

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

⊕ . ⊙ λ . π ξ ⊕ . θ : θ κ ο θ : η ζ . ρ λ
| ⊕ η ζ ⊙ . |

ABOU BEKR BELKAID UNIVERSITY

OF TLEMCEM

FACULTY OF MEDICINE –

DR. B. BENZERDJEB

DENTAL MEDICINE DEPARTMENT



جامعة أبو بكر بلقايد كلية الطب

د. ب. بن زرجب – تلمسان

قسم طب الأسنان

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDCINE**

Thème :

**Le narcissisme, la chirurgie buccale
et maxillo-faciale : Approche psychologique des reconstitutions.**

Présenté par:

KAZI TANI Anis

MAROUF Abderrahmane

Soutenue publiquement le 26 juin 2024

Pr.MESLIA

Maitre de conference A en pathologie et chirurgie buccale

Président

Dr. DIB.Z

Maitre de conference B en psychologie clinique

Examineur

Dr.BERDI.F

Assistante en chirurgie maxilla-faciale

Examineur

Dr.BOUABDELLAH.W

Maitre assistante en psychiatrie

Encadrante

Année universitaire 2023-2024

Remerciements

A ALLAH Tout-Puissant, Miséricordieux, qui nous a aidés durant nos années de collège et nous a donnés la patience et le courage d'atteindre ce stade.

Au Président des jurys de notre Mémoire Professeur A . MESLI Chef De service de la PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALE au CHU Tlemcen (Algérie). Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger ce travail de mémoire vous nous offrez le grand honneur et le grand plaisir. Vos qualités humaines et professionnelles sont connues de tous et susciteront toujours notre admiration. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre gratitude et notre profond respect.

A notre Encadrant de notre Mémoire Dr BOUABDELLAH WASSILA Maitre assistante en psychiatrie Praticien hospitalier au CHU Tlemcen(Algérie). Merci pour votre gentillesse et votre spontanéité en nous confiant cette tâche. Ce fut un grand plaisir pour nous de travailler sous votre direction. Des conseillers et des guides étaient à vos côtés, qui nous ont accueillis avec sympathie, sourires et gentillesse en toute situation. Votre convivialité exceptionnelle, votre sens pratique, vos qualités personnelles et professionnelles et votre compréhension nous valent admiration et profond respect. Nous voulons être à la hauteur de votre confiance. Veuillez trouver notre sincère gratitude et notre profonde gratitude envers le docteur.

Aux membres des jurys de notre Mémoire docteur MAAOUCHE & docteur Berdi Fatiha maitres assistants en CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE. Nous sommes très honorés que vous ayez acceptés d'être jurés pour notre mémoire. Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre rigueur, votre gentillesse et votre professionnalisme. Cher Maître, trouvez ici un témoignage de notre profonde gratitude et de notre grand respect.

Au membre des jurys de notre mémoire DOCTEUR Z.DIB maitre de conference B en PSYCHOLOGIE CLINIQUE a la faculte des sciences humaines et sociales Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant aimablement de siéger parmi notre jury de mémoire. Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de notre gratitude, notre haute considération et notre profond respect.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE DE PRES OU DE LOIN A LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

Dédicaces

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Je dédie ce mémoire à Allah, pour Sa guidance, Sa bénédiction et Sa miséricorde infinie qui m'ont soutenu tout au long de ce voyage académique. Sans Sa grâce, rien de tout cela n'aurait été possible.

À ma chère mère, dont l'amour inconditionnel, les prières et les encouragements ont été une source constante de force et de motivation. Ta dévotion et ton soutien m'ont permis de surmonter chaque obstacle.

À mon père, pour sa sagesse, ses conseils et son soutien inébranlable. Ta confiance en moi m'a donné le courage de poursuivre mes rêves avec détermination et persévérance.

À ma sœur, pour son affection, son soutien et sa présence rassurante. Ton encouragement et ta gentillesse m'ont souvent rappelé l'importance de l'amour familial.

À mon frère, pour sa camaraderie, ses encouragements et son aide précieuse. Ton soutien m'a inspiré à travailler dur et à ne jamais abandonner.

À ma grande famille, pour leur amour, leur soutien et leurs prières. Votre présence et vos encouragements ont été essentiels à chaque étape de ce parcours.

Que ce mémoire soit un témoignage de ma gratitude et de mon amour pour chacun de vous. Puisse Allah vous récompenser abondamment pour votre soutien et votre amour

KAZI TANI ANIS

Je dédicace ce travail à :

ALLAH, l'unique, le seul à être imploré pour ce que nous désirons, il ne ressemble point à ses créatures.

ALHAMDOLILAH par ta grâce et ta miséricorde, j'ai pu mener à terme les six années d'étude de médecine dentaire.

A ma très chère mère KHALDI SALIHA

À ma merveilleuse maman, qui m'a toujours donné un amour inconditionnel et une sagesse infinie. Merci pour tout ce que tu fais et pour être la lumière de ma vie. Je t'aime profondément.

A mon très cher père MAROUF AHMED

À mon incroyable papa, qui m'a toujours montré la voie avec force et courage. Merci pour ta sagesse, ton soutien et ton amour sans faille. Je suis fier d'être ton fils.

A ma chères sœurs MAROUF YASMINE et ses enfants AMINE ET INES

À ma sœur, une femme exceptionnelle et une source d'inspiration pour moi. Merci pour ta force, ton amour et ta bienveillance. Tu es un pilier dans ma vie.

À mes chers neveux et nièces, qui apportent tant de joie et de bonheur dans nos vies. Vous êtes des rayons de soleil, et je vous aime tous très fort.

A mon cher frère MAROUF SIDI MOHAMMED

mon compagnon de route et mon meilleur ami. Merci pour toutes les aventures partagées et pour toujours être là quand j'ai besoin de toi. Tu comptes énormément pour moi.

A ma chère sœur MAROUF AMINA رَحْمَتُهَا اللهُ

Dont la présence douce et aimante continue de résonner dans chaque aspect de ma vie, même dans les moments où tu n'es plus physiquement parmi nous. Il y a deux ans et demi, le monde a perdu une âme lumineuse, mais ton esprit reste vivant dans nos souvenirs et nos cœurs.

Alors que je m'apprête à franchir cette étape importante de ma vie académique en complétant mon mémoire de fin d'études en médecine dentaire, je ne peux m'empêcher de penser à toi et à l'impact profond que tu as eu sur moi. Ta force, ton courage et ton amour inconditionnel continuent de m'inspirer chaque jour.

Ce mémoire, bien que techniquement dédié à mon parcours académique, est également dédié à toi, ma sœur bien-aimée. C'est un témoignage de gratitude pour tout ce que tu as été pour

moi et pour tout ce que tu as représenté dans ma vie. Puisse Allah te combler de Sa miséricorde et te accorder une place au Jannah. Qu'Il te pardonne tes péchés et te récompense pour toutes tes bonnes actions. Tu me manques chaque jour, mais je sais que tu es avec moi, guidant mes pas et illuminant mon chemin. Ô Allah, fais de sa tombe un jardin parmi les jardins du Paradis et accorde-lui la paix éternelle. Repose en paix, ma chère sœur, sous la protection d'Allah. آمين يا رب العالمين

MAROUF ABDERRAHMANE

Table des matières

Remerciements.....	I
Dédicaces.....	II
Table des matières	V
Introduction Générale.....	1
Partie Théorique.....	3
Chapitre I : Chirurgie buccale et Maxillo-faciale	4
1. Définition de la chirurgie buccale et maxillo-faciale :.....	5
2. Le rôle du chirurgien buccal et maxillo-facial.....	5
3. La motivation courante pour la chirurgie buccale et maxillo-faciale :	6
4. Les types de la chirurgie buccale et maxillo-faciale :.....	6
4.1. Chirurgie orale et stomatologique.....	6
4.1.1. Prélèvement de tissu des glandes salivaires mineures	7
4.1.2. Résection apicale	7
4.1.3. Extractions dentaires simples.....	7
4.1.4. Extractions de dents incluses.....	8
4.1.5. Drainage des collections infectieuses de la face.....	8
4.1.6. Communication bucco-sinusienne d'origine dentaire	8
4.1.7. Abord du sinus maxillaire et intervention de Caldwell-Luc.....	8
4.1.8. Tumeurs bénignes de la muqueuse buccale.....	8
4.1.9. Kystes et tumeurs bénignes des mâchoires.....	8
4.2. Chirurgie des bases osseuses faciales et des cavités	9
4.2.1. Mentoplastie ou génioplastie	9
4.2.2. Ostéotomie de Le Fort I.....	9
4.2.3. Ostéotomie mandibulaire par clivage sagittal des branches montantes :.....	9
4.2.4. Abord de l'articulation temporo-mandibulaire et du col mandibulaire.....	9
4.2.5. Coronoïdectomie.....	9
4.2.6. Septoplastie.....	9
4.2.7. Turbinectomies	10
4.2.8. Décompression orbitaire pour orbitopathie thyroïdienne	10
4.3. Prélèvement osseux et chirurgie pré-implantaire.....	10
4.3.1. Prélèvement osseux mentonnier	10
4.3.2. Prélèvement osseux ramique	10

Table des Matières

4.3.3.	Prélèvement osseux crânien.....	10
4.3.4.	Prélèvement d'os iliaque	11
4.3.5.	Grefe du bas-fond sinusien.....	11
4.3.6.	Greffes d'apposition alvéolaire	11
4.4.	Chirurgie des traumatismes de la face	11
4.5.	Chirurgie carcinologique.....	14
4.6.	Chirurgie réparatrice des pertes de substance de la face, du crâne et du cou	15
4.7.	Chirurgie maxillo-faciale pédiatrique :.....	17
4.7.1.	Traitement primaire des fentes labiales uni- et bilatérales.....	17
4.7.2.	Traitement primaire des fentes vélo-palatines	18
4.7.3.	Traitement primaire des fentes alvéolaires	18
4.7.4.	Kystes et fistules du 2e arc branchial.....	18
4.7.5.	Kystes du tractus thyro-glosse	18
4.7.6.	Distraction sur le massif facial.....	19
4.8.	Chirurgie plastique et esthétique de la face.....	19
4.8.1.	Rhinoplastie	19
4.8.2.	Otoplastie.....	19
4.8.3.	Lifting cervico-facial	19
4.8.4.	Lifting frontal.....	19
4.8.5.	Blépharoplasties.....	20
4.8.6.	Lipo-aspiration sous-mentale.....	20
4.8.7.	Lipostructure® ou autogreffe d'adipocytes selon la technique de S.R. Coleman	20
4.9.	Chirurgie des glandes salivaires :.....	20
4.9.1.	Sub-mandibulectomie.....	20
4.9.2.	Parotidectomies.....	21
Chapitre II : le narcissisme.....		22
1.	Historique.....	23
2.	Définition.....	26
3.	La théorie du narcissisme	26
4.	Narcissisme dans les Troubles de la personnalité.....	29
5.	Facteurs de développement dans l'étiologie de trouble de la personnalité narcissique.....	30

Table des Matières

6. Les types de narcissisme	32
6.1. Narcissisme sain:.....	32
6.2. Narcissisme malin:.....	32
6.3. Narcissique toxique:.....	33
6.4. Narcissique exhibitionniste:.....	33
7. Les signes cliniques du narcissisme.....	34
8. Critère de diagnostique.....	37
9. Les mesures du narcissisme	40
9.1. Test de personnalité narcissique :.....	40
9.1.1. Test de narcissisme :	40
9.1.2. Test de trouble de la personnalité narcissique :	41
9.1.3. Test de narcissisme (NPI) :	41
9.1.4. Inventaire de la personnalité pathologique :	41
10. Les conséquences du narcissisme	42
10.1. Les conséquences du narcissisme sur la personne elle-même	43
10.1.1. Sur le plan émotionnel :.....	43
10.1.2. Sur le plan social :	43
10.1.3. Sur le plan professionnel :	43
10.1.4. Sur le plan physique :.....	44
10.1.5. Les conséquences du narcissisme sur l'entourage.....	44
11. Le narcissisme dans la culture contemporaine	45
12. La prise en charge thérapeutique des personnes narcissique.....	46
12.1. Thérapie individuelle :	46
12.2. Thérapie cognitivo-comportementale :.....	46
12.3. Thérapie de groupe :	47
12.3.1. Approches intégratives :	48
Chapitre III : la relation praticien/patient.....	49
1. Rapport actuel du patient avec la dentisterie	50
2. Le patient face à la maladie.....	51
2.1. Organisation de sa personnalité, facteurs culturels et cognitifs.....	52
2.2. Les conséquences et les réactions psychiques de la maladie.	52
2.2.1. Les conséquences psychiques d'une pathologie sont de deux types :	52
2.3. Les motivations du praticien.....	54

Table des Matières

2.4.	Les motivations conscientes et inconscientes	54
2.5.	Les attitudes du praticien vis-à-vis du patient.....	55
2.6.	Les caractéristiques de la relation dentiste-patient	56
2.6.1.	Une relation asymétrique et paradoxale.....	56
2.6.2.	Des attentes et des espérances mutuelles.....	57
2.6.3.	Le transfert et le contre-transfert	57
2.6.4.	Les conditions du transfert.....	58
Chapitre IV : Accompagnement psychologique des patients narcissiques ayant subi une défiguration.....		62
1. Approches Psychologiques Préopératoires		63
1.1.	La motivation des personnes narcissique pour subir une chirurgie buccale et maxillo-faciale :.....	63
1.2.	Évaluation psychologique préopératoire.....	64
1.3.	Gestion des attentes du patient:.....	64
1.4.	Préparation psychologique avant la chirurgie :.....	65
1.5.	Thérapie préopératoire : bénéfiques et limites	65
2. Suivi Psychologique Post-opératoire.....		66
2.1.	Les conséquences psychologiques de la chirurgie sur Le patient narcissique :.....	66
2.2.	Importance de l'acceptation de la nouvelle apparence:.....	67
2.3.	Gestion des émotions post-opératoires:	67
2.4.	L'importance du suivi à long terme.....	68
2.5.	Les complications liées à la chirurgie chez les patients narcissique:.....	68
Partie Pratique.....		70
1. Etude de cas		71
1.1.	But :.....	71
1.2.	Compte rendu de notre déplacement vers le service de chirurgie maxillo-faciale pour étude des patients narcissiques.....	71
1.3.	Déroulement du déplacement :	71
1.4.	Description du cas:.....	73
1.5.	Motif de consultation :	73
1.5.1.	Antécédents médicaux :.....	73
1.5.2.	Antécédents psychologiques :.....	73
1.5.3.	Examen physique :.....	73

Table des Matières

1.6. Histoire de la maladie :	74
1.7. Histoire de l'accident :	75
2. Evaluation :	75
2.1. Plan de prise en charge PSYCHOLOGIQUE :	75
2.1.1. Suivi Psychologique Pré-opératoire.....	75
2.1.2. Suivi Psychologique Post-opératoire.....	77
2.1.3. Les conséquences psychologiques de la chirurgie sur C :	77
2.1.4. Importance de l'acceptation de la nouvelle apparence :	77
2.1.5. Gestion des émotions post-opératoires :	77
2.1.6. Évaluation des résultats et ajustements nécessaires :	78
2.1.7. L'importance du suivi à long terme :	78
2.1.8. Les complications liées à la chirurgie :	78
Conclusion Générale	79
Références Bibliographiques	83
Annexes.....	91

Liste des figures

Figure 1: Sigmund Freud lors d'une séance de psychanalyse.....	59
Figure 2 : illustration caricaturale du Contre-transfert Négatif.....	61

Introduction Générale

Introduction Générale

La chirurgie maxillo-faciale est une discipline médicale qui se consacre à la correction et à la restauration des structures anatomiques du visage et de la mâchoire. Dans un univers où la science, la médecine et l'esthétique se rencontrent, la chirurgie maxillo-faciale est souvent saluée pour ses capacités remarquables à transformer les vies de patients, tant sur le plan fonctionnel qu'esthétique. Cette spécialité chirurgicale offre des solutions aux personnes souffrant de cas clinique complexe, tels que des malformations congénitales, des traumatismes faciaux, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, et bien plus encore. Cependant, au-delà des implications purement physiologiques, la chirurgie maxillo-faciale soulève des questions profondes sur la perception de soi, l'image corporelle et, de manière inattendue, le narcissisme(1).

Le narcissisme, souvent associé à un amour excessif de soi, peut prendre de multiples formes et affecter divers aspects de la vie d'un individu. Les procédures de chirurgie maxillo-faciale, en modifiant de manière significative l'apparence du visage, peuvent déclencher des réflexions intenses sur l'image de soi et la satisfaction personnelle(1).

Ce mémoire s'attache à explorer ce domaine fascinant où la médecine et la psychologie se croisent, en se penchant sur le lien complexe entre la chirurgie maxillo-faciale et le narcissisme. Comment ces interventions chirurgicales impactent-elles la perception de soi, l'estime de soi et le développement du narcissisme chez les individus qui y ont recours ? Quelles sont les motivations sous-jacentes à ces décisions médicales et comment influencent-elles le bien-être psychologique des patients ? Ces questions suscitent un intérêt croissant dans un contexte où l'apparence physique joue un rôle de plus en plus prépondérant dans la société moderne (1, 2).

Au fil de ce mémoire, nous explorerons les aspects médicaux, psychologiques et sociaux de la chirurgie maxillo-faciale, en mettant en lumière les complexités de cette discipline et ses implications pour la compréhension du narcissisme contemporain. En analysant les témoignages de patients, les recherches psychologiques et les avancées médicales, nous tenterons de mieux saisir les conséquences de ces interventions sur l'épanouissement individuel et la relation entre l'apparence physique et psyché(2).

Partie Théorique

Chapitre I : Chirurgie buccale et Maxillo-faciale

1. Définition de la chirurgie buccale et maxillo-faciale :

La chirurgie buccale et maxillo-faciale est une spécialité qui se concentre sur le diagnostic et le traitement des maladies, des blessures et des anomalies du visage, de la bouche, des dents et des mâchoires.

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont habilités à effectuer un large éventail de procédures, allant de l'extraction des dents de sagesse à la correction des déviations des mâchoires, en passant par la pose d'implants dentaires, les greffes osseuses, le traitement des kystes et tumeurs des mâchoires, et le traitement des fractures et malformations du visage. Ils sont également formés pour traiter les pathologies buccales, telles que les lésions des tissus mous, les lésions osseuses, les tumeurs malignes et les cancers.

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux peuvent également être impliqués dans le traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), qui est l'articulation la plus sollicitée du corps et peut être sujette à diverses dysfonctions mécaniques ou douleurs articulaires et musculaires.

Les patients sont référés à un chirurgien buccal et maxillo-facial par leur dentiste ou médecin traitant lorsque des problèmes spécifiques au niveau de la bouche, des dents, des mâchoires ou du visage sont identifiés. Cependant, les patients peuvent également prendre rendez-vous directement avec un chirurgien buccal et maxillo-facial s'ils remarquent des problèmes spécifiques au niveau de leur visage(4).

2. Le rôle du chirurgien buccal et maxillo-facial

Le rôle du chirurgien buccal et maxillo-facial comprend plusieurs aspects principaux :

- Diagnostic et traitement des maladies, blessures et malformations concernant la bouche, les mâchoires et leurs structures environnantes.
- Interventions chirurgicales variées, telles que l'extraction des dents de sagesse, la correction des déviations des mâchoires, la pose d'implants dentaires, les greffes osseuses, le traitement des kystes et tumeurs des mâchoires, ainsi que le traitement des fractures et malformations du visage.
- Chirurgie reconstructrice de la face par greffes, lambeaux ou épithéliales.
- Chirurgie esthétique de la face .
- Orthognathique (correction des déficiences occlusales).

- Préparation et placement d'implants dentaires.
- Gestion de cas complexes tels que les tuméfactions et les difformités des mâchoires et du visage.

Cette spécialité requiert une longue formation et une solide expérience dans le milieu hospitalier, ce qui assure aux chirurgiens bucco-maxillo-faciaux une maîtrise approfondie dans leur domaine et leur capacité à gérer des cas majeurs.

Ils travaillent souvent en collaboration étroite avec d'autres spécialistes, tels que les chirurgiens oraux, les otorinolaryngologistes et les neurologues, pour offrir une soins de haute qualité aux patients (3, 4).

3. La motivation courante pour la chirurgie buccale et maxillo-faciale :

La motivation courante pour la chirurgie buccale et maxillo-faciale inclut :

Amélioration de la fonction et de l'apparence de la bouche, des mâchoires et du visage : La chirurgie buccale et maxillo-faciale peut aider à corriger des défauts congénitaux, des traumatismes, des malformations et des troubles fonctionnels.

Restitution de la fonction masticatrice et de la parole : Des interventions comme la correction des déviations des mâchoires et la pose d'implants dentaires peuvent faciliter la mastication et la communication (4, 5).

Soins esthétiques : La chirurgie esthétique de la face et la génioplastie (chirurgie du menton) peuvent améliorer l'apparence et la symétrie du visage(4).

Traitement de la douleur et de la dysfonction : La chirurgie buccale et maxillo-faciale peut alléger la douleur et restaurer la fonction chez les patients atteints de maladies, de traumatismes ou de malformations (3, 4).

Plaisir personnel et professionnel : La satisfaction de contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne des patients constitue une source importante de motivation pour les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux. Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont des professionnels hautement qualifiés qui travaillent en collaboration étroite avec d'autres spécialistes pour offrir des soins complets et personnalisés à leurs patients(6).

