

Disponible sur
JA3P

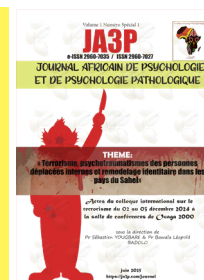
Journal Africain de Psychologie et Psychologie Pathologique

ISSN: 2960-7027 / e-ISSN: 2960-7035

site web: <https://ja3p.com/journal> / e-mail: infos@ja3p.com

BP: 01 BP 6884 CNT Ouaga 10040 Ouagadougou

Burkina Faso



Article original

Auto-perception Postopératoire et Traumatisme Maxillo-faciale

Youssoufou Nabassaga*

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

Pour citer

Nabassaga, Y. (2025). Auto-perception postopératoire et traumatisme maxillo-faciale Postoperative self-perception and maxillofacial trauma. *Journal Africain de psychologie et de Psychologie Pathologique*, 1(1), p.146-158. [Numéro spécial: Terrorisme, psychotraumatismes des personnes déplacées internes et remodelage identitaire dans les pays du Sahel]

Mots clés: phobie sociale, estime de soi, maxillo-faciale, postopératoire, traumatisme

RÉSUMÉ

Le visage humain est un élément central dans les relations humaines et essentiel aux interactions. Toute atteinte de son intégrité physique peut affecter négativement le système relationnel. La présente recherche questionne le vécu affectif et relationnel des patients en lien avec la satisfaction postopératoire. Pour ce faire, elle évalue le modèle explicatif de l'événement traumatique, l'estime de soi et la phobie sociale des patients en contexte postopératoire suite à un traumatisme maxillo-facial. L'étude adopte une approche qualitative clinique. Le cadre de collecte de données est le Service d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO). Cinq (5) participants victimes de traumatismes maxillo-faciaux sélectionnés par tirage au sort et ayant bénéficiés d'une prise en charge chirurgicale en constituent l'échantillon. Les outils de collecte comprennent un guide d'entretien clinique de recherche, l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg et l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz. L'analyse de contenu et l'analyse normative sont utilisées. Nous observons que le modèle explicatif n'influence pas forcément la satisfaction postopératoire. La bonne satisfaction postopératoire exempte le sujet post-opéré de phobie sociale. À l'opposé, la non-satisfaction postopératoire est source de phobie sociale.

* Auteur correspondant.

E-mail: yousif.naba@gmail.com (Youssoufou Nabassaga)

<https://doi.org/10.2025/ja3p.v1.s1.7>

ABSTRACT

Mots clés: *social phobia, self-esteem, maxillofacial, postoprative, trauma*

The human face is important for human relationships and essential to interactions. Any infringement of its physical integrity can negatively affect the relation system. The goal of this research is to study the emotional and relational experiences of patients about their postoperative satisfaction. To this end, it is evaluated the explanatory model of the traumatic event, the self-esteem and the social phobia of patients in the postoperative context after maxillofacial trauma. The data was collected in the Odontostomatology and maxillofacial surgery department of Yalgado Ouédraogo University Hospital Center. As sample, five (5) patients victims of maxillofacial trauma after surgical treatment were selected by random draw. As collecting tools, we used a clinical research interview guide, the Rosenberg Self-esteem Scale, and the Liebowitz Social Anxiety Scale. Content analysis and normative analysis are used too. We observe that rational, irrational or integrated explanatory models do not necessarily imply good or bad postoperative satisfaction. The good postoperative satisfaction can exempt the individual from social phobia. Inversely, its dissatisfaction can provoke social phobia.

L'auto-perception désigne l'action qui consiste pour un individu de se percevoir soi-même. Selon Fifi et Ranely-Verge-Depre (2017), le mot perception vient latin « perceptum ». Il désigne la connaissance que prend le sujet de ses états de conscience. Le concept de perception de soi ou encore l'auto-perception quant à lui, « désignerait l'estimation qu'a chacun, au fond de lui-même, de sa propre valeur » (p.7).

Étymologiquement le mot trauma est d'origine grecque et désigne la blessure. Le mot traumatisme quant à lui dérive également du grec « traumatismos » c'est-à-dire blesser. Le traumatisme est l'ensemble de « troubles provoqués dans l'organisme par une lésion, une blessure grave ». C'est également un « choc émotionnel très violent » (Le Fur et al., 2010, p.435). Le visage est l'une des parties les plus touchées lors des accidents. Sa spécificité et son importance ont forgé plusieurs spécialités dans la médecine moderne. C'est ainsi que le domaine de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale constitue une spécialité médicale et chirurgicale prenant en charge les affections de la cavité buccale et de la sphère cranio-maxillo-faciale. Pour ce qui est de la notion du maxillo-facial, disons qu'il s'agit d'un adjectif qui désigne la région qui englobe la partie antérieure et inférieure de la tête. C'est le centre de la vie de relation car impliquée dans l'expression du sentiment (mimique) et de la perception des sensations gustatives, olfactives, visuelles et auditives (Domart et al., 1989). Quant à la notion de traumatisme maxillo-faciale, comme le disent Payen et Bettega (1999), elle s'intéresse par définition aux structures faciales situées entre la ligne capillaire en haut et la pointe du menton en bas.

