotionnels potentiels chez les usagers dans les soins procurés en kinésithérapie esthétique.

Raison et nature de votre participation :

Votre participation à cette étude est sollicitée puisque vous suivez des séances chez un kinésithérapeute pour des raisons d'esthétique,

Si vous consentez à participer à cette étude, elle se déroulera de la façon suivante :
Un évaluateur indépendant, de même sexe que vous, vous proposera de répondre à 4 questionnaires :

- 1 pour évaluer votre estime de soi
- 1 pour évaluer votre présence ou non de troubles anxio-dépressifs
- 1 pour évaluer votre image de soi
- 1 pour évaluer votre satisfaction des séances suivies

Confidentialité :

Cette enquête est anonyme et s'effectue dans le respect total des règles de confidentialités dictées par la loi n°09-08 du 18 février 2009 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les renseignements personnels sont réservés au groupe de recherche et ne seront communiqués ni à votre kinésithérapeute ni à quiconque d'autre.

Annexe II

FICHE D'INFORMATION DES KINESITHERAPEUTES

Étude menée par :
Saïd CHAJID.

Dans le cadre d'un projet de thèse de doctorat pour des usagers de la kinésithérapie
esthétique

Université de VIC
Région de Barcelone en Espagne
sous la direction du
Dr Cristina RUIZ COLOMA, psychologue

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Pour participer à ce projet d'étude, vous devez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Objectifs du projet :

Nous effectuons une étude dont l'objectif principal est de vérifier si les kinésithérapeutes peuvent répondre aux besoins des usagers de la kinésithérapie esthétique.

Raison et nature de votre participation :

Votre participation à cette étude est sollicitée puisque vous êtes un kinésithérapeute pour des raisons d'esthétiques.

Si vous consentez à participer à cette étude, elle se déroulera de la façon suivante :
Un évaluateur indépendant, vous proposera de répondre à un questionnaire de satisfaction notamment de votre pratique et de vos résultats.

Confidentialité :

Cette enquête est anonyme et s'effectue dans le respect total des règles de confidentialités dictées par la loi n°09-08 du 18 février 2009 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les renseignements personnels sont réservés au groupe de recherche et ne seront communiqués à personne d'autres.

Annexe III

(Formulaire identiques pour les deux groupes de participants)

Consentement éclairé

FORMULE DE CONSENTEMENT/DECLARATION DU SUJET DE RECHERCHE

Je soussigné..... (nom du sujet de recherche) certifie
que :

- a) Le chercheur m'a apporté toutes les explications et a répondu à toute mes questions, préalablement à ma participation à l'étude de sa recherche ;
- b) Je comprends les objectifs généraux de cette recherche;
- c) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- d) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

Date

Signature

Annexe IV

Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie en cochant la case appropriée.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens				
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même				
9. Parfois je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				

Annexe V

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Entourer un seul numéro de la case grise pour chaque question

1- Je me sens tendu (e) ou énervé(e)

- | | |
|---|---------------------|
| 3 | La plupart du temps |
| 2 | Souvent |
| 1 | De temps en temps |
| 0 | Jamais |

2- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- | | |
|---|------------------|
| 0 | Oui, tout autant |
| 1 | Pas autant |
| 2 | Un peu seulement |
| 3 | Presque plus |

3- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 3 | Oui, très nettement |
| 2 | Oui, mais ce n'est pas trop grave |
| 1 | Un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 0 | Pas du tout |

4- Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- | | |
|---|-------------------------|
| 0 | Autant que par le passé |
| 1 | Plus autant qu'avant |
| 2 | Vraiment moins qu'avant |
| 3 | Plus du tout |

5- Je me fais du souci

- | | |
|---|------------------------|
| 3 | Très souvent |
| 2 | Assez souvent |
| 1 | Occasionnellement |
| 0 | Très occasionnellement |

6- Je suis de bonne humeur

- | | |
|---|---------------------|
| 3 | Jamais |
| 2 | Rarement |
| 1 | Assez souvent |
| 0 | La plupart du temps |

7- Je ne peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- | | |
|---|------------------------|
| 0 | Oui, quoi qu'il arrive |
| 1 | Oui, en général |
| 2 | Rarement |
| 3 | jamais |

8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- | | |
|---|------------------|
| 3 | Presque toujours |
| 2 | Très souvent |
| 1 | Parfois |
| 0 | jamais |

9- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- | | |
|---|---------------|
| 0 | Jamais |
| 1 | Parfois |
| 2 | Assez souvent |
| 3 | Très souvent |

10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- | | |
|---|--|
| 3 | Plus du tout |
| 2 | Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais |
| 1 | Il se peut que je n'y fasse plus autant attention |
| 0 | J'y prête autant d'attention que par le passé |

11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- | | |
|---|-------------------------------|
| 3 | Oui, c'est tout à fait le cas |
| 2 | Un peu |
| 1 | Assez souvent |
| 0 | Très souvent |

12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Autant qu'avant |
| 1 | Un peu moins qu'avant |
| 2 | Bien moins qu'avant |
| 3 | Presque jamais |

13- J'éprouve des sensations soudaines de panique

- | | |
|---|-----------------------|
| 3 | Vraiment très souvent |
| 2 | Assez souvent |
| 1 | Pas très souvent |
| 0 | jamais |

14- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision

- | | |
|---|---------------|
| 0 | Souvent |
| 1 | Parfois |
| 2 | Rarement |
| 3 | Très rarement |

Score total :

18	Je n'aime pas mon physique	
19	Je ne suis pas physiquement attirant(e).	
20	Je ne pense jamais à mon apparence.	
21	J'essaie toujours d'améliorer mon apparence physique	
22	- Je suis un régime amaigrissant	
Pour les propositions suivantes, utilisez l'échelle de réponse située sous la question, et inscrivez votre réponse dans l'espace situé à droite de la question		
23	J'ai essayé de perdre du poids en jeûnant ou en suivant des régimes drastiques.	
	1. Jamais	
	2. Rarement	
	3. Parfois	
	4. Souvent	
	5. Très souvent	
24	Je pense que je suis :	
	1. Très en sous-poids	
	2. Plutôt en sous-poids	
	3. A un poids normal	
	4. Plutôt en surpoids	
	5. Très en surpoids	
25	A me regarder, la plupart des gens penseraient que je suis :	
	1. Très en sous-poids	
	2. Plutôt en sous-poids	
	3. A un poids normal	
	4. Plutôt en surpoids	
	5. Très en surpoids	
De 26 à 34, utilisez cette échelle de 1 à 5 pour indiquer à quel point vous êtes insatisfait ou satisfait de chacun des items suivant les zones ou les aspects de votre corps.		
26	Visage (traits du visage, le teint)	
27	Cheveux (couleur, épaisseur, texture)	
28	Bas-torse (les fesses, les hanches, les cuisses, les jambes)	
29	Mi-torse (taille, ventre)	
30	Haut du torse (poitrine ou les seins, les épaules, les bras)	
31	Muscle	
32	Poids	
33	Taille	
34	Apparence générale	

Annexe VII

Questionnaire des usagers

Sexe : Féminin Masculin

Age : < 18 ans entre 18 et 30ans entre 31 et 45ans > 45
ans

Votre situation : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve)

Le nombre d'accouchement : 0 1 2 3 >3

Motif de vos soins esthétique chez le kinésithérapeute :

physique psychologique les deux autre Préciser.....

Nombre de séances effectuées : < 5 entre 5 et 15 >15

FD : Fortement en Désaccord **D :** Désaccord **A :** Accord **FA :** Fortement en Accord

	ITEMS	FD	D	A	FA		Commentaires
1	Les soins esthétiques dont vous bénéficiez sont prescrits par un médecin.					الفحوصات التجميلية التي تستفيدون منها ليست محدّدة من طرف الطبيب .	
2	Le suivi des soins esthétiques est issue de votre propre décision et non pas celle des autres.					متابعة العلاجات التجميلية مترتبة عن قراركم الشخصي لا عن قرارات أخرى .	

3	Vous attendez une amélioration de votre état physique de la part de la kinésithérapie esthétique.				تتوقعون تحسُّن حالتكم البدنية من طرف المدلك الطبي التجميلي	
4	Vous attendez une amélioration de votre état psychologique de la part de la kinésithérapie esthétique.				تتوقعون تحسُّناً لحالتكم النفسية من طرف المدلك الطبي .	
5	Vous avez une autre attente de la part de la kinésithérapie esthétique (<i>précisez dans la colonne commentaire</i>).				لكم توقع آخر من طرف المدلك الطبي التجميلي (حدِّدوه في الخانة المناسبة)	
6	Vous avez remarqué une amélioration de votre état physique depuis que vous bénéficiez de soins de kinésithérapie esthétique.				لاحظتم تحسُّناً بديناً منذ استفادتكم من فحوصات التدليك الطبي التجميلي .	
7	Vous avez remarqué une amélioration de votre état psychologique depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.				لاحظتم تحسُّناً نفسياً منذ استفادتكم من فحوصات التدليك الطبي التجميلي .	