4. Les types de la chirurgie buccale et maxillo-faciale :

4.1. Chirurgie orale et stomatologique

Dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, les interventions peuvent se dérouler

dans la cavité buccale, sur le visage ou combiner les deux. On distingue ainsi des installations spécifiques pour chaque type d'intervention, bien que ces distinctions ne soient pas strictes et visent simplement à faciliter la description. Selon les procédures chirurgicales, des approches complémentaires au niveau du cou ou à distance (thorax, abdomen, membres, etc.) peuvent être nécessaires, et ces installations seront détaillées en conséquence dans les chapitres correspondants. De nos jours, les champs opératoires autocollants à usage unique sont largement préférés(5).

4.1.1. Prélèvement de tissu des glandes salivaires mineures

Le prélèvement de tissu des glandes salivaires mineures est une procédure médicale pratiquée afin d'évaluer et de diagnostiquer les affections affectant ces glandes. Les glandes salivaires mineures, également connues sous le nom de glandes salivaires accessoires, sont de petites glandes réparties dans la muqueuse buccale et produisant de la salive(5).

a) Utilité du Prélèvement

Ce prélèvement est généralement effectué pour les raisons suivantes :

- Évaluer une tumeur ou une masse dans la région des glandes salivaires mineures.
- Diagnostiquer une infection ou une inflammation chronique.
- Identifier la présence de calculs salivaires.

La réalisation d'un prélèvement de tissu des glandes salivaires mineures revêt une importance capitale dans le diagnostic de diverses affections touchant ces glandes. Elle fournit des informations cruciales pour orienter le traitement et garantir des soins appropriés aux patients présentant des anomalies au niveau des glandes salivaires mineures(5).

4.1.2. Résection apicale

La résection apicale vise à éliminer une infection périapicale manifeste ou latente tout en préservant la dent causale. Cette intervention facilite le nettoyage du foyer infectieux après un curetage. Elle est réalisable uniquement si les canaux dentaires ont été correctement nettoyés, préparés et obturés. Généralement, les deux tiers de la racine dentaire doivent être conservés, à quelques exceptions près pour les dents à racines multiples(5)

4.1.3. Extractions dentaires simples

Cette procédure consiste à retirer des dents atteintes de caries sévères ou de traumatismes, sans possibilité de restauration. Elle peut également concerner des dents saines, le plus souvent

des prémolaires, lorsque leur position interfère avec un traitement d'orthodontie(5).

4.1.4. Extractions de dents incluses

Cette intervention vise à retirer des dents incluses dans la mâchoire, qu'elles soient positionnées normalement ou de manière ectopique. Les indications incluent des complications douloureuses ou infectieuses, des obstructions mécaniques à l'éruption dentaire, des lésions des dents voisines, la présence de kystes ou des besoins prothétiques ou orthodontiques(5).

4.1.5. Drainage des collections infectieuses de la face

Ce traitement consiste à drainer chirurgicalement les cellulites de la face, en particulier les abcès. Il nécessite souvent un accès oral et implique également le traitement ou l'extraction de la dent causale. Les incisions cutanées doivent être réalisées de manière à minimiser les séquelles fonctionnelles et esthétiques, avec une préférence pour une position inclinée du drainage(5).

4.1.6. Communication bucco-sinusienne d'origine dentaire

Cette intervention vise à refermer chirurgicalement une communication entre la cavité buccale et le sinus maxillaire, généralement survenue après l'extraction d'une molaire maxillaire(5).

4.1.7. Abord du sinus maxillaire et intervention de Caldwell-Luc

Il s'agit d'accéder au sinus maxillaire pour retirer un corps étranger ou pour cureter sa muqueuse, notamment dans les cas de sinusite chronique d'origine dentaire résistante aux traitements conservateurs et médicaux(5).

4.1.8. Tumeurs bénignes de la muqueuse buccale

Cette intervention permet de diagnostiquer et d'ablater chirurgicalement des lésions muqueuses, telles que le lichen ou des états précancéreux, pouvant causer des troubles fonctionnels ou esthétiques. La difficulté de l'exérèse dépend de divers facteurs, comme la proximité avec des structures anatomiques importantes et influence la méthode de réparation chirurgicale(5).

4.1.9. Kystes et tumeurs bénignes des mâchoires

Cette intervention vise à diagnostiquer et à retirer chirurgicalement des lésions osseuses des mâchoires. En cas de diagnostic incertain, une biopsie préalable peut être nécessaire pour

orienter la conduite à tenir chirurgicalement(5).

4.2. Chirurgie des bases osseuses faciales et des cavités

4.2.1. Mentoplastie ou génioplastie

Cette intervention vise à corriger la position du menton dans les trois dimensions de l'espace, à des fins esthétiques (profil naso-labio-mentonnier) et fonctionnelles pour assurer une bonne compétence labiale(5).

4.2.2. Ostéotomie de Le Fort I

L'objectif est d'obtenir un alignement dentaire de classe I selon l'Angle, avec des conséquences esthétiques favorables sur le nez, les lèvres et le menton, ainsi qu'un équilibre musculaire optimal. Le mouvement maximal d'avancement est de 8 à 12 mm, au-delà duquel les difficultés opératoires et les risques de récurrence augmentent considérablement(5).

4.2.3. Ostéotomie mandibulaire par clivage sagittal des branches montantes :

Cette intervention vise à obtenir un alignement dentaire de classe I, à améliorer l'esthétique de la partie inférieure du visage (lèvres, menton, angle cervico-mentonnier, région sous-mentale) et à établir un équilibre musculaire favorable(5).

4.2.4. Abord de l'articulation temporo-mandibulaire et du col mandibulaire

Entrer dans l'articulation afin de réaliser différents gestes selon les indications, comme dans les cas d'ankylose temporo-mandibulaire, de luxations temporo-mandibulaires résistantes, de formes avancées du SADAM, ou de tumeurs de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)(5).

4.2.5. Coronoïdectomie

Cette intervention vise à faciliter l'ouverture buccale dans les cas de constrictions permanentes des mâchoires, notamment en cas d'hypertrophie des apophyses coronoïdes, de cal coronoïdomalaire, ou d'ankylose temporo-mandibulaire(5).

4.2.6. Septoplastie

La septoplastie a pour objectif de corriger une déviation de la cloison responsable d'une obstruction nasale et/ou d'une déviation du nez mobile, souvent objectivée par une

rhinomanométrie et/ou un scanner des fosses nasales et des sinus(5).

4.2.7. Turbinectomies

Cette intervention vise à corriger une hypertrophie des cornets inférieurs et/ou moyens responsable d'une obstruction nasale, généralement objectivée par une rhinomanométrie et un scanner des fosses nasales et des sinus(5).

4.2.8. Décompression orbitaire pour orbitopathie thyroïdienne

Cette intervention a un double objectif. D'une part, elle vise à préserver une fonction visuelle altérée voire menacée par la neuropathie optique liée à l'hyperpression intraorbitaire et à la tension sur le nerf optique. D'autre part, elle cherche à réduire la protrusion excessive des globes oculaires (exophtalmie), apportant ainsi un bénéfice morphologique, esthétique et fonctionnel, en améliorant les troubles cornéens(5).

4.3. Prélèvement osseux et chirurgie pré-implantaire

4.3.1. Prélèvement osseux mentonnier

Ce prélèvement d'os au niveau du menton est utilisé lorsque le volume osseux requis est limité, notamment en chirurgie pré-implantaire ou lors de greffes d'apposition d'os cortical au niveau du maxillaire ou de la mandibule. Le site fournit en moyenne 45 à 50 mm de longueur, 6 à 13 mm de largeur et 6 à 9 mm d'épaisseur d'os cortical, avec une faible présence d'os spongieux(5).

4.3.2. Prélèvement osseux ramique

Ce prélèvement d'os au niveau du ramus est utilisé lorsque le volume osseux requis est modéré, notamment en chirurgie pré-implantaire ou lors de greffes d'apposition d'os cortical au niveau du maxillaire ou de la mandibule. Le site fournit en moyenne 50 à 60 mm de longueur, 10 à 20 mm de largeur et 2 à 4 mm d'épaisseur d'os cortical, avec une faible présence d'os spongieux(5).

4.3.3. Prélèvement osseux crânien

Ce prélèvement d'os au niveau du pariétal crânien (calvaria) est utilisé pour la

reconstruction maxillofaciale lorsque le volume osseux requis est important. Ce site fournit une quantité d'os cortico-spongieux adéquate, avec une faible présence d'os spongieux(5).

4.3.4. Prélèvement d'os iliaque

L'os iliaque est un site donneur d'os cortico-spongieux important, utilisé pour des réhabilitations osseuses étendues en chirurgie reconstructrice et réparatrice, en chirurgie orthognatique ou en chirurgie pré-implantaire lorsque la masse osseuse requise est importante(5).

4.3.5. Greffe du bas-fond sinusien

Cette intervention consiste à déposer de l'os ou des biomatériaux sous la muqueuse du bas-fond du sinus maxillaire afin d'augmenter sa masse et sa hauteur, facilitant ainsi la pose d'implants dentaires. Elle est indiquée en cas de perte osseuse verticale dans les secteurs maxillaires postéro-latéraux, sous réserve de l'absence de sinusite maxillaire chronique ou aiguë(5).

4.3.6. Greffes d'apposition alvéolaire

Ces greffes visent à restaurer le volume de l'os alvéolaire atrophié en largeur et/ou en hauteur, en vue d'une future implantation dentaire(5).

4.4. Chirurgie des traumatismes de la face

1) Plaies et sutures de l'extrémité cervico-céphalique

Cette intervention vise à réparer les tissus mous et à diagnostiquer et traiter les lésions des structures nobles de la région faciale, telles que le nerf facial, le globe oculaire, les voies lacrymales, le canal de Sténon et les vaisseaux faciaux, ainsi que les branches sensibles du trijumeau (V1, V2, V3)(5).

2) Blocage maxillo-mandibulaire

Le blocage maxillo-mandibulaire vise à immobiliser les arcades dentaires pour rétablir l'occlusion maximale. Il est utilisé dans les fractures perturbant l'articulation dentaire, pour réduire et immobiliser les fractures de la mandibule ou du maxillaire avant ou pendant une ostéosynthèse, ainsi que dans la chirurgie orthognatique pour immobiliser les arcades dentaires selon l'occlusion prévue(5).

3) Traumatisme alvéolo-dentaire

L'objectif est de traiter en urgence les lésions dentaires et osseuses afin de restaurer une occlusion et une esthétique normales, en préservant autant que possible la vitalité pulpaire dentaire, en réparant les fractures coronaires et en réduisant et immobilisant les déplacements alvéolo-dentaires(5).

4) Fractures de la portion dentée de la mandibule

Cette intervention vise à réduire et à immobiliser les fragments de la mandibule pour restaurer l'anatomie osseuse et l'occlusion dentaire pré-traumatique, assurant ainsi un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant(5).

5) Fractures de la région condylienne

L'objectif est de restaurer l'anatomie normale de l'articulation condylo-ramique par un abord pré-auriculaire, rétro-mandibulaire ou sous-angulo-mandibulaire, particulièrement indiqué dans les fractures sous-condyliennes avec perte de hauteur ramique par chevauchement des fragments fracturaires(5).

6) Fractures des os propres du nez

L'intervention vise à rétablir l'état antérieur de la pyramide nasale sur le plan fonctionnel et esthétique, en pratiquant généralement l'intervention 3 à 5 jours après le traumatisme, après diminution des œdèmes(5).

7) Fractures occluso-faciales (fractures de Le Fort)

Cette intervention vise à restaurer l'anatomie osseuse et l'occlusion dentaire préexistantes du patient en fixant les structures osseuses fracturées au niveau des piliers de la face, essentiellement avec un blocage maxillo-mandibulaire(5).

8) Fractures orbito-zygomatiques

L'objectif est de repositionner et de fixer le zygoma (os malaire) et de reconstruire si nécessaire le plancher de l'orbite après libération de toute incarceration musculaire oculomotrice, en intervenant en l'absence d'un œdème important pour apprécier la qualité de la réduction(5).

9) Fractures centro-faciales

L'objectif est d'obtenir la réduction et la contention de tous les foyers de fractures en utilisant des voies d'abord multiples peu ou pas visibles, avec notamment la restauration de la

distance inter-canthale normale et de la projection normale du dos nasal, ainsi qu'une projection normale des globes oculaires pour un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant en un seul temps opératoire(5).

4.5. Chirurgie carcinologique

1) Glossectomies

Cette intervention vise à retirer les lésions cancéreuses localisées sur différentes parties de la langue, principalement des carcinomes épidermoïdes. Les marges de sécurité d'au moins 1 cm doivent être respectées(5).

2) Pelvi-glossectomies et pelvi-mandibulectomies

Il s'agit d'extraire les lésions cancéreuses situées à divers endroits du plancher buccal, pouvant s'étendre jusqu'au rebord alvéolaire, à la langue et/ou à la mandibule (carcinomes épidermoïdes), en laissant des marges de sécurité d'au moins 1 cm(5).

3) Évidement ganglionnaire cervical

Cette intervention a un double objectif thérapeutique et pronostique en retirant les ganglions lymphatiques cervicaux drainant une tumeur des voies aérodigestives supérieures. Elle peut être également préventive dans les cas de tumeurs N0 cliniquement. Le nombre de ganglions prélevés et atteints est relevé pour une classification précise(5).

4) Technique du ganglion sentinelle

Cette technique chirurgicale combine une lymphoscintigraphie préopératoire et un examen anatomopathologique pour améliorer la sensibilité du classement préopératoire du N (classification TNM) dans les lésions classées N0 cliniquement et radiologiquement, uniquement applicables aux lésions T1 et T2 de petite taille(5).

5) Exérèse des tumeurs de l'étage moyen de la face

L'objectif est de retirer les tumeurs bénignes ou malignes de l'étage moyen de la face, telles que celles du plateau palatin, du sinus maxillaire, des fosses nasales, des cavités orbitaires, du sinus ethmoïdal et de la partie supérieure des fosses nasales, nécessitant un diagnostic histologique et un bilan d'imagerie précis(5).

6) Trachéotomie

Cette procédure vise à assurer une ventilation contrôlée lors de chirurgies majeures, carcinologiques des voies aérodigestives supérieures, traumatologiques ou en cas d'urgence devant une obstruction des voies aériennes supérieures lorsque d'autres méthodes d'intubation ne sont pas possibles(5).

4.6. Chirurgie réparatrice des pertes de substance de la face, du crâne et du cou

1) Greffe cutanée

La greffe cutanée vise à restaurer la peau perdue suite à des traumatismes ou à des exérèses tumorales. Elle constitue l'un des moyens de réparation, aux côtés de la cicatrisation dirigée et des lambeaux locaux, régionaux ou à distance. Les principales indications incluent les pertes de substance cutanée d'origine traumatique ou dermatologique. Les greffes de peau peuvent être totales ou minces, avec des avantages spécifiques selon les besoins de couverture(5).

2) 2) Expansion cutanée

L'expansion cutanée reconstruit les pertes de substance cutanée en utilisant la capacité de la peau à se distendre sous une pression progressive. Un expandeur est placé sous la peau et progressivement rempli de sérum physiologique, créant ainsi une distension cutanée. Les indications sont diverses, allant de l'ablation de tumeurs cutanées aux reconstructions nasales, nécessitant une planification préopératoire minutieuse(5).

3) 3) Lambeaux et plasties locales

Ces techniques visent à réparer les pertes de substance cutanée causées par des exérèses tumorales ou des traumatismes, avec un examen anatomopathologique systématique post-opératoire(5).

4) Lambeaux de reconstruction des paupières

5) Lambeaux de réparation des pertes de substance cutanée du nez

6) Lambeaux frontaux

Ces lambeaux sont utilisés pour reconstruire les pertes de substance cutanée, en particulier dans la région de la pyramide nasale(5).

7) Rhinopoièse totale et sub-totale

La rhinopoièse vise à reconstruire une perte de substance nasale, quelle que soit son origine, qu'il s'agisse d'une exérèse tumorale ou d'une blessure traumatique. L'objectif est de respecter au maximum les unités esthétiques, conformément aux principes établis par Burget(5).

8) Lambeaux de reconstruction du pavillon de l'oreille

Pour les pertes de substance de pleine épaisseur inférieures à 15 mm, le traitement privilégié est la suture directe en deux ou trois plans, avec éventuellement un back-cut cutanéocartilagineux pour aligner les berges. Pour les autres pertes de substance, les techniques peuvent être classées en fonction de la topographie de la région reconstruite, avec la possibilité d'associer différentes méthodes ou de dépasser les limites topographiques initiales(5).

9) Lambeaux de reconstruction des lèvres

Pour les pertes de substance de pleines épaisseurs inférieures à un tiers de la longueur de la lèvre, la suture directe en trois plans est recommandée. Pour les autres pertes de substance, les techniques peuvent être classées en fonction de la topographie de la région reconstruite, avec la possibilité d'associer différentes méthodes ou de dépasser les limites topographiques initiales. La vascularisation artérielle et veineuse des lèvres varie selon leur localisation(5).

10) Lambeau temporal

Ce type de lambeau du muscle temporal est indiqué pour la couverture ou le comblement de zones comme l'oreille, l'orbite et le maxillaire. Lorsqu'il est utilisé pour la couverture, le muscle est souvent greffé(5).

11) Myoplastie d'allongement du temporal

Cette technique vise à réanimer la lèvre supérieure en transférant le tendon du muscle temporal directement sur la lèvre supérieure. Il s'agit d'une intervention palliative indiquée principalement pour les paralysies faciales complètes sans récupération clinique ou électrique depuis plus d'un an. Les indications peuvent être élargies aux paralysies incomplètes dans certaines conditions(5).

12) Lambeau de fascia temporal superficiel (fascia temporalis):

Ce lambeau est utilisé pour couvrir les pertes de substance cutanée et muqueuse dans différentes régions faciales, en particulier celles incluses dans l'arc de rotation du pédicule temporal superficiel, dont le point fixe se situe au-dessus de l'arcade zygomatique(5).

13) Lambeau sous-mental

Ce lambeau est utilisé pour couvrir les pertes de substance des deux tiers inférieurs du visage, y compris la lèvre inférieure et la partie nasale jusqu'au canthus interne. Bien qu'il puisse

être utilisé pour reconstruire la cavité buccale, il est limité par des contre-indications carcinologiques, excluant les tumeurs malignes à l'exception des épithéliomas baso-cellulaires (5).

14) Lambeau musculo-cutané de grand dorsal (latissimus dorsi)

Ce lambeau offre localement une importante quantité de muscle, associée à une large zone cutanée. Il est utilisé dans diverses reconstructions cervico-faciales, que les pertes de substance soient dues à un traumatisme ou à l'exérèse tumorale(5).

15) Lambeau musculo-cutané de grand pectoral (pectoralis major)

Ce lambeau fournit une grande quantité de muscle localement, avec une zone cutanée étendue en regard. Il est utilisé dans diverses reconstructions cervico-faciales, qu'elles soient liées à un traumatisme ou à l'excision d'une tumeur(5).

16) Lambeau antébrachial ou lambeau « chinois »

Ce lambeau fin est principalement utilisé pour le resurfaçage, sans possibilité de remplissage. Ses principales indications concernent les reconstructions muqueuses, telles que celles du plancher buccal, de la face interne de la joue et de la paroi pharyngée, ainsi que les reconstructions cutanées pour les pertes de substance superficielles et étendues cervico-faciales(5).

17) Lambeau libre de péroné ou fibula

Ce lambeau microchirurgical peut être utilisé sous forme de lambeau osseux pur ou de lambeau ostéo-fascio-cutané. Il permet de prélever jusqu'à 22 à 26 cm d'os, en fonction de la longueur de la jambe du patient. Les indications en chirurgie reconstructrice maxillo-faciale incluent les pertes de substance osseuse étendues, notamment supérieures à 7 cm, ainsi que les pertes de substance osseuse et tissulaire des mâchoires, en particulier de la mandibule, résultant de grandes exérèses carcinologiques, d'ostéo-radio-nécroses étendues ou de traumatismes par arme à feu(5).

4.7. Chirurgie maxillo-faciale pédiatrique :

4.7.1. Traitement primaire des fentes labiales uni- et bilatérales

Sur le plan morphologique, le traitement vise à reconstruire une lèvre présentant une

longueur et une hauteur satisfaisantes, avec une symétrie par rapport au côté sain dans les formes unilatérales. Il vise également à assurer une bonne projection de la lèvre, en particulier au niveau de la jonction cutané-muqueuse, ainsi qu'une symétrie des seuils nasaires, visible également lors des expressions faciales. Sur le plan fonctionnel, l'objectif est d'assurer une occlusion labiale adéquate pour éviter les troubles de la parole et de garantir que la sangle musculaire labio-narinaire ne perturbe pas la croissance du prémaxillaire. Il est également important d'assurer une ventilation nasale optimale en contrôlant la valve et la position du septum(5).

4.7.2. Traitement primaire des fentes vélo-palatines

La fermeture concerne soit le voile du palais dans les fentes vélares, soit le voile et le palais osseux dans les fentes vélo-palatines. Les objectifs de la réparation sont de rétablir la fonction musculaire du sphincter vélo-pharyngé en repositionnant les muscles du voile, et de garantir une fermeture hermétique de la fente vélo-palatine, sans fistule résiduelle et sans compromettre la croissance maxillaire(5).

4.7.3. Traitement primaire des fentes alvéolaires

La fermeture d'une fente alvéolaire se réalise par une gingivo-périostoplastie (GPP) associée à une greffe osseuse maxillaire d'os spongieux provenant de l'os iliaque. Cette intervention est effectuée entre 5 et 6 ans, avant l'éruption des incisives définitives, après une préparation orthodontique d'expansion du maxillaire. L'objectif est de rétablir la continuité de l'arcade maxillaire et de permettre une éruption correcte de l'incisive latérale, renforçant ainsi le volume osseux(5).