Herve (2011), souligne que depuis 1968 une étude réalisée en Belgique montrait déjà une augmentation de 300% dans la fréquence de la survenue des traumatismes faciaux, ainsi qu'une incidence globale inférieure à 1% des traumatisés. Mais 20 ans plus tard, cette incidence était passée à 8%. En plus, 25% des polytraumatisés avaient un traumatisme maxillo-facial. Si plusieurs causes sont impliquées dans les traumatismes faciaux, il reste que la plupart sont imputables aux accidents de la voie publique (60%) suivis des accidents domestiques (32% de chute). Les rixes, les agressions, la pratique du sport et les accidents de travail sont

à prendre en compte. Mais à titre indicatif, les fracas faciaux sont plus liés aux accidents de la route, les fractures dentaires et mandibulaires quant à elles sont dus aux agressions et aux chutes. Les traumatismes balistiques sont dus aux conflits armés, les tentatives d'autolyse par armes à feu ou par défenestration ainsi que les manœuvres d'homicides sont également causes de traumatismes maxillo-faciaux. Pour ce qui concerne le cas spécifique des traumatismes maxillo-faciaux par accident de la circulation routière impliquant les engins à deux roues. L'on a pu montrer l'ampleur de la situation avec 84,24% des motifs de consultation dans le service de traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Les motocyclistes étaient concernés à 80,70%, les travailleurs du secteur informel à 43,48% et les jeunes personnes de sexe masculin à 84,35%. Le zygoma était l'os le plus atteint avec un taux de 49,46% (Konsem et al., 2018).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946), la santé est un état complet de bien-être physique, mental, sociale. Elle ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. La région maxillo-faciale étant le centre de la vie des relations, toute atteinte traumatique ou chirurgicale la concernant pourrait affecter l'intégrité du schéma corporel. En fait le visage humain, élément incontournable dans les interactions humaines, est composé de plusieurs parties dont chacune joue un rôle à la fois fonctionnel et esthétique. C'est grâce à lui que nos émotions sont exprimées et transmises à l'autre. Aussi, à travers le visage l'on peut évoquer la dimension narcissique de l'être humain, qui s'auto-observe grâce à son reflet, se compare à autrui, s'admire ou s'autocensure. Ce faisant chacun des éléments qui le composent fait l'objet d'investissement particulier. Dans une telle situation, le rôle de la chirurgie maxillo-faciale se trouve à deux niveaux. D'abord il s'agit de prendre en charge le sujet traumatisé, reconstituer une intégrité perdue. Autrement dit, c'est de sauver la vie en réparant un corps endommagé puis accompagner le patient jusqu'à la cicatrisation complète. Deuxièmement, il est question de redonner à ce visage sa symétrie d'antan et sans séquelle de sorte que l'individu puisse conserver son image en tant qu'objet d'investissement. Nous sommes ici dans le cadre d'une chirurgie esthétique dont l'objectif est de redonner à un sujet un visage reluisant, celui longtemps utilisé dans les relations sociales. Selon Konsem (2022)¹, certains patients, mécontents de leur visage postopératoire, exigent du personnel soignant qu'il leur redonne leur apparence préopératoire. C'est-à-dire un visage digne d'un investissement narcissique. Par ailleurs un stage effectué au Département d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), nous a donné l'occasion d'observer des comportements de détresse à la fois en situation préopératoire que postopératoire. En préopératoire, on se rend compte que même au sein d'une même formation sanitaire le patient peut avoir l'air désespéré du fait de la multiplicité des services qui doivent s'intéresser à son cas avant l'acte chirurgical. L'insuffisance ou l'absence de certaines prestations (imagerie médicale, analyse sanguine), indispensables à l'appréciation de l'état du traumatisé, peut nécessiter des déplacements excessifs et pénibles de ce dernier hors du centre. En plus, la notion de douleur physique éprouve la grande majorité des malades. Il y a le risque que le niveau de l'hygiène corporelle et vestimentaire soit affecté. Le camouflage de la face soit par un masque ou d'autres moyens comme le voile est souvent constaté. Face à l'annonce de certains diagnostics (multiples fractures des os de la face, la perte probable ou constatée de matière ou d'organe), le sujet peut manifester un désarroi, une détresse témoignant d'une souffrance psychique. Cela se laisse voir surtout quand des échanges s'engagent entre chirurgiens ou entre chirurgiens et étudiants en rapport avec la situation du malade. Enfin, on a pu observer que la notion d'anesthésie engendre de l'angoisse chez bon nombre des malades. En postopératoire l'état général de certains sujets peut ne pas être favorable au confort tant attendu. En effet, on a des patients utilisant uniquement la bouche pour respirer en attendant une prochaine intervention corrective pour donner au nez son pouvoir ventilatoire. Pendant que

¹ Echanges lors d'une soutenance de master de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Joseph Ki-Zerbo

certaines sujets se plaignent d'une sensation de présence de corps étranger dans la bouche (due à la suture), d'autres subissent un écoulement continue de la salive car connaissant une gêne à la déglutition. Il y a pour certains la prescription d'une alimentation liquide ou pâteuse sur plusieurs jours. Des symptômes comme la perturbation du sommeil est souvent observé. Enfin, une application de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D) montrent des scores élevés pouvant aller jusqu'à onze (11) pour l'anxiété et dix-neuf (19) pour la dépression. Ce qui est indicateur de la présence de symptomatologie certaine d'anxiété et de dépression chez ces sujets post-opérés. En somme, l'on se rend compte que la notion d'insatisfaction postopératoire s'invite dans la pensée non seulement des patients et leurs entourages mais également des praticiens. Notre question de recherche concerne le vécu psychologique postopératoire du traumatisé maxillo-facial.

