

David, C., Pardinielli, J.L., **Fernandez, L.**, Perichaud, P. (2007). Chirurgie esthétique : demande de consultation et fonctionnement psychosocial. *Pratiques psychologiques*, 13, 2, 185-195.

Chirurgie esthétique :
Demande de consultation et fonctionnement psychosocial.

Plastic surgery :
Ask consultation and psychosocial functioning.

Cheikha David^a, Jean-Louis Pardinielli^b, Lydia Fernandez^c,
Patrick Perichaud^d

^a **Psychologue et doctorante en Psychologie clinique et Psychopathologie**, Université de Provence (Aix-Marseille I) UFR de Psychologie / PsyCLé (Psychologie de la Connaissance, du Langage et de l'Emotion) Equipe thématique 3 : responsable Pr. Jean-Louis PEDINIELLI : Emotion, raisonnement et pathologie, Adresse institutionnelle : 29 av Robert Schuman 13621 Aix-en-Provence cedex 1

^b **Professeur de Psychopathologie et de Psychologie clinique**, Université de Provence (Aix-Marseille I) Adresse institutionnelle : 29 av Robert Schuman 13621 Aix-en-Provence cedex 1

^c **Professeur de psychopathologie et de psychologie clinique**, Université de Picardie, Jules Verne, faculté de philosophie et de sciences humaines et sociales, chemin du Thil, 80 025 Amiens cedex 1.

^d **Chirurgien spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique**, Clinique Saint Roch 83200 Toulon

Résumé :

La chirurgie esthétique est une pratique de plus en plus répandue en France et dans le monde.

L'augmentation incessante du nombre de consultants nous amène à nous interroger sur le choix de ces patients et sur les conséquences psychologiques de leurs démarches et des actes chirurgicaux.

Des recherches internationales mentionnent l'existence de facteurs psychologiques divers : qualité de vie, éléments dysmorphophobiques, traits de personnalité... L'examen de la revue de la littérature nous conduit à nous interroger sur leur pertinence et sur leurs capacités explicatives de la démarche de consulter un chirurgien plasticien.

On constate que la prise de décision de consultation s'inscrit dans un processus psychique où intervient la qualité de fonctionnement psychosocial et les traits de personnalité.

Mot-clés : chirurgie esthétique, psychopathologie, fonctionnement psychosocial, personnalité

Abstract:

Plastic surgery is an increasingly widespread practice in France and in the world.

Ceaseless increase in the number of consultants leads us to question on the choice of these patients and the psychological consequences their steps and surgical acts.

International research mentions the existence of various psychological factors: quality of life, elements dysmorphophobic, characteristic personality... Examination of the review 's literature leads to question us on their relevance and their explanatory capacities of the step to consult a plastic surgeon.

It is noted that the decision-making of consultation falls under a psychic process where intervenes quality of psychosocial functioning and characteristic personality.

Key word: plastic surgery, psychopathology, psychosocial functioning, personality

En France, le recours à la chirurgie esthétique ne fait l'objet d'aucune statistique officielle, mais l'estimation avoisine les 100 000 à 150 000 opérations par an ; Knipper et Jauffret (2003) ont recensé 19292 pour 112 chirurgiens plasticiens des 600 membres de la SOF.CPRE (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique). Ce chiffre serait, selon les praticiens, en constante augmentation depuis une dizaine d'années et, ce, indépendamment de l'âge, du milieu socio-culturel ou économique des patients. L'inexactitude des estimations semble due en partie à la volonté de certains patients de rester dans l'anonymat.

Les médias se sont emparés du sujet, faisant de la chirurgie esthétique un réel phénomène de société. L'intérêt porté aux récits de patients, à l'avis de professionnels, comme de novices, permet d'apporter au public des réponses : exposer la technicité de l'acte chirurgical, mais aussi les effets extra-médicaux de celle-ci. La simple réparation du corps semble parfois secondaire à l'obtention d'un mieux-être psychologique et, par conséquent, de l'existence même de l'individu dans la société. Le culte du corps, sa transformation, voire sa destruction, tels que l'évoquent certains anthropologues (Le Breton 1999, 2003), sociologues (Ehrenberg 1998, Kaufmann 2004) ou philosophes (Onfray 2003) ne sont certes pas étrangers au phénomène de demande de chirurgie « esthétique » actuel. Elle prend place, avec sa spécificité, dans les multiples phénomènes qui transforment le corps, que ce soit par l'exercice du sujet (soins, musculation...)

ou par l'intervention de la médecine comme le changement de genre (Michel 2006).