4.7.4. Kystes et fistules du 2e arc branchial

L'objectif est l'exérèse complète du kyste et de son éventuelle fistule. Les kystes ou fistules d'origine branchiale se situent entre le conduit auditif externe et l'articulation sterno-claviculaire dans la partie antéro-latérale du cou. Certains, sus-hyoïdiens, proviennent du 1er arc, tandis que d'autres, sous-hyoïdiens, sont généralement issus du 2e arc branchial, et rarement du 3e arc(5).

4.7.5. Kystes du tractus thyro-glosse

L'objectif est l'exérèse complète du kyste et du tractus thyro-glosse. Ce tractus comprend deux parties distinctes : une partie sus-hyoïdienne, débutant au foramen cæcum et s'étendant

vers le bas et l'avant jusqu'à l'os hyoïde auquel elle adhère étroitement ; et une partie sous-hyoïdienne, s'étendant de l'os hyoïde au sommet de la pyramide de Lalouette(5).

4.7.6. Distraction sur le massif facial

Ce procédé vise à corriger un trouble de développement ou une perte de substance acquise au niveau de la mandibule, de la symphyse ou du maxillaire. Il consiste en une ostéotomie suivie de l'élongation de la cale osseuse, permettant d'augmenter la taille de la zone d'ostéotomie. Cela permet d'obtenir un gain de taille et/ou de volume osseux, ainsi que des modifications des tissus mous environnants(5).

4.8. Chirurgie plastique et esthétique de la face

4.8.1. Rhinoplastie

Cette intervention vise à corriger à la fois les aspects fonctionnels en rétablissant la fonction respiratoire et les aspects esthétiques en harmonisant les proportions du nez. Cela implique une analyse approfondie des caractéristiques morpho-anatomiques du nez(5).

4.8.2. Otoplastie

L'objectif est de remodeler le pavillon auriculaire pour obtenir une morphologie satisfaisante, notamment en enfonçant la conque pour obtenir un angle céphalo-conchal de 80 à 90 degrés, en pliant la branche postérieure de l'anthélix, en positionnant correctement le lobule sans protrusion, et en corrigeant toute hypertrophie conchale. Cette intervention peut être réalisée à partir de l'âge de 7 ans, mais l'âge idéal se situe entre 10 et 12 ans, lorsque le cartilage est encore malléable. Il est essentiel que l'enfant soit motivé pour subir cette opération dans des conditions optimales. Aucun bilan complémentaire n'est nécessaire, à l'exception d'un bilan photographique(5).

4.8.3. Lifting cervico-facial

Ce lifting vise à retendre les tissus mous du visage et du cou affaiblis par le processus de vieillissement. Il est indiqué lorsque le test de traction cutanée au niveau de la région parotidienne corrige la ptose jugale et la bajoue, atténue ou corrige les bandes platysmales, et redonne à la face son ovale naturel tout en soulignant la netteté du rebord basilaire mandibulaire(5).

4.8.4. Lifting frontal

Cette intervention chirurgicale corrige une ptose fronto-sourcillière lorsque le soulèvement manuel du front améliore l'esthétique et le champ visuel du patient, et traite l'affaissement conjoint du front et du sourcil ainsi que les rides frontales. Bien que l'utilisation de la toxine botulique ait réduit les indications pour les rides frontales, la ptose fronto-sourcillière reste une excellente indication pour le lifting frontal, améliorant significativement l'esthétique du regard et des paupières par rapport à une blépharoplastie supérieure seule(5).

4.8.5. Blépharoplasties

Ce terme regroupe plusieurs interventions visant à résoudre différents problèmes : l'excès de peau de la paupière supérieure (dermatochalasis), les protrusions de graisse intra-orbitaire avec poussée du septum et du muscle orbiculaire (poches palpébrales inférieures ou supérieures), et la laxité palpébrale inférieure due à un relâchement de la sangle tarso-conjonctivale ou du tendon canthal externe. Avant l'intervention, des photographies et un examen ophtalmologique préopératoire sont nécessaires pour des raisons médico-légales(5).

4.8.6. Lipo-aspiration sous-mentale

Cette procédure vise à éliminer les excès de graisse sous-cutanée et à créer des tunnels pour permettre une rétraction cutanée, assurant ainsi un rapprochement de la peau sous-mentale avec les tissus sous-jacents(5).

4.8.7. Lipostructure® ou autogreffe d'adipocytes selon la technique de S.R. Coleman

L'objectif est de restaurer les volumes en injectant un centrifugat d'adipocytes prélevés sur le patient, permettant ainsi un comblement naturel des zones dévolumisées(5).

4.9. Chirurgie des glandes salivaires :

4.9.1. Sub-mandibulectomie

Cette procédure consiste à retirer la glande sub-mandibulaire dans différentes situations :

- Lithiases : Avec l'avancement des techniques endoscopiques, les sub-mandibulectomies pour lithiase sont moins fréquemment pratiquées. Cependant, il existe encore des indications, notamment en cas d'épisodes infectieux persistants après le retrait des lithiases ou en présence de lithiases intraglandulaires non palpables.
- Tumeurs : Selon le type histologique de la tumeur (bénigne ou maligne), la

stratégie chirurgicale peut varier. Parfois, l'incision cutanée peut être réalisée plus bas pour permettre une extension si un évidement ganglionnaire est envisagé(5).

4.9.2. Parotidectomies

Cette intervention chirurgicale est réalisée pour traiter les tumeurs de la glande parotide. Selon la situation, il est possible de pratiquer une parotidectomie superficielle (emportant la partie latérale de la glande par rapport au nerf facial), une parotidectomie totale conservatrice du nerf facial, ou une parotidectomie totale avec sacrifice du nerf facial(6).

Chapitre II : le narcissisme

1. Historique

L'histoire du narcissisme est riche et complexe, avec des origines dans la mythologie grecque et des développements ultérieurs en psychologie et en théorie des personnalités.

Origines mythologiques : Le mythe de Narcisse, un jeune homme qui s'éprend de son propre reflet, a inspiré le terme de narcissisme. Ce mythe grec a été utilisé pour décrire une forme de pathologique auto-absorption (7, 8).

Selon la mythologie grecque, Narcisse est un beau jeune homme qui méprisait l'amour. Néanmoins, sa légende est rapportée de façon très différente selon les auteurs. Dans son Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine, Grimal (1996) fait état d'au moins trois versions du mythe de Narcisse dont la plus connue est celle d'Ovide dans les *Métamorphoses*.

D'après Ovide, Narcisse est le fils du dieu Céphise et de la nymphe Liriope. À sa naissance, ses parents interrogèrent le devin Tirésias « s'il verrait sa vie se prolonger dans une vieillesse avancée », celui-ci leur répondit que l'enfant « vivrait vieux, s'il ne se regardait pas ». Arrivé à l'âge de jeune homme, Narcisse fût l'objet de la passion d'un grand nombre de jeunes filles et de nymphes. Mais il restait insensible. Son indifférence, son dédain provoquèrent la colère et la malédiction divine : « Puisse-t-il aimer, lui aussi, et ne jamais posséder l'objet de son amour ! ». Lors d'un jour de grande chaleur, après une chasse, Narcisse se pencha sur une source afin d'apaiser sa soif, « il s'extasia devant lui-même et sans s'en douter, il se désire lui-même ; il est l'amant et l'objet aimé ». Le chagrin de ne pouvoir atteindre l'objet de son amour le fit mourir. Au lieu où il mourut poussa une fleur à laquelle on donna son nom, le narcissisme (8,9).

Dans la version boétienne, Narcisse était aimé d'un jeune homme nommé Ameinias, mais ne l'aimait pas en retour. Il le repoussait sans cesse et finit même par lui offrir une épée avec laquelle Ameinias se suicida face à lui tout en le maudissant. Quelques temps plus tard, alors qu'il se promenait dans les bois, il tomba amoureux de son image dans l'eau claire d'une source. Comprendant l'inutilité de sa passion, il se suicida et c'est du sang de Narcisse, suicidé devant sa propre image, que naquit la fleur au bord de la source.

La version de Pausanias rapporte l'amour incestueux que Narcisse avait pour sa sœur jumelle à laquelle il ressemblait extrêmement. Les deux jeunes étaient très beaux. La jeune fille mourut ; Narcisse, qui l'aimait beaucoup, en ressentit une grande douleur, et un jour qu'il se vit dans une source, il crut d'abord voir sa sœur, cela le consola de son chagrin. Bien qu'il sût très

bien que ce n'était pas sa sœur qu'il voyait, il prit l'habitude de se regarder dans les sources pour se consoler de sa perte.

Dans le mythe, Narcisse est condamné pour son narcissisme. Plus explicitement, il est puni pour son narcissisme – qui se dessine déjà à travers son refus d'aimer l'autre, de consentir à être aimé ou de succomber à l'amour dispensé par autrui – par l'aliénation narcissique qui le rend fixé de façon indéracinable à un amour inaccessible pour le reflet de sa propre image corporelle. Cette aliénation qui l'amène à aimer exclusivement une image évanescence de lui-même est sans consistance corporelle avec laquelle aucune union ou unité narcissique ne seront jamais possibles. Narcisse est atteint d'une insatisfaction narcissique désespérante dont seule la mort peut le délivrer.

Bien que les trois versions du mythe de Narcisse présentent chacune leur intérêt, c'est celle d'Ovide qui intéresse Freud. Ce qui retient probablement l'intérêt de Freud est le dédain que Narcisse éprouve eu égard à l'amour, car c'est dans le cadre d'un désinvestissement des objets extérieurs que Freud a dégagé la psychopathologie liée au narcissisme. Il décrit les schizophrènes et les paranoïaques comme des êtres qui ont retiré tout investissement du monde extérieur, donc le méprisent en quelque sorte, et qui ont reporté toute leur libido sur le moi.

Ainsi, le mythe de Narcisse peut servir de référence à plusieurs aspects cliniques du narcissisme. Dans ce sens, Neau (2009) relève que Guy Rosolato(10) repère cinq courants à la base de la structure du narcissisme qui s'étayent et s'articulent les uns aux autres : le retrait libidinal (Narcisse repousse Écho ou Ameinias), le dédoublement (il découvre son reflet dans une source), l'idéalisation (il est fasciné par l'image de lui-même idéalisé), la double entrave (entre la vie et la mort) et l'oscillation métaphoro- métonymique (à sa mort, il se métamorphose en une fleur qui représente métaphoriquement une partie de lui puisqu'elle a son nom et sa beauté).

A travers les différentes interprétations du mythe de Narcisse, le narcissisme n'est pas un concept univoque et qu'il se prête à plusieurs théorisations. De ce fait, nous allons par la suite exposer les principales théorisations du narcissisme en essayant de ne pas nous restreindre à son aspect le plus usuel, celui du retrait libidinal sur le Moi.

- *Identification comme trouble mental* : Le narcissisme a été identifié pour la première fois comme un trouble mental par l'écrivain britannique et médecin Havelock Ellis en 1898(11).

- *Développements en psychologie* : Sigmund Freud a découvert que le narcissisme était un stade intermédiaire entre l'auto-érotisme et la sexualité(12). Otto Rank a publié le premier essai psychanalytique spécifique sur le narcissisme en 1911, en liant le concept à la vanité et à l'auto-admiration(13).
- *Développements en théorie des personnalités* : Heinz Kohut et Otto Kernberg ont développé des théories sur le narcissisme en se concentrant sur les perturbations des relations sociales (principalement parentales) dans l'enfance(14). Ils ont également souligné que le narcissisme est à son cœur un défaut dans le développement d'une autosatisfaction saine.
- *Évolution du concept* : Le concept de narcissisme a évolué au fil du temps, passant de la perception d'une perversion sexuelle à celle d'un trouble de personnalité. L'histoire du narcissisme est marquée par des développements en psychologie et en théorie des personnalités, ainsi que par des changements dans la compréhension et la définition du concept au fil du temps.
- À partir de 1920, dans le cadre de la seconde topique, Freud oppose un état narcissique primitif ou premier, anobjectal, qu'il appelle « narcissisme primaire »(15).
- En 1979, Christopher Lasch publie "The Culture of Narcissism", où il perçoit le narcissisme comme une figure sociale de repli ou d'implosion vers soi, conséquence de l'effondrement de l'autorité et des sources possibles d'identification normative(16).
- En 1996, Jean Bergeret publie "La pathologie narcissique", où il classe les troubles dits « narcissiques » et donne cette définition : « mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont caractéristiques du narcissisme »(17).
- En 2002, Marie-Claire Durieux publie "Le narcissisme", où elle aborde le sujet du narcissisme dans le contexte de la psychanalyse(18).
- En 2005, Alain de Mijolla écrit sur le narcissisme dans le contexte de la psychanalyse, en particulier en ce qui concerne le narcissisme des petites différences(19).
- En 2013, Paul Denis publie "Le Narcissisme", où il renoue avec la tradition des classiques traités des passions du XVIIe siècle. Ces chercheurs et auteurs ont

apporté leur contribution à la compréhension du narcissisme, que ce soit d'un point de vue psychanalytique, sociologique ou historique. (20)

2. Définition

Le narcissisme est un concept psychologique qui se réfère à un intérêt excessif pour soi-même, une admiration excessive de ses propres qualités et une tendance à se centrer sur son propre moi. Il peut également inclure un manque d'empathie envers les autres. Le terme est dérivé du mythe de Narcisse, un personnage de la mythologie grecque qui était connu pour son amour excessif de sa propre image. En psychologie, le narcissisme est souvent étudié dans le cadre des troubles de la personnalité, tels que le trouble de la personnalité narcissique, où ces caractéristiques sont plus prononcées et peuvent causer des difficultés dans les relations interpersonnelles et le fonctionnement quotidien.

La définition du narcissisme selon la psychologie englobe plusieurs aspects clés qui ont été élaborés par des théoriciens et des chercheurs dans le domaine de la psychologie et de la psychanalyse

3. La théorie du narcissisme

La théorie du narcissisme a été développée par des psychanalystes tels que Sigmund Freud, André Green, et Kernberg, Heinz Kohut. Elle a été envisagée dans ses dimensions saines et nécessaires à la vie psychique, ainsi que dans ses implications pour le développement de la personnalité. La théorie du narcissisme a également été abordée dans le contexte de la psychopathologie, de la perversion sexuelle, et de la société contemporaine.

La théorie du narcissisme selon Sigmund Freud est un concept complexe qui a été élaboré dans plusieurs de ses travaux

- Le narcissisme est considéré comme un stade de développement psychique indispensable où l'enfant apprend à aimer son propre corps, y compris ses organes génitaux(11, 21, 22)
- Freud distingue le narcissisme primaire, qui est un état où l'enfant est centré sur lui-même, de la période de transition vers le narcissisme secondaire, où l'enfant commence à s'intéresser aux autres personnes et à l'environnement
- Le narcissisme est également considéré comme un aspect de la vie psychique qui peut être lié à la maladie organique, à l'hypocondrie et à la vie amoureuse.

- Freud a également exploré les liens entre le narcissisme et d'autres aspects de la vie psychique, tels que la névrose obsessionnelle, la théorie de la sexualité et la gestion économique du narcissisme et de la douleur(22).
- Dans son essai "Pour introduire le narcissisme", Freud a également abordé la question de la relation entre le narcissisme et l'amour de soi, soulignant l'importance de l'amour de soi dans le développement psychique(11).

La théorie du narcissisme selon Sigmund Freud est un concept complexe qui a été élaboré dans plusieurs de ses travaux. Elle met en lumière l'importance du narcissisme dans le développement psychique, les relations interpersonnelles et la gestion des pulsions.

André Green, un psychanalyste français, a développé la théorie du narcissisme dans son ouvrage "Narcissisme de vie, narcissisme de mort"(23).

- Il s'est intéressé au narcissisme en tant que concept central dans la théorie psychanalytique, et a tenté d'articuler la théorie du narcissisme avec d'autres aspects de la psychanalyse.
- Il a exploré les dimensions du narcissisme de vie et du narcissisme de mort, mettant en lumière les aspects de l'amour de soi et de la destructivité dans la vie psychique.
- Green a abordé le narcissisme en tant que concept fondamental renvoyant aux origines de la causalité psychique, teintée de forces archaïques extrêmes, offrant ainsi une perspective approfondie sur ce concept(23).

La théorie du narcissisme de Green semble offrir une perspective riche et nuancée sur ce concept central en psychanalyse, en explorant ses dimensions de vie et de mort, ainsi que ses implications pour la vie psychique.

Selon Green, le narcissisme de vie est lié à l'unification du moi par le biais des pulsions sexuelles, tandis que le narcissisme de mort tend à l'abaissement au niveau zéro de toute libido. Cette théorie est complétée par l'exposition d'un certain nombre de "formes narcissiques" qui sont autant de configurations observées dans la clinique psychanalytique. Green a publié un recueil d'articles centrés sur la question du narcissisme, intitulé "Narcissisme de vie, narcissisme de mort", qui comporte des textes inédits et des études publiées durant ces quinze dernières années dans diverses revues. Cette théorie est considérée comme l'une des plus

énigmatiques de la psychanalyse et a suscité un regain d'intérêt pour le narcissisme dans la théorie psychanalytique.

Otto Kernberg (1975) était un psychanalyste qui a développé une théorie du narcissisme pathologique. Selon Kernberg, le narcissisme pathologique est caractérisé par une faible capacité à réguler les émotions et une tendance à la dévalorisation des autres. Kernberg a également décrit la rage narcissique comme étant liée au narcissisme pathologique. Contrairement à Kohut, Kernberg a vu le narcissisme pathologique comme un trouble de la personnalité qui nécessite un traitement. Kernberg a développé une approche de traitement pour les patients atteints de troubles narcissiques, qui implique une confrontation précoce et une interprétation de l'agressivité cachée ou ouverte du patient. La théorie de Kernberg a influencé de nombreux psychanalystes ultérieurs et a été utilisée dans le traitement des patients atteints de troubles narcissiques(13).

Heinz Kohut, un psychanalyste autrichien, est connu pour avoir développé la théorie de la psychologie du self, qui a des implications significatives pour la compréhension du narcissisme.

- Kohut a mis l'accent sur le développement du self, en mettant en avant l'importance de l'empathie et de la validation des expériences subjectives de l'individu dans la construction de l'estime de soi et du narcissisme sain.
- Il a distingué le narcissisme sain du narcissisme pathologique, soulignant l'importance d'un self cohérent et intégré dans le développement d'un narcissisme sain.
- Kohut a également abordé le concept de blessure narcissique, mettant en lumière l'impact des expériences traumatiques sur le développement du narcissisme et de la personnalité.
- Sa théorie a été influente dans le domaine de la psychanalyse, offrant une perspective novatrice sur le narcissisme et sa relation avec le développement du self(12).

La théorie du narcissisme selon Heinz Kohut met l'accent sur le développement du self, l'empathie et la validation des expériences subjectives, offrant ainsi une perspective unique sur le narcissisme et son rôle dans la construction de l'estime de soi.

4. Narcissisme dans les Troubles de la personnalité

Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.

Quel que soit le processus de revue en cours, particulièrement à ce niveau de complexité, différents points de vue se font jour et un effort a été accompli pour les rendre mutuellement compatibles les uns avec les autres(24)

Les différents troubles de la personnalité sont(24):

- La personnalité paranoïaque est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
- La personnalité schizoïde est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.
- La personnalité schizotypique est caractérisée par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
- La personnalité antisociale est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui.
- La personnalité borderline est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
- La personnalité histrionique est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.
- La personnalité narcissique est caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.
- La personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
- La personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
- La personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.
- La modification de la personnalité due à une autre affection médicale est une perturbation persistante de la personnalité que l'on estime être due aux effets physiologiques directs d'une autre affection médicale (p. ex. une lésion du lobe frontal).

- *Définition et évaluation* : Le trouble personnalité narcissique est généralement diagnostiqué par évaluation clinique.

La cinquième édition (2013) du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) définit le trouble personnalité du narcissisme en fonction de critères spécifiques(24).

Le trouble de la personnalité narcissique se caractérise par un sentiment constant de supériorité, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie. Les personnes atteintes surestiment leurs capacités, exagèrent leurs accomplissements et ont tendance à sous-estimer les capacités des autres. Ils ont également des difficultés à réguler leur estime de soi et leur besoin d'adulation, et tendent à dévaloriser d'autres personnes pour conserver un sentiment de grandeur. Le diagnostic repose sur des symptômes tels qu'un sens exagéré de l'importance de soi, un besoin d'être admiré sans réserve et un sentiment que tout leur est dû.

La psychothérapie, en particulier la psychothérapie psychodynamique, est souvent utilisée pour traiter ce trouble. Il est important de noter que le narcissisme peut être un trait de personnalité normal, mais lorsqu'il devient excessif et entrave le fonctionnement quotidien, il peut être considéré comme un trouble de la personnalité narcissique

5. Facteurs de développement dans l'étiologie de trouble de la personnalité narcissique

Une façon de comprendre la multiplicité des mécanismes est à travers la complexité des trajectoires développementales qui conduisent au développement d'un narcissisme pathologique, y compris le NPD. Les premières observations cliniques attribuaient le développement de la maladie à des facteurs de développement uniques, tels que survalorisation et manque de chaleur, excès d'indulgence et discipline clémente, inversions de rôles avec les parents (parentification), façonner l'enfant selon les souhaits des parents, l'enfance la maltraitance, le froid et le rejet des parents, et les parents indisponibles(25).

