

UNIVERSITE RENE DESCARTES (PARIS 5)

Faculté de Médecine

Laboratoire d’Ethique Médicale et Médecine Légale

Directeur : **Professeur Christian HERVE**

MEMOIRE DU MASTER 2 (DEA)

TITRE DU MEMOIRE

« Est-ce qu’il y a des déficits de prise en charge
des troubles psychologiques nuisant à l’intérêt des traumatisés faciaux ? »

Présenté par : **Docteur Poramate PITAK-ARNNOP**

Directeurs du Mémoire :

Docteur Jean-Paul MENINGAUD

Docteur Jean-Christophe COFFIN

ANNEE 2006/2007

Résumé

Introduction : Durant cette décennie, plusieurs auteurs ont rapporté l'impact des complications importantes dans l'aspect psychosocial de la traumatologie maxillo-faciale. Il apparaît donc clairement que des troubles psychologiques en période post-traumatique, après un traumatisme du visage, peuvent entraîner des conséquences graves autant sur le long terme qu'à court terme. Confrontés à ces problèmes, il faudrait soit actualiser la prise en charge soit la créer. Pour évaluer les déficits de prise en charge des troubles psychologiques qui nuisent à l'intérêt des traumatisés faciaux, notre étude a donc évalué l'attitude et la pratique actuelle concernant ces psychopathologies auprès des chirurgiens maxillo-faciaux dans 3 pays « l'Angleterre, les Etats-Unis, et la France », qui diffèrent selon leur formation initiale en médecine et leur système de santé.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été adressé par voie électronique à 398 chirurgiens maxillo-faciaux qui pratiquent dans 261 services de chirurgie maxillo-faciale (CMF) tirés au sort sur les listes des associations nationales de cette spécialité. Le questionnaire anonyme recueille l'autoévaluation de la connaissance, l'avis, et la pratique réelle des chirurgiens maxillo-faciaux pour les problèmes psychologiques post-traumatiques, ainsi que la collaboration des équipes psychologiques dans leur service.

Résultats : Le taux des services ayant participé a été de 41.00 %, et celui des chirurgiens a été 28.14 %. Il semble ne pas y avoir de différence entre les maliques de tous les chirurgiens, cependant, les chirurgiens français (58.33 %) reconnaissent la faiblesse de leur connaissance scientifique. Une variabilité significative existe ainsi dans l'évaluation de la prise en charge par des psychiatres et/ou des psychologues cliniques dans les services de CMF. Les services français sont enclins à fournir cette prise en charge de manière plus accessible, tandis que les chirurgiens dans les 2 autres pays ont moins pensé à la nécessité de cet aspect. Trois

chirurgiens anglais sont frustrés de par le manque d'accès aux soins mentaux post-traumatiques dans leurs services. En outre, 58 praticiens ont reconnu avoir vu des patients ayant des difficultés à reprendre une vie normale « la non observance : *patient non-compliance* », et cela a abouti à des difficultés cliniques dans la pratique de 88 chirurgiens.

Conclusion : Même si nos informations sont incomplètes par le nombre limité de participants à l'étude et de par la méthode de la recherche, il semble exister au sein des services de CMF entre ces 3 pays une certaine hétérogénéité. En général, la prise en charge de psychotraumatologie dans le service de CMF peut probablement avoir tendance à bien améliorer la pratique des chirurgiens. Si l'on part de l'idée d'un rapprochement entre les services médicaux (psychologie et chirurgie), cette étude supporte l'hypothèse que les pays européens à culture continentale, comme la France, favorisent la bienfaisance. A l'inverse, celle-ci est moins présente dans le système de santé des pays anglo-saxons, et cela provoque une augmentation des problèmes d'accès aux soins. Les chirurgiens qui pratiquent dans des services appropriés ne devraient pas ignorer les autres sciences relatives à leur spécialité ce qui leur permettrait d'augmenter leur compétence individuelle.

Mots clés : problème psychologique, traumatisme facial, évaluation des pratiques, accès aux soins, questionnaire

Abstract

Introduction: Over the past decades, the psychological morbidity has become one of major complications following maxillofacial injuries. Its negative consequences in both short and long terms require a complete patient care. The purpose of our study is to assess the attitude and practice of maxillofacial surgeons regarding the psychological management in facial trauma patients.