L'Organisation Mondiale de la Santé déclare que «*La santé est un bien-être physique, mental, social et pas seulement l'absence de maladie ou de handicap* » (OMS, 1948). C'est dans cette perspective que le recours à cette pratique devient pour la psychologie, un champ d'investigation fécond. En effet, si la raison du recours à la chirurgie plastique correspond bien à cette définition de la santé, elle fait aussi appel à la notion de « bien-être », d'esthétique (le « beau »), à la subjectivité et à ce que représentent le corps, l'apparence, pour la personne. La demande de chirurgie esthétique concerne ainsi le corps comme « alter ego », « preuve radicale et modulable de l'existence personnelle et affichage d'une identité provisoirement ou durablement choisie » (Le Breton, 1999, p. 24). Or, des situations cliniques (insatisfaction, déception, troubles dépressifs) ou médico-légales (recours juridictionnels « injustifiés ») faisant suite à des interventions ont nettement posé la question du mal-être antérieur des patients, de leurs attentes, voire de leurs traits pathologiques de personnalité.

Des études exploratoires ont tenté d'isoler des phénomènes psychologiques soutenant la démarche ou des caractéristiques des patients. Notre objectif est ici de reprendre, à travers une revue de la littérature, les principales hypothèses sur le rôle des facteurs psychologiques dans la demande

d'intervention esthétique et ses conséquences (incidence sur la satisfaction ou l'insatisfaction à l'issue de l'intervention).

Lorsqu'un patient consulte un chirurgien plasticien, sa demande peut être de deux ordres : une chirurgie reconstructrice ou une chirurgie esthétique. Alors que le premier type d'intervention est sollicité par des patients qui ont vécu un traumatisme physique et souhaitent retrouver leur corps d'antan (ablation du sein suite à un cancer, mauvaise cicatrisation du nez suite à une fracture...), le deuxième type vise une opération sur un corps sain, sans lésion, en vue d'un embellissement de son apparence physique. C'est précisément sur ce dernier que porte notre interrogation. Cette distinction n'est que rarement établie dans les échantillons de recherche, en dépit d'une différenciation de la causalité de leur demande. Alors que certains chirurgiens considèrent que la reconstruction et l'esthétique se réfèrent à une seule et même demande, embellir son corps, d'autres opèrent une distinction entre des patients souhaitant rentrer dans la norme et ceux qui y sont, mais désirent s'améliorer.

Le recours à un professionnel de l'esthétique est aurait pour but le bien-être : bien-être subjectif, physique, social amenant assurance, regain de féminité, de masculinité, ou simplement un amour plus grand de soi, les candidats voient en la chirurgie un moyen efficace d'améliorer leur existence, de limiter la souffrance liée au décalage entre l'image de soi idéale et celle renvoyée par le

miroir ou le regard des autres. Pourtant, dans la littérature internationale, on ne repère que 4 types de facteurs psychologiques mis en évidence lors de la demande de consultation et pouvant interférer avec la décision de recourir à un acte de chirurgie esthétique: 1- les facteurs «psychopathologiques» ; 2- la défaillance du « fonctionnement psychosocial » ; 3- le profil spécifique de personnalité. 4- les facteurs environnementaux, interpersonnels et familiaux. Nous allons tenter d'apprécier dans quelle mesure chacun de ces facteurs rend compte de la démarche de consultation et de la satisfaction après l'opération.

1- Le rôle des facteurs « psychopathologiques ».

Par une forme de « psychologisation » ou d'extension des phénomènes psychotiques de transformation délirante de l'image du corps, le désir de recourir à une chirurgie esthétique a pu être considéré comme dépendant de la présence de facteurs psychopathologiques, c'est-à-dire de troubles psychiatriques avérés qui représentent d'ailleurs des contre-indications. Dans leur article, Grossbart et Sarwen (2003) recensent quatre types de troubles chez les sujets : la dysmorphophobie, les névroses et psychoses, les désordres alimentaires, l'anxiété et la dépression. Le suicide est évoqué par d'autres auteurs (Kuck-Koot, Peters, & al., 2003).

La dysmorphophobie

Des éléments dysmorphophobiques (préoccupation à propos d'un défaut imaginaire d'un défaut physique) – « Peur d'une dysmorphie corporelle » dans le DSM-IV - feraient émerger un désir de modifier son aspect corporel. Ce postulat est à la base de plusieurs travaux.