8	Vous avez constaté une autre amélioration depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.					لاحظتم تحسناً آخر منذ استفادتكم من فحوصات التدليك الطبي التجميلي .
9	Vous avez constaté une dégradation de votre état physique depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.					سجلتم تراجعاً في حالتكم البدنية منذ استفادتكم من فحوصات التدليك الطبي التجميلي .
10	Vous avez constaté une dégradation de votre état émotionnel depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.					سجلتم تراجعاً في حالتكم العاطفية منذ استفادتكم من فحوصات التدليك الطبي التجميلي .
11	Vous pensez que votre kinésithérapeute prend en compte votre état émotionnel.					تعتقدون أنّ مُدلكم الطبي يأخذ بعين الاعتبار حالتكم العاطفية .
12	Le kinésithérapeute vous offre une écoute.					مُدلكم الطبي يُعنى بالاستماع إليكم .

13	Le kinésithérapeute vous aide à renforcer votre confiance en vous.				مُدلكم الطبي يساعدكم على الرفع من مستوى الثقة بأنفسكم .	
14	Le kinésithérapeute vous aide à renforcer votre estime de soi.				مُدلكم الطبي يساعدكم على الرفع من مستوى التقدير لأنفسكم	
15	Le sens relationnel de votre kinésithérapeute vous aide dans votre démarche de soins esthétiques.				مهارات تعامل معالجكم الخاص تساعدكم في مسيرة علاجاتكم التجميلية	
16	Vous pensez que votre kinésithérapeute vous apporte le traitement adéquat.				تعتقدون أن مدلككم الطبي يمنحكم العلاج المناسب .	
17	Le kinésithérapeute vous semble compétent.				تجدون المُدلك الطبي كُفئاً .	
18	Si vous aviez les moyens vous auriez accédé à la chirurgie esthétique.				لو كانت لكم الإمكانيات ، كنتم ستلتجئون للجراحة التجميلية .	

Annexe VIII

Questionnaire des kinésithérapeutes

Sexe : M F

Age : < 21 ans entre 21 et 30 ans entre 30 et 45 > 45 ans

Lieu d'exercice : Agadir, Casablanca, Marrakech, Rabat, Tanger,

Autre (préciser) :

Milieu d'exercice : cabinet, clinique, domicile,
 centre de rééducation, autre (préciser) :
 privé public
 libéral salarié

Ancienneté dans l'exercice de la kinésithérapie esthétique : < 1 an > ou = 1 an

Nombre d'usager en kinésithérapie esthétique par an : < 10 > ou = 10

FD : Fortement en Désaccord **D** : Désaccord **A** : Accord **FA** : Fortement en Accord

N°	ITEMS	FD	D	A	FA
1	Je pense que j'ai une compétence en kinésithérapie esthétique.				
2	Lors de ma formation initiale, j'ai été formé à réaliser un protocole de bilan et de rééducation esthétique (programme de traitement).				
3	Lors de ma formation initiale, j'ai été formé aux techniques esthétiques spécifiques (par exemple : LPG, vitroprssion, lipolyse...)				
4	J'ai suivi au moins une formation continue de plusieurs jours en matière de kinésithérapie esthétique.				
5	Les formations continues que j'ai suivies m'ont été				

	délivrées par la société qui m'a vendu du matériel d'esthétique.				
6	Je pense que la kinésithérapie esthétique doit intégrer le programme de formation initiale				
7	Je pense que la kinésithérapie esthétique apporte satisfaction aux usagers				
8	Je suis satisfait des résultats obtenus par la kinésithérapie esthétique				
9	Je pratique des techniques d'évaluation et de traitement reconnues scientifiquement à ce jour.				
10	J'accepte de pratiquer la kinésithérapie esthétique uniquement pour des raisons financières.				
11	J'ai conscience que des troubles émotionnels (exemple : perte de confiance en soi, perturbation de l'image de soi, dépression...) peuvent accompagner la demande de kinésithérapie esthétique				
12	J'ai conscience que les usagers de la kinésithérapie esthétique peuvent présenter des troubles tels qu'une anxiété, une dépression, des dysfonctionnements alimentaires ou sexuels...				
13	J'ai été formé à l'identification des troubles émotionnels				
14	Je souhaite me former ou poursuivre ma formation concernant l'identification des troubles émotionnels.				
15	Je suis compétent pour identifier les troubles émotionnels				
16	Je maîtrise les notions de concept de soi, d'estime de soi et d'image de soi.				
17	J'identifie les troubles émotionnels par un questionnaire validé				
18	Je prévois systématiquement un entretien avec l'usager lors de sa première séance avant le traitement physique, pour préciser le motif de sa consultation.				
19	J'oriente l'usager vers un psychologue, afin d'évaluer d'éventuels troubles émotionnels, préalablement aux séances de kinésithérapie esthétique.				
20	Il me semble important d'identifier systématiquement les troubles émotionnels avant toute prise en charge en kinésithérapie esthétique.				
21	Je consacre régulièrement du temps à un entretien singulier avec l'usager au cours de sa prise en charge en kinésithérapie esthétique, pour l'accompagner dans				

	sa démarche.				
22	Je pense que j'ai une capacité d'écoute.				
23	Je pense que je favorise un dialogue positif.				
24	Je pense que je suis compétent pour assurer un suivi sur le plan émotionnel des usagers qui souhaitent bénéficier de la kinésithérapie esthétique.				
25	Un suivi de ces entretiens et de l'accompagnement est tracé dans le dossier de l'utilisateur.				
26	Je donne des conseils aux usagers dans le cadre de mon accompagnement sur le plan émotionnel.				
27	Je suis satisfait des résultats obtenus par ma démarche d'évaluation et de suivi émotionnel.				
28	Je collabore régulièrement avec un psychologue dans le cadre du suivi clinique des émotions des usagers.				
29	J'oriente les usagers vers une psychologue pour un accompagnement de l'utilisateur, lorsque je soupçonne un trouble émotionnel.				

Annexe IX

Résultats du questionnaire auprès des usagers (en %)

	<i>FD</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>FA</i>
Q 1 : Les soins esthétiques dont vous bénéficiez sont prescrits par un médecin	58,8	30,8	7,7	7,7
Q2 : Le suivi des soins esthétiques est issu de votre propre décision et non pas celle des autres	7,7	23,1	46,2	23,1
Q 3 : Vous attendez une amélioration de votre état physique de la part de la kinésithérapie esthétique.	0	0	15,4	84,6
Q 4 : Vous attendez une amélioration de votre état psychologique de la part de la kinésithérapie esthétique	15,4	39,4	29,8	15,4
Q 5 : Vous avez une autre attente (émotionnelle, sociale, satisfaction personnelle...) de la part de la kinésithérapie esthétique (précisez dans la colonne commentaire).	6,7	37,5	46,2	9,6
Q 6 : Vous avez remarqué une amélioration de votre état physique depuis que vous bénéficiez de soins de kinésithérapie esthétique.	25	39,4	20,2	15,4
Q 7 : Vous avez remarqué une amélioration de votre état psychologique depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.	29,8	46,2	16,3	7,7
Q 8 : Vous avez constaté une autre amélioration depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.	43,3	41,3	8,7	6,7

Q 9 : Vous avez constaté une dégradation de votre état physique depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.	54,8	40,4	4,8	0
Q 10 : Vous avez constaté une dégradation de votre état émotionnel depuis que vous bénéficiez des soins de kinésithérapie esthétique.	47,1	31,7	20,2	1
Q 11 : Vous pensez que votre kinésithérapeute prend en compte votre état émotionnel.	23,1	38,5	26	12,5
Q 12 : Le kinésithérapeute vous offre une écoute.	9,6	47,1	35,6	7,7
Q 13 : Le kinésithérapeute vous aide à renforcer votre confiance en vous.	38,5	53,8	7,7	0
Q 14 : Le kinésithérapeute vous aide à renforcer votre estime de soi	26,9	46,2	22,1	4,8
Q 15 : Le sens relationnel de votre kinésithérapeute vous aide dans votre démarche de soins esthétiques.	15,4	33,7	41,3	9,6
Q 16 : Vous pensez que votre kinésithérapeute vous apporte le traitement adéquat.	0	21,2	64,4	14,4
Q 17 : Le kinésithérapeute vous semble compétent.	0	12,5	76,9	10,6
Q 18 : Si vous aviez les moyens vous auriez accédé à la chirurgie esthétique.	12,5	20,2	45,2	22,1