Pham et Barthélémy (2021), indiquent que le massif facial est exposé à de multiples traumatismes pouvant être cutanés, mais aussi au niveau des tissus profonds, osseux ou dentaire. Cinq (5) catégories de séquelles sont à noter : les séquelles fonctionnelles, neurologiques, douloureuses, esthétiques et psychologiques. Battini (2013), conclut que grâce à la chirurgie orthognatique le sujet peut bénéficier d'un meilleur regard sur lui-même et d'investir davantage la sphère relationnelle. Il y a une modification à court terme de la personnalité mais avec une tendance à la correction plus tard. Chez les sujets insatisfaits, une plus forte morbidité psychique nécessitant une prise en charge adéquate est à déplorer. Aussi en amont, un cas d'insatisfaction n'est pas d'emblée perceptible. C'est en aval qu'on peut avoir l'existence de piste.

En rappel, le thème de la présente étude est l'auto-perception postopératoire et traumatisme maxillo-facial. Mais de façon spécifique nous nous interrogeons sur le fonctionnement affectif et relationnel du sujet post-opéré au sein de sa société.

Notre objectif général vise à étudier l'auto-perception postopératoire chez le sujet victime de traumatisme maxillo-facial. Mais trois (3) objectifs spécifiques sont à prendre en compte. Le premier vise à élucider le modèle explicatif de l'évènement traumatique. Le deuxième cherche à évaluer l'estime du soi. Enfin, le troisième ambitionne l'évaluation de la phobie sociale.

Comme type d'étude, nous allons adopter une approche qualitative clinique. Autrement dit la collecte de données va s'opérer à travers une étude de cinq (5) cas cliniques.

Méthodologie

Le cadre de l'étude

Dans l'optique de mener à bien notre travail de recherche, il nous convient de le circonscrire dans un espace favorable à son bon déroulement. Pour cela nous optons pour cadre d'étude la ville la plus peuplée de notre pays à savoir celle de Ouagadougou. Capitale du Burkina-Faso, elle se situe dans la région du centre dont elle est le chef-lieu. Également Chef-lieu de province à savoir celle du Kadiogo, elle constitue à elle seule une commune, celle de Ouagadougou. Mais de façon précise, c'est le CHU-YO qui à travers son Département d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, nous accueille pour la collecte de données.

Les participants et procédure de sélection

Pour prendre part à cette étude l'individu doit réunir cinq (5) critères. D'abord, il doit avoir été victime d'un traumatisme touchant la sphère maxillo-faciale. Deuxièmement il doit avoir bénéficié d'une opération chirurgicale dans ce sens. Troisièmement, il doit avoir fait ses

contrôles postopératoires régulièrement au CHU-YO. Quatrièmement, nous devons être présent à son contrôle pour être témoin de ses interactions avec les médecins afin de nous assurer de sa capacité à prendre part à la collecte. Autrement dit le sujet post-opéré doit avoir cicatrisé de ses plaies traumatiques et chirurgicaux. Il ne devra plus présenter de trace de fil de suture au niveau de la face, et est capable de parler à haute et intelligible voix. Enfin, le dernier critère est que l'individu doit avoir lu et approuvé par sa signature le formulaire du consentement éclairé. Pour ce qui est de la technique de sélection, s'agit d'un tirage au sort appliqué aux dossiers des sujets enquêtés.

Méthode de collecte des données

La collecte a eu lieu du 29 novembre 2023 au 19 mai 2024 au CHU-YO. Son déroulement a nécessité le recours d'un guide d'entretien semi-directif (entretien clinique de recherche), d'une échelle d'estime de soi (Rosenberg Self-Esteem Scale) et d'une échelle de phobie sociale (Leibowitz social anxiety scale). Avec l'accord des patients, les entretiens sont enregistrés grâce à un dictaphone en plus de la prise de note.

Méthode d'analyse des données

Pour ce qui est du modèle d'analyse, il est basé sur deux (2) techniques que sont l'analyse de contenu et l'analyse normative. Concrètement, les informations fournies par le guide d'entretien seront soumises à l'analyse de contenu alors que celles obtenues par le biais des échelles sont traitées grâce à une analyse normative. Il s'agit ici d'exposer les données cliniques obtenues grâce à l'entretien clinique et à l'observation qu'il inclut, de même que celles fournies par les échelles. Pour cela, nous allons dans un premier temps procéder à une analyse du verbatim du sujet qui va permettre de comprendre les circonstances de son accident et l'explication qu'il donne à sa situation traumatique. Dans un second temps nous procéderons à l'analyse des données livrées par les échelles grâce aux valeurs de référence établies par leurs auteurs.

Précaution éthique et déontologie

Pour cette recherche, nous avons choisi d'attribuer à nos participants des pseudonymes afin de pouvoir garder l'anonymat. Nous avons conduit les différents entretiens et passations d'échelles dans une salle neutre. Avec une position de face-à-face, nous entamons l'entretien semi-directif avant d'aborder les échelles. Nous avons préféré l'option de l'auto-évaluation à l'endroit des patients qui savent lire et qui comprennent nos outils. Pour ceux qui ne savent pas lire ou encore présentent des difficultés dans la compréhension des items, l'option de l'hétéro-évaluation est utilisée. En cas de contre temps, un deuxième rendez-vous est sollicité selon la disponibilité de l'intéressé.

Résultats

Résultats du cas Wendpuyré

Présentation du cas

Issu d'une famille polygame, Wendpuyré est un sujet de sexe masculin âgé de 42 ans. Il est l'aîné d'une fratrie de sept (7) enfants, et est lui-même père de trois (3) garçons. Il s'agit d'un professionnel de l'enseignement secondaire exerçant en province. Alors qu'il allait au

restaurant sur sa moto en compagnie de son ami, il a été percuté à un carrefour par un autre motocycliste qui avait ignoré le feu tricolore. Atteint au niveau de la face, il sera transporté par l'ambulance au CHU-YO où il a été reçu au service des urgences traumatologiques. C'est après un examen physique complété par l'imagerie médicale, qu'il a été transféré au Département d'Odontostomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, où l'intervention chirurgicale a été effectuée.