Kisely et coll. (2002) conduisent une étude auprès de 84 sujets (âge moyen = 46.5 ans) : 37 vont se faire poser des implants mammaires, 7 vont subir une rhinoplastie, et les 40 autres, une excision d'abcès, de kystes, une abdominoplastie ou une blépharoplastie. Deux groupes sont distingués : recours à la chirurgie pour raison médicale (64.3% d'hommes, 35.7% de femmes) et ceux motivation uniquement esthétique (11.9% d'hommes, 88.1% de femmes). Deux outils sont utilisés : un questionnaire de santé, le General Health Questionnaire (GHQ), et un questionnaire de dysmorphophobie, le Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ). Les auteurs concluent que les patients recourant à la chirurgie dans un but purement esthétique, présentent une plus forte proportion d'éléments dysmorphophobiques et psychiatriques (73.8%), que les patients souhaitant une chirurgie réparatrice ou reconstructrice (23.8%). Mais, le DCQ n'a pas de réelle valeur diagnostique puisqu'il s'inscrit dans une perspective plus dimensionnelle que catégorielle. On ne peut donc parler de dysmorphophobie avérée mais simplement de la présence d'éléments dysmorphophobiques, qui peuvent être rapprochés de ce que la littérature anglo-saxonne nomme le « negative body image » « l'image négative de soi ».

Alors qu'Andreasen et Bardach (1977) estiment à 2% seulement, la proportion de sujets atteints de dysmorphophobie dans une population consultante en esthétique, Sarwen, Pertschuk, & al. (1998) posent ce diagnostic dans 7% des cas de leur échantillon. Ces études indiquent en fait que de faibles proportions de sujets recourant à la chirurgie esthétique sont concernés par ce trouble psychique. Entre simple mécontentement de soi et pathologie avérée, il y a un fossé et l'argument de la dysmorphophobie comme facteur explicatif général du recours à la chirurgie n'est pas pertinent.

Névroses et psychoses.

Entre 1940 et 1950, les premières études d'évaluation psychiatrique des sujets ont rapporté l'observation d'éléments névrotiques (Linn et Goldman, 1949 ; Hill et Silver, 1950). Sur un échantillon de 98 sujets, 70% présentaient des perturbations d'ordre psychiatrique, 35% des troubles de la personnalité et 16% des troubles d'ordre psychotique (Edgerton, Jacobson et Meyer, 1960) **Attention le total ne tombe pas juste peut-être faut-il mettre « dont » avant « 35%.** Toutefois ces études n'utilisant pas de protocole standardisé, leurs résultats sont peu fiables. De plus, il n'existe pas de groupe témoin, on ne peut donc savoir si ces éléments psychiatriques sont propre aux patients recourant à la chirurgie esthétique ou l'effet de la rencontre avec le milieu médical.

L'hypothèse selon laquelle l'ensemble des patients de chirurgie esthétique présente des troubles psychiques n'est pas étayée par les résultats empiriques

celle (implicite) selon laquelle le recours à une chirurgie est influencé par la présence d'éléments névrotiques ou psychotiques n'est pas confirmée, dans la mesure où les études ne donnent aucun argument pour justifier cette influence

Troubles du comportement alimentaire

L'existence de troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie et la boulimie a été considérée comme pouvant amener un patient à consulter un chirurgien plasticien. Willard et coll. (1996) et Krotenberg et Latouche (2002) ont identifié un désir de liposuction chez des boulimiques. Le lien n'est cependant pas fortement établi. Certes, les personnes présentant ces désordres alimentaires peuvent voir en la chirurgie un moyen (parmi d'autres) de combler leur mal-être, mais cette hypothèse n'est pas généralisable à l'ensemble des consultants en vue d'une liposuction. En revanche, dans la majorité des cas, les consultations pré-opératoires révèlent l'existence de ces troubles sur la base de motivations infondées : sensation d'opulence chez une patiente très mince par exemple, c'est-à-dire une perturbation de l'image de soi.

Anxiété et dépression

Ces patients sont souvent perçus par leur entourage comme anxieux et/ou déprimés par leur « difformité » physique alléguée (Kisely, Morkell et Allbrook, 2002 ; Greenbaum, Heslop, Morris et Dunn, 2003).

Meningaud, Benadiba, & al., (2002) indiquent que les niveaux de dépression évalués par la M.A.D.R.S (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale), chez les consultants en chirurgie esthétique sont plus élevés que dans la population générale, (moyenne = 8.29, $\sigma = 6.97$ p <0.05) à partir d'un échantillon de 103 patients (11 hommes et 92 femmes, âge moyen = 39.7 ans). Mais, les chiffres révèlent l'existence de traits dépressifs, et non de troubles dépressifs majeurs avérés. De nombreux auteurs comme Rankin et coll. (1998) et comme Harcourt et Rumsey (2001) attestent cependant l'existence de manifestations anxieuses ou dépressives dans leur échantillon.