FD : Fortement en Désaccord ; **D** : en Désaccord ; **A** : en Accord ; **FA** : Fortement en Accord

Annexe X

Résultats du questionnaire auprès des kinésithérapeutes (en %)

	<i>FD</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>FA</i>
QK1 : Je pense que j'ai une compétence en kinésithérapie esthétique.	0	4,6	42,2	53,2
QK2 : Lors de ma formation initiale, j'ai été formé à réaliser un protocole de bilan et de rééducation esthétique (programme de traitement).	26,6	69,7	3,7	0
QK3 : Lors de ma formation initiale, j'ai été formé aux techniques esthétiques spécifiques (par exemple : LPG, vitropression, lipolyse...)	58,7	39,4	1,8	0
QK4 : J'ai suivi au moins une formation continue de plusieurs jours en matière de kinésithérapie esthétique.	34,9	34,9	20,2	10,1
QK5 : Les formations continues que j'ai suivies m'ont été délivrées par la société qui m'a vendu du matériel d'esthétique.	3,7	6,4	8,3	11,9
QK6 : Je pense que la kinésithérapie esthétique doit intégrer le programme de formation initiale	0	2,8	52,3	45
QK7 : Je pense que la kinésithérapie esthétique apporte satisfaction aux usagers	8,3	14,7	46,8	30,3
QK8 : Je suis satisfait des résultats obtenus par la kinésithérapie esthétique	0,9	21,1	53,2	24,8
QK9 : Je pratique des techniques d'évaluation et de traitement reconnues scientifiquement à ce jour.	21,1	34,9	24,8	19,3
QK10 : J'accepte de pratiquer la kinésithérapie esthétique uniquement pour des raisons financières.	35,8	23,9	22,9	17,4
QK11 : J'ai conscience que des troubles émotionnels (exemple : perte de confiance en soi, perturbation de l'image de soi, dépression...) peuvent accompagner la	10,1	16,5	44	29,4

demande de kinésithérapie esthétique				
QK12 : J'ai conscience que les usagers de la kinésithérapie esthétique peuvent présenter des troubles tels qu'une anxiété, une dépression, des dysfonctionnements alimentaires ou sexuels...	27,5	34,9	22,9	14,7
QK 13 : J'ai été formé à l'identification des troubles émotionnels	57,8	38,5	3,7	0
QK14 : Je souhaite me former ou poursuivre ma formation concernant l'identification des troubles émotionnels.	11,9	12,8	54,1	21,1
QK15 : Je suis compétent pour identifier les troubles émotionnels	28,4	43,1	19,3	9,2
K16 : Je maîtrise les notions de concept de soi, d'estime de soi et d'image de soi.	29,4	40,4	19,3	11
QK 17 : J'identifie les troubles émotionnels par un questionnaire validé	61,5	33	5,5	0
QK18 : Je prévois systématiquement un entretien avec l'usage lors de sa première séance avant le traitement physique, pour préciser le motif de sa consultation.	2,8	11	53,2	33
QK19 : J'oriente l'utilisateur vers un psychologue, afin d'évaluer d'éventuels troubles émotionnels, préalablement aux séances de kinésithérapie esthétique.	42,2	56,9	1	0
QK20 : Il me semble important d'identifier systématiquement les troubles émotionnels avant toute prise en charge en kinésithérapie esthétique.	4,6	11,9	52,3	31,2
QK21 : Je consacre régulièrement du temps à un entretien singulier avec l'utilisateur au cours de sa prise en charge en kinésithérapie esthétique, pour l'accompagner dans sa démarche.	4,6	10,1	49,5	35,8
QK22 : Je pense que j'ai une capacité d'écoute.	0	0	67	33

QK23 : Je pense que je favorise un dialogue positif.	0	1,8	69,7	28,4
QK24 : Je pense que je suis compétent pour assurer un suivi sur le plan émotionnel des usagers qui souhaitent bénéficier de la kinésithérapie esthétique.	34,9	57,8	4,6	2,8
QK25 : Un suivi de ces entretiens et de l'accompagnement est tracé dans le dossier de l'utilisateur.	37,6	58,7	3,7	0
QK26 : Je donne des conseils aux usagers dans le cadre de mon accompagnement sur le plan émotionnel.	23,9	33,9	26,6	15,6
QK27 : Je suis satisfait des résultats obtenus par ma démarche d'évaluation et de suivi émotionnel.	25,7	51,4	17,4	5,5
QK28 : Je collabore régulièrement avec un psychologue dans le cadre du suivi clinique des émotions des usagers.	43,1	56	0,9	0
QK29 : J'oriente les usagers vers une psychologue pour un accompagnement de l'utilisateur, lorsque je soupçonne un trouble émotionnel.	35,8	48,6	12,8	2,8

FD : Fortement en Désaccord ; **D** : en Désaccord ; **A** : en Accord ; **FA** : Fortement en Accord

Annexe XI

Kinésithérapie la Revue, publié en mars 2016, vol 16 (171) : 1-3

Maroc : la kinésithérapie esthétique

entre dérive et progrès

Morocco: Aesthetic physiotherapy between drift and progress

Saïd Chajid (Directeur de l'Institut des Hautes Études Paramédicales du Sud (Marrakech))

Les « gueules cassées » ont largement participé à la naissance de la chirurgie esthétique, après la première guerre mondiale où la chirurgie réparatrice de la face voit le jour. Mais c'est à la Seconde guerre mondiale que la chirurgie plastique s'est généralisée à tout le corps. C'est à cette même époque que la kinésithérapie s'est structurée dans certains pays européens.

La majorité des agents physiques utilisés par la physiothérapie moderne a déjà été employée dans l'antiquité. Les premiers écrits de la Grèce et de Rome se rapportent aux effets avantageux du soleil et de l'eau. De plus, à cette même époque, le traitement physique et les massages étaient utilisés par les Chinois, les Persans et les Égyptiens.

Pourtant le champ de la physiothérapie ne se dessine qu'à la fin du XIX^{ème} siècle en Angleterre. Peu après, les chirurgiens orthopédiques américains ont commencé à former de jeunes femmes pour obtenir le grade de licencié en éducation physique. Elles étaient chargées de prendre soin des patients, notamment dans les hôpitaux.

Nous poursuivons l'écriture de l'histoire de la kinésithérapie, qui s'est octroyé l'esthétique de nos jours. Cette discipline consiste en une application d'un ensemble d'actes en vue de parfaire l'apparence physique d'un usager. Elle lutte contre les signes de vieillissement, d'obésité, ou de relâchement de la peau, par exemple.

Le développement de la chirurgie plastique a subi une évolution fulgurante depuis ces 25 dernières années, et cette évolution entraîne la kinésithérapie dans son engrenage. Cette dernière trouve sa place dans la sphère des soins esthétiques entre le dermatologue et l'esthéticienne. Or, la kinésithérapie est une profession paramédicale reconnue pour ses actes thérapeutiques qu'ils soient préventifs, curatifs ou palliatifs.

Dans certains pays, comme le Maroc, face à une forte demande, la chirurgie esthétique « *low-cost* » s'est développée pour répondre à la demande du tourisme médical. La physiothérapie se propose alors de s'infiltrer dans la brèche qu'ouvre cet engouement. Elle cherche à s'imposer dans le marché de l'esthétique pour une population étrangère, mais aussi locale.

Cependant, la kinésithérapie marocaine est jeune et le Maroc comprend seulement 3 000 kinésithérapeutes environ. À ce jour, des milliers de patients nécessitent une

pratique thérapeutique de la part de cette kinésithérapie. Ces patients restent sans prise en charge pour des raisons de méconnaissance de la kinésithérapie par la population, la faiblesse du taux de remboursement des séances et le manque de prescription et d'orientation par les médecins. Nous devons donc nous recentrer sur la raison même de la naissance de notre profession après la catastrophe des huiles frelatées en 1959 à Meknès, c'est-à-dire rééduquer en priorité des malades, des traumatisés et des handicapés.

Et bien non ! Contre vent et marrées, nous continuons à développer les soins de beauté ! S'agit-il d'une dérive de la kinésithérapie au Maroc ?

La société d'aujourd'hui privilégie l'apparence et le paraître au travers de nos magazines, la télévision et sans oublier l'image commerciale de la femme ; et nous savons combien ces médias influencent notre quotidien. Ainsi, l'apparence physique est devenue une source rentable de la consommation et de l'industrie. La conséquence est que l'attention de beaucoup d'utilisateurs se concentre sur l'aspect physique. Cependant, l'insatisfaction de son corps peut aller d'une simple préoccupation à une véritable pathologie.