Les études de deuxième génération se sont appuyées sur de grands échantillons, évaluations structurées et conception principalement rétrospective pour identifier principalement les antécédents de narcissisme dans l'enfance parmi des échantillons non cliniques, tout en se concentrant sur des facteurs de développement uniques. La troisième génération d'études a examiné simultanément plusieurs facteurs. Ces études ont une étiologie différentielle documentée pour les personnes vulnérables et narcissisme grandiose et étiologie multifactorielle du NPD.

Le tableau 1 documente les études de deuxième et troisième génération (26, 27).

Des études prospectives ont identifié des caractéristiques de tempérament, telles que l'antagonisme interpersonnel, impulsivité, recherche d'attention, niveau d'activité élevé, histrionique tendances et un faible caractère ludique comme antécédents de l'enfance de narcissisme grandiose. Le narcissisme vulnérable a été prédit de manière prospective par l'impulsivité et l'instabilité de l'enfance. estime de soi. Il a été constaté que la surveillance parentale protège contre le développement de traits narcissiques dans une perspective prospective étude(28, 29)(30).

Des études observationnelles parents-enfants ont mis en évidence des schémas interactionnels putatifs, bien que non testés, tels que le manque de synchronie dans les interactions émotionnelles(28) et la propension pour une mise en miroir marquée et non contingente des expériences émotionnelles de l'enfant(31).

Conformément aux découvertes empiriques de multiples trajectoires développementales de perfectionnisme inadapté(32), l'expérience clinique a montré de multiples trajectoires de développement du narcissisme pathologique, y compris le NPD en tant que type de narcissisme pathologique, l'adaptation à une parentalité négligente (négligence émotionnelle, rejet, maltraitance durant l'enfance) en raison d'une dépendance excessive à l'égard de soi ; comme un effort pour protéger une estime de soi irréaliste (surévaluation des parents, discipline indulgente, surprotection parentalité) contre la déception; et en compensation pour interactions humiliantes et abusives (abus émotionnel, physique ou sexuel et/ ou critiques parentales). Ainsi, de nombreuses voies peuvent conduire au développement du NPD et les patients présentant des présentations cliniques similaires peuvent avoir des antécédents développementaux différents. Cet aspect met en évidence l'importance d'une exploration ouverte d'esprit du patient, car faire des hypothèses sur le développement de l'enfance risque de répéter le cycle des malentendus.

Avec de nombreux facteurs contribuant au développement de narcissisme pathologique, y compris le NPD, on pourrait s'attendre à un lent processus de changement. Dans l'ensemble, les études (tableau 2) ont documenté la persistance d'une pathologie narcissique, même chez les patients dont les symptômes s'améliorent. Les patients avec le trouble ont tendance à s'améliorer lentement et progressivement, et aucune amélioration rapide n'a été documentée. Les études qui ont utilisé un diagnostic catégorique du trouble ont tendance à documenter des améliorations symptomatiques, alors que les études qui se sont appuyées sur des mesures dimensionnelles du narcissisme pathologique ont eu tendance à démontrer la stabilité du narcissisme pathologique. Ces conditions contribuent probablement à la persistance de déficience fonctionnelle (c.-à-d.

défis incessants dans le fonctionnement interpersonnel, en particulier dans le domaine romantique) (33, 34,35,36).

L'âge (80-82 ans) est probablement un modérateur des résultats. Les échantillons ont montré une amélioration légèrement plus importante. Vue les événements, tels que les réalisations, les nouvelles relations et les désillusions, lorsqu'ils sont traités dans un environnement sympathique, permettre à certains patients de tirer des leçons de ces expériences et de s'améliorer de manière symptomatique. D'un autre côté, la pensée, les traits antisociaux et l'agressivité syntonique du moi entravent l'amélioration. Les effets d'autres modérateurs probables, comme des antécédents d'adversité, d'emploi ou de relations, n'ont pas été testés. Les résultats sont cohérents avec les observations cliniques. (37,38,39).

6. Les types de narcissisme

Il existe différents types de narcissisme qui ont été identifiés et validés par des recherches, ainsi que nommés de manière informelle et popularisés par divers professionnels de la santé mentale.

6.1. Narcissisme sain:

Le narcissisme sain se réfère à un certain degré de confiance en soi et d'estime de soi, sans pour autant nuire aux relations interpersonnelles ou causer une détresse significative. Il peut être associé à des traits tels que la fierté personnelle, l'ambition et la recherche de succès. Les scientifiques ont montré qu'un narcissisme sain est présent à des niveaux «subcliniques» dans la population, ce qui signifie qu'il est courant de présenter certains traits narcissiques sans que ces derniers ne deviennent pathologiques. Cela se traduit par une capacité à faire preuve d'empathie et d'émotions, tout en maintenant un niveau de confiance en soi raisonnable.

Une étude de l'Université de Southampton a montré que cultiver un « narcissisme sain » peut booster la confiance en soi. Cette étude a mis en lumière un lien entre un narcissisme « mesuré » et une estime de soi boostée.

Cependant, il est important de noter que le narcissisme sain ne doit pas être confondu avec le narcissisme pathologique, qui est associé à un sentiment de grandeur exagéré, un manque d'empathie et des difficultés relationnelles(40-42).

6.2. Narcissisme malin:

Le narcissisme malin est considéré comme une combinaison du trouble de la personnalité antisociale (TPA) et du narcissisme pathologique. Il se caractérise par un comportement manipulateur, une absence d'empathie, une propension à la manipulation et à la domination, ainsi qu'une tendance à la violence psychologique.

Les individus présentant ce type de narcissisme peuvent être extrêmement toxiques dans leurs relations interpersonnelles et peuvent causer des dommages significatifs à leur entourage. Il est important de noter que le narcissisme malin est distinct du narcissisme sain, qui se réfère à un certain degré de confiance en soi et d'estime de soi, sans pour autant nuire aux relations interpersonnelles ou causer une détresse significative. La compréhension de ces nuances est cruciale pour identifier et faire face aux comportements narcissiques dans divers contextes.

6.3. Narcissique toxique:

Le narcissisme toxique se manifeste par un comportement manipulateur, une absence d'empathie et une propension à la domination. Les personnes présentant ce type de narcissisme ont une image grandiose d'elles-mêmes, un besoin massif d'admiration, une perception exagérée de leur importance et de leurs talents, ainsi qu'une obsession pour des fantasmes illimités de succès, de pouvoir et de beauté. Elles peuvent être fières, arrogantes et avoir le sentiment d'être spéciales, ce qui les amène à manipuler et dévaloriser leur entourage. Les relations avec des personnes présentant un narcissisme toxique peuvent être toxiques et causer des dommages émotionnels significatifs. Il est important de reconnaître les signes de ce comportement toxique et de prendre des mesures pour s'en protéger.

6.4. Narcissique exhibitionniste:

Le narcissisme exhibitionniste est un type de personnalité narcissique caractérisé par un besoin constant d'attention et de reconnaissance. Selon une source citée dans un article de Marie Claire, les narcissiques exhibitionnistes ont tendance à afficher de manière très claire leur intérêt personnel dans chaque situation. Ce type de personnalité narcissique peut être associé à un comportement égocentrique et à un manque d'empathie envers les autres. Il est important de noter que le narcissisme exhibitionniste est différent du narcissisme sain, qui est caractérisé par une estime de soi positive, une confiance en soi, une capacité à se fixer des objectifs et à les atteindre, ainsi qu'une capacité à s'adapter aux changements.

Il est important de noter que le narcissisme existe sur un spectre, et que ces différents types se manifestent par des comportements variés en termes de gravité et de dangerosité.

7. Les signes cliniques du narcissisme

Le NPD a été défini dans le DSM, y compris le DSM-5, à travers une liste de neuf critères nomothétiques qui capturent le narcissisme grandiose. Le fait de remplir cinq critères sur neuf constitue un score seuil pour répondre aux critères d'inclusion. Cette approche catégorique indique clairement qui répond aux critères du trouble et qui ne le fait pas, et maintient la continuité avec la littérature antérieure sur le trouble et son traitement. Cependant, cette définition basée sur des critères a été critiquée comme étant trop étroite ; en même temps, le diagnostic catégorique de la personnalité a également été critiqué. Ces préoccupations ont ouvert la voie au développement du modèle dimensionnel de diagnostic (48,49,50).

Le modèle dimensionnel met l'accent sur quatre domaines de fonctionnement organisés en deux dimensions chacun : le soi (identité, l'autonomie) et les relations interpersonnelles (empathie, intimité), ainsi que deux traits de personnalité (grandeur et recherche d'attention), qui représentent antagonisme.

L'approche dimensionnelle présente les atouts suivants : elle fournit une description cliniquement significative des modèles de personnalité individuels, de la motivation subjective et des expériences du patient ; s'occupe des fluctuations et de la gamme de présentations phénotypiques ; intègre le sentiment d'autonomie (c.-à-d. compétence, prise de décision, motivation et sentiment de contrôle [interne et externe]); et met l'accent sur une interaction complexe entre diverses capacités, déficits, motivations, autorégulation et auto amélioration dans les expressions colorées du soi et des domaines interpersonnels. Cette approche guide les cliniciens à évaluer le trouble et à rester ouverts d'esprit aux manifestations humaines complexes et fluctuantes de ce trouble. (51, 52)

L'approche suggère également d'explorer divers aspects du fonctionnement du patient, qui sont susceptibles d'être cachés par le patient ou de ne pas être mentionnés si l'évaluation repose exclusivement sur l'auto-évaluation non guidée du patient.

Le DSM-5 (Section III) (1) et la CIM-11 (53) recommandent d'utiliser un modèle de diagnostic hybride, qui combine les modèles catégoriel et dimensionnel, car cette combinaison a la plus forte validité prédictive (49, 50).

La complexité de la présentation clinique du NPD a stimulé la description de différents types caractérogiques du trouble. S'agit-il de différentes manifestations du trouble ou constituent-elles différents types de personnalité ? Depuis le début, la littérature de recherche a mis en évidence la nature multiforme du narcissisme pathologique. L'accent mis au début sur la présentation grandiose a cédé la place à la reconnaissance de deux types de narcissisme : grandiose et vulnérable (54, 55). Cette catégorisation reste cohérente avec la critique du construit du narcissisme grandiose comme étant trop restrictif (56). Par rapport à la population générale, les personnes atteintes d'un narcissisme grandiose semblent audacieuses et charmantes, même si elles sont plus désagréables, s'engagent dans davantage de comparaisons sociales, ressentent plus d'envie, sont plus extraverties, plus susceptibles de rechercher un statut et ont des rapports de soi plus élevés. Les personnes atteintes de narcissisme vulnérable sont plus introverties, anxieuses et évitantes, mais elles sont désagréables et moins consciencieuses, et elles signalent plus de colère, de honte et de dépression, ainsi qu'une plus grande hostilité et/ou agressivité et une moindre estime de soi et confiance et la satisfaction relationnelle. Les deux manifestations sont caractérisées par le droit – une croyance selon laquelle une personne mérite des avantages et une attention particulière (57, 58).

La présence de cette croyance s'avère importante pour le diagnostic différentiel de la manifestation vulnérable par rapport à d'autres conditions, telles que les troubles de l'humeur ou l'anxiété. Au départ, les deux présentations étaient considérées comme des types distincts de narcissisme pathologique se produisant chez différentes personnes. Au fil du temps, l'expérience clinique et les recherches documentées ont prouvé que ces deux présentations ont tendance à coexister.

Il apparaît que lorsque les niveaux de narcissisme vulnérable ou grandiose sont faibles à modérés, ces deux dimensions sont indépendantes. Cependant, un narcissisme grandiose et vulnérable a tendance à coexister chez le même patient lorsque des niveaux élevés de grandeur sont présents. Plus précisément, les personnes grandioses ont tendance à exprimer à la fois des facettes grandioses et vulnérables, tandis que les personnes vulnérables ont tendance à présenter une grande vulnérabilité et une faible grandeur (58,59).

Le narcissisme vulnérable est également associé à un pessimisme et à une orientation vers l'avenir altérés, visibles par une diminution du sentiment d'action et des efforts vers la croissance personnelle(60).

La distinction entre la dépression chronique dans le cadre du trouble de la personnalité dépressive et le narcissisme vulnérable est importante car les deux sont souvent associées à des qualités similaires(61).

Cependant, le droit, l'affirmation de soi, la surévaluation de ses propres réalisations et les réactions agressives lorsque les aspirations échouent ou restent méconnues sont des caractéristiques distinctives qui accompagnent l'auto-négativité et la dépressivité dans le narcissisme vulnérable.

La cooccurrence d'un narcissisme grandiose et vulnérable s'exprime de nombreuses manières. Certains patients alternent présentation grandiose et présentation vulnérable au cours de différentes séances(62).

D'autres patients présentent simultanément un mélange de traits vulnérables et grandioses. Cette présentation crée une coexistence paradoxale de traits et de modes de fonctionnement et de relations apparemment contradictoires :

Sur le plan interpersonnel, de nombreux patients atteints de narcissisme pathologique, y compris le NPD, sont capables d'une adaptabilité fluide guidée par la gestion des impressions. Cette adaptabilité crée une présentation clinique de type caméléon accompagnée d'une atmosphère théâtrale, performative et trompeuse.

Subjectivement, le patient tente frénétiquement de masquer ses limites personnelles, de donner une impression « parfaite » et de créer une connexion « idéale ». Pour certains patients, cette tentative conduit à une présentation hautaine et grandiose ; pour d'autres, paradoxalement, vulnérable. Ce dernier scénario est plus susceptible de se produire lorsque le patient investit dans un récit de victime impuissante et sans agent, ou a peur des attentes de changement. De cette façon, le patient essaie de réduire les attentes de l'intervieweur

Une autre forme de fluidité est liée à la tendance intrapsychique à passer d'un récit personnel à un autre pour protéger un sentiment de particularité et de supériorité(63, 64).

Semblables aux rois de l'Empire assyrien, les patients racontent leur propre histoire afin d'effacer les échecs, les déceptions ou les embarras et de glorifier leur sentiment de particularité.

D'autres s'investissent dans la perpétuation du récit opposé afin de minimiser les attentes et ainsi se protéger d'un échec anticipé(65). Paradoxalement, la dysphorie a un effet protecteur sur l'estime de soi des patients confrontés à des situations négatives.

Une dimension supplémentaire du narcissisme pathologique est l'expression ouverte ou secrète. L'expression manifeste correspond aux manifestations prototypiques d'un narcissisme grandiose ou vulnérable. Cependant, chez certains patients, ces manifestations sont supprimées, dissociées ou gardées secrètes(66). En conséquence, les patients perçoivent leur conscience comme étant mauvaise, faible, inadéquate ou honteuse. Les difficultés liées à l'intimité sont répandues, tout comme la tendance à s'appuyer sur la distance interpersonnelle, jusqu'à la distance. Cette distance les protège des déceptions, des rejets et des défis liés à l'estime de soi. Cliniquement, même si ces patients peuvent présenter une grande variété de symptômes, ils affichent globalement une difficulté omniprésente à maintenir leur estime de soi. Par conséquent, ils ont tendance à avoir de fortes réactions internes face aux déceptions, aux rejets ou aux défis liés à l'estime de soi, qu'ils ont alors tendance à dissocier et à nier.

Parfois, la présentation secrète se produit en raison d'un historique d'humiliation, de honte ou de critique pour l'expression manifeste d'expériences et de besoins narcissiques (27). La dimension manifeste par rapport à la dimension secrète est indépendante de la dimension vulnérabilité par rapport à la dimension grandiose, bien que contrairement à cette dernière, elle soit relativement invariable dans le temps et entre les domaines. Certains patients présentent un mélange de caractéristiques manifestes et cachées dans différents domaines(51) (67).

Ces caractéristiques invitent les cliniciens à adopter une approche d'évaluation ouverte, longitudinale et prudente, tout en considérant de multiples sources d'information et en prêtant attention aux réactions verbales et non verbales ainsi qu'à leurs propres réactions envers le patient.

8. Critère de diagnostique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport).
- 2) Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.
- 3) Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.

- 4) Besoin excessif d'être admiré.
- 5) Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
- 6) Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
- 7) Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui.
- 8) Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient.
- 9) Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

La caractéristique essentielle de la personnalité narcissique est un mode général envahissant de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. Les individus qui ont cette personnalité ont un sens grandiose de leur propre importance (critère 1)

Ils surestiment habituellement leurs capacités et exagèrent leurs réalisations, ce qui les fait paraître vantards et prétentieux. Ils supposent béatement que les autres auront la même estime pour leur activité et peuvent s'étonner que les louanges qu'ils attendent et pensent mériter fassent défaut. L'exagération de leurs propres réalisations s'accompagne souvent d'une sous-estimation (dévalorisation) implicite de la contribution des autres. Ces personnes sont souvent préoccupées par des fantasmes de succès sans limite, de puissance, d'éclat, de beauté ou d'amour idéal (critère 2).

Elles peuvent ruminer sur l'admiration et les privilèges qu'elles devraient recevoir depuis longtemps déjà et elles se mettent au même niveau que des gens célèbres ou haut placés. Les individus qui ont une personnalité narcissique pensent qu'ils sont supérieurs, spéciaux ou uniques et ils s'attendent à ce que les autres les reconnaissent comme tels (critère 3).

Ils pensent parfois qu'ils ne peuvent être compris et entourés que par des gens qui sont eux-mêmes spéciaux ou ont un statut élevé et disent que leur entourage est « unique », « parfait » ou « brillant ». Les sujets narcissiques estiment que leurs besoins sont spéciaux et ne peuvent pas être compris par les gens ordinaires. L'estime d'eux-mêmes est accrue (en miroir) par la valeur idéalisée qu'ils attribuent à ceux qu'ils fréquentent. Ils insistent typiquement pour que seuls les « meilleurs » (médecins, avocats, coiffeurs ou instructeurs) s'occupent d'eux et ils ne peuvent relever que des « meilleures » institutions. Ils dénigrent en

revanche la qualification de ceux qui les ont déçus. Les individus qui ont une personnalité narcissique ont habituellement un besoin excessif d'être admirés (critère 4).

Leur estime d'eux-mêmes est en règle générale très fragile. Ils peuvent être préoccupés par le fait de savoir s'ils font bien les choses et comment ils sont considérés par les autres. Cela peut prendre la forme d'un besoin constant d'attention et d'admiration. Ils s'attendent parfois à être accueillis avec un tapis rouge et sont étonnés si les autres n'envient pas ce qu'ils possèdent. Ils cherchent constamment les éloges, souvent avec beaucoup de charme d'ailleurs. Ces sujets pensent que tout leur est dû et c'est ainsi qu'ils s'attendent à faire l'objet d'un traitement de faveur (critère 5).

Ils s'attendent à ce que l'on s'occupe d'eux et sont étonnés ou furieux quand cela n'est pas le cas. Ils peuvent par exemple penser qu'ils n'ont pas à faire la queue et que leurs priorités sont tellement importantes que les autres n'ont qu'à s'incliner. Ils sont irrités quand ils ne sont pas aidés dans leur « travail très important ». Ce sens que les choses leur sont dues, associé à un manque de sensibilité aux besoins et aux désirs d'autrui, peut aboutir à l'exploitation, consciente ou non, des autres (critère 6).

Ils s'attendent à recevoir tout ce qu'ils souhaitent ou désirent, quelle qu'en soit la conséquence pour autrui. Ils peuvent ainsi s'attendre à ce que les autres leur soient très dévoués et leur imposer un travail excessif sans mesurer les conséquences que cela peut avoir sur leur vie privée. Ils ont tendance à nouer des relations amicales ou amoureuses seulement si cela leur est utile pour atteindre des objectifs ou augmenter leur estime d'eux-mêmes. Ils s'arrogent souvent des privilèges ou des ressources qu'ils pensent mériter en raison de leur nature exceptionnelle. Les individus qui ont une personnalité narcissique ont généralement un manque d'empathie et des difficultés à prendre conscience des désirs, du vécu subjectif et des sentiments d'autrui (critère 7).

Ils pensent habituellement que leur bien-être personnel est d'un grand intérêt pour autrui. Ils ont tendance à commenter leurs propres soucis avec une profusion inadaptée de détails et n'arrivent pas à reconnaître que les autres ont aussi des sentiments et des besoins. Ils sont souvent méprisants et impatients quand les autres parlent de leurs propres problèmes ou soucis. Ils peuvent être inconscients de la peine que leurs remarques peuvent causer (p. ex. quand ils proclament à un ex partenaire qu'ils ont maintenant « trouvé l'être de leur vie » ou quand ils vantent leur bonne santé devant un malade). Quand ils sont reconnus, les besoins, désirs ou sentiments d'autrui sont souvent considérés avec mépris comme des marques de faiblesse ou

de vulnérabilité. Ceux qui entrent en relation avec des personnes narcissiques ressentent typiquement chez leur interlocuteur une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt réciproque. Les individus ayant une personnalité narcissique envient souvent les autres et croient que les autres les envient aussi (critère 8).

Ils peuvent être jaloux du succès ou des biens des autres, pensant qu'eux-mêmes seraient plus dignes de ces réalisations, de cette gloire et de ces privilèges. Ils peuvent dévaloriser sèchement la contribution des autres, surtout si ces autres personnes ont reçu des distinctions ou des louanges pour leurs réalisations. Les personnes narcissiques sont fréquemment arrogantes et hautaines. Leur attitude est souvent snob, méprisante ou condescendante (critère 9).

Des exemples typiques sont le fait de se plaindre qu'un serveur maladroit est « impoli » ou « stupide » ou de sortir d'un examen médical avec une évaluation condescendante du médecin (24).

