

L'impact psychologique des traitements chirurgico-orthodontiques

Emmanuelle DESFORGES^{a*}, Rémy MATHIS^a, Astrid WILK^b, Beatrix ZAGALA-BOUQUILLON^c, William BACON^a, Nicolas MEYER^d, Jean-Louis RAYMOND^a

^a Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, Département d'Orthopédie Dento-Faciale, 1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

^b Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Réparatrice, Pavillon B, 1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

^c Clinique Saint André, 102 avenue Jean Jaurès, 54500 Vandœuvre-Les-Nancy

^d Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Département d'Informatique Médicale, 1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

RÉSUMÉ – Nous avons réalisé une enquête auprès de 92 patients ayant bénéficié d'une chirurgie orthognathique, dans le but de démontrer les effets des déformations dento-faciales sur le quotidien des patients et l'impact psychologique des traitements pluridisciplinaires. Des questionnaires ont été établis et envoyés au domicile des patients : un questionnaire préopératoire, transmis 15 jours avant l'intervention et un questionnaire postopératoire adressé 6 mois après l'intervention. Nos résultats ont révélé une meilleure satisfaction pour tous les patients de notre étude, ce traitement ayant levé le complexe de 90 % des patients. Nous avons pu mettre en évidence que la part la plus surprenante du traitement pour les patients, est la déformation faciale postopératoire générée par l'important œdème postopératoire. Nous avons conclu que l'information du patient et la communication patient-praticien ont un rôle prépondérant dans la prise en charge thérapeutique.

MOTS CLÉS – Chirurgie orthognathique / Traitement pluridisciplinaire / Impact psychologique

ABSTRACT – We carried out an investigation on 92 patients having benefited from an orthognathic surgery, in order to demonstrate the effects of the dento-facial deformations on the patients' everyday life and the psychological impact of the multidisciplinary treatment. Questionnaires were drawn up and sent to the residence of the patients: one preoperative, transmitted 15 days before the intervention and one postoperative, addressed 6 months afterwards. Our results revealed that all the patients of our study were satisfied and that this treatment eliminated the complex of 90% of the patients. We could highlight that the more surprising part of the treatment for the patients is the postoperative facial deformation generated by the important postoperative oedema. We concluded that the information of the patient and the communication patient-expert have a preponderant role in the therapeutic caring.

KEYWORDS – Orthognathic surgery / Multidisciplinary treatment / Psychological impact

1. Introduction

Depuis les années 1970, le traitement chirurgico-orthodontique a connu un réel essor. Une meilleure compréhension réciproque des possibilités techniques de chaque spécialité a permis d'améliorer progressivement la collaboration entre chirurgiens maxillo-faciaux et orthodontistes et a mis l'accent sur l'importance d'un travail d'équipe pluridisciplinaire [24]. Effectivement, seule cette collaboration étroite et incontournable permet d'obtenir une cor-

rection complète des déformations dento-faciales et un maintien de cette correction dans le temps. Le travail du chirurgien est indissociable de celui de l'orthodontiste [10].

La chirurgie orthognathique est aujourd'hui largement plébiscitée. Cependant, les récentes avancées techniques dans les domaines de la chirurgie et de l'orthodontie, n'ont pas été accompagnées de progrès similaires dans notre compréhension des bénéfices réels que procure ce traitement mixte. Pour éclairer le sujet, nous aurions besoin d'études qui suivraient le patient avant et après le traitement, afin de clairement définir les bénéfices engendrés par ce

* Auteur pour correspondance :
emmanuelledesforges@hotmail.com

traitement [17]. La plupart des techniques utilisées dans les études recensées par les revues de littérature ne sont pas adaptées à l'évaluation de la chirurgie orthognathique. Pour mener à bien ce type de recherche, il faudrait mettre au point des questionnaires adéquats. Ce constat de carence, et le manque d'études d'auteurs francophones sur le sujet ont été à l'origine de notre travail.

L'objectif de cette étude est double. D'une part, il s'agit d'évaluer l'état psychologique du patient en préopératoire, l'impact de sa déformation dento-faciale sur sa personnalité et sa vie, ainsi que le vécu engendré par cette déformation et, d'autre part, d'apprécier les résultats du traitement chirurgico-orthodontique dans le domaine psychologique.

Le niveau de satisfaction postopératoire des patients est naturellement corrélé à leurs attentes en préopératoire. Pour ces raisons, il est important d'essayer de connaître les motivations profondes des patients ainsi que leurs besoins.