En effet, de nombreuses personnes sont complexées par une imperfection esthétique telle qu'une cicatrice trop apparente, un excès de poids, un abdomen trop volumineux... Si cette disgrâce physique est considérée ou ressentie comme un simple désavantage, elle peut cacher malgré tout un mal-être ; mais de quel mal-être peut-il s'agir ?

De nombreuses publications dénoncent les conflits psychosomatiques et précisent que l'enveloppe physique ne représente que la vitrine de l'estime de soi et donc de l'identité de soi [1-6].

La faiblesse de l'image de soi physique favorise la perturbation de la sérénité de son intérieur propre. La littérature [7] souligne le lien très étroit entre le mal-être de la perception de l'image corporelle et les troubles psychologiques en lien avec :

- l'estimation de son corps,
- la cognition ;
- l'émotionnel ;
- le comportement.

D'autres problèmes neuro-psychologiques comme la dépression, les troubles alimentaires, le dysfonctionnement sexuel, l'anxiété sociale... peuvent surgir en lien avec cette dysmorphobie.

Savons-nous alors ce que nous soignons chez ces personnes en mal-être : un ventre trop mou, des rides anachroniques, une silhouette disgracieuse ou bien une dépression, une anxiété sociale ou encore un complexe sexuel ? À l'inverse, les soins que nous apportons à ces utilisateurs ont-ils une répercussion sur leur état psychologique ? Certains auteurs le confirment [8,9].

Dans l'ignorance, certains kinésithérapeutes adaptent leurs connaissances et leurs pratiques classiques aux soins esthétiques, sans se préoccuper du décodage du véritable mal-être. Les techniques sont manuelles et souvent instrumentales pour tenter de répondre à la souffrance d'une patientèle souvent en mal-être physique sans pour autant

se soucier de la part psychologique. Ne devons-nous pas nous pencher sur ces questions pour comprendre la demande de l'usager, avant de se lancer à cœur perdu, sur le corps d'autrui ?

Selon Rosenberg, l'identité de soi et l'identité sociale peuvent subir des modifications profondes tout au long de la vie [10]. En effet, le corps est parfois considéré comme une image de l'identité de soi, car il se retrouve entre les perceptions que l'individu se fait de lui-même et l'attente du milieu social dans lequel il vit [11,12]. Les liens de causes à effet sont possibles entre la modification corporelle et les conséquences identitaires. Contrairement à ce que nous pourrions croire, le motif de consultation est souvent le masque d'une crise identitaire.

La kinésithérapie marocaine est en devoir de s'interroger sur l'intérêt de notre plan de traitement, car, qu'on le veuille ou non, nous apportons un soin non pas uniquement de confort, mais aussi de fond et ce sans en maîtriser les conséquences psychologiques. Agissant, malgré nous, sur l'estime de soi physique, notre kinésithérapie est invitée à découvrir l'impalpable cheminement entre le corps et l'image que l'on se fait de ce corps.

Chaque usager souhaite atteindre une plastique qui lui est propre et représente pour lui l'image exemplaire du parfait. La notion de beauté varie selon l'aspect culturel, religieux et ethnique, mais aussi d'une personne à l'autre, tout simplement. Ce qui signifie qu'un entretien préalable s'impose avant tout soin esthétique.

Les différentes études sur l'influence qu'a notre corps sur nos émotions et inversement, nous montrent encore une fois que l'usager, parfois sous la contrainte psychologique, se lance à la recherche de soins esthétiques. Cela, pour répondre au mieux à l'estime de son image et, au plus, à un trouble neuropsychologique, et ce sans que le kinésithérapeute en prenne conscience généralement.

Nous savons que ce n'est pas notre domaine de prédilection, mais l'évolution de notre profession nous ouvre d'autres horizons ; à nous de décroquer notre chère kinésithérapie et explorer le savoir de l'âme et le corps.

Nos pratiques physiques ne doivent plus faire cavalier seul à la conquête aveugle au nom de l'autonomie professionnelle, mais comprendre les connexions psychosomatiques et s'imprégner des pratiques psychologiques. Une collaboration kiné-psycho devient, alors incontournable. Cette conjugaison de la kinésithérapie au mode psychologique devrait nous aider à décoder le véritable motif de consultation et ajuster notre savoir-soigner pour ouvrir et adapter nos pratiques aux besoins en devenir.

Par ailleurs, voici une nouvelle discipline qui s'impose à nous, la pratique est répandue sur le territoire marocain depuis une dizaine d'années, mais la formation académique semble vivre ses réformes régulières en marge de la réalité du marché.

En effet, la formation en kinésithérapie ne prend pas en compte la naissance de cette nouvelle orientation. Les techniques spécifiques, les indications et surtout les précautions et les contre-indications devraient être intégrées dans les programmes de formation initiale. Dans le cas contraire, la méconnaissance des dangers peut aboutir à des conséquences graves pour les deux parties.

La discipline « esthétique » n'existant pas dans le programme de formation, chaque praticien puise dans ses techniques classiques de rééducation pour répondre à la

demande. Parallèlement à cela, le professionnel reste sous la pression des vendeurs de matériel paramédical. Ils exercent leur influence commerciale et nous dictent la conduite à tenir, par des formations accompagnant la vente du dit matériel sans tenir compte des causes et des conséquences psychologiques.

La vision de la pratique factuelle (*evidence based practice*) doit s'imposer également à cette discipline, ainsi nous pourrions espérer le progrès de nos pratiques sans dérive.

Bibliographie :

- 1- Broder H, Phillips C, Kaminetzky S. (2000). Issues in decision making: Should I Have orthognathic surgery? *Seminars in Orthodontics*.
- 2- De Sousa A. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*.
- 3- Pabari S, Moles D, Cunningham S. (2011). Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.
- 4- Sarwer D, Bartlett SP, Whitaker LA, Paige KT, Pertschuk MJ, Wadden TA. (1999). Adult psychological functioning of individuals born with craniofacial anomalies. *Plastic and Reconstructive Surgery*.
- 5- Varela M, García-Camba JE. (1995). Impact of orthodontics on the psychologic profile of adult patients: a prospective study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.
- 6- Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. (2000). Are orthognathic patients different? *European Journal of Orthodontics*.
- 7- Ninot G, Delignières D, Fortes M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *STAPS*.
- 8- Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body image*.
- 9- McLaren L, Kuh D, Hardy R, Gauvin L. (2004). Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *Psychology & Health*.
- 10- Rosenberg M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls AG. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 11- Fox KR. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*.
- 12- Messer B, Harter S. (1986). *Manual for the adult Self-Perception Profile*. Denver, CO: University of Denver.

Annexe XII

Kinésithérapie la Revue, juin 2017. (Article en cours d'acceptation).

IDENTIFICATION DES TROUBLES ÉMOTIONNELS CHEZ LES USAGERS DE LA KINÉSITHÉRAPIE ESTHÉTIQUE

Chajid S., Ruiz Coloma C.

INTRODUCTION

L'évolution des sociétés occidentales d'aujourd'hui, nous amène à donner une importance à l'image du corps. Cette image prend une place de plus en plus ancrée dans l'esprit des gens où le corps idéal est continuellement promu et valorisé par les médias. Nous constatons que de plus en plus de personnes (surtout les femmes) sont obnubilées par des critères normatifs, et cherchent à parfaire leur silhouette et leur apparence, quitte à adopter des conduites à risques (psychologiques, alimentaires, sexuels et même suicidaires). De nombreux auteurs ont ainsi mis en lumière l'émergence d'une croyance sociale bien ancrée dans les mentalités, où l'individu cherche une appartenance à une société normée où pour réussir, ils se doivent d'avoir un corps dont les mensurations sont dictées par la pression médiatique [1]. De ce fait, l'esthétique d'un corps est dictée par l'autre. La mode n'a pas de frontière et la mode s'impose dans différents pays, au travers du vecteur médiatique. De ce fait, l'esthétique d'un corps est dictée par l'autre. Une morphologie mince et jeune serait en effet davantage associée à la beauté, au succès et à la popularité [2]. Ces préoccupations à l'égard de l'image corporelle prennent une place importante parfois dès l'adolescence [3] d'où la profondeur de l'enracinement du mal-être. Ceci pourrait expliquer la course au régime, mais également à la chirurgie, la médecine ou à des soins esthétiques. Ainsi, l'apparence physique est devenue une source rentable pour le commerce et l'industrie. La conséquence est que l'attention de beaucoup d'usagers se concentre sur l'aspect physique. Cependant, l'insatisfaction de son propre corps peut aller d'une simple préoccupation à une véritable pathologie [4] [5].

En effet, de nombreuses personnes sont complexées par une imperfection esthétique telle qu'une cicatrice trop apparente, un excès de poids, un abdomen trop volumineux... Si cette disgrâce physique est considérée ou ressentie comme un simple désavantage, elle peut cacher malgré tout un mal-être [6] ; mais de quel mal-être peut-il s'agir ?