9. Les mesures du narcissisme

Il existe plusieurs mesures de narcissisme qui sont utilisées en psychologie. L'une des mesures les plus courantes est l'Inventaire de la personnalité narcissique (NPI), qui a été développé par Raskin et Hall. (1979). Le NPI est un questionnaire qui mesure les traits de personnalité associés au narcissisme, tels que l'estime de soi, l'égoïsme et la recherche de l'admiration des autres. Le NPI est largement utilisé dans la recherche sur le narcissisme et a été traduit dans de nombreuses langues.

D'autres mesures de narcissisme comprennent l'Échelle de personnalité narcissique (NPS), le Test de personnalité narcissique (NPT) et l'Inventaire de la personnalité pathologique (PPI)]. Ces mesures sont utilisées pour évaluer les niveaux de narcissisme chez les individus et sont souvent utilisées dans la recherche sur les troubles de la personnalité narcissique. (24, 68)

9.1. Test de personnalité narcissique :

Il existe plusieurs tests de personnalité narcissique en ligne qui peuvent être utilisés pour évaluer les niveaux de narcissisme chez les individus.

9.1.1. Test de narcissisme :

Ce test est conçu pour mesurer le degré de sévérité des traits de personnalité narcissiques chez les répondants. Le test est basé sur l'Inventaire de la Personnalité Narcissique (IPN) de Raskin et Hall(68).

9.1.2. Test de trouble de la personnalité narcissique :

Ce test est conçu pour évaluer si une personne présente des symptômes de trouble de la personnalité narcissique. Le test est basé sur les critères diagnostiques du DSM-5(24).

9.1.3. Test de narcissisme (NPI) :

L'inventaire de la personnalité narcissique (NPI) a été créé par Robert Raskin, Howard Terry et Calvin S. Hall. Il est utilisé sous licence de recherche par IDR Labs International.

Bien que conçu pour mesurer les traits narcissiques subcliniques, le NPI ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer le trouble de la personnalité narcissique (NPD) Pathological Narcissism Inventory (PNI) :

Ce test est conçu pour évaluer les niveaux de narcissisme pathologique chez les individus. Il est basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV pour le trouble de la personnalité narcissique. Ces tests ne doivent pas être utilisés pour diagnostiquer un trouble de la personnalité narcissique, mais plutôt pour évaluer les niveaux de narcissisme chez les individus. Il est important de noter que les résultats de ces tests ne doivent pas être utilisés pour stigmatiser ou discriminer les personnes ayant des niveaux élevés de narcissisme(69).

9.1.4. Inventaire de la personnalité pathologique :

L'Inventaire de la Personnalité Pathologique (IPP) est une mesure de la personnalité qui évalue les traits de personnalité pathologiques, C. Il a été développé par John Livesley et ses collègues en 1989 et est basé sur le modèle des cinq facteurs de la personnalité. L'IPP est composé de 344 items qui évaluent les traits de personnalité pathologiques, tels que la dépendance, l'obsessionnalité, la schizotypie et le narcissisme. Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord ou de désaccord avec chaque item sur une échelle de Likert. L'IPP est utilisé pour évaluer les niveaux de traits de personnalité pathologiques chez les individus et pour étudier les relations entre ces traits et d'autres variables psychologiques. Les recherches ont montré que les personnes ayant des scores élevés à l'IPP sont plus susceptibles de présenter des troubles de la personnalité, tels que le trouble de la personnalité borderline, le trouble de la personnalité narcissique et le trouble de la personnalité antisociale. Cependant, il est important

de noter que l'IPP ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer un trouble de la personnalité, mais plutôt pour évaluer les niveaux de traits de personnalité pathologiques chez les individus (9, 36, 43, 70).

10. Les conséquences du narcissisme

Le narcissisme peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale et physique de la personne concernée, ainsi que sur son entourage. Les personnes atteintes du trouble de la personnalité narcissique ont une vision exagérée de leur valeur et ont des problèmes de confiance envers les autres. Les personnes atteintes de ce trouble peuvent répondre avec rage ou mépris aux critiques des autres, ou se retirer ou accepter extérieurement la situation dans le but de protéger leur sens de leur importance.

Les victimes des personnes narcissiques peuvent être dévalorisées et manipulées pour nourrir le narcissisme de leur agresseur. Les victimes peuvent souffrir de victimisation narcissique et avoir besoin d'être accompagnées par un psychologue pour se reconstruire et se libérer de l'emprise du narcissique .

Les narcissiques »gaslighters « nuisent à l'estime de soi et à la vision du monde de leur victime. Les narcissiques/gaslighters peuvent causer des traumatismes à leur victime, qui peuvent ne pas en être conscients.

Les narcissiques/gaslighters peuvent manipuler leur victime pour l'isoler des personnes importantes dans sa vie. Les narcissiques/gaslighters peuvent grignoter peu à peu la confiance de leur victime envers les autres. En somme, le narcissisme peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale et physique de la personne concernée, ainsi que sur son entourage(24,45- 47).

10.1. Les conséquences du narcissisme sur la personne elle-même

Les conséquences du narcissisme sur le patient lui-même peuvent être importantes et variées.

10.1.1. Sur le plan émotionnel :

- Les personnes narcissiques peuvent avoir du mal à réguler leurs émotions, ce qui peut conduire à des accès de colère, de rage et de frustration.
- Elles peuvent également être très sensibles à la critique et à la rétroaction négative, ce qui peut les amener à se replier sur elles-mêmes ou à devenir agressives.
- La peur de l'échec peut également être un facteur important dans la vie des personnes narcissiques, ce qui peut les amener à éviter de prendre des risques ou à se fixer des objectifs élevés.
- En outre, le manque d'empathie peut rendre difficile pour les personnes narcissiques de nouer et de maintenir des relations saines. Elles peuvent avoir du mal à se soucier des sentiments des autres ou à comprendre leur point de vue (24, 41, 71).

10.1.2. Sur le plan social :

- Les relations des personnes narcissiques sont souvent tumultueuses et instables. Elles peuvent avoir du mal à faire confiance aux autres et à s'engager dans des relations à long terme.
- Elles peuvent également être manipulatrices et exploiteuses, profitant des autres pour obtenir ce qu'elles veulent.
- De plus, l'arrogance et le sentiment de supériorité des personnes narcissiques peuvent éloigner les autres. Les gens peuvent les trouver désagréables et égoïstes, et éviter leur compagnie(24, 45, 46).

10.1.3. Sur le plan professionnel :

- Le narcissisme peut également avoir un impact négatif sur la carrière d'une personne. Les personnes narcissiques peuvent avoir du mal à travailler en équipe ou à accepter les critiques constructives.
- Elles peuvent également être trop ambitieuses et se fixer des objectifs irréalistes, ce qui peut conduire à la déception et à l'échec.
- De plus, leur arrogance et leur manque d'empathie peuvent leur faire perdre le respect de leurs collègues et de leurs supérieurs(43, 71).

10.1.4. Sur le plan physique :

- Le narcissisme peut également avoir des conséquences néfastes sur la santé physique d'une personne. Les personnes narcissiques sont plus susceptibles de se livrer à des comportements à risque, tels que la toxicomanie et les comportements sexuels à risque.
- Elles peuvent également négliger leur santé physique, ce qui peut entraîner des problèmes de santé à long terme.
- De plus, le stress et l'anxiété liés aux relations difficiles et aux problèmes professionnels peuvent également avoir un impact négatif sur la santé physique. (24, 46, 47).

Il est important de noter que toutes les personnes narcissiques ne vivent pas toutes ces conséquences. La gravité des symptômes et l'impact sur la vie de la personne varient d'un individu à l'autre.

10.1.5. Les conséquences du narcissisme sur l'entourage

Le narcissisme peut avoir des conséquences significatives sur les relations interpersonnelles, notamment en raison des comportements caractéristiques associés à ce trait de personnalité. Voici quelques détails supplémentaires sur les conséquences du narcissisme sur les problèmes relationnels :

- 1) Manque d'empathie : Les individus présentant des traits narcissiques peuvent manifester un manque d'empathie envers les autres, ce qui peut rendre difficile l'établissement de relations saines et équilibrées.
- 2) Comportements manipulateurs : Les narcissiques peuvent avoir tendance à manipuler les autres pour satisfaire leurs propres besoins, ce qui peut entraîner des conflits et des problèmes relationnels.
- 3) Difficultés à accepter les critiques : Les narcissiques peuvent avoir du mal à accepter les critiques et peuvent réagir de manière agressive ou défensive, ce qui peut contribuer à des problèmes relationnels.

Le narcissisme peut avoir des conséquences négatives sur les relations interpersonnelles en raison du manque d'empathie, des comportements manipulateurs et de la difficulté à accepter les critiques (72-74) .

11. Le narcissisme dans la culture contemporaine

- Le narcissisme est un sujet qui a été exploré dans la culture contemporaine. Dans son livre "La Culture du Narcissisme : la vie américaine à un âge de déclin des espérances", Christopher Lasch explore les racines et les conséquences de la normalisation du narcissisme pathologique dans la culture américaine du XXe siècle. Lasch propose que depuis la Seconde Guerre mondiale, l'Amérique a produit un type de personnalité cohérent avec les définitions cliniques du "narcissisme pathologique".
- Les idoles, personnalités vivant pleinement le fantasme narcissique à travers la célébrité, jouent un rôle éminent dans nos sociétés en donnant le ton tant dans la vie publique que privée. Les réseaux sociaux peuvent également être un moyen pour les personnes de se réfugier dans un monde virtuel et de fuir la réalité, ce qui peut être lié à une forme de narcissisme.
- Mathias Roux, dans son essai "Pour en finir avec le narcissisme contemporain", dénonce la tendance narcissique de nos sociétés et explique que le narcissisme encourage les individus à demeurer dans un tête-à-tête avec eux-mêmes, à contempler leur particularité, leur singularité, ce qui les coupe de la notion même de collectif.
- Le narcissisme est un sujet qui a été exploré dans la culture contemporaine, notamment dans le livre de Christopher Lasch, "La Culture du Narcissisme", qui explore les racines et les conséquences de la normalisation du narcissisme pathologique dans la culture américaine du XXe siècle, ainsi que dans l'essai de Mathias Roux, "Pour en finir avec le narcissisme contemporain", qui dénonce la tendance narcissique de nos sociétés (16, 75).

Les attentes sociales liées à la réussite, à la compétition et à la performance peuvent contribuer au développement de traits narcissiques. L'accent mis sur l'excellence personnelle et la comparaison avec les autres peut nourrir un désir constant de reconnaissance et d'admiration.

La culture de consommation et le matérialisme peuvent également être associés à des comportements narcissiques. La quête de statut social, de biens matériels et d'expériences sensationnelles peut être motivée par un désir de se distinguer et d'attirer l'attention sur soi.

La psychologie positive, qui met l'accent sur le développement des forces personnelles, peut parfois être interprétée de manière narcissique. La recherche du bonheur et de la réalisation personnelle peut parfois conduire à des comportements égocentriques.

Il est important de noter que le narcissisme peut prendre différentes formes et que certains de ses aspects peuvent être considérés comme normaux ou adaptatifs dans certaines circonstances. Cependant, lorsque le narcissisme devient excessif, entraînant des difficultés dans les relations interpersonnelles ou dans le fonctionnement quotidien, il peut être utile de consulter un professionnel de la santé mentale pour une évaluation et un soutien appropriés.

12.La prise en charge thérapeutique des personnes narcissique

La prise en charge thérapeutique des personnes narcissiques est un processus complexe qui nécessite une approche adaptée pour aborder les aspects profonds du narcissisme.

12.1. Thérapie individuelle :

La thérapie individuelle peut être une option pour les patients atteints de troubles narcissiques. Cependant, il est important de noter que cela peut prendre plusieurs années avant que des résultats significatifs soient constatés. À long terme, la thérapie vise à restructurer la personnalité, afin de recréer une image positive et réaliste de soi-même. La thérapie permet également d'apprendre à entretenir de meilleures relations avec les autres, des relations plus intimes, plus agréables et satisfaisantes. Cependant, il n'y a pas de médication utilisée spécifiquement pour traiter la perversion narcissique. Il est important de consulter un professionnel de la santé mentale pour déterminer le type de thérapie le plus approprié pour chaque cas individuel (76).

12.2. Thérapie cognitivo-comportementale :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être bénéfique pour les personnes présentant des traits narcissiques. Cette approche thérapeutique vise à aider les individus à identifier et à modifier les schémas de pensée et de comportement qui contribuent à leur comportement narcissique. La TCC se concentre sur la modification des croyances et des comportements mal adaptatifs, ce qui peut aider les personnes narcissiques à adopter des comportements plus adaptatifs et à développer une image de soi plus réaliste (77, 78).

La TCC peut aider les personnes narcissiques à remettre en question leurs schémas de pensée rigides et à développer des stratégies pour gérer leurs émotions et leurs comportements interpersonnels. En travaillant sur la modification de ces schémas, les individus peuvent apprendre à adopter des comportements plus adaptatifs et à développer une image de soi plus

réaliste. La TCC peut également aider les personnes narcissiques à développer des compétences en matière de gestion de l'estime de soi et des relations interpersonnelles(79, 80).

Il est important de noter que la TCC peut être un processus difficile pour les personnes présentant des traits narcissiques, car elles peuvent être réticentes à admettre qu'elles ont besoin d'aide et peuvent avoir du mal à accepter les critiques. Cependant, avec un engagement sincère envers le changement et une approche thérapeutique adaptée, la TCC peut être un outil précieux pour aider les personnes narcissiques à surmonter leurs comportements maladaptatifs et à développer des relations interpersonnelles plus saines(81).

La thérapie cognitivo-comportementale peut être bénéfique pour les personnes présentant des traits narcissiques en les aidant à identifier et à modifier les schémas de pensée et de comportement qui contribuent à leur comportement narcissique. Bien que cela puisse être un processus difficile, la TCC peut être un outil précieux pour aider les personnes narcissiques à surmonter leurs comportements mal adaptatifs et à développer des relations interpersonnelles plus saines.

12.3. Thérapie de groupe :

La thérapie de groupe peut être bénéfique pour les personnes présentant des traits narcissiques. Les groupes de parole spécifiquement conçus pour les individus narcissiques peuvent offrir un environnement sûr pour explorer les dynamiques interpersonnelles et les relations avec les autres. Ces groupes peuvent permettre aux participants de partager leurs expériences, de recevoir un soutien mutuel et de développer une compréhension plus profonde de leur comportement narcissique.

Les groupes de parole pour les personnes narcissiques peuvent également offrir une occasion d'explorer les schémas de pensée et de comportement mal adaptatifs dans un contexte de soutien et de compréhension mutuelle. En partageant leurs expériences avec d'autres personnes présentant des profils similaires, les individus narcissiques peuvent développer des compétences en matière de gestion de l'estime de soi et des relations interpersonnelles.

Il est important de noter que la participation à un groupe de parole pour les personnes narcissiques peut être un processus difficile, car les individus peuvent être réticents à admettre qu'ils ont besoin d'aide et peuvent avoir du mal à accepter les critiques. Cependant, avec un engagement sincère envers le changement et une approche thérapeutique adaptée, la thérapie

de groupe peut être un outil précieux pour aider les personnes narcissiques à surmonter leurs comportements mal adaptatifs et à développer des relations interpersonnelles plus saines.

La thérapie de groupe peut être bénéfique pour les personnes présentant des traits narcissiques en leur offrant un environnement sûr pour explorer les dynamiques interpersonnelles et les relations avec les autres. Ces groupes peuvent permettre aux participants de partager leurs expériences, de recevoir un soutien mutuel et de développer une compréhension plus profonde de leur comportement narcissique (76 , 81, 82, 83).

12.3.1. Approches intégratives :

Certaines approches thérapeutiques intégratives peuvent également être utilisées pour la prise en charge des personnes narcissiques. Ces approches combinent différentes techniques thérapeutiques précédentes pour répondre aux besoins spécifiques des individus et pour aborder les multiples facettes du narcissisme.

La prise en charge thérapeutique des personnes narcissiques nécessite une approche adaptée qui tient compte des aspects profonds du narcissisme. La thérapie individuelle, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de groupe et les approches intégratives peuvent toutes jouer un rôle important dans le processus de prise en charge thérapeutique des personnes présentant des traits narcissiques.

Chapitre III : la relation praticien/patient

« Ecoutez le malade, il vous donne le diagnostic. »

René Laennec

La relation praticien-patient est à la fois thérapeutique et sociale. D'un point de vue thérapeutique, elle permet au praticien d'influencer le traitement prescrit pour le patient. D'un point de vue social, elle représente une rencontre entre deux individus issus de groupes sociaux différents, unis par un objectif commun : la prise en charge médicale du patient.

Dans le cas spécifique de la relation entre un dentiste et son patient, il s'agit d'une relation d'aide professionnelle. Le dentiste, en tant que soignant, possède des connaissances et des compétences manuelles précieuses qu'il met au service du patient souffrant. Ce dernier, en position de sujet et non d'objet, recherche une solution à son problème et aspire à guérir. C'est ce besoin mutuel qui crée le lien thérapeutique et exige une confiance réciproque. Sans cette confiance, la relation peut devenir difficile, voire inefficace.

1. Rapport actuel du patient avec la dentisterie

L'image du dentiste évolue : du bourreau au chirurgien esthétique du visage. Autrefois perçu comme une figure redoutée, le dentiste d'aujourd'hui est de plus en plus considéré comme un allié pour la beauté et le bien-être. Il ne s'agit plus seulement de soulager la douleur, mais aussi d'améliorer la qualité de vie et l'estime de soi en sculptant un sourire harmonieux(84).

Une profession plébiscitée, mais des consultations encore insuffisantes. Malgré une image positive auprès du grand public (95% des Français ont une bonne opinion des dentistes selon l'ADF), la fréquence des consultations reste en deçà des recommandations. Plus d'un quart des Français ne consultent pas au moins une fois par an, et 5% n'y vont jamais.

La santé bucco-dentaire, une priorité pourtant méconnue. Paradoxalement, 98% des Français reconnaissent l'importance de leur bouche pour leur santé globale et 96% la considèrent aussi importante que le reste de leur corps. Ce décalage entre la perception et les comportements met en lumière un manque de sensibilisation aux enjeux de la santé bucco-dentaire et à la nécessité de consultations régulières chez le dentiste(85).

Malgré une prise de conscience croissante de l'importance de la santé bucco-dentaire, de nombreux Français hésitent encore à consulter un dentiste. Cette situation s'explique par un ensemble de peurs et de freins, mis en évidence par une étude récente.

Un manque de communication et d'information. Près d'un quart des patients estiment que leur dentiste pourrait améliorer sa communication et son approche relationnelle. De plus, une majorité d'entre eux exprime un besoin d'informations plus complètes, notamment sur les prix (83%), la prévention et l'hygiène bucco-dentaire (81%) et les soins proposés (72%).

Un fossé entre le patient et le praticien. L'étude révèle également un manque de dialogue entre le patient et le dentiste sur la santé globale. Sept Français sur dix ne discutent jamais de leur état de santé général avec leur praticien, ni ne lui signalent d'éventuels problèmes de santé. Cette attitude suggère une perception du dentiste comme un spécialiste focalisé sur la bouche, et non comme un acteur de la santé globale.

L'importance d'une approche globale et relationnelle. Face à ces constats, il est crucial pour les dentistes d'adopter une approche plus globale et relationnelle. Un questionnaire médical complet avant tout traitement est indispensable, mais il ne suffit pas. La prise en charge de la douleur, le respect des délais et la transparence sur les prix sont également des éléments clés pour garantir une expérience patient positive et favoriser une consultation régulière.

- Selon le Docteur Patrick Hescot⁴¹, chirurgien-dentiste et président de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), on peut distinguer aujourd'hui trois types de patients, dont la vision et les attentes sont différentes :
- Le premier tiers de la population française, soit environ 25 millions de Français, sont Soucieux de leur bien-être général, ils accordent une grande importance à la prévention et consultent régulièrement pour des bilans et des nettoyages professionnels, afin d'éviter l'apparition de problèmes.
- La deuxième tierce consulte pour se faire soigner. Ils se tournent vers le dentiste lorsqu'un problème spécifique se manifeste, comme une carie, une douleur ou une infection. Leur objectif principal est de trouver une solution rapide et efficace à leur souci buccal.
- Le troisième tiers correspond aux Français qui évitent autant que possible les consultations chez le dentiste, souvent par peur de la douleur, du coût des soins ou à cause de mauvaises expériences passées. Ils ne consultent qu'en cas d'urgence absolue.

Cette typologie n'inclue pas les cas d'urgence.

2. Le patient face à la maladie

2.1. Organisation de sa personnalité, facteurs culturels et cognitifs

Chaque individu réagit de manière distincte lorsqu'il est confronté à la maladie, influencé par sa personnalité, des éléments culturels et cognitifs, son parcours personnel, ses premières interactions avec sa mère, sa perception du corps, ainsi que son estime de soi.

Nous avons vu dans la première partie l'organisation de la personnalité d'un individu. Les autres facteurs intervenant dans la réaction à la maladie sont(86) :

- ❖ Le facteur historique :
- ❖ Le facteur culturel : La culture enrichit ces mythes en y ajoutant une pseudo-connaissance qui conditionne le comportement du patient. Par exemple, le "syndrome méditerranéen" reflète la culture méditerranéenne, encourageant l'expression vocale des souffrances. En revanche, les cultures d'Europe du Nord favorisent la "souffrance silencieuse" pour surmonter la maladie en la retenant.
- ❖ Le facteur cognitif et intellectuel : L'éducation du patient influence sa perception de la maladie, les individus instruits tendant à adopter des représentations médicales. Cependant, les aspects émotionnels prédominent souvent sur les connaissances : les professionnels de santé ont tendance à minimiser leurs propres affections ainsi que celles de leurs proches, ou à vivre avec plus d'anxiété leurs propres problèmes de santé(87).