2. Revue de la littérature

L'importance psychologique du visage est incontestable. Les personnes attirantes physiquement sont souvent jugées comme plus sympathiques, sensibles et brillantes que les autres. Le visage, comme le souligne Pavone, *et al.* [21] peut être considéré comme une « carte d'identité » qui permet de distinguer l'individu et joue un rôle primordial dans les relations entre personnes. En considérant le visage comme un moyen primaire d'identification et une source non-verbale d'information, on ne peut sous-estimer les implications psychologiques et sociales d'un défaut facial.

C'est pourtant seulement récemment, que l'on a reconnu qu'une déformation dento-faciale qui diminuait significativement l'attrait physique d'une personne, pouvait changer la vie de cet individu dans bien des domaines [18]. Elle peut altérer à la fois la confiance en soi de la personne mais également ses rapports interpersonnels, devenant un réel handicap émotionnel et physique.

Dans la société actuelle, où le « paraître » prime, la beauté est une nécessité sociale et semble même être un gage de réussite professionnelle et privée [28]. Coyne, *et al.* [4] ont montré que de nos jours la société « valide » des démarches chirurgicales permettant de se conformer à « une image plus acceptable et plus acceptée ».

L'amélioration de l'apparence faciale apportée par le traitement chirurgico-orthodontique est liée à l'amélioration du bien-être psychosocial. Une amélioration remarquable de la qualité de vie relative à la santé des patients qui avaient bénéficié d'une chirurgie orthognathique, a été notée par de nombreux auteurs [19, 20]. Cette qualité de vie est améliorée grâce à l'augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi, ce qui permet aux patients de franchir les barrières sociales qui entravaient auparavant leur épanouissement.

Tout ceci explique le fort taux de satisfaction reporté par les patients suite à ces traitements mixtes [13, 16, 17, 26, 27].

Cette chirurgie implique donc plus qu'une simple correction physique. En plus de résultats fonctionnels et esthétiques convaincants, elle apporte une amélioration du bien-être psychosocial du patient. C'est pourquoi, il n'est pas étonnant de voir que la chirurgie orthognathique connaît un réel essor depuis les 30 dernières années et que les candidats sont de plus en plus nombreux [7].

Cependant, même si le taux de satisfaction des patients en postopératoire est excellent, il est indéniable qu'une chirurgie modifiant l'image corporelle peut avoir de lourdes répercussions d'un point de vue psychologique. Ne minimisons pas les difficultés que doivent rencontrer ces patients durant le traitement. Comme le soulignent Frost et Peterson [11], la chirurgie peut être une expérience traumatisante.

Bien que cette chirurgie soit aujourd'hui largement plébiscitée, son impact psychosocial sur les patients, leur entourage et leurs amis, reste mal compris [6].

Dans ce contexte, le rôle de l'orthodontiste et du chirurgien maxillo-facial est d'identifier les patients présentant un risque d'être insatisfait en postopératoire. Ils doivent également fournir l'information la plus claire possible aux patients et à leur entourage par une communication efficace. Plus le patient recevra d'information et plus le traitement sera limpide dans son esprit, plus les risques qu'il soit surpris en postopératoire seront minimisés et plus sa satisfaction sera grande. Nos patients nous montrent une grande faculté d'adaptation quand ils sont prévenus et guidés. Pour ce faire, orthodontiste et chirurgien accompagnent le patient dès la première consultation en préopératoire et bien au-delà de la récupération physique, jusqu'au rétablissement

psychologique et social. Pour atteindre ces objectifs, il est indispensable d'essayer de comprendre l'effet d'une déformation dento-faciale et l'impact de son traitement correcteur sur l'individu.

Par ailleurs, la montée du consumérisme médical, la demande croissante d'information de la part des patients et l'émergence des associations de patients montrent bien que l'opinion du patient est incontournable et doit être prise en compte. Les données de la science ne sont pas toujours accessibles au patient. Il faut promouvoir une information validée à destination du public, de façon à permettre une décision éclairée. Obtenir un consentement au traitement sur des bases solides d'information est à la fois utile pour la pertinence de la décision, la qualité de l'observance ultérieure et la limitation des conflits potentiels.

3. Matériel et méthodes

Le principe de notre travail a été de réaliser par questionnaire une enquête de motivation/satisfaction auprès des patients opérés au Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Réparatrice du Pr A. Wilk des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et à la clinique Saint André de Vandoeuvre-les-Nancy par le Dr B. Zagala-Bouquillon.