Analyse du cas

Du point de vue du modèle explicatif, le patient fait preuve d'une explication à la fois surnaturelle et rationnelle. En effet, « c'est la volonté de Dieu ». Aussi, « c'est naturel, on ne peut pas jeter la faute à quelqu'un ». Par rapport à l'estime de soi, il marque un score de 37. Il s'agit donc d'une estime de soi forte. Relativement à la phobie sociale, il obtient un score de 42. Ce qui souligne l'absence de phobie sociale chez ce post-opéré.

Résultats de Safiou

Présentation du cas

Notre deuxième sujet est de sexe féminin et est âgé de 38 ans. Dernière-née de la famille, elle est la cinquième de sa mère et onzième de la famille. C'est une personne divorcée après neuf (9) ans de vie de couple. Titulaire de Baccalauréat série G2, elle est aujourd'hui secrétaire-comptable dans une entreprise de location de matériel événementiel. Le 23 octobre 2023, alors qu'elle se rendait à son lieu de travail sur sa moto, elle est renversée par une mototaxi (tricycle). Elle est transportée au Centre Médical Avec Antenne Chirurgicale "Schiphra" à bord d'une voiture personnelle par sa tante. À l'issue d'examens approfondis, elle va y être opérée avec succès par une équipe de médecins chirurgiens maxillo-faciaux vacataires. Elle sera par la suite reversée au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-YO pour le suivi postopératoire.

Analyse du cas

Concernant l'explication de son événement traumatique, elle montre un modèle rationnel. Il s'agit pour le sujet d'un accident de la circulation routière, autrement dit qui peut survenir à tout moment et concerner n'importe qui. Il n'y a donc pas lieu de d'accuser autrui dans la survenue de cette situation traumatique. Elle dit à ce sujet, « est-ce que c'est quelqu'un qui a fait ? ». Relativement à l'estime de soi le score est de 40 (score maximal). Nous sommes donc en situation d'une estime de soi très forte. Pour ce qui concerne la phobie sociale on a un score de 44. Cela est indicateur d'une absence de phobie sociale.

Résultats de Miminah

Présentation du cas

Elève en classe de troisième, il s'agit d'une patiente de quinze (15) ans vivant dans le quartier Tampouy de la ville de Ouagadougou. Elle est descendante d'une famille monogame et est la dernière d'une fratrie de trois (3) enfants dont deux (2) filles et un garçon. Son père est ingénieur chimiste et sa mère ménagère, mène également le petit commerce. Sur sa bicyclette, mademoiselle Miminah se rendait matinalement à l'école lorsqu'elle a été heurtée par un motocycliste. Elle est transportée en voiture par un voisin de son quartier vers le centre médical le plus proche (Centre Médical Avec Antenne Chirurgicale Paul VI). Une première prise

en charge y est faite en urgence pour la survie du sujet traumatisé. Ce n'est que plusieurs mois après la cicatrisation et surtout de préparation financière, que ses parents ont entamé des démarches pour une nouvelle intervention afin qu'elle puisse retrouver la symétrie de sa face. Pour cela elle se rend d'abord au CMA Schiphra pour recueillir des renseignements à ce propos. Finalement c'est au CHU-YO et à travers son service de chirurgie maxillo-faciale que son intervention sera effectuée.

Analyse du cas

Sur le plan de l'explication, Miminah pense que cet événement traumatique est arrivé accidentellement. Elle n'est donc pas imputable à autrui ni à aucune force quelconque. Pour elle, « comme on le dit, c'est un accident ». Le modèle explicatif ici est rationnel.

Au niveau de l'estime de soi la patiente a un score 28. Ce qui témoigne d'une estime de soi faible. Du point de vue de la phobie sociale elle marque un score de 90, phobie sociale sévère.

Résultats de Wendkuni

Présentation du cas

Sujet âgé de 30 ans, il est de sexe masculin et travaillant comme orpailleur. Ancien élève de l'école arabe, il ne sait ni lire ni écrire en français. Il est marié avec deux (2) enfants dont une fille et un garçon. Son père monogame n'avait eu qu'un seul enfant (Wendkuni). Forgeron de son état et originaire de la région du nord, il s'était retrouvé dans les mines d'or artisanales de la zone de Houndé dans souci d'engranger des revenus bien meilleurs. Pendant qu'il était sur sa moto, il entre en collision avec un autre motocycliste venant du sens opposé. Il perd connaissance et est admis au centre de santé pour des soins. Mais vu la gravité de son état, il sera évacué vers le CMA de Boromo. Puis il est par la suite conduit au CHU-YO où on l'hospitalise dans le service des urgences traumatologiques. Affecté profondément au niveau du visage il est finalement transféré dans le Service de Chirurgie Maxillo-Faciale pour des réparations.

Analyse du cas

Pour ce qui est de l'explication de sa mésaventure, il s'en tient au créateur, Dieu. Aussi, « vu l'ampleur de l'accident je m'interroge » sur les causes, dit-il. L'explication est bien ici irrationnelle. Il rappellera également que de façon récurrente il est victime d'accidents de circulation et dans des conditions pas très bien explicables. En termes d'estime de soi le sujet acquiert un score de 37, c'est-à-dire une estime de soi forte. Mais en matière de phobie sociale il réalise un score de 17, toute chose qui prouve qu'il ne vit pas de phobie sociale malgré son vécu traumatique.