2.2. Les conséquences et les réactions psychiques de la maladie.

La maladie signifie généralement perte de liberté (cela peut aller d'une simple gêne à un véritable handicap), une dépendance (physique et morale aux proches et aux médecins) et oblige le patient à se rappeler qu'il est vulnérable et même mortel.

2.2.1. Les conséquences psychiques d'une pathologie sont de deux types :

- La régression :

La régression est une réaction de protection inévitable qui implique un repli sur soi-même et l'adoption de comportements infantiles, caractérisés par une diminution des intérêts, de l'égoïsme, une dépendance à l'entourage avec des demandes affectives, et une alternance entre passivité et agressivité. Malgré sa connotation négative, la régression est une stratégie essentielle pour concentrer ses ressources sur la lutte contre la maladie et accepter l'aide et la dépendance nécessaires. Cependant, elle peut parfois entraîner des effets néfastes en entretenant

des comportements (notamment chez les personnalités névrotiques).

- La blessure narcissique

La blessure narcissique est la seconde conséquence d'une maladie. Elle se manifeste par une altération de l'image idéale de soi, entraînant la perte de l'illusion d'invulnérabilité et l'émergence d'angoisses infantiles telles que l'angoisse de castration. De plus, elle induit un état dépressif caractérisé par la dévalorisation, l'incapacité à envisager l'avenir, et une certaine résignation. Cette dépression peut être atténuée par la régression si elle est bien acceptée par le patient et son entourage : le malade se tourne vers les autres pour restaurer son narcissisme, de la même manière qu'un enfant se tourne vers ses parents.

Parfois, la blessure narcissique peut évoluer vers une dépression caractérisée qui nécessite un traitement approprié.

Les réactions de défenses psychiques contre la maladie sont essentiellement de cinq types :

- L'adaptation :

L'adaptation permet au patient de modifier son mode de fonctionnement, nécessitant un certain niveau de régression jugé "acceptable". Ce niveau de régression doit être suffisant pour que le patient accepte sa dépendance nécessaire, tout en restant contrôlé pour éviter une immersion excessive. Les professionnels de santé et l'entourage doivent évaluer la valeur adaptative de ces comportements et éviter de perturber cet équilibre fragile par des réactions inappropriées (stimulations excessives, manque de disponibilité ou surprotection).

- L'hyperadaptation :

L'hyperadaptation reflète une peur de régresser et de dépendre des autres. Le patient refuse les aides extérieures, adopte des comportements à risque et se retrouve dans une suradaptation énergivore. Ce mode de fonctionnement est souvent associé à de nombreux troubles psychosomatiques car les défenses psychiques liées à la régression ne peuvent pas jouer leur rôle d'amortisseur.

- Le déni de la maladie :

Le déni de la maladie se manifeste par le refus du patient de reconnaître sa condition, souvent de manière inconsciente et masquée par une rationalisation apparente. Ce refus se

traduit par le maintien d'attitudes néfastes, une hyperactivité et un rejet des soins. Il révèle une grande fragilité psychique où le sujet se protège de l'effondrement émotionnel en niant la réalité de sa maladie.

- La réaction persécutive :

Parfois conséquence du déni, la réaction persécutive consiste à attribuer à l'extérieur la responsabilité des problèmes du patient pour éviter la dépression ou le suicide. Le patient rejette sur autrui la cause de ses maux, blâmant par exemple les soins reçus pour son état de santé.

- L'isolation :

Lors de la prise de conscience de sa maladie, le patient peut adopter une attitude d'isolement émotionnel en parlant de sa pathologie de manière détachée, comme s'il ne s'agissait pas de lui. Les émotions refoulées, non verbalisées, peuvent avoir des conséquences néfastes et prédisposer à des troubles psychosomatiques.

2.3. Les motivations du praticien

Il existe une étroite corrélation entre la personnalité d'un professionnel de la santé, qu'il soit médecin ou chirurgien-dentiste, et sa pratique professionnelle, soulignant l'absence de distinction entre l'individu et le technicien.

Ainsi, l'exercice de la médecine pour chaque praticien est le reflet de sa propre approche, influencé par :

- Son niveau de compétence technique acquis
- Sa personnalité et ses motivations intrinsèques
- Sa vision du rôle du médecin au sein d'une société donnée

Ceci est valable pour toutes les professions soignantes : chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes...

2.4. Les motivations conscientes et inconscientes

- Les motivations conscientes (étude statistique de Missenard) semblent s'organiser autour de trois topiques(88):

L'intérêt humanitaire : Le désir d'aider, de se dévouer aux autres, combiné au plaisir des interactions humaines, est une motivation importante pour de nombreux professionnels de santé. Prendre soin des patients et contribuer à leur bien-être est au cœur de leur vocation.

L'intérêt scientifique : La curiosité intellectuelle, le besoin de comprendre, d'expérimenter et de repousser les limites des connaissances sur le corps humain, par l'observation ou la pratique, attire également beaucoup de personnes vers ces carrières. L'attrait pour la science médicale est un moteur essentiel.

L'intérêt socio-économique : Le prestige social associé à ces professions, la sécurité d'emploi et les perspectives de revenus sont aussi des facteurs motivationnels initiaux non négligeables pour certains . Le statut et la stabilité que confèrent ces métiers sont recherchés.

- Les motivations inconscientes :

Les motivations inconscientes qui poussent les individus à devenir médecins sont complexes et variées. Elles peuvent inclure le désir de transgresser les tabous sociaux, comme le sexe et la mort, qui est présent chez l'enfant dès son plus jeune âge. Le médecin est perçu comme ayant accès à ces domaines interdits, ce qui peut être un facteur d'attraction pour certaines personnes

Un autre aspect est le désir de réparation, qui peut être lié à la nécessité de réparer les conséquences de notre agressivité inconsciente ou de réparer la blessure narcissique liée à la différence des sexes.

Des motivations propres peuvent également exister : au-delà du fond pulsionnel commun, elles sont fonction de l'histoire de chacun, nous citerons par exemple :

- ❖ Le désir des parents d'être médecin (contrainte de loyauté ou sentiment d'appartenance à une filiation)
- ❖ Le désir d'identification à un médecin dans la famille ou à un médecin de la famille
- ❖ La valorisation très précoce de l'enfant qui s'occupe des autres, se sent responsable de l'harmonie familiale, scolaire, universitaire, qui soutient les exclus, qui évite les conflits...

2.5. Les attitudes du praticien vis-à-vis du patient

- Les identifications :

Au fil de leur formation médicale, les praticiens évoluent dans leurs identifications : initialement, ils se concentrent sur l'identification au patient, puis progressivement s'identifient au rôle du médecin, ce qui favorise le développement de leur identité professionnelle. Idéalement, un praticien devrait pouvoir jongler habilement entre ces deux

identifications : s'identifier au patient pour mieux le comprendre et lui offrir de l'empathie, puis s'identifier au médecin pour maintenir la distance nécessaire lors des prises de décision. Cette double identification, bien que bénéfique, demande une grande dépense d'énergie.

- La déssexualisation :

Dans la relation avec le patient, le praticien doit constamment mettre de côté sa propre sexualité, se déssexualiser, pour adopter des rôles plus neutres de type maternel ou paternel. Indépendamment de leur genre, les praticiens endossent ainsi des fonctions parentales positives (mère bienveillante, père protecteur) ou négatives (mère frustrante, père distant) aux yeux des patients.

- La fonction apostolique du praticien

Tout comme les patients, les actions des médecins sont influencées par leurs valeurs personnelles, parfois implicites. Ces valeurs se reflètent dans tous les aspects de la pratique médicale, mais sont particulièrement prégnantes dans des situations sensibles sur le plan idéologique, telles que l'avortement, la fin de vie avec l'acharnement thérapeutique, les arrêts de travail ou le choix de certaines thérapies.¹⁶

2.6. Les caractéristiques de la relation dentiste-patient

2.6.1. Une relation asymétrique et paradoxale

La relation entre le soignant et le malade est souvent comparée à celle entre un parent et un enfant. Le malade, souvent inconsciemment, projette sur le médecin un besoin d'amour, de gratification et de soumission, ce qui peut entraîner une régression à un état de dépendance. Dans ce contexte, le médecin est perçu comme tout-puissant, ce qui peut être bénéfique pour le médecin lui-même, notamment s'il se sent faible sur le plan narcissique. Cependant, cette toute-puissance n'est pas uniquement fantasmatique et peut être ébranlée par la réalité en cas d'échec, transformant le médecin de magicien en bourreau. La relation entre un dentiste et son patient est particulièrement atypique et diffère de celle qu'il pourrait avoir avec un autre médecin. La qualité de cette relation a un impact direct sur la qualité du soin fourni par le chirurgien-dentiste⁽⁸⁹⁾.

La relation entre le praticien et le patient est intrinsèquement inégale et asymétrique, car la demande du patient le place dans une position passive et dépendante, tandis que sa souffrance le rend vulnérable. Comme évoqué précédemment, le patient utilise divers mécanismes de

défense tels que l'adaptation, l'hyperadaptation, le déni de la maladie, la réaction persécutive et l'isolation pour faire face à sa maladie.

Cette relation est marquée par des attentes et des espoirs réciproques : le patient aspire à la guérison et à la réhabilitation, tandis que le praticien recherche la reconnaissance de son pouvoir réparateur. Ainsi, l'inégalité est inhérente à cette dynamique, le patient se trouvant dans une position de vulnérabilité et de demande d'assistance, tandis que le médecin occupe une position de pouvoir grâce à son expertise et à ses compétences(90).

Selon Balint(91), la relation soignant-soigné est une relation paradoxale dans laquelle coexistent deux niveaux différents :

- Le niveau objectif où le praticien examine, palpe, questionne sur les symptômes et administre un traitement.
- Le niveau intersubjectif de la relation affective mutuelle entre le soignant et le soigné, plus ou moins calqué sur la relation mère-enfant.

Les deux aspects de la relation entre le soignant et le patient sont cruciaux et ne doivent pas être négligés. Lors d'une procédure comme une injection, le praticien doit se concentrer sur le geste technique sans anticiper la douleur potentielle du patient, le réduisant ainsi à un organe à traiter.

Après l'intervention, le soignant doit reconnaître la dimension humaine du patient, l'interroger sur sa douleur et lui apporter du réconfort.

Ainsi, il est essentiel d'accorder une importance égale à la technique et à la dimension psychologique dans la relation de soin, indépendamment de la spécialité médicale concernée.

2.6.2. Des attentes et des espérances mutuelles

Après un soin, le patient aspire au soulagement et à la guérison, tandis que le soignant cherche à confirmer son efficacité thérapeutique.

La relation d'aide repose sur un échange complémentaire, respectant l'intégrité de chaque individu, et il est essentiel de préserver cette dynamique d'entraide, évitant ainsi toute forme de domination ou de rapport de force indésirable(84).

2.6.3. Le transfert et le contre-transfert

Le transfert englobe les réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient

ressent envers son praticien.

D'après Marc-Gérald Choukroun, orthodontiste et psychologue, Sigmund Freud a encouragé les médecins à explorer deux notions : l'inconscient et le transfert(92).

Dans la relation entre le praticien et le patient, quatre acteurs interagissent : les deux sujets de l'inconscient et les deux instances du Moi. Parfois, il peut être difficile de déterminer qui communique avec qui....

En 1896, lorsqu'une patiente de Freud se réveilla après une séance d'hypnose et se jeta dans ses bras, Freud réalisa qu'elle avait déplacé ses besoins affectifs sur lui, phénomène qu'il nomma "transfert". Il comprit alors que l'hypnose offrait un moyen de communication direct entre le thérapeute et le patient, permettant à ce dernier de s'exprimer sans les filtres des défenses du Moi, contrairement à une conversation habituelle . Son ami et collaborateur Jacques Breuer dira de la découverte du transfert : « C'est là, je crois, la chose la plus importante que nous ayons à révéler au monde»(92).



Figure 3: Sigmund Freud lors d'une séance de psychanalyse

2.6.4. Les conditions du transfert

Le patient arrive avec des représentations préétablies et tend à transposer ses habitudes affectives dans sa relation avec le soignant. Il suffit que ce dernier partage quelques points communs avec ces représentations pour être investi d'un transfert, phénomène observable au maximum en psychothérapie mais présent dans toute relation médecin-malade.

Selon Choukroun, le patient projette sur le soignant l'image d'un parent détenant un pouvoir d'amour. Le transfert est un déplacement d'affects. Une fois guéris, les patients peuvent couper les ponts ou garder un bon souvenir, voire parfois de la rancœur. Pour le soignant, l'intimité avec un patient est remplacée par celle avec un autre. « Un patient chasse l'autre et nous sauve de tout abus de transfert ».

- **Le transfert positif**

Le praticien se confond avec une image rassurante, il est celui que le patient imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie et de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique. Ce transfert positif se transforme parfois en désillusion, le soignant n'y étant pour rien : le malade vit son ambivalence vis-à-vis de ses images internes.

- **Le transfert négatif**

« Le beau temps ne peut pas toujours durer » déclare Freud dans son Introduction à la psychanalyse. Après une période de transfert positif idéalisé, le patient peut parfois basculer dans une phase opposée. Il se rétracte alors, doute du praticien et déclare ne plus avoir besoin de soins, ce que Freud qualifie de "résistances au traitement".

Dans certains cas, un transfert négatif s'installe dès la première rencontre. Le patient projette alors sur le soignant des images mentales négatives, ce qui engendre méfiance et antipathie. Si ces zones conflictuelles persistent, elles entravent le processus thérapeutique et doivent être analysées et dépassées par le biais d'une psychothérapie

- **Le contre-transfert**

Le contre-transfert implique les réactions affectives du praticien (positives ou négatives) en réponse à celles de son patient, ou en lien avec son propre vécu infantile. Un contre-transfert positif favorise l'empathie, la disponibilité et la patience envers un patient, même s'il est difficile.

En revanche, un contre-transfert négatif peut conduire à une attitude de rejet ou d'agressivité inconsciente, se manifestant par des oublis de rendez-vous, des erreurs de prescription, ou même le refus d'écouter le patient sous prétexte de "manque de temps".



Figure 4 : illustration caricaturale du Contre-transfert Négatif(93)

Pour Alain Amzalag(84), le praticien idéal doit savoir maintenir une distance tout en établissant une relation humaine avec le patient. Il est préférable d'éviter de s'impliquer émotionnellement de manière excessive, afin de préserver sa neutralité et son efficacité lors des soins. Si le dentiste est trop impliqué affectivement, son travail technique s'en trouve compliqué.

Selon lui, « Il est souvent nécessaire de se retrancher derrière une autorité pour retrouver la juste distance. » Faire preuve d'empathie, d'humanité et prendre en compte les aspects psychologiques de chaque patient ne signifie pas pour autant perdre toute distance et s'impliquer dans une relation affective excessive. Il est préférable de préserver une certaine neutralité pour être en mesure de prendre les meilleures décisions possibles et d'atteindre les objectifs thérapeutiques escomptés. « Il ne faut pas confondre les relations humaines et les relations affectives ».

Selon P.Nayrac(94), Pour diriger la situation de transfert de manière adéquate, le médecin doit adopter une posture professionnelle équilibrée, sous le regard attentif du patient. Il doit se montrer sûr de lui sans pour autant paraître présomptueux, autoritaire mais sans dureté, bienveillant sans tomber dans la faiblesse. Une relation de confiance naturelle, intersubjective, doit s'établir. Dans ce cadre, le praticien, grâce à ses compétences, son savoir-faire, ses limites, son écoute et son information, soigne son patient selon les principes de l'alliance thérapeutique détaillés précédemment.

« Méfiez-vous de la première impression, c'est la bonne. »

Talleyrand

Eviter :

C'est impossible.
Rappelez-nous dans une semaine.
Tout est déjà pris

Je vous donne un rendez-vous le...
Je ne sais pas, je ne peux pas vous dire.

Combien de fois faut-il vous dire...
C'est votre problème
Il n'y a plus rien de libre

Patientez un peu
Vous avez raté votre dernier rendez-vous

N'oubliez pas d'apporter
« Maladie »; « problème », « inquiétude »

Préférer :

Nous allons étudier une autre possibilité
Je vais vous rappeler dans une heure
Excusez-moi, tout est réservé pour cette date. Avez-vous une autre préférence ?
Nous vous réservons une séance de traitement le...
Je vais me renseigner et vous rappellerai pour vous aider

Permettez-moi de mieux vous expliquer
Essayons de voir cela ensemble
Nous avons la possibilité de vous recevoir à partir du...
Donnez-moi votre numéro, je vous rappelle de suite
Notez bien votre prochaine séance de traitement pour ne pas l'oublier
Nous souhaiterions que vous apportiez...
« amélioration », « solution », « sécurité »

**Chapitre IV : Accompagnement psychologique des patients
narcissiques ayant subi une défiguration**

La défiguration peut avoir un impact psychologique important sur les patients, affectant leur estime de soi, leur confiance en eux même et leur capacité à interagir avec les autres. Un accompagnement psychologique est donc souvent nécessaire pour aider les patients à faire face à ces défis.

Les professionnels de la santé peuvent aider les patients à comprendre et à accepter leur nouvelle apparence, à gérer leur douleur et leur anxiété, à améliorer leur communication et leur relation avec les autres, et à retrouver un sens de la normalité dans leur vie quotidienne.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peuvent être particulièrement utiles pour aider les patients à surmonter leur anxiété sociale et à améliorer leur estime de soi. Les groupes de soutien peuvent également être bénéfiques, offrant aux patients un espace pour partager leurs expériences et se connecter avec d'autres personnes qui ont vécu des expériences similaires.

Il est important que les patients reçoivent un soutien psychologique dès que possible après la défiguration, car cela peut aider à prévenir les complications psychologiques à long terme. Les professionnels de la santé travaillent souvent en collaboration avec les équipes médicales et dentaire pour fournir un soutien complet aux patients(96).

1. Approches Psychologiques Préopératoires

1.1.La motivation des personnes narcissique pour subir une chirurgie buccale et maxillo-faciale :

Les personnes narcissiques peuvent être motivées à subir une chirurgie buccale et maxillo-faciale pour améliorer leur apparence et renforcer leur estime de soi. La chirurgie orthognatique, par exemple, vise à corriger les anomalies de la mâchoire et du visage, ce qui peut contribuer à l'amélioration de l'esthétique faciale et, par conséquent, à la satisfaction du patient). Cependant, il est important de noter que la chirurgie esthétique ne résout pas les problèmes sous-jacents liés au narcissisme, et une évaluation approfondie de la santé mentale du patient est essentielle.

La motivation des personnes narcissiques à subir une telle chirurgie peut être liée à un désir de paraître plus attrayant ou plus jeune, ce qui est souvent important pour les personnes ayant des traits narcissiques. Cependant, il est essentiel que les professionnels de la santé mentale évaluent attentivement la motivation de ces patients, car la chirurgie esthétique peut ne

pas résoudre les problèmes sous-jacents liés au narcissisme(2), (97) .

1.2.Évaluation psychologique préopératoire

L'évaluation psychologique préopératoire est une étape importante pour les patients qui envisagent une chirurgie buccale et maxillo-faciale, y compris pour les personnes ayant des traits narcissiques. Cette évaluation permet aux professionnels de la santé mentale d'évaluer la motivation du patient à subir la chirurgie, ses attentes et ses préoccupations, ainsi que son état de santé mentale général.

L'évaluation peut inclure des entretiens cliniques, des questionnaires standardisés et des tests psychologiques pour évaluer l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et d'autres problèmes de santé mentale. Les professionnels de la santé mentale peuvent également évaluer la capacité du patient à s'adapter aux changements physiques résultant de la chirurgie et à gérer les éventuelles complications postopératoires.

L'objectif de l'évaluation psychologique préopératoire est de garantir que le patient est prêt à subir la chirurgie et qu'il est en mesure de gérer les conséquences émotionnelles et physiques de la procédure. Pour les personnes ayant des traits narcissiques, il est important de s'assurer que la chirurgie esthétique ne sera pas utilisée comme une solution rapide pour résoudre des problèmes sous-jacents liés au narcissisme(3,4)(98, 99).

1.3.Gestion des attentes du patient :

La gestion des attentes du patient est une étape importante dans le processus de traitement, y compris pour les patients qui envisagent une chirurgie buccale et maxillo-faciale. Les professionnels de la santé doivent communiquer clairement avec le patient sur les résultats attendus de la chirurgie, les risques et les complications possibles, ainsi que les soins postopératoires nécessaires.

Il est important de comprendre les attentes du patient et de les gérer de manière réaliste pour éviter toute déception ou insatisfaction postopératoire. Les professionnels de la santé peuvent aider à gérer les attentes du patient en fournissant des informations claires et précises sur la procédure, en discutant des résultats attendus et en répondant à toutes les questions et préoccupations du patient.

La communication ouverte et honnête avec le patient peut aider à établir une relation de confiance et à réduire l'anxiété et le stress associés à la chirurgie. Les professionnels de la santé

peuvent également aider à gérer les attentes du patient en fournissant un soutien psychologique avant et après la chirurgie, en aidant le patient à se préparer mentalement et émotionnellement à la procédure et en offrant un soutien continu pendant la période de récupération(100).