La dépression est souvent évoquée par les patients. Une altération progressive des comportements quotidiens est observée par l'entourag (évitement du contact social, repli sur soi). L'organe incriminé est source de souffrance psychique et semble faire alors émerger des éléments dépressifs. Il est toutefois possible qu'une dépression pré-existante soit à l'origine d'une insatisfaction se focalisant, à l'instar de l'hypocondrie, sur une partie du corps déjà négativement perçue.

Suicide

Kuck-Koot et coll. (2003) formulent un nouvel argument en faveur d'une prédominance de facteurs « psychopathologiques » chez les patients recourant à la chirurgie esthétique. Sur 3000 femmes suisses ayant subi une intervention, les

auteurs constatent un excès de mortalité de 50% par suicide dans les 11 années qui suivent leur intervention. Il reste qu'il s'agit d'une réalité épidémiologique importante mais qui ne permet pas d'inférer avec certitude la présence d'une pathologie psychiatrique antérieure à l'intervention. En revanche, elle pourrait être plus informative de l'existence d'une souffrance psychologique, quelle qu'en soit l'origine, après l'opération.

A la lecture de ces études, nous ne pouvons considérer que le recours à la chirurgie esthétique est majoritairement le fait de patients présentant des troubles psychiatriques avérés, bien que certains troubles aient été observés chez les patients de manière unique ou en comorbidité, et dans une proportion plus élevée que dans la population générale. Toutefois, l'étude des variables dispositionnelles, et non plus des diagnostics, montre une réelle intensité de différentes formes de souffrance psychique.

2 – Le profil spécifique de personnalité.

Diverses études se sont intéressées à la personnalité ou aux traits de personnalité pour expliquer le recours à la chirurgie esthétique avec des résultats non significatifs à cause de la complexité d'évaluer la personnalité. Dresser un tableau de la personnalité de la population consultante en chirurgie reviendrait à systématiser un comportement à partir d'une conception réductrice : un comportement repose sur un type ou un trait de personnalité. Cette démarche est

aussi problématique puisqu'elle pourrait laisser entendre, si l'on se fonde sur la notion de « personnalité pathologique » que la décision d'intervention est sous-tendue par la pathologie. En revanche, évaluer leurs influences sur un comportement effectif peut être porteur de signification. Des auteurs se sont engagés sur cette voie.

Babuccu et coll. (2003) ont administré le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) à 216 patients recourant à une rhinoplastie (157 femmes et 59 hommes). Les corrélations entre traits de personnalité et niveau socio-économique sont négatives. Les auteurs ne sont pas en mesure d'expliquer le rôle de la personnalité. Harris et Carr (2001) affirment qu'il n'existe pas de personnalité spécifique au patient recourant à la chirurgie esthétique. Des échantillons de patients ont été soumis au Eysenck Personality Inventory (EPI) par Hay (1970) et au MMPI par Wright et Wright (1975). Les résultats montrent que la personnalité n'influence pas la prise de décision opératoire. Simis et coll. (2001) ont administré le Big Five Inventory (BFI) à 184 adolescents (53 garçons et 131 filles âgés de 12 à 22 ans) qui vont recourir à cette pratique, ainsi qu'à un groupe contrôle composé de 1582 adolescents tout venants (âgés de 12 à 22 ans). Les résultats montrent :

- l'absence de différence significative des traits de personnalité entre les deux groupes.
- des corrélations positives entre traits de personnalité, fonctionnement psychosocial et satisfaction corporelle. Ce constat montre que ces facteurs

s'influencent réciproquement. Aucun ne possède de valeur explicative plus accrue que les autres.

On peut donc exclure l'idée d'un type de personnalité typique (« profil psychologique ») de ces patients, la répartition des personnalités ou des traits ne le distinguent pas des groupes comparables et les traits de personnalité pathologique (au sens du DSM) ne sont pas sur-représentés. En outre, dans le cas où des profils se dégageraient d'études ultérieures, il resterait à montrer que l'existence de malformations physiques n'a pas eu d'effet sur le genèse de la personnalité. En revanche, on voit apparaître des relations entre les facteurs environnementaux, les interactions avec ceux-ci et les dimensions de personnalité.

3- Une défaillance du « fonctionnement psychosocial ».

Le « fonctionnement psychosocial » a fait l'objet d'investigations afin de déterminer son rôle dans le recours à la chirurgie esthétique. Le rapport à l'autre, les façons d'être, les capacités d'évolution et d'accomplissement personnelle au sein d'une société... sont des facteurs susceptibles d'influencer le souhait de recourir à un acte radical sur le corps. Trois variables ont fait l'objet de travaux : l'image corporelle, la qualité de vie et l'estime de soi, dimensions qui peuvent opérées de manière isolée ou en synergie. Une appréciation négative de son image corporelle peut aussi résulter du regard que les autres portent sur le sujet,

ce qui peut mener à un amoindrissement de l'estime de soi-même, et à une mauvaise qualité de vie. Les prémisses du mal-être subjectif naîtraient dans la qualité de la relation à l'autre.