Résultats de Julio

Présentation du cas

Agé de 19 ans, Julio est un sujet de sexe masculin issu d'une famille polygame. Il est l'aîné de sa mère sur un total de six (6) enfants (garçons). Déscolarisé dès la classe de 4e, il est célibataire et exerce actuellement comme employé de commerce dans la ville de Boromo. En fait originaire du Yatenga son village avait été déguerpi par des hommes armés

non identifiés. C'est ce qui a précipité son départ pour l'aventure. Il a été victime d'un accident de circulation routière impliquant sa moto contre une autre alors qu'il rentrait dans la ville de Boromo. Admis urgemment au CMA de Boromo, il sera évacué au CHU-YO le même jour précisément au service des urgences traumatologiques. Les investigations menées surplace révèlent des fractures qui concernent les os de la face du patient. C'est ainsi que ses parents négocient son transfert vers une clinique privée où son intervention a pu se tenir. À l'issue de l'opération il est encore orienté au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-YO pour son suivi postopératoire.

Analyse du cas

Comme explication, Julio n'hésite pas à souligner la mauvaise réputation de cette partie de la route où son accident a eu lieu. Il indique que les situations accidentelles y sont récurrentes et que des autocars y ont percuté à plusieurs reprises mortellement et de façon incompréhensible des usagers. Il aurait une présence surnaturelle sur le lieu qui ne cesse de commanditer ces événements malheureux. Le sujet ajoute que pour bénéficier de la clémence de ces esprits, « les propriétaires terriens avait même réclamé un bœuf blanc » afin d'effectuer des rites selon la tradition. Par rapport à l'estime de soi ce sujet post-opéré obtient le score de 33 qui est indicateur d'une estime de soi moyenne.

Pour ce qui concerne la phobie sociale il a 62 comme score. Il s'agit ici d'une phobie sociale modérée.

Synthèse des cas cliniques

Du point de vu de l'explication de l'évènement traumatique, le sujet Wendpuyré avance à la fois des causes surnaturelle (Dieu) et rationnelle (le hasard), il s'agit du modèle intégré dans l'explication de l'évènement. Safiou quant à elle évoque une cause rationnelle. C'est-à-dire une situation accidentelle, induite à la volonté de l'homme. Tout comme le précédent, Miminah fait preuve d'une explication rationnelle. Il s'agit d'un accident donc qui échappe au contrôle de la victime. En évoquant l'histoire des différents accidents dont il a été victime, Wendkuni pense que sa situation est due à des forces agissant dans l'ombre. Julio quant à lui, pointe du doigt une force surnaturelle. Il s'agit d'une route qui traverse une zone hantée occasionnant des nombreux accidents. Pour ce qui concerne l'estime de soi évaluée en phase postopératoire, Wendpuyré et Wendkuni présentent chacun une estime de soi forte. Les sujets Safiou, Miminah et Julio montre respectivement une estime soi très forte, faible et moyenne. Enfin par rapport à la phobie sociale, Wendpuyré, Safiou et Wenkuni ne montrent pas de signe de phobie sociale dans la période postopératoire. Par contre Miminah et Julio font preuve respectivement d'une phobie sociale sévère et modérée.

Interprétation psychopathologique

Les mauvais scores de l'estime de soi et de phobie sociale constatés chez certains sujets post-opérés sont évocateurs d'une souffrance interne. En effet, à travers le vécu de la douleur, les informations consignées dans le carnet de santé du malade ainsi que le résultat des examens d'imagerie (radiographie, scanner), le sujet peut plus ou moins avoir une idée de la nature et de l'ampleur du traumatisme affectant son visage. Cette conscience de son état fait appel à la notion d'un visage pathologique c'est-à-dire différent des autres parties du corps. En effet, relativement à la maladie du corps physique, Pedinielli (2005), soulignait que « l'autonomie de l'organe confronte le sujet à un risque de morcellement avec lequel il doit lutter » (p.81-82). Il y a par conséquent à l'endroit de cet organe, la notion du phénomène de clivage entre ce qui est

mauvais et ce qui est bon. Le domaine identitaire peut être impacté par le sentiment d'avoir été diminué quantitativement et qualitativement. C'est ainsi que pourrait survenir le phénomène de clivage du moi. C'est-à-dire un moi préopératoire qui est celui accepté voire investi, contre un moi postopératoire qui lui est haï.

Pour Gaffiot (1934), la malformation du visage et la défiguration sont des situations qui suscitent l'idée de la monstruosité aussi bien sur au niveau intrapsychique qu'intersubjectif. En effet, à travers les fantasmes inconscients, les représentations sociales collectives, les propos des patients, leur entourage et des soignants, la catégorie du monstrueux ne cesse de marquer les esprits. Le terme monstre fait ici référence à son sens classique et étymologique de signe et de fait prodigieux. Il dérive du latin « moneo » qui veut dire avertir, donner un avertissement.

Selon Demeule (2015), dans la clinique de la monstruosité faciale, c'est le sujet lui-même qui fait figure de monstre étant donné qu'il porte les stigmates de la monstruosité physiques directement sur son propre visage. C'est ainsi que la malformation de naissance et les défigurations acquises, subissent un traitement socio-culturel leur conférant une valeur de stigmatisme. Jouant fréquemment un rôle d'exclusion sociale, sur le plan psychique le stigmatisme peut parfois avoir un pouvoir structurant. En plus, il y a que l'idée d'une trace physique évoquant une infamie fait appel à la notion de monstruosité dans sa définition première de signe et d'avertissement. À Cette monstruosité physique, l'on associe une supposée monstruosité morale. La perception de la monstruosité physique touchant particulièrement le visage, entraîne parfois une confusion avec une tare mentale mais le plus souvent une méchanceté présumée. C'est-à-dire que le signe devient stigmatisme² lorsqu'il correspond à des stéréotypes sociaux (Demeule, 2015).