3.1. Présentation des questionnaires

En nous appuyant sur une revue de la littérature, nous avons élaboré des outils épidémiologiques sous la forme de questionnaires : préopératoire et postopératoire.

Cette procédure d'évaluation montre une grande validité [2]. Elle est instructive, systématique et reproductible. Elle permet aussi d'accompagner le patient dans sa démarche, en évoquant tous les points auxquels il peut être confronté. Les questionnaires peuvent être consultés en ligne dans leur intégralité, sur le site Internet de l'Orthodontie Française (<http://www.orthodfr.org>).

Ils présentent une première partie réservée au chirurgien, expliquant la date d'intervention, le diagnostic et le type de traitement réalisé chez le patient. Ce dernier est ensuite amené à mentionner son sexe, son âge et sa profession. La plupart des questions appellent à des réponses binaires (oui ou non). D'autres utilisent une échelle de réponse. Enfin, certaines questions sont ouvertes. Chaque question donne au patient la possibilité d'apporter une

autre réponse. À la fin des questionnaires, le patient peut signaler toutes remarques complémentaires lui venant à l'esprit.

Le questionnaire préopératoire comporte cinq pages et 16 questions traitant entre autre de la manière dont le patient a pris conscience de sa déformation dento-faciale, de la répercussion de cette déformation sur sa vie quotidienne, des raisons qui le motivent pour le traitement, de sa manière d'appréhender le traitement ou encore de sa satisfaction par rapport au soutien de son entourage et du corps médical. Ce questionnaire nous a permis d'estimer ainsi l'état psychologique du patient en préopératoire et l'impact de sa déformation dento-faciale sur sa personnalité et sa vie, ainsi que le vécu engendré par cette déformation.

Le questionnaire postopératoire comporte quant à lui six pages et 27 questions abordant notamment l'amélioration fonctionnelle, esthétique et de la confiance en soi ainsi que le niveau de satisfaction globale du patient. Il est interrogé sur la manière dont les suites opératoires (douleur, œdème, paresthésie ou encore séquelle éventuelle) ont été ressenties. Ce questionnaire nous a permis d'évaluer les résultats du traitement chirurgico-orthodontique, tout particulièrement dans le domaine psychologique.

Enfin, il faut souligner que l'enquête a été réalisée en collaboration avec un statisticien pour valider au départ l'outil épidémiologique puis pour permettre l'exploitation statistique des résultats.

3.2. Méthode de réponse

Le questionnaire préopératoire a été envoyé aux patients pendant la phase orthodontique préopératoire, en moyenne deux semaines avant l'opération. Le questionnaire postopératoire a été envoyé aux patients six mois après l'intervention.

Les questionnaires ont été envoyés au domicile des patients, accompagnés d'une lettre explicative sur notre étude et d'une enveloppe pré-timbree, pour que les patients puissent nous faire parvenir leurs réponses. Les questionnaires sont parfaitement anonymes. Notons que dans l'ensemble, les patients n'ont pas hésité à inscrire leur nom et leur prénom et même leur numéro de téléphone, nous autorisant à les joindre si nous souhaitions recevoir de plus amples informations.

3.3. Critères d'inclusion

Notre choix s'est porté sur les patients ayant des déformations dento-faciales de type classe II ou III d'Angle.

3.4. Traitements des données

Les données recueillies ont fait l'objet de statistiques descriptives. Certaines informations ont fait l'objet de comparaison à l'aide d'un test du Khi-deux de Pearson ou d'un test exact de Fisher. Le traitement a été réalisé au Département d'Informatique Médicale des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

3.5. Description de l'échantillon

3.5.1. Nombre de réponses

Sur les 119 questionnaires préopératoires envoyés, 97 nous ont été retournés (77,3 %). Vingt-deux patients n'ont pas répondu, ce malgré des relances téléphoniques et écrites. Le questionnaire postopératoire n'a été envoyé qu'à ces 97 patients, 6 mois après leur intervention ; 92 patients ont répondu à ce questionnaire. Parmi les cinq patients n'ayant pas répondu, quatre ont envoyé une lettre pour expliquer que l'intervention avait été annulée ou reportée. Ce fort taux de participation peut s'expliquer par le fait que les questionnaires étaient anonymes et envoyés au domicile des patients, leur permettant ainsi de les remplir en toute confidentialité. De plus, il semble évident que la majorité des patients ait apprécié de pouvoir s'exprimer, certains estimant même que les questionnaires les ont accompagnés dans leur cheminement et leur ont permis de clarifier leur situation.