Image corporelle

Une perception dysfonctionnelle et perturbée de sa morphologie pourrait être le point de cristallisation d'un processus menant au cabinet d'un chirurgien plasticien. Dans l'étude de Simis et coll. (Simis, Verhulst et Koot, 2001), 184 patients ont été testés. 84 sujets âgés de 12 à 22 ans vont subir une reconstruction, 100 une intervention esthétique. Le groupe témoin est composé de 684 adolescents et jeunes adultes. Le Body Cathexis Scale (BCS, Jourard et Secord, 1955 ; Secord et Jourard, 1953) montre que les sujets de l'échantillon sont plus insatisfaits de la partie du corps souhaitant être opérée que le groupe reconstruction. Pour le Bodily Attitude Scale (BAS : Baardman, 1989), les scores du groupe étudié sont significativement plus bas que ceux du groupe La genèse de la démarche de consultation semble en grande partie influencée par une mauvaise appréciation de son image corporelle, sans pour autant se résumer à celle-ci. D'autres facteurs doivent attiser cette insatisfaction.

Qualité de vie et estime de soi

Une image corporelle négative peut influencer la qualité de vie et l'estime de soi. Nous pouvons apprécier la pertinence de ce postulat au travers d'études menées à travers le monde.

Klassen et coll. (Klassen, Jenkinson, Fitzpatrick et Goodacre, 1998) ont étudié 443 sujets (âge moyen = 32,6 ans) dont 59 vont subir une chirurgie reconstructrice mammaire suite à un cancer, **les autres** une chirurgie esthétique. Les femmes constituent 80,2% de l'échantillon. Le Short Form-36 (SF-36) est utilisé en parallèle d'une échelle d'estime de soi, le Rosenberg's Self-esteem Scale. Les résultats montrent que les scores de qualité de vie et d'estime de soi sont bas chez l'ensemble **des** sujets. Mais, la chirurgie reconstructrice ne se différencie pas de la chirurgie esthétique, les résultats des hommes ne se distinguent pas ne sont pas différenciés de ceux des femmes. Cette absence de différence hommes – femmes, interroge le statut de chacun dans notre société et ses conséquences sur le souhait de modifier son aspect corporel.

Meningaud et coll. (Meningaud, Benadiba, & al., 2002) ont réalisé une étude auprès de 103 patients ayant subi une intervention du visage (92 femmes et 11 hommes, âge moyen = 39,7 ans). Avant l'intervention, ils n'observent pas de bas niveaux de qualité de vie, au moyen de l'Euro Quality of life (EQ-5D), sauf pour la dimension anxiété / dépression chez les hommes et les femmes. Neuf mois après, cette dimension s'est améliorée. L'appréhension de l'intervention est une explication probable de ce résultat. Toutefois, comme l'EQ-5D évalue la qualité de vie du côté de la santé en grande part physique, cet outil ne permet pas l'évaluation exacte de la qualité de vie de patients recourant à la chirurgie esthétique, qui ne présentent généralement pas de douleurs physiques. Ces observations contradictoires laissent cependant supposer qu'une mauvaise qualité de vie peut être un facteur influençant la prise de décision de consultation.

Greenbaum et coll. (Greenbaum, Heslop, Morris et Dunn, 2003) ont procédé à une étude portant sur 103 patientes (âge moyen = 34,1 ans) ayant recours à une réduction mammaire. Une enquête fut menée sur leur taille de soutien-gorge. Les résultats montrent qu'un choix de soutien-gorge mal adapté à la morphologie d'une femme mènerait cette dernière à souhaiter sa réduction. L'opulence de leur poitrine peut engendrer mal de dos, cisaillement des épaules, douleurs lors de mouvements anodins qui peuvent devenir un calvaire pour tout acte quotidien. La qualité de vie de ces patientes peut s'en voir diminuée car la focalisation sur cette partie de leur corps si gênante peut altérer leurs rapports à l'environnement, leurs relations sociales, leur santé physique comme psychologique. Une intervention chirurgicale viserait l'amélioration de leur qualité de vie. L'idée véhiculée par cette étude ne se limite pas à l'aspect vestimentaire. Les auteurs indiquent que face à une insatisfaction corporelle, le chirurgien plasticien peut être le premier recours de ces femmes. Le port d'un soutien-gorge plus adapté à leur morphologie comme premier recours aurait peut-être évité les désagréments engendrés au quotidien et, de ce fait, la chirurgie.