Dans le vécu postopératoire, l'individu à travers sa problématique narcissique peut être enclin à un tiraillement constant entre les deux (2) configurations de son visage qui se veulent discordantes. Autrement dit, celle antérieure à l'évènement traumatique et celle postopératoire. De même, l'œil extérieur observe le sujet post-opéré par le biais du même état d'âme, c'est-à-dire la comparaison entre l'avant et l'après évènement. Toute chose qui provoque et maintient la souffrance psychique chez le sujet. C'est à ce titre que Goffman (1963), souligne que « la stigmatisation apparaît lorsqu'il existe un écart entre l'identité sociale réelle d'un individu (ce qu'il est véritablement) et l'identité sociale virtuelle (ce qu'il devrait être selon les caractéristiques attribuées à un groupe de personnes pour les classer dans une catégorie). À travers cette distinction entre l'identité sociale réelle et l'identité sociale virtuelle dans le phénomène de stigmatisation, c'est la problématique de l'inadéquation fondamentale entre l'être et l'apparence qui est ainsi mis en évidence (Demeule, 2015).

Dans l'aspect psychologique du vécu postopératoire, la difformité du visage réelle (ou symbolique) « représente un masque de chair, qui aliène le sujet dans une douloureuse dichotomie narcissique entre ce qu'il ressent être et ce qu'il donne de voir » (Demeule, 2015, p. 28). Donc l'idée de la monstruosité faciale est vue comme assez paradigmatique du phénomène de la stigmatisation, fruit des interactions avec les individus dits normaux du fait de leur tendance à établir une classification dès leur première impression. Ce qui constitue malheureusement un motif de souffrance dans le vécu postopératoire de nos sujets. D'après Demeule (2015) :

Dans la clinique de la chirurgie maxillo-faciale, le stigmatisme en tant que « marque durable que laisse une plaie, une maladie » (Merlet, 2005, p. 1010), représente une référence appropriée. Les visages amputés, fracassés, couturés de cicatrices et difformes portent en effet les stigmates du cancer, du traumatisme balistique, de l'accident, ou de la malformation faciale (p. 25).

Aussi, la difformité faciale, de par sa capacité à déclencher des mouvements ambivalents faits à la fois de fascinations et de répulsion, provoque « un effroi massif et une sidération des

2 Stigmatisme : du latin stigma : flétrissure, une marque de dégradation, un signe apparent de quelque chose d'avilissant (Demeule, 2015).

processus de pensées en raison de sa proximité avec la monstruosité » (Demeule, 2015, p. 26).

Du point de vu intrapsychique, l'idée de la monstruosité originelle, conduit le sujet à faire référence à une monstruosité, notamment, à travers les théories somatiques infantiles. Ce sont des constructions psychiques qui font office de défense contre l'effroi lié à la monstruosité originelle apparaissant en situation de difformité réelle. Ces créations originales en situation de rencontre (thérapeutique) s'alimentent fréquemment des notions morales issues du surmoi afin de soutenir les défenses du moi. Elles intègrent à cet effet, des éléments classiques et historique du traitement socio-culturel de la monstruosité (punition d'un péché, théorie de l'impression maternelle...). Ces notions sont ensuite restructurées de sorte à pouvoir donner une explication au vécu corporel du sujet. Elles montrent alors une nature archaïque relativement énigmatique, entretenant souvent une proximité avec une formation psychotique délirante (référence au surnaturel). Il s'agit concrètement ici d'éliminer le danger du dévisagement et de préserver une intégrité psychique en dépit de l'idée de la monstruosité.

Discussion

Le travail ici consiste à comparer nos résultats avec ceux de la littérature. Concrètement nous allons souligner les aspects concordants (et si possible discordants) que nos résultats entretiennent avec d'autres travaux sur le thème de la chirurgie maxillo-faciale à travers ces différentes branches.

En phase postopératoire, la plupart de nos patients font montre d'un bien-être psychologique du point de vue affectif et relationnel. Sur cinq (5) sujets, (4) quatre montrent une estime de soi supérieure ou égale à la moyenne, et parmi lesquels trois (3) ne manifestent pas de signe de phobie sociale. En revanche un sujet connaissant une estime de soi faible et celui avec une estime de soi moyenne souffrent de phobie sociale qui témoigne du caractère délétère de leurs rapports à autrui. On observe alors que l'amélioration de l'estime de soi évolue dans le même sens que celle de la phobie sociale, le rapport à autrui. Nous avons également observé que dans le modèle explicatif de leur évènement traumatique, nos sujets font référence à une démarche tantôt rationnelle (un simple accident), tantôt irrationnelle (force surnaturelle).

Par rapport au modèle explicatif concernant l'évènement traumatique, Demeule (2015), dans ces écrits, n'a pas manqué de souligner le cas de son patient « Mounir », défiguré suite à un accident. Ce dernier s'évertue à livrer une explication irrationnelle mettant en avant la notion de péché à travers une théorie somatique infantile proche du délire mystique. Relativement à sa situation traumatique il dira au clinicien à voix basse qu'il est « spécial ». Il ajoute que : « J'avais eu une vision depuis l'âge de 20 ans. Je vois des djinns ». Puis, « une fois j'ai vu deux djinns ensanglantés. N'importe qui serait devenu fou après cette vision horrible ! ». Ensuite, « j'avais eu une vision à la veille » de l'évènement traumatique. En plus, « je savais qu'il allait m'arriver quelque chose. C'était écrit. C'est le « Mektub³ » ». C'est une punition autant qu'une bénédiction parce que ça me fait réfléchir à mon comportement » (Demeule, 2015).