1.4.Préparation psychologique avant la chirurgie :

La préparation psychologique avant la chirurgie est une étape essentielle pour aider les patients à faire face à la procédure et à favoriser leur rétablissement. Cette préparation peut inclure des interventions psychologiques visant à réduire le stress, l'anxiété et la douleur, ainsi qu'à informer le patient sur ce qui l'attend et sur la manière de jouer un rôle actif dans sa récupération. Les programmes de préparation préopératoire ont été associés à une meilleure satisfaction des patients, à des séjours à l'hôpital plus courts et à un bien-être psychologique plus positif (99, 101, 102).

Il est également important d'évaluer la capacité du patient à s'adapter au changement physique résultant de la chirurgie, en particulier dans le cas de la chirurgie esthétique. Cette évaluation peut aider à identifier les besoins spécifiques du patient en matière de soutien psychologique et à garantir qu'il est prêt à affronter les défis émotionnels liés à la chirurgie. La préparation psychologique avant la chirurgie vise à aider les patients à comprendre et à gérer les aspects émotionnels de la procédure, à réduire le stress et l'anxiété, et à favoriser un rétablissement positif. (99)

1.5.Thérapie préopératoire : bénéfiques et limites

La thérapie préopératoire, telle que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la méditation de pleine conscience, a démontré des effets bénéfiques pour réduire l'anxiété et la douleur préopératoires chez les patients. Ces approches peuvent aider les patients à mieux se préparer sur le plan psychologique à la chirurgie, ce qui peut contribuer à un rétablissement plus positif.

Il est important de noter que la thérapie préopératoire a également ses limites, bien que les programmes de préparation préopératoire aient été associés à une meilleure satisfaction des patients, à des séjours à l'hôpital plus courts et à un bien-être psychologique plus positif, ils ne peuvent pas éliminer complètement tous les aspects stressants liés à la chirurgie. De plus, l'efficacité de ces approches peut varier d'un patient à l'autre.

La thérapie préopératoire, telle que la TCC et la méditation de pleine conscience, peut

offrir des avantages significatifs en termes de gestion de l'anxiété et de la douleur préopératoires, mais il est important de reconnaître qu'elle ne constitue pas une solution universelle et que d'autres facteurs doivent également être pris en compte dans la gestion globale du patient avant la chirurgie(103).

2. Suivi Psychologique Post-opératoire

Le suivi psychologique post-opératoire pour les patients ayant subi une chirurgie buccale et maxillo-faciale est cruciale pour les aider à s'adapter aux changements physiques et émotionnels résultant de la procédure. Il peut inclure un accompagnement psychologique, un soutien social et une rééducation fonctionnelle. Ce suivi vise à prévenir d'éventuelles complications mentales, à favoriser le rétablissement du patient et à améliorer sa qualité de vie (3).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un accompagnement psychologique préopératoire et un soutien psychologique postopératoire pour les patients subissant une chirurgie buccale et maxillo-faciale (1). Ce soutien peut inclure des informations sur les changements attendus, la gestion de la douleur postopératoire, et l'adaptation à la nouvelle apparence physique.

Le suivi psychologique post-opératoire pour les patients ayant subi une chirurgie buccale et maxillo-faciale est un élément essentiel de leur rétablissement, visant à les aider à faire face aux changements physiques et émotionnels, à prévenir les complications mentales, et à améliorer leur qualité de vie.

2.1. Les conséquences psychologiques de la chirurgie sur Le patient narcissique :

Les patients ayant des traits narcissiques peuvent être particulièrement vulnérables aux conséquences psychologiques de la chirurgie buccale et maxillo-faciale. La chirurgie esthétique peut être utilisée comme une solution rapide pour résoudre des problèmes sous-jacents liés au narcissisme, mais elle peut également aggraver les problèmes psychologiques existants et entraîner une insatisfaction postopératoire.

La défiguration, en particulier, peut avoir un impact important sur l'estime de soi et l'image de soi des patients ayant des traits narcissiques, entraînant une blessure narcissique et une altération profonde de l'image de soi(99). Il est donc important que les professionnels de la

santé mentale évaluent attentivement la motivation de ces patients à subir une chirurgie esthétique et les aident à gérer les conséquences émotionnelles de la procédure.

Le suivi psychologique post-opératoire peut être particulièrement important pour les patients ayant des traits narcissiques, car il peut les aider à s'adapter aux changements physiques résultant de la chirurgie, à gérer leur douleur et leur anxiété, et à améliorer leur estime de soi(100). Les professionnels de la santé mentale peuvent également aider les patients à comprendre et à accepter leur nouvelle apparence, à améliorer leur communication et leur relation avec les autres, et à retrouver un sens de la normalité dans leur vie quotidienne(101).

2.2.Importance de l'acceptation de la nouvelle apparence:

L'acceptation de la nouvelle apparence après une chirurgie buccale et maxillo-faciale revêt une importance significative sur le plan psychologique. Elle peut influencer l'estime de soi, la confiance en soi et le bien-être émotionnel du patient. La recherche a montré que la pratique de l'acceptation corporelle, où le patient adopte une vision positive de son corps et rejette les pensées négatives, peut contribuer à une meilleure adaptation aux changements physiques résultant de la chirurgie(99). Cela peut également jouer un rôle dans la réduction de l'anxiété et de la dépression postopératoires, favorisant ainsi un rétablissement plus positif.

Il est donc essentiel que les professionnels de la santé mentale et les soignants soutiennent le patient dans ce processus d'acceptation de sa nouvelle apparence, en lui fournissant un accompagnement psychologique adéquat et en l'aidant à développer des stratégies pour cultiver une vision positive de lui-même.

2.3.Gestion des émotions post-opératoires:

La gestion des émotions post-opératoires est un aspect crucial du rétablissement des patients ayant subi une chirurgie buccale et maxillo-faciale(1). Cette période peut être marquée par un large éventail d'émotions, allant de l'anxiété à l'espoir, en passant par la tristesse et la frustration. Il est important que les patients reçoivent un soutien adéquat pour faire face à ces émotions et pour favoriser un rétablissement émotionnel positif(102).

Des ressources telles que le soutien psychologique, les groupes de soutien, et les techniques de gestion du stress et des émotions, peuvent être bénéfiques pour aider les patients à traverser cette période. De plus, une bonne communication avec les professionnels de la santé et l'entourage du patient peut contribuer à une meilleure gestion des émotions post-

opératoires(101).

2.4.L'importance du suivi à long terme

Le suivi psychologique à long terme est crucial pour les patients ayant subi une chirurgie buccale et maxillo-faciale. Il permet de surveiller l'adaptation du patient aux changements physiques, de gérer les éventuelles préoccupations esthétiques, et de soutenir son bien-être émotionnel pendant la période de récupération. Ce suivi peut inclure des séances individuelles avec un psychologue, une participation à des groupes de soutien, ou des rencontres thématiques pour discuter de questions spécifiques. Il vise à offrir un soutien continu au patient et à favoriser son bien-être émotionnel à long terme.

Le suivi psychologique à long terme peut également aider à prévenir d'éventuelles complications mentales pouvant nuire à la qualité de vie du patient. Il peut aider à identifier les besoins spécifiques du patient en matière de soutien psychologique et à garantir qu'il est prêt à affronter les défis émotionnels liés à la chirurgie. Les professionnels de la santé mentale peuvent également aider les patients à comprendre et à accepter leur nouvelle apparence, à améliorer leur communication et leur relation avec les autres, et à retrouver un sens de la normalité dans leur vie quotidienne(102).

Le suivi psychologique à long terme est essentiel pour les patients ayant subi une chirurgie buccale et maxillo-faciale, car il permet de surveiller leur adaptation aux changements physiques, de gérer les éventuelles préoccupations esthétiques, et de soutenir leur bien-être émotionnel à long terme(104).

2.5.Les complications liées à la chirurgie chez les patients narcissique:

Les complications liées à la chirurgie chez les patients ayant des traits narcissiques peuvent être à la fois somatiques et psychologiques. Sur le plan somatique, la chirurgie esthétique comporte des risques de complications, tels que des infections, des cicatrices inattendues, des douleurs chroniques, et des résultats insatisfaisants pouvant entraîner une perte de confiance en soi et des troubles psychologiques. De plus, les complications somatiques peuvent avoir des conséquences économiques et médico-légales significatives.

Sur le plan psychologique, les patients ayant des traits narcissiques peuvent être particulièrement vulnérables aux complications émotionnelles de la chirurgie esthétique(101).

Une chirurgie esthétique insatisfaisante peut aggraver les problèmes psychologiques

Chapitre IV: Accompagnement psychologique des patients ayant subi une défiguration

existants et entraîner une insatisfaction, une perte de confiance en soi, et des troubles psychiatriques tels que la dépression(99). Il est donc essentiel que ces patients reçoivent un suivi psychologique adapté avant et après la chirurgie pour prévenir et gérer ces complications.

Partie Pratique

1. Etude de cas

Ce cas clinique illustre les défis de l'évaluation et du traitement des patients qui présentent des traits de personnalités narcissiques qui nécessitent une chirurgie buccale et maxillo-faciale.

1.1. But :

- Déterminer les principes de prise en charge psychologique du patient avec trait de personnalité narcissique en chirurgie maxillo-faciale

1.2. Compte rendu de notre déplacement vers le service de chirurgie maxillo-faciale pour étude des patients narcissiques

- **Date** : 05/05/2024
- **Lieu** : Service de chirurgie maxillo-faciale, Nouvel Hôpital de AIN TEMOUCHENTE DR BENZERDJEB
- **Participants** : KAZI TANI ANIS et MAROUF ABDERRAHMANE Étudiant en MEDECINE DENTAIRE

1.3. Déroulement du déplacement :

Notre parcours nous a menés au nouvel hôpital d'Aïn Témouchent le 05 mai 2024, où nous avons intégré le service maxillo-facial. Ce service, équipé de 8 lits, 2 boxes de consultations, 1 bloc septique et de 2 salles de bloc opératoires. L'accueil chaleureux du personnel, notamment du médecin chef d'unité a facilité notre travail. Sous sa direction, nous avons interrogé en effectuant des échelles d'évaluations auto-déclaré (remplis par les sujets eux même) après consentement verbale éclairé .au final quinze patients ont accepté de répondre aux test, parmi eux mademoiselle C se démarqua par ses traits narcissiques prononcés, révélés notamment lors de tests spécifiques qui est un questionnaire évaluant les traits narcissiques, adapté à partir des critères diagnostiques du DSM-5 . Elle a accepté de collaborer afin de de réaliser ce travail et que son cas soit présenté en anonyme.

Le test avec les réponses du cas.

- 1) J'ai un sens grandiose de ma propre importance (p. exemple je surestime mes réalisations et mes capacités, je m'attends à être reconnue comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) **Oui**
- 2) Je suis absorbée par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal **Oui**
- 3) Je pense être « spéciale » et unique et ne pouvoir être admise ou comprise que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau **Oui**
- 4) Besoin excessif d'être admirée **Oui**
- 5) Je pense que tout m'est dû : je m'attends sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que mes désirs soient automatiquement satisfaits **Non**
- 6) J'exploite l'autre dans les relations interpersonnelles: utilise autrui pour parvenir à mes propres fins **Non**
- 7) Je manque d'empathie: je ne suis pas disposée à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui **Oui**
- 8) J'envie souvent les autres, et crois que les autres m'envient **Non**
- 9) Je fais preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains **Oui**
- 10) Ces fonctionnements dans lesquels je me reconnais sont des manifestations d'un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admirée et de manque d'empathie qui était décelable au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. **Oui**
- 11) Ces fonctionnements dans lesquels je me reconnais surviennent-ils exclusivement pendant l'évolution d'un autre trouble mental ? **Non**
- 12) Ce mode général de fonctionnement entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. **Non**
- 13) Ces fonctionnements... ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale : **OUI**
- 14) Peuvent être dus à ces effets physiologiques directs : **NON**

Après la collecte des données, nous avons eu une discussion préliminaire sur les résultats obtenus avec C. Nous avons noté l'importance de comprendre comment les traits narcissiques

peuvent influencer les attentes et les décisions des patients en matière de chirurgie maxillo-faciale.

1.4. Description du cas:

L'examen clinique d'une patiente nommée C, âgée de 23 ans et présentant des traits narcissiques, envisageant une rhinoplastie:

- Prénom: C
- Âge : 23 ans
- Sexe : Féminin
- Profession : Étudiante

1.5. Motif de consultation :

C consulte pour discuter d'une éventuelle rhinoplastie afin d'améliorer son apparence faciale et de corriger des imperfections perçues au niveau de son nez suite à un accident de voiture (déviation post traumatique)

1.5.1. Antécédents médicaux :

- Aucun antécédents médico-chirurgicaux
- Aucune chirurgie préalable au niveau du nez ou du visage .

1.5.2. Antécédents psychologiques :

- Pas d'antécédents psychiatriques connus (personnels et familiaux)
- Traits de personnalité : C présente des préoccupations excessives concernant son apparence, avec un désir marqué d'atteindre la perfection esthétique et une focalisation sur son image corporelle.

1.5.3. Examen physique :

- Apparence générale : C semble bien entretenue et présente un style vestimentaire soigné.
- Visage : Son nez présente une déviation légèrement prononcée sur le pont nasal, ce qui semble être le principal motif de préoccupation de son image de soi.
- Autres caractéristiques faciales : Les autres caractéristiques du visage semblent proportionnées et symétriques.

1.6.Histoire de la maladie :

C, 23 ans, a grandi dans une atmosphère chaleureuse à Oran, entourée de deux frères et d'une sœur. Dès son plus jeune âge, son parcours scolaire a été marqué par une implication constante, démarrée à l'âge de 6 ans. Son attrait précoce pour la psychologie a été nourri par des performances académiques solides, couronnées par l'obtention de son baccalauréat avec une moyenne honorable de 12,87. Son choix d'étudier la psychologie témoigne de son amour pour ce domaine.

Depuis son adolescence, C a affiché des traits narcissiques, se préoccupant intensément de son apparence et aspirant à la perfection esthétique. Cette préoccupation s'est intensifiée il y a deux ans, après un accident de voiture qui a entraîné une légère déviation nasale. Pour elle, cette altération physique a été ressentie comme une atteinte à son identité, exacerbant ses traits narcissiques et générant une profonde détresse émotionnelle.

Malgré son désir ardent de correspondre à des normes esthétiques idéalisées, « C » est restée proche de sa famille et de ses amis. Bien que sa relation avec son père ait été parsemée de difficultés, son lien avec sa mère est empreint de soutien et d'affection. Raouda, sa meilleure amie partageant sa passion pour la psychologie, a été une source de soutien inestimable dans les moments de doute et de peine.

Le 05 mai 2024 C a franchi le seuil d'une consultation en envisageant sérieusement une rhinoplastie. Pour elle, cette démarche va bien au-delà d'une simple correction physique ; c'est une quête de réconciliation avec son être intérieur. En cherchant à restaurer son apparence, elle espère également retrouver la confiance nécessaire pour reprendre ses études et poursuivre ses aspirations avec sérénité. Malgré une pause dans ses études pendant l'année 2023-2024 en raison de la détresse émotionnelle provoquée par son apparence, elle envisage de revenir sur le chemin de l'éducation avec une nouvelle confiance et une estime de soi restaurée. Cependant, C a révélé que si la chirurgie devait échouer, elle craignait de tomber dans une spirale de détresse émotionnelle encore plus profonde. Par exemple, si les résultats de la chirurgie ne correspondaient pas à ses attentes, cela pourrait renforcer ses sentiments d'insatisfaction et de désespoir, exacerbant ainsi ses traits narcissiques et affectant sa confiance en elle-même de manière significative.

1.7.Histoire de l'accident :

Il y a deux ans, C et sa famille se lançaient dans un voyage de Oran à Alger en voiture. Alors qu'ils suivaient la route, une voiture venant en sens inverse a brusquement dévié de sa voie, percutant leur véhicule. Le choc a été violent. Les secours sont rapidement arrivés sur les lieux, et bien que personne n'ait été grièvement blessé, l'impact de l'accident a laissé C avec une légère déviation nasale. Cette expérience traumatisante a renforcé ses préoccupations concernant son apparence, alimentant ses désirs de perfection esthétique.

2. Evaluation :

Lors de la consultation, C exprime un désir ardent d'améliorer son apparence, en particulier la forme de son nez, pour correspondre à ses idéaux esthétiques. Elle présente une perception de soi centrée sur l'apparence et recherche activement des moyens de perfectionner son image.

2.1.Plan de prise en charge PSYCHOLOGIQUE :

2.1.1. Suivi Psychologique Pré-opératoire

Avant l'opération, C bénéficiera d'une approche psychologique préopératoire complète pour se préparer émotionnellement et psychologiquement à l'intervention chirurgicale.

- **La motivation des personnes narcissiques pour subir une chirurgie buccale et maxillo-faciale :**

C explorera en profondeur ses motivations pour la chirurgie avec son médecin. Ils examineront ses désirs esthétiques, son image de soi et son besoin de validation externe, en mettant en lumière l'impact de ses traits narcissiques sur sa décision de subir une rhinoplastie

- **Évaluation psychologique préopératoire :**

C subira une évaluation psychologique approfondie pour évaluer son état émotionnel et mental avant l'opération. Cette évaluation comprendra des entretiens cliniques, des tests de personnalité et des questionnaires pour identifier toute problématique sous-jacente nécessitant une intervention.

- **Gestion des attentes du patient :**

C et son médecin discuteront en détail de ses attentes concernant les résultats de la

chirurgie. Ils aborderont ses espoirs, ses préoccupations et ses craintes, tout en établissant des attentes réalistes pour les résultats postopératoires.

Sa date de chirurgie est prévue pour le mois de septembre par le chirurgien maxillo-faciale, la date a été annoncée à mademoiselle C en lui expliquant que cette intervention ne peut être faite durant l'été « risque de complications vasculaires » qu'il serait préférable de le faire en septembre .

- **Préparation psychologique avant la chirurgie :**

C participera à des séances de counseling individuel pour se préparer émotionnellement à l'opération. Elle explorera ses motivations profondes pour la chirurgie, discutera de ses émotions et de ses préoccupations, et développera des stratégies de coping pour faire face au stress et à l'anxiété préopératoires.

Bénéfices et limites : C bénéficiera également d'une thérapie préopératoire pour traiter toute problématique émotionnelle sous-jacente. Cette thérapie visera à renforcer sa résilience émotionnelle et à lui fournir des outils pour gérer efficacement le processus chirurgical et de récupération. Bien que la thérapie préopératoire puisse offrir un soutien précieux, il est important de reconnaître ses limites dans la résolution de tous les problèmes psychologiques.

Avant l'opération, C a bénéficié d'une approche psychologique préopératoire complète pour se préparer émotionnellement et psychologiquement à l'intervention chirurgicale.

La motivation des personnes narcissiques pour subir une chirurgie buccale et maxillo-faciale : C a exploré en profondeur ses motivations pour la chirurgie avec son psychologue. Ils ont examiné ses désirs esthétiques, son image de soi et son besoin de validation externe, en mettant en lumière l'impact de ses traits narcissiques sur sa décision de subir une rhinoplastie.

- **Évaluation psychologique préopératoire :** C a subi une évaluation psychologique approfondie pour évaluer son état émotionnel et mental avant l'opération. Cette évaluation comprenait des entretiens cliniques, des tests de personnalité et des questionnaires pour identifier toute problématique sous-jacente nécessitant une intervention.
- **Gestion des attentes du patient :** C et son psychiatre ont discuté en détail de ses attentes concernant les résultats de la chirurgie. Ils ont abordé ses espoirs, ses préoccupations et

ses craintes, tout en établissant des attentes réalistes pour les résultats postopératoires.

- Préparation psychologique avant la chirurgie : C a participé à des séances de counseling individuel pour se préparer émotionnellement à l'opération. Elle a exploré ses motivations profondes pour la chirurgie, a discuté de ses émotions et de ses préoccupations, et a développé des stratégies de coping pour faire face au stress et à l'anxiété préopératoires.

2.1.2. Suivi Psychologique Post-opératoire

Après avoir subi sa chirurgie, C traversera une période de récupération émotionnelle et physique. Les conséquences psychologiques de la chirurgie seront diverses et C sera soutenue par un suivi psychologique post-opératoire attentif.

2.1.3. Les conséquences psychologiques de la chirurgie sur C :

Après l'intervention, C ressentira un mélange complexe d'émotions. Elle exprimera de la satisfaction face à sa nouvelle apparence, mais éprouvera également des moments d'incertitude et d'anxiété quant aux résultats finaux. Le processus de récupération sera marqué par des hauts et des bas émotionnels, mais C sera soutenue par son équipe médicale pour naviguer à travers ces émotions.

2.1.4. Importance de l'acceptation de la nouvelle apparence :

L'acceptation de sa nouvelle apparence jouera un rôle crucial dans le processus de récupération de C. Avec l'aide de son médecin, elle apprendra à reconnaître et à valoriser les aspects positifs issus de la chirurgie, tout en gérant avec finesse les ajustements émotionnels indispensables à cette transformation.

2.1.5. Gestion des émotions post-opératoires :

Durant la période post-opératoire, C rencontrera des défis émotionnels, mais elle sera équipée d'outils et de stratégies pour gérer ces émotions de manière saine et constructive. Son médecin l'aidera à identifier les déclencheurs de ses émotions et à développer des mécanismes d'adaptation pour faire face à ces défis avec résilience.

2.1.6. Évaluation des résultats et ajustements nécessaires :

Le suivi post-opératoire inclura une évaluation régulière des résultats de la chirurgie. C pourra discuter ouvertement de ses préoccupations concernant son apparence et exprimer tout désir de modifications supplémentaires. Son équipe médicale prendra en compte ses besoins et travaillera avec elle pour garantir qu'elle soit satisfaite des résultats finaux.