3.5.2. Répartitions selon le type de malocclusion

L'échantillon est composé de 52 patients présentant une classe III d'Angle et 40 patients une classe II (Fig. 1). Ceci paraît logique, étant donné que les patients présentant une classe III acceptent plus souvent le traitement combiné que ceux présentant une classe II, la déformation dento-faciale de type classe III étant plus gênante sur le plan esthétique [23].

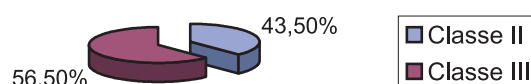


Figure 1
Répartition des anomalies.

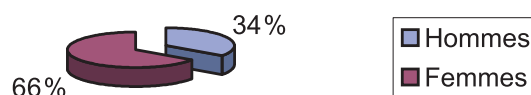


Figure 2
Répartition en fonction du sexe.

3.5.3. Répartitions en fonction du sexe

L'échantillon est composé de 60 femmes et 32 hommes (Fig. 2).

La pression de la société en matière d'attrait physique est telle que l'on peut supposer que les femmes ont plus facilement recours à la chirurgie que les hommes. Les médias se cristallisent sur la beauté physique et les canons esthétiques deviennent de plus en plus exigeants. Notre étude a pourtant montré que les femmes et les hommes sont tout autant soucieux de l'esthétique les uns que les autres.

3.5.4. Répartitions des âges

L'âge des patients est compris entre 15 et 57 ans. La moyenne d'âge est de 29,18 ans.

Ceci montre que les patients de plus de 40 ans, bien qu'ils aient vécu de nombreuses années avec leur déformation, trouvent tout de même le courage de se lancer dans un tel traitement plus tardivement. Parallèlement, nous assistons à une baisse de l'âge des patients candidats à la chirurgie orthognathique, ce qui est en adéquation avec l'étude de Bennett et Philipps [1]. Nous avons pu mettre en évidence que les patients plus âgés sont autant motivés par l'esthétique que des patients plus jeunes.

3.5.5. Répartitions des traitements

Tous les patients ont bénéficié d'orthodontie préopératoire. Pour ce qui est du traitement chirurgical : 75 % ont eu une ostéotomie de Le Fort I, 90 % un Epker ou Obwegeser, 29,3 % une génioplastie et aucun une glossoplastie. Douze pour cent des patients ont bénéficié en plus d'un autre traitement. Il s'agit pour huit d'entre eux d'une greffe osseuse, pour un patient d'une condylectomie bilatérale par voie cutanée, pour un autre d'une disjonction médiane avec

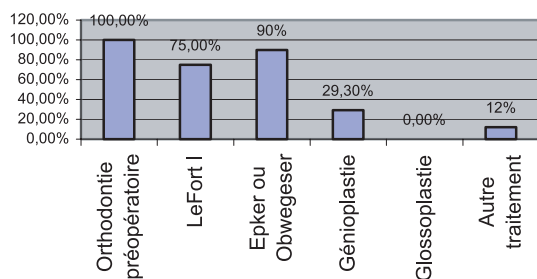


Figure 3
Répartition des traitements.

un vérin activé en peropératoire (disjonction réglée par l'orthodontiste) et enfin pour le dernier d'une valgisation des zygomias (Fig. 3).

4. Résultats et discussion

Pour la moitié des participants, la recherche d'une amélioration esthétique est la motivation première pour avoir recours à la chirurgie, en préopératoire et en postopératoire (Tab. 1). Seul un quart des sujets est en quête d'une amélioration fonctionnelle (principalement une amélioration de la mastication). Ces résultats corroborent ceux de nombreux autres auteurs [5, 9, 26] et font écho au propos d'Obwegeser : « D'abord le profil, ensuite l'occlusion » [14]. Sans pouvoir chiffrer le nombre exact de patients concernés du fait d'une limitation d'ordre statistique, en étudiant au cas par cas les questionnaires des patients, on se rend compte que beaucoup n'évoquent pas en préopératoire de raison esthétique et finalement reconnaissent en postopératoire que le changement d'apparence est extraordinaire et que l'esthétique est très importante.

Le vécu personnel du patient a aussi été analysé. Parmi les sujets, 27,2 % avaient un surnom à l'école primaire et le géraient pour la majorité avec énervement. Les anomalies dentaires sont considérées comme la cause première de moquerie des enfants entre eux et l'idée de « harcèlement dans la cour de récréation » a même été évoquée [22].