Malgré les controverses sur le rôle que peut jouer la qualité de vie dans la décision de recourir à la chirurgie esthétique, nombre d'auteurs croient en son importance (Rankin, Borah, Perry et Wey, 1998 ; Fitzpatrick, Jenkinson, Klassen et Goodacre, 1999 ; Blomquist, Erickson et Brandberg, 2000). Le corps étant exposé au regard de l'autre, sa mauvaise appréciation peut renvoyer une image

négative de soi altérant par conséquent les relations sociales et la qualité de vie, au point de souhaiter un changement corporel radical.

L'image corporelle comme source d'insatisfaction apparaît ainsi comme un facteur central dans la prise de décision de recourir à la chirurgie esthétique, mais, d'une part, elle ne peut constituer l'unique motivation et, d'autre part, elle est elle-même influencée par d'autres facteurs. Ce mécontentement corporel peut certes avoir une action directe sur la dépréciation de soi, et par conséquent sur le rapport à l'autre, mais on peut aussi estimer qu'une mauvaise image de soi renvoyée par les autres, une qualité de vie subjective médiocre entraînent une focalisation sur la représentation corporelle et, plus particulièrement, certaines zones. Dans ce contexte, la demande de chirurgie esthétique est aussi à comprendre comme attente d'un changement de soi, du regard des autres et, partant, de la qualité de vie, ce qui pourrait rendre compte de certains échecs ou sentiments dépressifs postérieurs à l'intervention. La défaillance du « fonctionnement psychosocial » pourrait induire le souhait de recourir aux pratiques esthétiques.

4 - L'influence des facteurs environnementaux, interpersonnels et familiaux.

Les relations interpersonnelles entretenues entre des patients souhaitant recourir à une rhinoplastie et leur entourage ont intéressé Hern et coll. (Hern,

2003). Deux types d'échantillons furent constitués : des patients avec une difformité nasale, et des patients consultant pour de l'esthétique « pure ». Les résultats montrent que la qualité des relations entretenues entre les sujets et leur entourage (familles, amis, collègues...) est similaire pour les deux groupes. Les auteurs concluent que de mauvais rapports entre un sujet et son entourage ne favorisent pas le souhait d'un acte radical sur son corps. Le recours à la chirurgie esthétique n'est pas la résultante de conflictualités interpersonnelles.

Dans leur étude, Zweifler et Glasberg (2000) constatent que dans un échantillon de 55 personnes désirant une chirurgie esthétique, 89% se sont renseignés sur leur intervention auprès d'amis ayant recours à cette pratique, 78% désirent la même opération que celle de l'ami questionné, et 69% se sont renseignés auprès de patients hospitalisés dans la structure dans laquelle ils projettent de se faire opérer. Les auteurs concluent qu'il existe un haut degré de satisfaction post-opératoire chez les patients qui se sont informés sur les résultats de l'opération au préalable.

Alors que l'étude de Hern et coll. (2003) explore les relations entretenues entre le patient et l'ensemble de son entourage (parents, enfants... des personnes qui ne comprennent pas forcément les positionnements du patient), Zweifler et Glasberg (2000) ciblent celles entretenues avec des individus perçus comme comprenant le problème qui se pose au sujet. Une proximité particulière est établie avec ces personnes déjà passées par cette épreuve. Cette relation possède

un impact plus important sur la prise de décision que celle de l'entourage direct qui n'a jamais été confronté au souhait de recourir à une chirurgie. Les résultats de l'étude de Kulik et coll. (2000) vont dans le sens de ces affirmations. Ils ont mis en évidence que le contact de 79 sujets souhaitant subir une intervention à visée esthétique avec d'autres patients étant passés par cette étape, permettait de les rendre moins anxieux et plus satisfaits des soins qui leur sont administrés, pour trois raisons : la présence d'un support émotionnel (support social par exemple) ; une baisse de l'incertitude ; une comparaison de ses progrès et de ses réactions émotionnelles.

L'hésitation de la prise de décision à subir une intervention chirurgicale semble s'atténuer au moyen de relations interpersonnelles. A contrario, on imagine que le discours d'un patient insatisfait peut dissuader un individu de recourir à cette pratique. Il semble que la qualité des relations interpersonnelles intervient dans la démarche de prise de décision de consultation.

Pour une partie de la population consultante en chirurgie esthétique, quelques troubles psychopathologiques sont observés. Mais, ce constat ne s'étend pas à l'ensemble des candidats. La qualité du fonctionnement psychosocial semble intervenir dans la prise de décision de consultation. L'image corporelle, l'estime de soi, la qualité de vie, mais aussi les relations interpersonnelles semblent s'intégrer à un processus menant à un mécontentement de soi qui pourrait être pallié par la chirurgie esthétique. La personnalité des consultants ne

diverge pas de celle de la population générale. Mais, elle semble influencer la prise de décision de recourir à cette pratique.