Subjects and methods: A cross-sectional design in the form of a self-administered e-mail questionnaire was sent to 398 surgeons sampled from 261 maxillofacial surgery services in three countries (USA, UK, and France) that differ in medical educational and healthcare system. It included self-evaluation of surgeons' attitude and practice related to posttraumatic psychological problems, as well as their collaboration with the psychological team.

Results: 112 questionnaires were returned (with the following response rates: 41% of departments, 28.14% of surgeons). Among those 112 questionnaires, only 100 were included. No considerable difference was found among the surgeons; however, 58.33% of French surgeons admitted their limited basic knowledge in the field. The psychological teams in French centres seem to be established inside the department more than that in the other two countries. Three British surgeons reported the problems of access to mental healthcare. Moreover, 58 participants have the experience with non-compliance patients, which can result in practice changes or difficulties among 88 surgeons.

Conclusion: Based on this limited series of subjects and the research method, the study identified the heterogeneity of clinical ineffectiveness and unavailability of psychological management for facial trauma patients in three countries. The appropriate psychological measurement, as seen in France, may be able to ameliorate the surgeon practice and deliver high-quality care. This could support the hypothesis that the countries with continental European culture have more privileges of Beneficence, and perhaps, leading to fewer impediments to a healthcare access. However, a surgeon who practices in a well-equipped service should not ignore knowledge which is related to the surgical practice.

Key words: psychological problem, facial trauma, practice evaluation, access to healthcare, questionnaire

Sommaire

	Page
Introduction : la situation clinique	7
Le questionnement d'éthique	8
Les objectifs	10
Matériels et méthodes	11
Résultats	12
Discussion	
1. Les limites de l'étude	24
2. L'actualité des chirurgiens sur l'aspect psychosocial post-traumatique	27
3. La littérature sur les troubles psychologiques après le traumatisme facial	31
4. La philosophie et l'éthique de la voie de milieu	36
Conclusion	41
Remerciements	43
Bibliographie	44
Appendice : questionnaires	

Introduction : la situation clinique

Durant ces dernières décennies, on assiste à une progression plus rapide des soins du corps par rapport aux soins relatifs à la santé mentale. Les malades confrontés à une agression, une catastrophe ou un accident, présentent souvent, quand ils réalisent un traumatisme psychique, des difficultés psychologiques, potentiellement invalidantes et durables, qui nécessitent une conduite à tenir rigoureuse pour en limiter la portée. **(1)** Il est aujourd'hui bien établi chez les traumatisés que la somme de plusieurs complications psychopathologiques suites à un stress majeur, fait suite à une confrontation brusque et inattendue face à une situation ou à un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Ces patients peuvent développer, dans les heures immédiates ou les jours suivants, un état de choc, une réaction aiguë de stress, des symptômes anxieux et/ou des troubles du comportement, un état de stress post-traumatique (ESPT) « *post-traumatic stress disorder: PTSD* », etc. Dans certains cas, nous pouvons voir des troubles psychologiques qui surgissent après la fin des traitements, sans que ceux-ci soient forcément diagnostiqués. **(2-6)** Il nous a ainsi paru intéressant de regarder l'étude, réalisée quelques années auparavant par HULL et ses collègues, **(5)** qui adresse la prévalence de l'ESPT vers 41 % des traumatisés faciaux, s'accompagnant de la perte des fonctions quotidiennes et le besoin répétitif d'interventions chirurgicales.

Dans la pratique médicale, la psychiatrie et la psychologie clinique sont fréquemment séparées de la chirurgie. Alors que, tous les praticiens dans des unités de traumatologie ont une grande opportunité d'identifier et de répondre à la demande d'un support psychologique du patient. En outre, leur connaissance des prévalences, des caractères, et des index pronostics des désordres psychologiques est souvent limitée, et parfois, leur approche clinique de cette situation est malheureusement ignorée. **(2, 7)**

Le questionnement éthique

En comparant les techniques chirurgicales, les rapports de cas, ..., on a rarement trouvé d'étude de la gestion des troubles psychologiques après un traumatisme au visage. Mais, comme la douleur, un événement traumatique peut sans doute correspondre à des blessures physiques, et en même temps à des perturbations mentales. Nous allons donc parler de l'aspect psychosocial, parallèle à l'intervention traumatologique, car les déficits de soin complémentaire autant que l'incompétence des praticiens, peuvent participer à la médiocrité « *substandard* » de la pratique et/ou du système de santé.