CADRE THEORIQUE

En 1820, dans son livre « Introduction à l'esthétique » Hegel [7] décrit une différence entre le beau artistique et la beauté naturelle. Selon l'auteur, le beau artistique est le fruit de l'esprit, produit par l'homme et pour l'homme et le beau naturel est dépourvu de conscience humaine. Mais, à l'émergence de la psychologie comme discipline autonome, la sensation du bien-être fut intégrée comme un objet scientifique, et non plus uniquement comme une vision philosophique.

Par le biais de l'esthétique, l'estime de soi a tendance à affecter le sentiment de perception de soi et les méta-perceptions (perception de la manière dont est perçu) selon Sciangula A., & Morry M. [8]. C'est pourquoi, la faiblesse de l'estime de soi semble pousser les personnes à se dévaloriser et ainsi à penser que les autres les sous-estiment [9].

L'estime globale de soi est fondée sur la notion cognitive mais aussi sur l'apparence corporelle pour structurer l'identité de l'individu, comme le précise Biddle et Goudas [10]. Une dévalorisation de soi se décline en troubles émotionnels définis par l'appréciation de l'apparence du corps. L'usager de la kinésithérapie esthétique, comme tout individu, de part la pression médiatique, cherche à améliorer l'apparence corporelle pour renforcer son image de soi. La recherche de la meilleure apparence physique semble alors être à l'origine de toutes nos ambitions. C'est ainsi, que Cooley [11] montre que l'image de soi est importante dans le dispositif du soi social par l'imagination et l'instinct de vie d'une personne à une fin d'amélioration de la qualité de vie que le regard de l'autre peut influencer.

L'insatisfaction corporelle est souvent en relation avec les troubles de l'image de soi, de part son affect, à ses attributs physiques et aux croyances négatives de son apparence. La subjectivité est fréquemment associée à cette croyance et se manifeste au travers du mécontentement, la honte, la tristesse et la culpabilité comme le soulignent Cash, T. F., [12]. Un écart est ressenti par l'individu entre son apparence corporelle et ses idéaux physiques qu'il intériorise et provoque cette insatisfaction de l'image de soi. C'est pourquoi, l'image de soi est très souvent évaluée dans les insatisfactions corporelles car c'est une discrédance entre l'image physique idéale et réelle. L'insatisfaction est d'autant plus profonde que l'écart entre l'image du corps idéal et réel est grand. Ce trouble s'accompagne alors d'un mal-être émotionnel.

L'abord de la psychologie de cette insatisfaction esthétique repose sur l'expérimentation et la réflexion du ressenti. Il s'agit d'un sentiment personnel qui relève de l'expérience et du

ressenti de chacun lors de l'évaluation de la beauté et de l'esthétique. La science s'intéresse à ce phénomène complexe pour souligner l'impact de l'esthétique sur nos émotions. Aussi, différents auteurs évoquent leurs théories de l'impact émotionnel, comme Plutchik [13] ou Ekman [14].

Les troubles émotionnels en lien avec l'aspect esthétique corporel peuvent aboutir à une faible estime de soi qui se traduit par un manque de confiance en soi et une autodépréciation de soi. L'utilisateur n'apprécie pas son propre corps et vient chercher chez le kinésithérapeute des soins esthétiques dans l'espoir d'améliorer son état physique, mais aussi émotionnel.

L'impact psychologique de l'insatisfaction corporelle peut être grave [15] [16]. Les conséquences sont notamment l'anxiété, la dépression [17]; [18], les troubles du comportement alimentaire [19] [20] ou encore des troubles sexuels [21], mais le kinésithérapeute est-il conscient de ces troubles ?

Dans notre étude, nous soulignons le lien entre l'apparence physique et les émotions qui en découlent. En effet, l'apparence physique est au centre de la sphère que forme l'identité et de soi, de part son importance dans la perception dont la personne se fait d'elle-même. Cette perception est projetée sur le plan physique et dans l'environnement social où elle vit. De nos jours, chacun court après la valorisation de « soi » dans la construction personnelle, sociale ou encore professionnelle. Il s'agit de la composante fondamentale de l'identité de soi.

Peu d'études abordent la kinésithérapie esthétique. Et pourtant l'engouement est bel et bien là. C'est pourquoi, dans notre étude, nous nous intéressons à l'état émotionnel de ces usagers de la kinésithérapie esthétique. Notre objectif est de mettre en évidence l'existence des troubles émotionnels au sein d'une population des usagers de la kinésithérapie esthétique pour que le professionnel puisse prendre en compte les besoins émotionnels des usagers, dans le cas échéant.

CADRE METHODOLOGIQUE

Au regard des notions dégagées de la revue bibliographique sur les notions de l'estime de soi, de l'image de soi et de la sphère émotionnelle, notre étude vérifiera la présence et l'identification des troubles émotionnels des usagers de la kinésithérapie esthétique.

1- Population :

La population est composée de personnes consommant la kinésithérapie esthétique. L'échantillon retenu est de 104 usagers dont 99 sont des femmes. Les individus sont âgés de 20 à 80 ans, ayant bénéficié de la kinésithérapie esthétique pendant les 12 derniers mois auprès d'un kinésithérapeute libéral.

2- Matériel :

Les instruments de mesure sont des questionnaires validés. Après le recueil des données sociodémographiques, chaque usager a été convié à répondre à l'ensemble des trois questionnaires :

Rosenberg's Self-Esteem scale (RSE) : Il s'agit d'un outil de mesure, fréquemment utilisé de l'estime de soi [22]. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la version canadienne française validée [23]. La formulation des items du questionnaire est affirmative. La cotation est de type Lickert en quatre points de « tout à fait en accord » à « tout à fait en désaccord ». Tout score inférieur à 31 sur 40 traduit une faible estime de soi. De cette échelle, nous pouvons en tirer deux sous-dimensions : le score des énoncés positifs (somme des items positifs) qui montre le degré de la confiance en soi (CES) et le score des énoncés négatifs (sommés des items négatifs) qui évalue l'autodépréciation de soi (ADS) [24].

Hospital Anxiety and Depression (HAD) : Il s'agit d'un instrument de mesure de l'identification de la symptomatologie anxio-dépressive [25] et il en évalue la gravité, selon le score obtenu. Il ne permet pas de distinguer ni les types de dépression ou des états anxiogènes, ni l'aspect somatique. Nous avons utilisé la version française validée par Untas et al. [26]. Les énoncés du questionnaire permettent d'obtenir un score global pour identifier un syndrome anxiodépressif. Nous pouvons également en tirer deux sous-dimensions pour identifier séparément l'anxiété et la dépression. Tout score supérieur à 14 sur 42 signale un trouble anxiodépressif.

Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) : Il s'agit d'un outil souvent utilisé dans la recherche en matière d'image de soi [28]. Nous avons utilisé, dans notre étude, la version courte qui n'évalue que l'image de soi en lien avec l'apparence [29]. La version française est adaptée et validée par Untas, Koleck, Rasclé et Borteyrou [30]. Cette dernière comprend 34 items évalués au travers d'une cotation de type Likert en cinq pondérations allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Cet outil d'évaluation comprend cinq sous-échelles : la satisfaction liée à l'apparence (7 items), l'investissement dans

l'apparence (12 items), la satisfaction des différentes parties du corps (9 items), les préoccupations liées au poids (4 items) et la perception subjective du poids (2 items). Chaque sous-échelle est représentée par un score qui traduit la perception de l'image de soi. Plus le score est élevé plus l'image de soi est positive, plus le score est bas, plus l'image de soi est négative. Le score global de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les 34 énoncés, varie de 1 à 5.

Le traitement des données est assuré par l'outil informatique Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.

3- Procédure d'administration des questionnaires

Les clients sont abordés par des étudiants de même sexe dans les salles d'attente des kinésithérapeutes pratiquant des soins d'esthétique. Après la signature d'un consentement éclairé, les étudiants sont amenés à présenter les objectifs de l'étude et à expliquer le déroulement de l'enquête. Les usagers sont amenés à répondre directement aux items des trois questionnaires, évidemment anonyme. L'aide des étudiants n'est assurée que sur la demande des participants. Après le dépouillement, nous avons procédé à l'analyse statistique des données obtenues.

RESULTATS

1- Statistique descriptives

Les données sociodémographiques de la population de notre étude nous indiquent que 69% ont plus de 30 ans. Les personnes mariées dominent (49%) la situation familiale de l'échantillon et ensuite les usagers divorcés avec 22,1% et la même proportion pour les célibataires. L'évaluation du niveau d'étude (NE) montre que 70,2% n'ont pas atteint le niveau baccalauréat dont 27,9% ont un niveau d'étude inférieur à la seconde. Les résultats de l'estime de soi montrent une moyenne de 31,35 (\pm 6,35) du score global du RSE et 39,4 % présentent une estime de soi faible dont 18,3% très faible.