Parmi les participants, 60,87 % estiment que la déformation dento-faciale a une répercussion sur leur vie quotidienne (principalement sur leur vie affective, pour 83,9 %) (Figs. 4 et 5) et 67,4 % sur leur personnalité (les rendant majoritairement plus timides, pour 65 %) (Figs. 6 et 7).

En comparant l'impact de la dysmorphie dans la vie quotidienne en préopératoire par rapport



Figure 4
Répercussions sur la vie quotidienne en préopératoire.

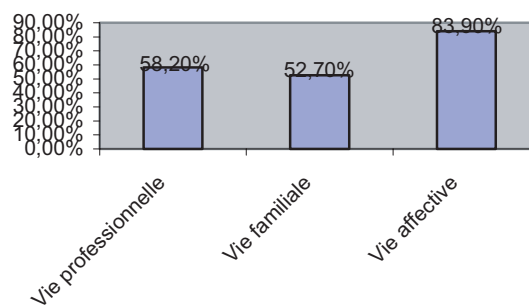


Figure 5
Répercussions sur la vie quotidienne en préopératoire.

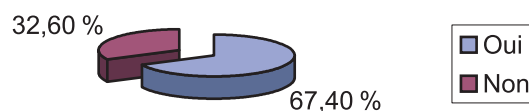


Figure 6
Répercussions sur la personnalité en préopératoire.

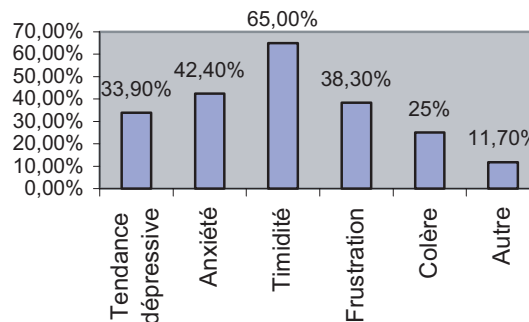


Figure 7
Répercussions sur la personnalité en préopératoire.

au changement postopératoire, nous observons une amélioration très significative ($p = 0,002$). Des changements significatifs au niveau professionnel, familial ou affectif, se sont produits chez les patients souffrant de répercussion de leur déformation dento-faciale dans ces domaines en préopératoire, mais aussi pour une grande majorité de ceux ne se plaignant pas de répercussions dans ces domaines en préopératoire (Figs. 8 et 9). Les résultats les plus flagrants sont obtenus pour la vie affective.

Tableau 1
Raisons principales pour avoir recours au traitement mixte en préopératoire et en postopératoire.

Raison principale	% des patients en préopératoire	Classement en préopératoire	% des patients en postopératoire	Classement en postopératoire
Apparence du visage	33,7	1	40,20	1
Difficultés masticatoires	12	3	14,10	3
Douleurs ou craquements des ATM	7,60	5	7,60	5
Problèmes respiratoires	3,30	6	2,20	6
Apparence de la denture	14,10	2	15,20	2
Usure dentaire	1,10	7	1,10	7
Maux de tête	3,30	6	1,10	7
Confiance en soi	14,10	2	10,90	4
Difficultés relationnelles	1,10	7		
Avis professionnel	9,70	4	7,60	5

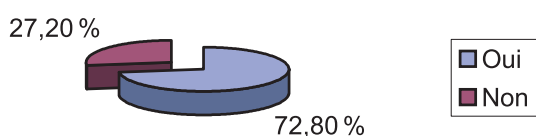


Figure 8

Changement dans la vie quotidienne en postopératoire.

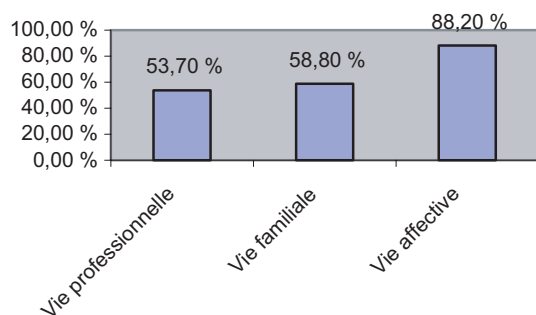


Figure 9

Changement dans la vie quotidienne en postopératoire.

Précisons que les hommes et les femmes rapportent autant l'impact de leur déformation sur leur vie quotidienne et leur personnalité ; par contre, les patients présentant une classe III rapportent plus de répercussions sur leur vie quotidienne.