Pour ce qui concerne les aspects affectifs et relationnels, des études préalables fournissent des résultats allant dans le même sens que le nôtre. En effet, l'intervention de la chirurgie orthognatique est vécue positivement par une large majorité des patients. Le taux d'insatisfaction postopératoire est de l'ordre de 3%. Les patients insatisfaits ont une moins bonne santé mentale que les autres (Goga et al., 2014). Dans le même sens, Ayachi (2019), à travers son travail intitulé, « Enquête de satisfaction en Chirurgie Orthognatique : Expérience du service de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie de l'HMMI de Meknès », montre qu'un fort degré de satisfaction générale est constaté que ce soit au niveau fonctionnel, esthétique et psychosocial. Pour elle presque toutes les publications révèlent que les patients sont dans leur majorité satisfaits à des degrés différents des résultats de la chirurgie orthognatique. Aussi, en

3 Formule exclamative arabe qui signifie c'est écrit, le destin

la matière les bénéfices dominent toujours les inconvénients.

Dans une étude concernant l'impact psychologique des traitements chirurgico-orthodontiques, des observations similaires ont été opérées. En effet, l'on observe une amélioration très significative matérialisées par des changements au plan professionnel, familial ou affectif chez des patients qui en préopératoire, éprouvaient une répercussion liée à leur déformation dentofaciale. Grâce à l'intervention, le problème du complexe est résolu dans la phase postopératoire chez 88.6% des sujets (Desforges et al., 2007).

Pour Ayachi (2019), l'intervention orthognatique favorise une amélioration de l'estime de soi. En effet, sa recherche décèle cette amélioration à travers divers degrés : 10% d'estime de soi faible, 35% d'estime de soi moyenne, 20% d'estime de soi importante et 35% d'estime de soi très importante. Aussi, cette intervention a occasionné une amélioration des relations avec les autres dans les proportions suivantes : faibles (15%), moyenne (40%), importante (10%), très importante (35%) (p.131).

Conclusion

Notre étude portant sur l'auto-perception postopératoire et traumatisme maxillo-facial, nous a conduit à l'exploration de trois (3) variables. A savoir, le modèle explicatif en lien avec l'évènement traumatique, l'estime de soi et la phobie sociale. Pour ce faire, nous avons utilisé comme outils une grille d'entretien clinique de recherche, une échelle d'estime de soi et une échelle de phobie sociale. Aux termes de la réflexion, nous observons premièrement que les modèles explicatifs rationnel, irrationnel ou intégré n'impliquent pas forcément une bonne ou mauvaise satisfaction postopératoire chez le patient. Il n'y a donc pas de relation observable entre ces variables. Par contre, la majorité des sujets post-opérés (3/5) présentent une bonne estime de soi qui va de pair avec une absence de phobie sociale. Aussi, deux sujets (2/5) montrant une estime de soi faible pour l'un et moyenne pour l'autre, connaissent respectivement un niveau de phobie sociale sévère et modéré. En somme nous pouvons faire l'observation qu'à la suite d'un traumatisme maxillo-facial, la satisfaction postopératoire exprimée en termes d'estime de soi influe sur le niveau de la phobie sociale chez le sujet. Autrement dit, l'état du vécu affectif postopératoire est susceptible d'influencer l'état du vécu relationnel de l'individu.

Références

- Battini, J. (2013). *Psychologie clinique impact psychologique des interventions en chirurgie orthognatique: insatisfaction postopératoire et personnalité dimensionnelle* [Travail de thèse non publié]. Université François Rabelais de Tours.
- Demeule, C. (2015). Approche psychologique du stigmate et de la monstruosité en chirurgie maxillo-faciale. *Champ psy*, 2(68), 25-37.
<https://www.cairn.info/revue-champ-psy-2015-2-page-25.htm>
- Desforges, E., Remy, M., Wilk, A., Zagala-Bouquillon, Bacon, W., Meyer, N. M., & Rayond, J.-L. (2007). *Impact psychologique des traitements chirurgico-orthodontiques*, *Orthod Fr* 2007;78:113–121 en ligne sur : c_ EDP Sciences, SFODF, 2007 www.orthodfr.org
DOI: [10.1051/orthodfr:2007013](https://doi.org/10.1051/orthodfr:2007013).
- Domart, A. (1989). *Petit Larousse de la médecine*. Librairie Larousse.
- El Ayachi, Z. (2019). *Enquête de satisfaction en chirurgie orthognatique : expérience du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de L'HMMI (étude rétrospective à propos de 20 cas)*. [Travail de thèse non publié]. Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Royaume du Maroc.
- Fifi, R., & Ranely-Vergré-Dépré, J. (2017). *L'autoperception par les élèves de leurs compétences mathématiques*. [Travail de memoire de master]. Université des Antilles. HAL open