La moyenne du score global HAD est de 12,19 sur un score maximum de 42 avec une dispersion large (\pm 9,51).

Il indique également que 30,8% (n=32) présentent un syndrome anxio-dépressif. L'anxiété concerne 36,6% des usagers dont 21,2% pour lesquels le trouble semble avéré. Quant à la dépression, ils sont 32,7% dont 20,2% avérés.

L'image de soi globale présente une moyenne de 3,20 ($\pm 0,69$). Nous constatons que le taux est important des modes des résultats concernant la satisfaction liée à l'apparence (27,9%; n=29) et la perception subjective du poids (23,1% ; n=24), nous remarquons que ce sont ceux qui présentent les modes les plus bas (1,57 et 1,50).

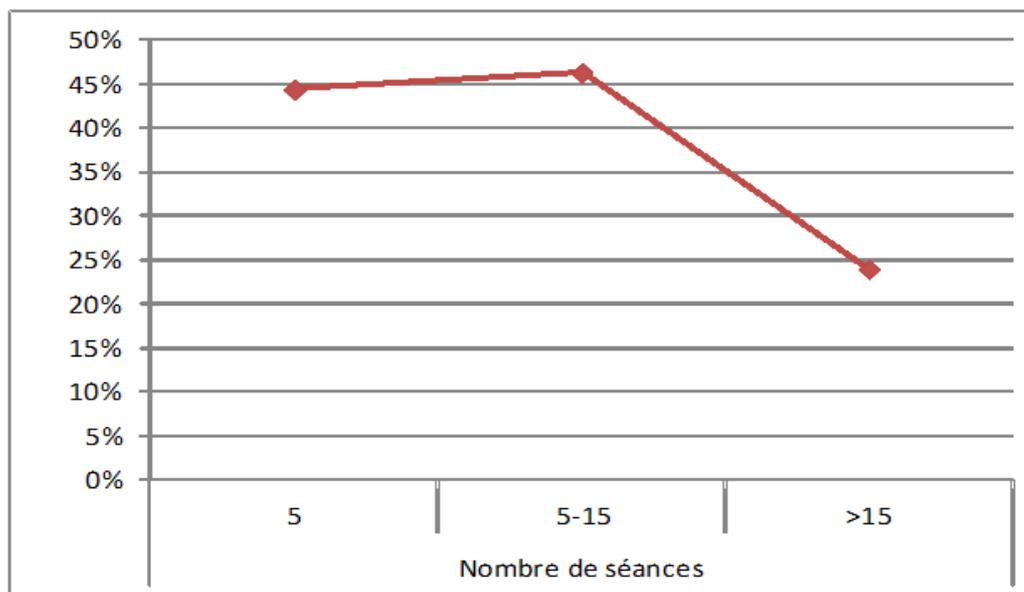
2- Analyse bivariée

Dans le cadre de notre objectif, nous sommes amenés à rechercher les associations entre le profil des usagers et les troubles émotionnels constatés.

Nous retrouvons une forte signification entre l'âge et l'autodépréciation de soi ($\rho=0,196$; $p<0,05$). 36,5% présentent un score inférieur à la médiane dans la sous-dimension de l'autodépréciation de soi, dont 21,1% ont plus de 30 ans. L'association de données sociodémographiques avec le score global du RSE et l'ADS n'est pas significative.

L'analyse bivariée entre le niveau des études indique significativement ($\rho=-0,229$; $p<0,05$) que près de la moitié de ceux qui présentent une faible estime de soi ont un niveau inférieur au baccalauréat (49,9%). L'interdépendance est également présente avec la CES ($\rho=-0,258$; $p<0,01$) et l'ADS ($\rho=-0,189$; $p<0,05$).

Nous procédons à l'analyse bivariée de l'estime de soi globale et de ses sous-dimensions avec le nombre de séances de kinésithérapie esthétique. Nous constatons que la valeur p n'est pas significative pour les résultats issus du croisement du nombre de séances et le score du RSE et celui de la sous-échelle de l'autodépréciation. En revanche, l'association entre le nombre de séance et la sous-échelle de la confiance de soi est significative ($p<0,05$).



Graphique I : Le taux d'usagers présentant un manque de confiance en soi selon le nombre de séances

Selon le graphique I, nous voyons une diminution de l'effectif de personnes présentant une faible confiance en soi chez les usagers qui ont suivi plus de 15 séances.

Au regard des résultats, il n'y pas de lien significatif avec les données sociodémographiques des usagers et les scores obtenus à partir de l'HAD.

	Catégories	Résultat 1 Satisfaction liée à l'apparence	Résultat 2 Investissement dans l'apparence	Résultat 3 Pré- occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective du poids	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
Age	<30 ans	3,59 (1,09)*	3,42 (0,58)	2,96 (0,85)	2,25 (1,08)	3,50 (0,64)*
	>30 ans	3,01 (1,25)	3,33 (0,52)	3,08 (0,82)	3,04 (1,12)	3,23 (0,70)
Sexe	H	3,20 (1,04)	3,11 (0,51)	3,05 (0,67)	2,9 (0,96)	3,82 (0,39)
	F	3,17 (1,24)	3,36 (0,54)	3,05 (0,84)	3,11 (1,12)	3,28 (0,69)
Situation familiale	Marié	3,01 (1,26)	3,32 (0,52)	3,08 (0,89)	3,05 (1,08)	3,21 (0,68)
	Divorcé	3,41 (1,16)	3,42 (0,52)	3,02 (0,63)	3,30 (1,13)	3,48 (0,61)
	Célibataire	3,25 (1,24)	3,34 (0,29)	3,00 (0,86)	3,05 (1,15)	3,33 (0,75)
nombre d'accou- chement	≤ 2	3,26 (1,23)	3,35 (0,53)	2,99 (0,79)	3,11 (1,10)	3,32 (0,72)
	>2	3,11 (1,23)	3,12 (0,56)	3,11 (0,86)	3,05 (1,12)	3,31 (0,70)

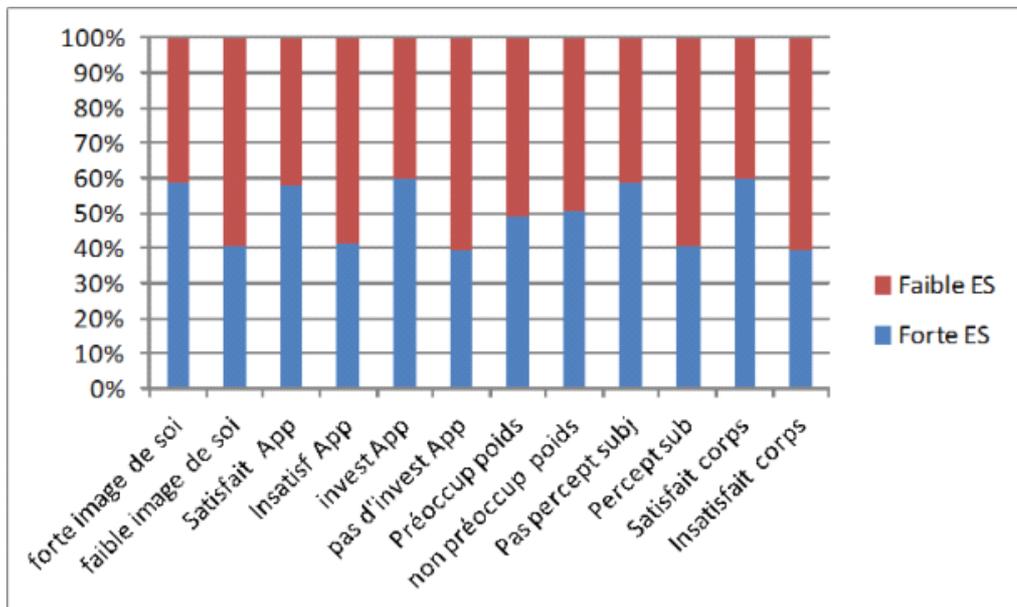
* $p \leq 0,05$

Tableau I : Association entre les variables socio-démographiques et les sous-dimensions du MBSRQ

En ce qui concerne l'image de soi, le score global de l'échelle du MBSRQ n'est pas dépendant des éléments socio-démographiques des usagers. Toutefois, nous notons une association significative entre l'âge et les sous-dimensions : Satisfaction de l'apparence ($p < 0,01$) et Satisfaction envers différentes parties du corps ($p < 0,05$).

2.1- Analyse bivariée des résultats des troubles émotionnels

Après avoir recherché les liens avec les données sociodémographiques, nous allons vérifier par la corrélation de Spearman, les relations entre les différents troubles déjà constatés afin de compléter le profil des usagers qui bénéficient de la kinésithérapie esthétique.