Discussion

Comprendre les déterminants psychologiques du recours à la chirurgie esthétique permet de rendre compte de la satisfaction à l'issue de l'intervention. Cette volonté a un but double : réduire l'insatisfaction éventuelle des patients et permettre au chirurgien de la prévenir. La majorité des auteurs s'accorde sur le constat qu'une personne présentant des troubles psychopathologiques ne tire aucun bénéfice de l'intervention (Sarwen, Pertschuk, Wadden et Whitaker, 1998 ; Kisely, Morkell et Allbrook, 2002 ; Grossbart et Sarwen, 2003). Mais qu'il s'agisse d'amélioration ou d'aggravation de la qualité de vie, de l'estime de soi ou de la perception de son image corporelle, le décalage entre les attentes de l'intervention et ses effets dans la vie quotidiennes (image de soi et effets sur la vie quotidienne et relations avec les autres) jouent un rôle prépondérant sur la satisfaction ou l'insatisfaction du patient. La clinique, les exemples cités le montrent d'ailleurs : si, pour une partie des patients, il s'agit de corriger une imperfection physique, pour d'autres, cette correction devrait modifier aussi tout ou partie du négatif de leur existence, de leur vie sociale, sentimentale et de leur estime d'eux-mêmes. La déception est à la mesure de l'attente. En outre, ne percevant pas une amélioration de son fonctionnement psychosocial dans les suites opératoires, le patient peut incriminer l'acte chirurgical esthétique comme

n'étant pas à la hauteur de ses croyances et espérances, en d'autres termes le juger « raté », en dépit d'une réussite constatée par l'entourage et le chirurgien.

On comprend mieux alors le rôle que peuvent jouer certains traits de personnalité, pour les sujets : la rencontre entre la souffrance psychique, la recherche d'une solution externe, la sensibilité aux regards des autres, le sentiment de dépréciation, accompagnées d'une qualité de vie médiocre sont susceptibles de valoriser le recours à la chirurgie et ses effets décevants. Il est toutefois probable que les études réalisées se focalisent trop sur la Dimension pathologique et laissent de côté la dimension subjective, certes difficile à mettre en évidence. Précisément, les études utilisant des échelles générales, pour intéressantes qu'elles soient laissent dans l'ombre les schémas de pensée qui déterminent le recours à l'intervention, les attentes, autre que chirurgicales et les anticipations.

Conclusion

La chirurgie esthétique est une pratique de plus en plus répandue. Séduisant un large public par son caractère « ludique », facile et rapide, il est progressivement oublié que cet acte reste de la chirurgie, avec le risque qu'elle comporte. Sans même évoquer le cas des patients présentant des « ratages opératoires », l'intervention esthétique vise essentiellement une amélioration de

la sphère psychologique, mais sa réalisation peut se voir compromise. En dépit d'une réussite opératoire constatée, les patients peuvent avoir un jugement différent, les menant à un mal-être subjectif plus important qu'avant l'intervention.

Depuis peu, la littérature internationale s'intéresse à cette pratique d'intervention chirurgicale sur un corps sain, s'interrogeant sur le fondement psychologique de cette démarche, ainsi que sur ses conséquences. Pourquoi subir une intervention et risquer de mal réagir à l'anesthésie ou encore d'être mutilé ? Les raisons vont au-delà de la peur et de la mort, elles sont inébranlables et justifiées pour chaque personne souhaitant vivre en harmonie psychique avec son corps. Mais la demande – voire l'offre – de chirurgie esthétique s'inscrit dans un phénomène social plus large dans lequel le corps devient l'emblème de soi, un alter ego contrôlable. Or l'identité psychologique, le rapport à soi, insatisfaisants pour certains vient chercher une solution qui n'est plus « esthétique » mais « existentielle » dans l'acte chirurgical, comme si celui-ci pouvait refaire l'Être et non simplement le corps.