- science. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02127992v1>.
- Goga, D., Battini, J., Belhaouari, L., Courtois, R., Hardy, C., Martine, T., & Laurea, B. (2014). Améliorer le résultat esthétique et la satisfaction du patient en chirurgie orthognatique. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale* ·115(4), 9.229-238. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2014.06.005>.
- Gaffiot, F. (1934). *Dictionnaire Latin*. Hachette.
- Goffman, E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Édition de Minuit.
- Herve, V. (2011). *Traumatismes maxillo-faciaux et leurs implications en pratique odontologique : intérêts d'une approche pluridisciplinaire*. [Travail de thèse non publié]. Université Nancy Poincaré-Nancy 1, faculté de chirurgie dentaire.
- Konsem, T., Millogo, M., Coulibaly, A., Ili, V., Ouédraogo, R., W. L., & Ouédraogo, D. (2018). Traumatismes maxillo-faciaux par accidents de la circulation routière impliquant les engins à deux roues au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO). Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques. *Odonto-Stomatologie. Tropicale*. (41). 53-58
- Le fur, D., Bach, M., Zimmerman, S., Laporte S., Heron, M., Kristy, N., Puill-Chatillon, M., Gonzague R., & Maud, D. (2010). *Dictionnaire de français*. Le Robert.
- Millogo, M., Ouedraogo, R. W.-L., Coulibaly, A., Konsem, T., & Ouédraogo, D. (2018). Traumatisme maxillo- facial par éclat de roche. *Rev Col Odonto-Stomatol*. 1(25), 53-55. <https://www.revues-ufhb-ci.org>
- Pham, N., & Barthélémy, I. (2021). *Séquelles de la traumatologie faciale chez l'adulte au Service de Chirurgie Maxillo-Maciale et Stomatologie*. Elsevier Masson SAS. [doi 10.1016/s1634-6939\(21\)44217-1](https://doi.org/10.1016/s1634-6939(21)44217-1)
- Pedinielli, J.-L. (2005). *Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladies somatiques)*. Cours de master2 de psychologie clinique, IED Paris 8 pp.12-129.
- Canoui-Poitrine, F., Logerot, H., & Frank-Solrysiak, M. (2008). Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et organisation des soins*. 4(39). 323 -330. <https://doi.org.10.394.0323>
- Clément, A., Guilyardi H., Makaremi, M., Goudot, P., & Schouman, T. (2016). La dimension psychique dans les protocoles chirurgico-orthodontiques. *Revue Ortho Dento Faciale* 50 (1). DOI: [10.1051/odf/2015043](https://doi.org/10.1051/odf/2015043).
- Cupa, D. (2008). La complexité psychosomatique. *Le Carnet PSY*, 4(126), 24-28, <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2008-4-page-24.htm>.
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition des normes APA*. Scribbr.
- Doron, R., & Parot, F. (2011) *Dictionnaire de psychologie*. Quadrige.
- Fillol, A., Bonnet, E., Bassolé, J., Lehot, L., Djiguemdé, A., Rouamba, G., & Ridde, V. (2016). Équité et déterminant sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina-Faso. *Santé publique*. 28(5), 665-675. [https://www.cairninfo/revu-santé-publique-2016-5page-665htm-\(recherche du 8/6/2023\)](https://www.cairninfo/revu-santé-publique-2016-5page-665htm-(recherche%20du%208%2F2023)).
- Girac-Marinier, C. (2013). *Dictionnaire d'anglais*. Larousse.
- Graziella, G., & Isée, B. (2016). Maladie chronique et subjectivation. *GREUPP*. 3(34), 551-562. DOI [10.3917/ado.097.0551](https://doi.org/10.3917/ado.097.0551), <https://www.cairn.info/revue-adolescence>.
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (2024) *Présentation des citations et références bibliographiques: style APA 7e édition*.
- Crocq, L., Chidiac, N., Coq, J.-M., Cremniter, D., Daligand, L., Damiani, C., Demesse D., Duchet, C., Gandelet, J.-P., Hariki, S., Pierson, F., Pignol, P., Tarquinio, C., Vila, G., Vilamot, B., Villerbu, L. M., & Vitry, M. (2014). *Traumatisme psychique. Prise en*

- charge psychologique des victimes* (2ème édition). Elsevier Masson.
- Naija, S., Yacoub, A., Barhoumi, M., Akkeri, K., & Chebbi, G. (2021). Traumatisme balistique de la face : un nouveau fléau en Tunisie. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 3(66), 210-216 <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2021.03.004>
- N'DA, P. (1995). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.
- Peggy, T. (2015). *Le corps accidenté : bouleversements identitaires et reconstruction de soi*. Presses universitaires de France.
- Sanou, M. L. S. (2023). *Fracture de la portion dentée de la mandibule : épidémiologie et prise en charge chirurgicale au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo* [Travail de thèse non publié]. Université Joseph Ki-Zerbo.
- Sourwema, M. (2023). *Prise en charge des cancers maxillo-faciaux dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire yalgado Ouédraogo : à propos de 110 cas* [Travail de thèse non publié]. Université Joseph Ki-Zerbo.
- Taboudou, I. (2023). *Epidémiologie et histopathologie des tumeurs malignes oro-maxillo-faciales dans deux centre hospitalier universitaires de la ville de Ouagadougou de 2017 à 2021* [Travail de thèse non publié]. Université Joseph Ki-Zerbo.
- Togo, M. A. (2024). *Traumatismes balistiques maxillo-faciaux à l'hôpital Somine Dolo de Mopti* [Travail de thèse non publié]. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.
- Yoda, A. R. (2023). *Morbidité et mortalité chez les patients hospitalisés dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo : bilan d'une année* [Travail de thèse non publié]. Université Joseph Ki-Zerbo.
- Yonaba, C. A. A. K. (2023). *Les séquelles des fractures orbitozygomatiques dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo* [Travail de thèse non publié]. Université Joseph Ki-Zerbo.