Graphique II : Répartition de l'échantillon selon l'image de soi et l'estime de soi

Il existe une corrélation significative entre l'estime de soi globale et le score du MBSRQ global (Tableau II). Le graphique II ci-dessous nous montre que la faible estime de soi touche près de 60% des usagers qui présentent une faible image de soi.

	MBSRQ global	Résultat 1 Satisfaction liée à l'apparence	Résultat 2 Investissement dans l'apparence	Résultat 3 Pré-occupation liée au poids	Résultat 4 Perception subjective du poids	Résultat 5 Satisfaction envers différentes parties du corps
RSE global	0,223*	0,161	0,201*	0,02	0,262*	0,293*
Confiance en soi	0,202*	0,158	0,148	0,016	0,233*	0,218*
Auto-dépréciation de soi	0,184	0,194*	0,216	0,105	0,238*	0,265*

* $p \leq 0,05$

Tableau II : Corrélation entre le RSE et le MBSRQ

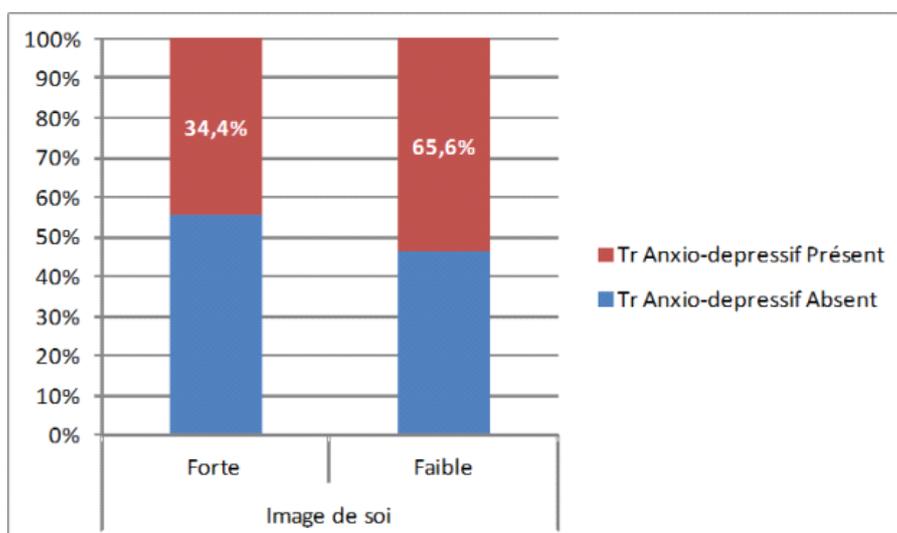
RSE / HAD

Variables	Modes	Auto-dépréciation de soi				Confiance en soi			
		négative	positive	rho	p	négative	positive	rho	p
Anxiété	Absente	8,6	59,6			15,6	52,7		
	Suspecte	8,7	2,9	0,727	<0,001	10,6	1	0,752	<0,001
	Avérée	19,2	1			20,1	0		
Dépression	Absente	10,6	58,7			14,4	54,8		
	Suspecte	6,7	2,9	0,658	<0,001	9,6	0	0,708	<0,001
	Avérée	19,2	1,9			20,2	1		

Tableau III : Analyse bivariée entre les sous-échelles du RSE et de l'HAD

L'anxiété et la dépression présentent une très forte association avec l'estime de soi ($\rho = 0,975$; $p < 0,001$). L'influence par rapport aux sous-échelles de l'estime de soi reste également très significative avec l'autodépréciation de soi et la confiance en soi (Tableau III). La comparaison des moyennes des deux tests est établie par le test t de *Student* ($t = 12,423$ (103) ; $p < 0,001$).

MBSRQ/ HAD



Graphique III : Répartition des résultats du MBSRQ global selon l'HAD global

Globalement, parmi les usagers qui ressentent une faible image de soi, 65,6% présentent un trouble anxiodépressif (Graphique III).

	MBSRQ global	Satisfaction liée à l'apparence	Investissement dans l'apparence	Pré-occupation liée au poids	Perception subjective du poids	Satisfaction envers différentes parties du corps
HAD global	0,208*	0,154	0,156	0,083	0,169	0,198*
Anxiété	0,267**	0,177	0,209*	0,054	0,22*	0,273**
Dépression	0,228*	0,17	0,17	0,061	0,183	0,196*

*p<0,05

Tableau IV : Corrélation entre le MBSRQ et le HAD

Le tableau IV nous indique qu'il existe une corrélation entre le MBSRQ global et l'HAD global et ses deux sous-dimensions. 11,6% présentent une association entre une dépression et une insatisfaction des différentes parties du corps. Parmi ceux qui présentent une anxiété, 10,6% ressentent une insatisfaction des différentes parties de son corps, 22,2% ont une perception subjective de leur corps et 10% ne s'investissent pas dans leur apparence.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude est de vérifier le profil des usagers de la kinésithérapie esthétique.

Au regard des différents résultats sociodémographiques, le profil de l'utilisateur est une femme âgée de 31 à 45 ans, mariée. Elle a quitté le milieu des études au lycée mais sans l'obtention du baccalauréat.

Les troubles émotionnels sont présents au sein de notre échantillon d'utilisateurs. Ce groupe de personnes présente une faible estime de soi associée à une faiblesse de la confiance en soi (44,2%) et/ou une autodépréciation de soi (36,6%). Cette perturbation émotionnelle touche globalement tous les niveaux d'étude. Certes les pré-baccalauréat sont plus touchés que ceux ayant un niveau d'étude baccalauréat et plus. Ceci s'explique sûrement par le manque de travail, car le statut social passe par le travail comme le précise le sociologue Gaulejac [31].

C'est par l'outil d'évaluation HAD que nous avons pu évaluer la présence et le niveau de l'anxiété et de la dépression. Au regard des résultats, il n'y a pas de lien significatif avec les données sociodémographiques des utilisateurs et les scores obtenus à partir de l'HAD. Par conséquent, nous ne pouvons établir de profil des utilisateurs présentant un trouble anxiodépressif.

La moyenne du score globale de l'HAD est inférieure à 14, elle ne se situe pas dans la plage des troubles anxiodépressifs. Toutefois, selon les seuils préconisés par Ibbotson et al. [25] Près d'un tiers des personnes présentent un trouble anxiodépressif, ce qui nous semble important. Il serait pertinent de comparer ce taux à celui d'un groupe contrôle. Selon les seuils de Zigmond et Snaith [32], les moyennes, les médianes et les modes sont dans la plage d'absence de troubles. Pourtant, les sous-échelles nous indiquent que le trouble anxieux concerne plus d'un tiers des utilisateurs dont 21,1% présente un trouble avéré. A propos de la dépression nous retrouvons la même proportion que celle de l'anxiété. Comme pour l'estime de soi, les moyennes des deux sous-échelles sont proches, ce qui veut dire que ces deux troubles vont de pair. De plus, nous retrouvons un lien très étroit entre les résultats de l'estime de soi et ceux des troubles anxiodépressifs, par une forte corrélation significative.

L'image de soi globale et les sous-dimensions de l'échelle du MBSRQ ne sont pas dépendantes des éléments sociodémographiques. Nous ne pouvons confirmer aucune association entre les éléments sociodémographiques et les troubles constatés par le test MBSRQ.

Globalement les utilisateurs présentent une moyenne traduisant une forte image de soi (3,20

sur une échelle de 5), mais elle reste inférieure à la médiane de surcroît avec un mode (= 2,12) des résultats de cette enquête très bas, ce qui montre clairement une faible image de soi. Nous retrouvons cette analyse similaire pour les sous-échelles de la satisfaction de l'apparence du corps et la perception subjective du poids du corps (graphique II). Respectivement l'effectif des modes de ces deux dernières sous-échelles est de 29 et 24, ce qui semble important comparé aux autres sous-échelles. Aussi, nous considérons que la faible image de soi globale est provoquée essentiellement par l'insatisfaction des usagers de leur apparence et de la mauvaise perception du poids de leur corps.

Globalement, plus de la moitié des individus présentent en effet une insatisfaction de leurs propres apparences avec une moyenne à 3,3. La même proportion environ des usagers de la kinésithérapie esthétique présentent une perception subjective de leur corps, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas une image réelle des différentes parties de leur corps. Il est possible que cette perception subjective du poids du corps soit à l'origine de l'insatisfaction de l'apparence. L'ensemble de ces deux troubles provoque une perturbation de l'image de soi. Ce ressenti est certainement à l'origine de la décision d'entamer des séances de kinésithérapie esthétique, mais faut-il encore que l'utilisateur pousse la porte d'une psychologue pour coordonner la prise en charge psychosomatique.