Les patients ont mis en moyenne 21,4 mois à se décider pour le projet chirurgical. Les femmes et les hommes ont mis autant de temps à se décider. Majoritairement (66,3 %), nos patients étaient les prin-

cipaux décisionnaires pour recourir au traitement chirurgico-orthodontique. Il ne semble pas être possible de mettre en évidence l'existence de pression exercée sur les patients par un membre de leur entourage. Les motivations pour le traitement semblent internes. De plus, les patients sont très satisfaits du soutien des personnes les épaulant pendant le traitement (avec plus de 90 % de satisfaction par rapport à l'orthodontiste et au chirurgien en préopératoire comme en postopératoire).

Parmi les patients, 54,3 % étaient anxieux concernant le projet chirurgical. Cette chirurgie est effectivement une chirurgie fonctionnelle et esthétique, non obligatoire, pour laquelle le patient se pose beaucoup de questions [3]. Pour autant, 90,2 % des sujets étaient confiants et seuls 22,8 % (majoritairement des femmes) avaient hésité avant la chirurgie et 7,6 % (à nouveau principalement des femmes) avaient envie de renoncer.

Seuls 15 % des patients ont bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique antérieur. Cette proportion semble tout à fait correcte et ne présage rien d'alarmant quant à la stabilité psychique de notre échantillon de patients. Les patients candidats à la chirurgie orthognathique sont tout à fait « psychologiquement dans les normes » [8]. Les femmes rapportent plus de suivi psychologique que les hommes. Il n'y a pas de différence de suivi psychologique parmi les patients présentant une classe II ou III.

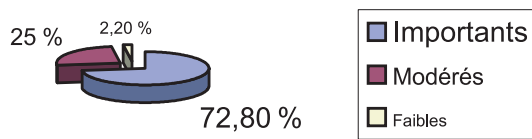


Figure 10
Importance des œdèmes.

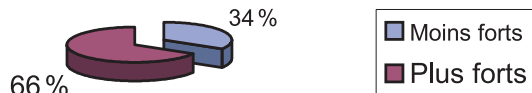


Figure 11
Importance des œdèmes.

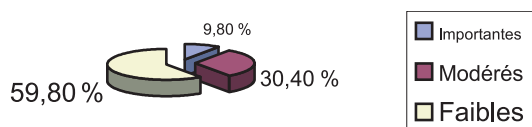


Figure 12
Importance des douleurs.



Figure 13
Importance des douleurs.

L'orthodontiste est celui qui est cité le plus souvent comme source d'information par les patients (80,40 %) et 91,3 % des sujets estiment avoir eu suffisamment d'information. Ces chiffres sont excellents, ils sont à relier au fort taux de satisfaction par rapport aux résultats. Une bonne information des patients est un des garants de la satisfaction postopératoire [15].

Il faut néanmoins préciser que pour 66 % des patients, la déformation postopératoire provoquée par les œdèmes était plus importante qu'attendue (Figs. 10 et 11). Il semble donc que l'information donnée à ce niveau en préopératoire soit encore insuffisante.

La chirurgie orthognathique est une intervention pour laquelle la douleur est bien maîtrisée, ce n'est vraiment pas un fait marquant pour les patients (Figs. 12 et 13).

Les femmes ont éprouvé plus d'engourdissements postopératoires des mâchoires que les hommes ($p =$

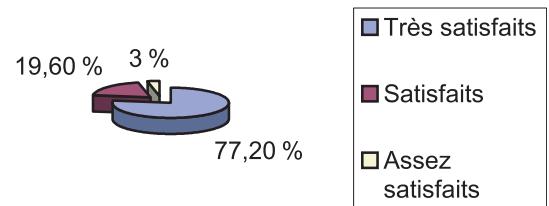


Figure 14
Satisfaction des patients par rapport aux résultats.

0,002). La principale séquelle postopératoire est la perte de sensibilité cutanée (16 % des sujets). Elle touche plus souvent les femmes que les hommes.

Malgré les difficultés rencontrées, il est essentiel de souligner que tous les patients de notre étude sont satisfaits des résultats obtenus (Fig. 14).

Ceci s'explique grâce au constat d'amélioration :

- de l'apparence faciale (98,9 %) et de l'apparence de la dentition (98,9 %) ;
- des capacités masticatoires (48,90 % des patients avaient des difficultés masticatoires en préopératoire et 97,8 % des patients ayant des difficultés masticatoires en préopératoire mâchent mieux depuis l'intervention) ;
- de la confiance en soi (88 %) ;
- de la prononciation (46 %).

Aucun patient ne regrette, 87 % recommenceraient et 91,3 % recommanderaient l'intervention.