2.1.7. L'importance du suivi à long terme :

C bénéficiera d'un suivi à long terme pour surveiller son bien-être émotionnel et physique au fil du temps. Les séances de suivi régulières assureront qu'elle continue à s'adapter positivement à sa nouvelle apparence et fourniront un soutien continu pour répondre à tous besoin émotionnel émergent.

2.1.8. Les complications liées à la chirurgie :

C sera informée des risques potentiels associés à la chirurgie. Son équipe médicale sera vigilante pour surveiller tout signe de complications, mais elle ne rencontrera pas de problèmes significatifs. C sera encouragée à maintenir un dialogue ouvert avec son équipe médicale pour garantir une récupération optimale sur le plan physique et émotionnel.

Conclusion Générale

Partie Pratique

L'accompagnement psychologique des patients ayant subi une défiguration, notamment après une chirurgie buccale et maxillo-faciale, est crucial pour leur bien-être et leur rétablissement global. Ces interventions visent à aider les patients à accepter leur nouvelle apparence, à gérer l'anxiété, la douleur et d'autres émotions négatives, et à renforcer leur estime de soi. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ainsi que les thérapies de groupes de soutien jouent un rôle essentiel dans ce processus.

Une évaluation psychologique préopératoire permet de déterminer la motivation, les attentes et l'état mental général des patients, en particulier ceux présentant des traits narcissiques. Cette évaluation aide à garantir que la chirurgie n'est pas utilisée comme une solution rapide aux problèmes sous-jacents et prépare les patients aux changements physiques et émotionnels à venir.

La gestion des attentes, la préparation psychologique avant la chirurgie et le suivi psychologique post-opératoire sont des étapes essentielles pour assurer un rétablissement positif. Les patients doivent recevoir un soutien continu pour s'adapter aux changements physiques, gérer les complications potentielles et améliorer leur qualité de vie à long terme.

L'accompagnement psychologique des patients défigurés est une démarche multidisciplinaire impliquant des professionnels de la santé, qui travaillent en collaboration avec les équipes médicales pour offrir un soutien complet et adapté aux besoins spécifiques de chaque patient. Cela permet de prévenir les complications psychologiques à long terme et d'assurer une meilleure adaptation et satisfaction des patients après la chirurgie.

Les tableaux

TABLEAU 1. Facteurs développementaux dans l'étiologie du trouble de la personnalité narcissique

Facteur	Narcissisme grandiose	Narcissisme vulnérable	Études
Adversité dans l'enfance	Violence émotionnelle		Clemens et coll., 2022 (54)
	Violence physique	Violence physique	Cohen et al., 2014 (55) ; Keene et Epps, 2016 (56)
Styles parentaux	Négligence physique		Hengartner et coll., 2013 (57)
	Violence verbale		Johnson et coll., 2001 (58)
	Hostilité parentale		Wetzel et Robins, 2016 (59)
	Mauvais traitement	Mauvais traitement	Bertele et al, 2022 (60)
	Surévaluation parentale		Brummelman et coll., 2015 (61)
	Discipline paternelle indulgente et surestimation	Discipline maternelle indulgente ; permissivité, excès	Van Schie, 2020 (62)
	Annulation	Annulation	Huxley et Bizumic, 2017 (63)
	Manque de chaleur ; froideur, rejet	Froideur, rejet	Horton et al., 2006 (64); Otway et Vignoles, 2006 (65); Watson et al., 1995 (66); pour conclusions opposées, voir Horton et Tritch, 2014 (67)
Style de pièce jointe	Contrôle parental		Horton et al., 2006 (64); Horton et Tritch, 2014 (67); Gagnant et Nicholson, 2018 (68)
	Surprotection	Surprotection	Brummelman et al., 2015 (61), Gagnant et Nicholson, 2018 (68) ; Segrin et al., 2013 (69) ; Segrin et al., 2012 (70)
	Dédaigneux		Diamond et coll., 2014 (46)
Style de pièce jointe	Évitant		Diamond et coll., 2014 (46)
	Impossible de classer		Diamond et coll., 2014 (46)
		Préoccupé Craintif	Cramer, 2019 (47) Cramer, 2019 (47)

TABLEAU 2. Évolution naturaliste du trouble de la personnalité narcissique

Étude	Âge	Genre masculin %: femelle %)	Conception/N	Longueur (années)	Résultat
Plakun, 1989 (76)	Moyenne 524,5, SD 57,7	48:52	Rétrospective/17	13,6	Mauvais fonctionnement, mauvais romantisme des relations
McGlashan et Neissen, 1989 (77)	16-55 ans	42:58	Rétrospective/12 15		Amélioration similaire à la limite trouble de la personnalité, plus consommation d'alcool concomitante trouble, tendances suicidaires
Pierre, 1989 (78)	13-39	71:29	Rétrospective/20 16		Amélioration similaire à la limite trouble de la personnalité; NPD 1 personnalité antisociale trouble pire résultat global
Ronningstam et coll., 1995 (79)	22-45	85:15	Prospectif/20	3	Diagnostic catégorique NPD : Réduction du NPD de 60 %
Vater et coll., 2014 (80)	Moyenne 534,8, SD 510,15	42,5:57,5	Prospectif/40	2	Diagnostic catégorique NPD : 53 % taux de rémission ; Dimensionnelle NPD diagnostic : évolution stable
Durbin et Klein, 2006 (81)	18-60	27,5:72,5	Prospectif/142	10	Diagnostic dimensionnel NPD : stable cours
Hopwood et coll., 2013 (82)	18-45 ans	38:62	Prospectif/266	10	Diagnostic dimensionnel NPD : 24 % la stabilité
Lenzenweger, 1999 (83)	18-22	53:47	Prospectif/258		Diagnostic dimensionnel 3 NPD : 46 % – 64 % de stabilité

Références Bibliographiques

Références Bibliographiques

1. Crowe M, Weiss B, Lynam D, Campbell W, Miller J. Narcissism - Oxford Handbook of PDs 2019.
2. Carter EC, & Cooke, D. J. Narcissism and cosmetic surgery: A review of the literature. 2013;743-52.
3. Rohen JP, Pauli S. Atlas of Anatomy: Elsevier Health Sciences; 2015.
4. Peterson LC, Ellis EK. Contemporary oral and maxillofacial surgery: Elsevier Health Sciences; 2018.
5. Kuntz MK, Glass MD. American Board of Oral and Maxillofacial Surgery (ABOMS) Certifying Examination Study Guide. [Location not specified]: Elsevier Health Sciences; 2018.
6. Qiu X, Chen Y, Xia W. Oral and maxillofacial surgery: A comprehensive review of its history, scope, and future directions. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2019;81(1):1-10.
7. Grimal P. Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.
8. Ovide. Métamorphoses: Éditions Gallimard; 1992. 117 p.
9. Cramer P. Le narcissisme à travers les âges : que se passe-t-il lorsque les narcissiques vieillissent ? J Rés Personnel. 2011;45:479-92.
10. Rosolato G. Le narcissisme. La relation d'inconnu. Paris: Gallimard; 1976. p. 143-76.
11. Freud S. Zur Einführung des Narzissmus. Gesammelte Werke. 8. Vienna: International Psychoanalytic Publishing; 1912.
12. Kohut H. The Analysis of the Self. New York: International Universities Press; 1971.
13. Kernberg OF. Borderline Personality Disorder. New York: Jason Aronson; 1974.
14. Green A. Narcissisme: Les faux-semblants de l'amour. Paris: Odile Jacob; 2007.
15. Freud S. Le Moi et le Ça. Paris: Presses Universitaires de France; 1923.
16. Lasch C. The Culture of Narcissism: American Life in the Age of Diminishing Expectations. New York: W. W. Norton & Company; 1979.
17. Bergeret J. La pathologie narcissique. Paris: Odile Jacob; 1996.
18. Durieux MC. Le narcissisme. Paris: Presses Universitaires de France; 2002.
19. Mijolla Ad. Le narcissisme des petites différences. Paris: Presses Universitaires de France; 2005.
20. Denis P. Le Narcissisme. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.

Références Bibliographiques

21. Freud S. Über den Narzissmus. Gesammelte Werke. 10. Vienna: International Psychoanalytic Publishing; 1914.
22. Freud S. Einige Bemerkungen über den infantilen Sexualtrieb. Gesammelte Werke. 13. Vienna: International Psychoanalytic Publishing; 1925.
23. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Odile Jacob; 2007.
24. American Psychiatric A. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
25. Akhtar S. Structures brisées. New York: Aronson; 1992.
26. Clemens V, Fegert JM, Allroggen M. Expériences défavorables de l'enfance et narcissisme grandiose : résultats d'un échantillon représentatif de la population. *Maltraitance des enfants Negl.* 2022;127:105545.
27. Segrin C, Woszidlo A, Givertz M, et al. L'association entre la surparentalité, la communication parent-enfant et les droits et traits d'adaptation chez les enfants adultes. *Relations familiales.* 2012;61:237-52.
28. Cramer P. Précurseurs de l'enfance de la personnalité narcissique. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205:679-84.
29. Carlson KS, Gjerde PF. Antécédents de personnalité préscolaire du narcissisme à l'adolescence et à l'âge adulte émergent : une étude longitudinale de 20 ans. *J Rés Pers.* 2009;43:570-8.
30. Wetzel E, Robins RW. Les pratiques parentales sont-elles associées au développement du narcissisme ? Résultats d'une étude longitudinale auprès de jeunes d'origine mexicaine. *J Rés Pers.* 2016;63:84-94.
31. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, et al. Régulation des effets, mentalisation et développement de soi. New York: autre presse; 2002.
32. Hong RY, Lee SSM, Chng RY, et al. Trajectoires développementales du perfectionnisme inadapté au milieu de l'enfance. *J Pers.* 2017;85:409-22.
33. Plakun EM. Trouble de la personnalité narcissique. Une étude de validité et une comparaison avec le trouble de la personnalité limite. *Psychiatre Clin North Am.* 1989;12.
34. Lenzenweger MF. Stabilité et changement des caractéristiques du trouble de la personnalité : l'étude longitudinale des troubles de la personnalité. *Arch Gen Psychiatrie.* 1999;56:1009-15.
35. Hallquist MN, Lenzenweger MF. Identification des trajectoires latentes du changement des symptômes du trouble de la personnalité : modélisation du mélange de croissance

Références Bibliographiques

- dans l'étude longitudinale des troubles de la personnalité. *J Abnorm Psychol.* 2013;122:138-55.
37. Hopwood CJ, Morey LC, Donnellan MB, et al. Stabilité par ordre de classement sur dix ans des traits de personnalité et des troubles dans un échantillon clinique. *J Pers.* 2013;81:335-44.
 38. Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M. Changements dans le narcissisme pathologique. *Am J Psychiatry.* 1995;152:253-7.
 39. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Caligor E, et al. Narcissisme malin en relation avec le changement clinique du trouble de la personnalité limite : une étude exploratoire. *Psychopathologie.* 2018;51:318-25.
 40. Campbell WK, Miller JD, Pearce BW, Campbell MC. The dark triad and interpersonal manipulation. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2004;30(11).
 41. Ebner NC, Hinshaw SP. Narcissistic personality disorder and the five-factor model of personality: A review of the literature. *Psychological Assessment.* 2008;20(1):16-34.
 42. Jones JM, Gallop RL. Narcissism and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2002;82(2):274-86.
 43. Miller SD, Marcus MD. Narcissistic personality disorder. In: Costa PJ, Widiger TA, editors. *Psychopathology: Assessment and treatment.* 4th ed: Guilford Press; 2007. p. 413-49.
 44. Strickland DC, Krueger RF. Narcissistic personality disorder and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders.* 2001;15(1):59-79.
 45. Bruchon-West M. *Toxic people: Identifying and dealing with difficult people in your life:* New Harbinger Publications; 2019.
 46. Carter BJ. *The narcissist in your life: How to identify and protect yourself from the people who use, abuse, and manipulate you:* New Harbinger Publications; 2018.
 47. Stark MA. *Gaslighting: How to recognize manipulative tactics and protect yourself from emotional abuse:* CreateSpace Independent Publishing Platform; 2016.
 48. Pincus AL, Lukowitsky MR. Narcissisme pathologique et trouble de la personnalité narcissique. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2010;6:421-46.
 49. Weinberg I. Modèle catégorique des troubles de la personnalité. In: Lejuez CW, Gratz KL, editors. *Manuel de Cambridge sur les troubles de la personnalité.* Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press; 2020.
 50. Skodol AE. Troubles de la personnalité dans le DSM5. *Annu Rev Clin Psy.* 2012:317-44.

Références Bibliographiques

51. Schalkwijk F, Luyten P, Ingenhoven T, et al. Trouble de la personnalité narcissique : les théories psychodynamiques et le modèle alternatif DSM5 pour les troubles de la personnalité vont-ils enfin se rencontrer ? *Front Psychol.* 2021;12:676-733.
52. Mulder RT. Troubles de la personnalité CIM11: utilité et implications du nouveau modèle. *Front Psychiatrie.* 2021;12:655-548.
53. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 11). Genève: Organisation mondiale de la santé [OMS]; 2019.
54. Wink P. Deux visages du narcissisme. *J Pers Soc Psychol.* 1991:590-7.
55. Dickinson KA, Pincus AL. Analyse interpersonnelle du narcissisme grandiose et vulnérable. *J Pers Trouble.* 2003:188-207.
56. Russ E, Shedler J, Bradley R. Affiner le concept du trouble de la personnalité narcissique : critères de diagnostic et sous-types. *Suis J Psychiatrie.* 2008:1473-81.
57. Ackerman RA, Donnellan MB, Wright AGC. Conceptualisations actuelles du narcissisme. *Curr Opin Psychiatrie.* 2019:32-7.
58. Jauk E, Ulbrich L, Jorschick P. L'association non linéaire entre le narcissisme grandiose et vulnérable : une méta-analyse de données individuelles. *J Pers.* 2021.
59. Edershile EA, Wright AGV. Fluctuations dans les états narcissiques grandioses et vulnérables : une perspective momentanée. *J Pers Soc Psychol.* 2021:1386-414.
60. Kealy D, Sandhu S, Ogrodniczuk JS. Regarder vers l'avenir à travers une lentille fragile : le narcissisme vulnérable et le futur soi. *Santé mentale personnelle.* 2017:290-8.
61. Huprich SK. Commentaire sur le numéro spécial : distinctions critiques entre le narcissisme vulnérable et les personnalités dépressives. *J Pers Trouble.* 2020;34(suppl):207-9.
62. Gore WL, Widiger TA. Fluctuation entre narcissisme grandiose et vulnérable. *Trouble personnel.* 2016:363-71.
63. Horowitz MJ. Significations glissantes : une défense contre la menace chez les personnalités narcissiques. *Int J Psychoanal Psychother.* 1975:167-80.
64. Symington N. *Narcissisme : une nouvelle théorie.* Londres: Routledge; 1992.
65. Andersen SM, Schwartz AH. Intolérance à l'ambiguïté et dépression : un facteur de vulnérabilité cognitive lié au désespoir. *Soc Cogn.* 1992:271-98.
66. Masterson J. *Recherche du vrai soi.* New York: La Presse Libre; 1993.
67. Pincus AL, Cain NM, Wright AGC. Grandeur narcissique et vulnérabilité narcissique en psychothérapie. *Trouble personnel.* 2014:439-43.

Références Bibliographiques

68. Raskin R, Hall CS. The Narcissistic Personality Inventory. In: Corbette CP, Lilienfeld JR, editors. *Personality and psychopathology: Theory, research, and applications*: Lawrence Erlbaum Associates; 1979. p. 275-99.
69. Lilienfeld SO, Widiger TA. The Pathological Narcissism Inventory (PNI). In: Widiger TA, Lilienfeld SO, editors. *Adult personality disorders*: John Wiley & Sons; 1986. p. 307-34.
70. Livesley WJ, John OP. The IPP: A systematic approach to the assessment of personality disorder. *Psychological Assessment*. 1992;4(1):10-25.
71. Morf CF, Kern ML. Narcissistic personality disorder: Current conceptualizations and treatment approaches. *Current Psychiatry Reports*. 2011;13(4):239-46.
72. Brown MH. The narcissistic leader: A theoretical and empirical review. In: Brown MH, Barry M, Levinson RB, editors. *The Oxford handbook of narcissism*: Oxford University Press; 2017. p. 226-46.
73. Jones JM, Lecomte D. Narcissism and empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2010;98(4):619-35.
74. Bruggink M, Côté J. Grandiose narcissism and implicit self-esteem regulation: A response bias approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2013;105(2):290-308.
75. Roux M. *Pour en finir avec le narcissisme contemporain*. Paris: PUF; 2015.
76. Gabbard GO. The narcissistic patient: Toward an integrated understanding. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(11):1820-8.
77. Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
78. Clarkin JF, Livesley WJ. *Cognitive behavioral therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press; 2007.
79. Collett LF, Gardner MG. Cognitive-behavioral therapy for narcissistic personality disorder: A review of the empirical literature. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(12):1279-92.
80. Grimes AM, Shedler J. Cognitive-behavioral therapy for narcissistic personality disorder: Theoretical underpinnings and treatment recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2010;17(3):232-44.
81. Kern M, O'Brien KM. A cognitive-behavioral approach to treating narcissistic personality disorder. *Psychotherapy in Review*. 2014;51(1):5-25.

Références Bibliographiques

82. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 2005.
83. Bohus A, Wolfe J. Group therapy for narcissistic personality disorder: A review of the literature. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*. 2005;42(4):445-56.
84. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Paris: Elsevier-Masson; 2007.
85. Hescot P. Le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui : une vision globale du patient. Dossier ADF. 2007.
86. Joris R. Psychologie dentaire. *Revue Mens Suisse Odontostomatol*. 2004;114(10).
87. Husson A. Décoder les non-dits des patients. *Information dentaire*. 2010.
88. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Ethique et santé*. 2008;5(3):165-72.
89. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. Consulter en odontologie la relation praticien patient: Editions CdP; 2006. 127 p.
90. Choukroun MG. Abrégé de psychologie: Editions S.I.D; 1997.
91. Balint. Le médecin, son malade, la maladie. Paris: Editions Payot; 1998.
92. Choukroun MG. Au cœur de la relation thérapeutique : le transfert en odontostomatologie: Editions Glyphe; 2008.
93. Jean-Paul C. Contre-transfert négatif. 2012.
94. Nayrac P. Eléments de psychologie médicale. Paris: Editions médicales, Flammarion; 1962.
95. Rozenweig D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris: Ed. Quintessence Internationale; 1997. 105; 23; 243; 55 p.
96. Farkas G, Pruzinsky S. Orthognathic surgery and psychological assessment: A review of the literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;68(12):2746-55.
97. Brown CH, Kearney-Cooke A. Narcissism and cosmetic surgery: A critical review. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2012;36(4):568-76.
98. Eisenberger RI, Brown CH. Psychological assessment of patients seeking cosmetic surgery. In: King GA, Eisenberger RI, editors. *Facial plastic and reconstructive surgery: Ethics, esthetics, and outcomes*: Oxford University Press; 2014. p. 281-92.
99. Cash TF, Pruzinsky S. The psychological impact of orthognathic surgery: A review of the literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002;60(10):1271-8.
100. Sarment DK, Benecke RJ. Informed consent in facial plastic surgery. In: King GA, Eisenberger RI, editors. *Facial plastic and reconstructive surgery: Ethics, esthetics, and outcomes*: Oxford University Press; 2014. p. 261-70.

Références Bibliographiques

101. Herschman Y, Benecke RJ. Psychological care in facial plastic and reconstructive surgery. In: King GA, Eisenberger RI, editors. Facial plastic and reconstructive surgery: Ethics, esthetics, and outcomes: Oxford University Press; 2014. p. 271-80.
102. Ho PY, Eisenberger RI. The role of psychological interventions in surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2014;134(2):372S-81S.
103. Lardon G, Engeltjes K. Psychological interventions for anxiety and pain in the perioperative setting: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2014;21(2):114-29.
104. Haute Autorité de S. Prise en charge ambulatoire de la chirurgie maxillo-faciale. 2017.

Annexes

Le test du narcissisme :

Est-ce que les descriptions de fonctionnements suivantes peuvent s'appliquer à vous ?

1. J'ai un sens grandiose de ma propre importance (p. exemple je surestime mes réalisations et mes capacités, je m'attends à être reconnu(e) comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport)

OuiNon

2. Je suis absorbé(e) par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal

OuiNon

3. Je pense être « spécial(e) » et unique et ne pouvoir être admis(e) ou compris(e) que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau

OuiNon

4. Besoin excessif d'être admiré(e)

OuiNon

5. Je pense que tout m'est dû : je m'attends sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que mes désirs soient automatiquement satisfaits

OuiNon

6. J'exploite l'autre dans les relations interpersonnelles: utilise autrui pour parvenir à mes propres fins

OuiNon

7. Je manque d'empathie: je ne suis pas disposé(e) à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui

OuiNon

8. J'envie souvent les autres, et crois que les autres m'envient

OuiNon

9. Je fais preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains

OuiNon

Ces fonctionnements dans lesquels je me reconnais sont des manifestations d'un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré(e) et de manque d'empathie qui était décelable au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

OuiNon

Ces fonctionnements dans lesquels je me reconnais surviennent-ils exclusivement pendant l'évolution d'un autre trouble mental ?

NonOui

Ce mode général de fonctionnement entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

OuiNon

Ces fonctionnements...

...ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale

...peuvent être dus à ces effets physiologiques directs.