Une association entre le MBSRQ global et le RSA global est significative. Cette relation est également réelle entre les sous-dimensions du RSE avec certaines du MBSRQ et en particulier avec la perception subjective et la satisfaction des parties du corps.

De même, l'association entre le MSBRQ global et les résultats du questionnaire HAD global est significative. Il en ressort que près des $\frac{3}{4}$ des personnes qui présentent une faible image de soi présentent aussi un symptôme anxiodépressif, soit 20,2% de l'échantillon total. De même, le sentiment de l'insatisfaction des différentes parties du corps est accompagné d'un trouble anxiodépressif.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de notre étude, cette perception inexacte de son propre poids du corps est un trouble qui peut entraîner l'utilisateur vers des anomalies graves telles que les troubles du comportement alimentaire (TCA), par exemple. C'est pourquoi, nous mettons en évidence cet élément car le kinésithérapeute est amené à être vigilant face au motif de consultation où une personne demandant des soins d'amincissement alors que celle-ci présente un indice de masse corporelle faible, voire proche de l'anorexie. Parfois, devant un usager qui a une perception erronée de son corps, le praticien peut agir efficacement sur la silhouette, mais l'utilisateur, du fait de la présence de ce trouble

émotionnel, manifestera toujours une insatisfaction corporelle et ce quel que soient les résultats physiques obtenus.

Dans notre étude, nous pouvons retenir qu'une proportion non négligeable des usagers de la kinésithérapie esthétique présente des troubles émotionnels. Ces troubles sont différents et peuvent s'aggraver à tout moment. Le kinésithérapeute est alors amené à être vigilant quant au comportement et à l'humeur de l'utilisateur.

Les résultats de notre recherche nous permettent de dessiner le profil de l'utilisateur touché par la faiblesse de son estime de soi. Ce dernier n'a généralement pas confiance en lui et présente une mauvaise appréciation de lui-même. Ce dernier trouble vise essentiellement les personnes de plus de 30 ans. L'ensemble de ces dysfonctionnements est retrouvé particulièrement chez les personnes de niveau d'étude inférieur au baccalauréat.

Ces usagers présentent souvent un symptôme anxiodépressif associé. Il est parfois accompagné d'une faible image de soi. Celle-ci s'explique par une perception subjective de son propre corps, c'est-à-dire une surestimation ou une sous-estimation de son apparence physique.

CONCLUSION

En l'absence d'études associant l'aspect psychologique et la kinésithérapie esthétique, il nous a semblé pertinent de répondre à nos interrogations quant aux troubles émotionnels des usagers de la kinésithérapie esthétique. Nos résultats nous apprennent, que pour nous, kinésithérapeutes, il est grand temps de s'ouvrir à l'interprétation de l'impalpable état émotionnel.

Nous avons pu observer que près de 20% des usagers présentaient un syndrome anxiodépressif avéré qui repose sur une faible estime de soi (près de 40%) et une faible image de soi (50%) . Cette dernière se traduit tout particulièrement par une perturbation de la perception du poids du corps et par une insatisfaction des différentes parties du corps.

Ce travail de recherche a permis de montrer la proportion de personnes qui présente des troubles émotionnels parmi les usagers de la kinésithérapie esthétique. Cette proportion est féminine, globalement âgée de plus de 30 ans et concerne particulièrement les moins instruits. L'établissement de ce profil nous permet d'identifier les facteurs de prédilection à ces troubles. De plus, il a été démontré que

l'anxiété et la dépression sont de bons facteurs dans la prédiction d'entreprendre une démarche de soins ou chirurgie esthétique [33].

Par un manquement de formation, nous pouvons penser que le kinésithérapeute peut être démuni devant ces troubles émotionnels. C'est pourquoi, une collaboration étroite avec un psychologue s'impose. Les résultats de notre étude témoignent d'une nécessité de la kinésithérapie à s'ouvrir vers d'autres disciplines et d'autres professionnels. La conjugaison des pratiques kinésithérapiques et psychologiques permettrait une prise en charge globale et complète de l'usager, mais surtout d'éviter à l'usager de s'enfoncer dans une aggravation de l'état psychologique de l'usager qui, de part cette complication, deviendrait alors un patient.

Des études ultérieures sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles, sur des échantillons plus conséquents, devraient permettre d'affiner les résultats de cette étude afin de proposer aux usagers une meilleure prise en charge et pour les kinésithérapeutes une formation et des moyens adaptés pour parfaire les techniques physiques et accompagner au mieux les troubles émotionnels liés à l'image du corps des usagers.

BIBLIOGRAPHIE :

[1] Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body Image: Gender, Ethnic, and Age differences. *The Journal of Social Psychology, 140*(4), 465-472

[2] Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research, 5*, 907-916.

[3] Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effect of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth Adolescence, 40*(1), 59-71. doi : 10.1007/s 10964-009-9500-2.

[4] Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(2), 255-262. doi: 10.1111/1469-7610.00319.

[5] Ledoux, M., Mongneau, L. & Rivard, M. (2002). Poids et image corporelle, dans *Enquête Sociale et de santé des enfants et adolescents québécois 1999* (pp. 311-344). Québec : Institut de la statistique du Québec.

[6] Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel [the assessment of self-esteem in the physical domain]. *STAPS*,

51, 35-48.

[7] Hegel, F. (1979). *Esthétique* (4 vo1.), trad. Jankélévitch, Paris, Flammarion

[8] Sciangula, A., & Morry, M.M. (2009). Self-esteem and perceived regard: How I see myself affects my relationship satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 149, 143-158.

[9] Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: How perceived regard regulates attachment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 478 – 498.

[10] Biddle, S.J.H., & Goudas, M. (1994). Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*, 2-3, 135-144.

[11]Cooley, C.H. (1964). *Human Nature & the Social Order*, éd. rév. New York: Schocken Books, 444 p.

[12] Cash, TF. (2002). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.

[13]Plutchik R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist*, 89:344–350.

[14]Ekman, P., & Friesen, W.V. (1971). Constants across culture in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.

[15] Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156-176. doi:10.1037/0033-2909.107.2.156

[16] Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102(1), 122-138. Tiré de <http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~perلمان/papers/Self/PyszcznskiGreenbergSelfRegPersev1987.pdf>.

[17] Sinko, K., Jagsch, R., Benes, B., Millesi, G., Fischmeister, F., & Ewers, R. (2012). Facial aesthetics and the assignment of personality traits before and after orthognathic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(4), 469-476. doi: 10.1016/j.ijom.2011.10.026

[18] Kim, S.J., Kim, M.R., Shin, S.W., Chun, Y.S., & Kim, E.J. (2009). Evaluation on the psychosocial status of orthognathic surgery patients. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 108(6), 828-832. doi:10.1016/j.tripleo.2009.07.044.

[19] Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79

[20] Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 936-940.

[21] Dove, N.L., & Wiederman, W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*, 67-78. doi:10.1080/009262300278650

[22] Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New-York: Basic, 319 p.

[23] Vallières E., Vallerand R., (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, *International Journal of Psychology, 25*, 305-316.

[24] Fekih-Romdhane, F., Homri W., Mrabet, A., et Labbane, R. (2016). Facteurs prédictifs du fonctionnement chez les patients bipolaires de type 1 en période de rémission, *Pan Afr Med Journal, 25* : 66.

[25] Ibbotson, T., Maguire, P., Srby, P., Priestman, T. Wallace L. (1994). Screening for anxiety and dépression in cancer patients : the effects of disease and treatment, *EurJ Cancer, 30A (1)* : 37-40.

[26] Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., Rasclé, N. (2009a). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale. *Néphrologie & Thérapeutique, 5*, 193-200. doi:10.1016/j.nephro.2009.01.007.

[27] Brown T.A., Cash T.F., & Mikulka P.J. (1990) Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 135-144.

[28] Cash T.F. (2000) *The MBSRQ Users' Manual. 3rd edition*. Norfolk, Virginia. USA: Old Dominion University; Unpublished manual.

[29] Untas, A., Koleck, M., Rasclé, N. (2009b). Psychometric properties of the french adaptation of the multidimensional body self relations questionnaire—appearance scales. *Psychological reports, , 105*, 461-471.

[30] Gaulejac, V. de ; Taboada Leonetti, I. (1994). *La lutte des places*, Paris, Épi

[31] Zigmond A.S, Snaith R.P, (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand. ; 67 (6)* :361-70.

[32] Von Soest T., Kvalem I.L., Wichstrøm L., (2012). Predictors of Cosmetic Surgery and Its Effects on Psychological Factors and Mental Health: A Population-Based Follow-Up Study Among Norwegian Females, *Psychological medicine, Volume 42*, Issue 3, pp. 617-626.