L'adaptation à la nouvelle apparence a pris en moyenne 1,3 mois aux patients (Tab. 2). Les femmes et les hommes se sont adaptés aussi facilement et rapidement les uns que les autres à leur nouveau visage.

Le caractère « complexé » des patients s'améliore considérablement après l'intervention ($p < 0,001$).

Quarante sept patients (51 %) étaient complexés avant l'intervention et ne le sont plus après.

Six l'étaient avant et le sont toujours après. Deux ne l'étaient pas avant et le sont après : il s'agit de deux patients, encore en « finition orthodontique », ne supportant plus les attaches métalliques.

Parmi les 53 patients complexés en préopératoire, 47 ne le sont plus. Le traitement chirurgico-orthodontique a donc levé le complexe de neuf patients sur dix (88,6 %) (Figs. 15 et 16).

Précisons les limites de notre étude. Nous pouvons tout d'abord supposer un problème de compréhension de certaines questions par les patients, tout

Tableau 2
Adaptation à la nouvelle apparence.

Temps nécessaire à l'adaptation	Pourcentage de patients	Nombre de patients
immédiat	8,70	8
3 jours	1,10	1
1 semaine	6,50	6
2 semaines	16,30	15
3 semaines	7,60	7
1 mois	26,10	24
1 mois et demi	5,40	5
2 mois	8,70	8
3 mois	12	11
4 mois	7,60	7



Figure 15
Complexe préopératoire.

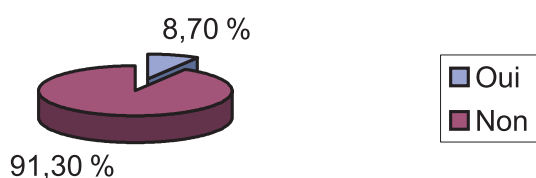


Figure 16
Complexe postopératoire.

particulièrement pour la question préopératoire : « Est-ce que quelqu'un d'autre vous pousse à une telle chirurgie ? » Nous avons souhaité aborder la notion de « pression sur le patient » au travers de cette question. Sa formulation était délicate, il était effectivement difficile de demander directement au patient si quelqu'un faisait pression sur lui. Nous pensons que cette question a pu être comprise par le patient plutôt comme : « Quelqu'un vous motive-t-il au traitement et vous soutient-il dans ce sens ? » Nous ne pouvons pas imaginer que les 33,7 % de patients ayant répondu « oui » à cet item, l'aient compris comme quelqu'un qui faisait pression sur eux.

Il faut également indiquer que le taux de réponse est très satisfaisant, mais certains patients ont été relancés par téléphone et parfois par écrit, car ils ne respectaient pas les délais de réponse. Il a donc fallu motiver une partie des patients pour obtenir leur réponse.

De plus, malgré un échantillon important de 92 patients, nous ne pouvons considérer cet échantillon comme représentatif de la population générale.

5. Conclusions

Notre étude montre l'impact de la chirurgie orthognathique sur le bien-être psychologique et émotionnel du patient. Une revue de la littérature a mis en évidence l'importance d'une évaluation pré- et post-opératoire. Pour un accompagnement adéquat de leur patient, orthodontiste et chirurgien évaluent son profil psychologique. Ils le préparent aux changements radicaux générés par la chirurgie orthognathique, l'informent de la durée nécessaire au traitement et du temps d'hospitalisation. Les difficultés d'adaptation à la nouvelle image corporelle sont systématiquement abordées.

L'objectif est d'atteindre, en plus de l'amélioration physique et fonctionnelle [25], une intégration psychologique optimale du résultat.

Conscients de l'importance des informations reçues, certains patients de notre étude se sont portés volontaires pour partager leur expérience. Une chaîne maxillo-faciale a même déjà été mise en place dans le service de Girod, *et al.* [12], permettant de mettre en relation des sujets déjà opérés et les futurs opérés.

Faisant suite à notre étude, nous avons rédigé une fiche d'information aux patients candidats pour une chirurgie orthognathique, leur permettant, ainsi qu'à leur entourage, de garder une trace écrite des conseils donnés par les praticiens. Cette fiche est également consultable en ligne, sur le site Internet de l'Orthodontie Française (<http://www.orthodfr.org>).