Jusqu'à présent, selon l'émergence et le développement des unités de chirurgie maxillo-faciale (CMF), la pratique de CMF présentent d'énormes différences entre les pays. En Europe, cette unité se trouve toujours dans les hôpitaux, les centres médicaux, ou dans les écoles de médecine, alors que la CMF dans les autres pays, comme les Etats-Unis, parfois se situe dans les services ou les facultés d'odontologie, qui sont parfois complètement séparé des autres services médicaux. En ce qui concerne les formations initiales, celles des européens continentaux sont spécialisées dans le domaine médical, mais dans les autres pays elles sont spécialisées en odontologie. **(8)**

Aucune recommandation nationale ni internationale, pour gérer ces morbidités dans les services de CMF, n'existe en ce moment. De même on n'a jamais trouvé, ni de rapport de collaboration entre les chirurgiens maxillo-faciaux et les psychiatres ou les psychologues cliniques, ni aucun rapport sur l'efficacité des chirurgiens maxillo-faciaux sur les troubles psychologiques chez des traumatisés faciaux, par conséquent, peut-être, de plus en plus de problèmes quant à l'accès aux soins. Donc, il apparaît que les problèmes d'accès aux soins sont majorés, dans les pays comme les Etats-Unis, par des situations comme le refus d'accès

aux soins ou comme la non prise en charge des personnes pauvres. **(9-13)** Tout cela peut donc être un obstacle à la pratique clinique et à la relation soignants – soignés. **(2, 7)**

Les objectifs

Pour évaluer les déficits de prise en charge des problèmes psychologiques qui nuisent à l'intérêt des traumatisés faciaux, cette étude a identifié l'attitude et la pratique actuelle des chirurgiens maxillo-faciaux dans 3 pays « l'Angleterre, les Etats-Unis, et la France », qui diffèrent au niveau de leur formation initiale en médecine et de leur système de santé. Les buts de cette étude sont donc d'évaluer : 1) si les chirurgiens maxillo-faciaux connaissent et reconnaissent bien les perturbations psychologiques, 2) combien de services de CMF proposent la prise en charge par des psychiatres ou des psychologues cliniques dans les services, et 3) quelles sont les indications des chirurgiens maxillo-faciaux pour envoyer leurs patients à la consultation psychiatrique ou psychologique.

Nous espérons infiniment que cette recherche reflétera la situation exacte, et sera utile pour proposer le guideline de la prise en charge par les psychiatres ou les psychologues cliniques dans les services de CMF. Ainsi, elle permettra peut-être de mettre en évidence une pratique plus adaptée qui inclura de l'aspect biopsychosocial, intégrant l'aspect chirurgical, selon les bases philosophiques des théories d'éthique médicale.

Matériels et méthodes

L'étude est conduite entre février et avril 2007. Plusieurs auteurs ont présentés que le courrier électronique (e-mail) devient un instrument formidable pour économiser le budget et le temps afin de collecter des informations pour des recherches épidémiologiques et de recueillir les données des correspondants. **(14-16)** Un questionnaire a été adressé par voie électronique à 398 chirurgiens maxillo-faciaux, qui pratiquent dans 261 unités chirurgicales, tirés au sort sur les listes des associations nationales de cette spécialité. **(17-20)** Dans la mesure du possible, nous souhaitons adresser le questionnaire à 2 chirurgiens dans chaque service interrogé, qu'ils travaillent dans les secteurs publics ou académiques.

Afin de réduire les risques des biais : « *avoidance response* ; *socially expected response* » et « *response bias* », ce questionnaire anonyme ne contenait pas d'informations personnelles – l'âge, le sexe, l'année d'expérience. Il établissait 7 items demi-fermés, présenté sur « l'appendice », pour l'autoévaluation de la connaissance, de l'avis, et de la pratique actuelle de chaque chirurgien concernant les problèmes psychologiques post-traumatiques, ainsi que de la collaboration des équipes psychologiques dans leur service. De plus, le questionnaire a été envoyé deux fois, à deux semaines d'intervalle, afin d'augmenter le taux de retour au maximum. **(15)** Les chirurgiens qui n'interviennent pas en chirurgie du traumatisme facial, et ceux qui ne voulaient pas participer à notre étude ont finalement été exclus.

En raison du faible nombre d'unités participantes, et du taux variable de réponse, nous avons décidé de n'exécuter pas des comparaisons statistiques entre ces 3 pays.