Références bibliographiques:

- Andreasen, N. C., Bardach J., 1977. Dismorphophobia: symptom or disease? *American Journal of Psychiatry* 134, 673-676.
- Babuccu, O., Latifoglu, O., Atabay, K., Oral, N., Cosan, B., 2003. Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* 27 (1), 4-49.
- Baardman, I., 1989. *Ingebeelde lelijkheid [Imagined ugliness]*. Amsterdam: Vrije Universiteit te Amsterdam.
- Blomquist, L., Erickson, A., Brandberg, Y., 2000. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plastic and Reconstructive Surgery* 106 (5), 991-997.
- Edgerton, M. T., Jacobson, W. E., Meyer E., 1960. Surgical-psychiatric study of patient seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *British Journal of Plastic surgery* 13, 136-145.
- Ehrenberg, A. 1998. *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob
- Fitzpatrick, R., Jenkinson, C., Klassen, A., Goodacre, T., 1999. Methods of assessing health related quality of life and outcome for plastic surgery. *British Journal of Plastic Surgery* 52 (4), 251-255.
- Greenbaum, A. R., Heslop, T., Morris, J., Dunn, K. W., 2003. An investigation of the suitability of brafit in women referred for reduction mammoplasty. *British Journal of Plastic Surgery* 56 (3), 230-236.
- Grossbart, T. A., Sarwen, D. B., 2003. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patients. (Reprinted from *Cosmetic Surgery: Surgical Tools Psychosocial Goals* 2002; 18: 101- 111) *Seminars in cutaneous medicine and surgery* 22 (2), 136-147.
- Harcourt, D., Rumsey, N., 2001. Psychosocial aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *Journal of advanced Nursing* 35 (4), 477-487.
- Harris, D. L., Carr A. T., 2001. The Derriford Appearance Scale (DAS 59); a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *British Journal of Plastic Surgery* 54 (3), 216-222.
- Hay, G. G., 1970. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *British journal of Psychiatry* 116, 85-97.
- Hern, J., Rowe-Jones, J., Hinton, A., 2003. Nasal deformity and interpersonal problems. *Clinical Otolaryngology* 28 (2), 121-124.

- Hill, G., Silver, A. G., 1950. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine* 12, 345-352.
- Jourard, S. M., Secord, P. F., 1955. Body-cathexis and personality. *British Journal of Psychology* 46, 130-138.
- Kaufmann, J.P. 2004. *L'invention de soi*. Paris : Armand Colin.
- Kisely, S., Morkell, D., Allbrook, B., 2002. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36 (1), 121-126.
- Klassen, A., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Goodacre, T., 1998. Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition specific instrument: the Derriford scale. *British Journal of Plastic Surgery* 51 (5), 380-384.
- Knipper, P., Jauffret, J. L., 2003. Instantané esthétique : le questionnaire sur les interventions et leurs complications. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 48, 299-306.
- Kulik, J. A., Shelby, D., Cooper, R. N., 2000. The effect of fellow patients on the emotional well-being and satisfaction with care of postoperative cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 106 (6), 1407-1414.
- Kuck-Koot, V. C. M., Peters, P. H. M., Granath, F., Grobbee, D. E., Nyren, O., 2003. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *British Medical Journal* 326, 527-528.
- Krotenberg, A., Latouche, X., 2002. *Mon corps et moi*. Payot.
- Le Breton, D. 1999. *L'Adieu au corps*. Paris : Métailié.
- Le Breton, D. 2003. *La Peau et la Trace* Paris : Métailié.
- Linn, L., Goldman, L. B., 1949. Psychiatric observations concerning rhinoplasty. *Psychosomatic Medicine* 11, 307-315.
- Meningaud, J. P., Benadiba, L., Servant, J. M., Herve, C., Bertrand, J., Pelicier, Y., 2002. Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *Journal of cranio-maxillofacial surgery* 31 (1), 46-50.
- Michel, A. 2006. *Les troubles de l'identité sexuée*. Paris : Armand Colin.
- Onfray, M. 2003 *Féeries anatomiques*. Paris : Grasset.
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

- Rankin, M., Borah, G. L., Perry, A. M., Wey, P. D., 1998. Quality of life outcomes after cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 102 (6), 2139-2145.
- Sarwen, D. B., Pertschuk, M. J., Wadden, T. A., Whitaker, L. A., 1998. Psychological investigations of cosmetic surgery patients: a look back and a look ahead. *Plastic Reconstructive Surgery* 100, 1136-1142.
- Secord, P. F., Jourard, S. M., 1953. The appraisal of bodycathexis: Bodycathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology* 17, 343-347.
- Simis, K. J., Verhulst, F. C., Koot, H. M., 2001. Body image, psychosocial functioning, and personality: How different are adolescents and young adults applying for plastic surgery? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines* 42 (5), 669-678.
- Willard, S. G., McDermott, B. E., Woodhouse, L. M., 1996. Lipoplasty in the bulimic patient. *Plastic Reconstructive Surgery* 98, 276-278.
- Wright, M. R., Wright, W. K., 1975. A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Archives Otolaryngology* 101, 145-151.
- Zweifler, M., Glasberg, S. B., 2000. An outcome-based study of aesthetic surgery in a clinic setting. *Annals of Plastic Surgery* 44 (4), 355 – 360