Bibliographie

- [1] Bennett E, Phillips C. Assessment of health-related quality of life for patients with severe skeletal disharmony: A review of the issues. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1999;14:65-75.
- [2] Bertolini F, Russo V, Sansebastiano G. Pre- and postsurgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 2000;15:16-23.
- [3] Choukroun G, Levy C. Motivation du patient pour la chirurgie orthognathique. *Inf Dent* 1989;42:4135-4141.
- [4] Coyne R, Woods M, Abrams R. The community and orthodontic care. Part II: Community-perceived importance of correcting various dentofacial anomalies. Part III: Community perception of the importance of orthodontic treatment. *Aust Orthod J* 1999;15:289-301.
- [5] Cunningham SJ, Hunt NP, Feinmann C. Psychological aspects of orthognathic surgery: A review of the literature. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1995;10:159-172.
- [6] Cunningham SJ, Feinmann C, Horrocks EN. Psychological problems following orthognathic surgery. *J Clin Orthod* 1995;29:755-757.
- [7] Cunningham SJ, Feinmann C. Psychological assessment of patients requesting orthognathic surgery and the relevance of body dysmorphic disorder. *Br J Orthod* 1998;25:293-298.
- [8] Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP. Are orthognathic patients different? *Eur J Orthod* 2000;22:195-202.
- [9] Finlay PM, Atkinson JM, Moos KF. Orthognathic surgery: patient expectations, psychological profile and satisfaction with outcome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;33:9-14.
- [10] Freidel M. La chirurgie orthognathique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2001;102:4.
- [11] Frost V, Peterson G. Psychological aspects of orthognathic surgery: How people respond to facial change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:538-542.
- [12] Girod A, Odin G, Yachouh J. Complications de la chirurgie orthognathique. *Rev Stomatol* 2001;102:21-25.
- [13] Hatch JP, Rugh JD, Clark GM, Keeling SD, Tiner BD, Bays RA. Health-related quality of life following orthognathic surgery. *Int J Adult Orthod Orthognath* 1998;13:67-77.
- [14] Heldt L, Haffke EA, Davis LF. The psychological and social aspects of orthognathic treatment. *Am J Orthod* 1982;82:318-328.
- [15] Hoppenreijts TJ, Hakman EC, Van't Hof MA, Stoeltinga PJ, Tuinzing DB, Freihofer HP. Psychologic implications of surgical-orthodontic treatment in patients with anterior open bite. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1999;14:101-112.
- [16] Hugo B, Becker S, Witt E. Assessment of the combined orthodontic-surgical treatment from the patients' point of view. *J Orofac Orthop* 1996;57:89.
- [17] Hunt O, Johnston C, Hepper P, Burden D. The psychosocial impact of orthognathic surgery: a systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001;120:490-497.
- [18] Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:545-552.
- [19] Motegi E, Hatch JP, Rugh J, Yamaguchi H. Health-related quality of life and psychosocial function 5 years after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;124:138-143.
- [20] Nardi P, Acocella A, Tedesco A, Rispoli A, Giacomelli E. Psychological aspects in orthognathic surgery. Body image and quality of life in postsurgical assessment. *Minerva Stomatol* 2003;52:145-155.
- [21] Pavone I, Rispoli A, Acocella A, Scott AA, Nardi P. Psychological impact of self-image dissatisfaction after orthognathic surgery: a case report. *World J Orthod* 2005;6:141-148.
- [22] Phillips C, Bennett ME, Broder HL. Dentofacial disharmony : Psychological status of patients seeking treatment consultation. *Angle Orthod* 1998;68:547-556.
- [23] Proffit WR, Philipps C, Dan C. Who seeks surgical-orthodontic treatment? *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1990;5:153-160.
- [24] Richter M, Mossaz C. Symbiose orthodontico-chirurgicale du traitement des dysmorphoses maxillo-mandibulaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998;99:6-16.
- [25] Rispoli A, Acocella A, Pavone I, Tedesco A, Giacomelli E, Ortiz L, Scott AA. Psychoemotional assessment changes in patients treated with orthognathic surgery: pre- and postsurgery report. *World J Orthod* 2004;5:48-53.
- [26] Rivera SM, Hatch JP, Dolce C, Bays RA, Van Sickels JE, Rugh JD. Patients' own reasons and patient-perceived recommendations for orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000;118:134-140.
- [27] Scott AA, Hatch JP, Rugh JD, Hoffman TJ, Rivera SM, Dolce C, Bays RA. Psychosocial predictors of satisfaction among orthognathic surgery patients. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 2000;15:7-15.
- [28] Werli T, Mathis R, Hedelin G, Rothea-Gouillard C. Évaluation esthétique du profil cutané par des étudiants en arts plastiques. *Rev Orthop Dento Faciale* 2003;37:145-156.