Résultats

Trois cent quatre-vingt-dix-huit (398) chirurgiens maxillo-faciaux ont été contactés, 112 chirurgiens (28.14 %) travaillant dans 107 services de CMF (41.0 %) ont répondu au questionnaire. **(Table 1)** En ce qui concerne l'analyse continue, les unités anglaises et françaises de CMF sans adresse électronique ont été exclues. En outre, tous les services américains en possèdent une, mais quatre chirurgiens américains n'ont pas été disponibles pendant la période d'étude, et les adresses des autres chirurgiens du service n'étaient pas disponibles non plus. Les questionnaires ont donc été rejetés automatiquement par le système électronique. Ces services chirurgicaux n'ont pas été inclus non plus dans notre analyse. Au total, douze chirurgiens ont été exclus en raison de la non participation de la pratique traumatologique faciale, ou du problème de communication par la voie électronique. Restent 100 réponses analysables concernant notre sujet. **(Table 2)**

Nous présentons ici les résultats qui nous semblent les plus importants et les plus fiables, réservant pour une analyse ultérieure les croisements et les pratiques de certains critères selon nos buts. Environ la moitié des chirurgiens ont pensé que leur connaissance scientifique était de niveau moyen, excepté la majorité des chirurgiens français (58.33 %) qui ont reconnu l'insuffisance de leur connaissance de base. **(Table 2)** Sur les 100 réponses retenues, 95 (95.0 %) émanent de chirurgiens ayant déjà traité des patients souffrant de troubles psychologiques post-traumatiques (régulièrement ou non). **(Table 3)**

L'équipe de soutien psychologique est toujours accessible dans tous centres médicaux, mais 11 services français (44.0 %), 15 anglais (27.78 %) et 2 américains (7.14 %) possèdent des psychiatres et/ou des psychologues cliniques dans leur service. **(Table 4)** Quatre-vingt-onze (91) chirurgiens (91.0 %) ont déjà adressé leurs malades à la consultation psychologique, mais 4 médecins sur ces 91 (4.40 %) n'ont jamais été satisfaits de cette

collaboration, concernant le problème de l'accès aux soins. **(Table 5)** Les raisons pour lesquelles des chirurgiens envoient vers des psychiatres et/ou des psychologues étaient la dépression (39.0 %), les troubles liés à la perception du visage ou dysmorphie (27.0 %), ESPT (25.0 %), le primaire syndrome post-commotionnel et l'idée suicidaire (19.0 %), l'anxiété (15.0 %), et les modifications comportementales (12.0 %) **(Table 6)** Étonnamment, 19 chirurgiens ont mis en avant qu'ils ont utilisé juste une « seule » raison principale : ESPT (n = 10), la dépression (n = 5), l'idée d'autolyse (n = 2), les troubles de drogues et d'alcool (n = 1), la douleur psychologique de visage (n = 1), alors que les six autres (6.06 %) n'avaient pas d'opinion sur la raison. En outre, soixante-sept (67) praticiens (67.0 %) ont pensé que la prise en charge par des équipes de soutien psychologique n'était pas exactement l'élément essentiel, mais était souhaitable par rapport aux symptômes des malades et à la décision médicale des chirurgiens. Il y a seulement 8 chirurgiens qui pensent que la prise en charge psychologique doit être systématique dans le service de CMF. **(Table 7)**

Concernant la question : « Quand vos patients présentent des réactions telles que : incapacité d'accepter son traumatisme, rejet du traitement proposé par les médecins, surmenage ou refus de retourner travailler, hypersensibilité prolongée, comment interprétez-vous de telles réactions ? Cela vous ennuie, vous rend nerveux, ou vous rend hésitant ? », les chirurgiens ont répondu par l'affirmative dans 58.0 % des cas tout **(Table 8)** en sachant que 88.0 % d'entre eux reconnaissent que cela affecte leur pratique. Vingt-trois (23) chirurgiens sur 88 (26.14 %) consacrent à leurs patients une consultation plus attentive (plus de temps d'explication, et rencontre de l'entourage), et deux ont utilisé la pharmacologie comme traitement supplémentaire. Vingt-quatre (24) praticiens sur 88 (27.27 %) ont vraiment adressé leurs patients aux psychologues ou psychiatres, alors que trois chirurgiens anglais posent clairement un manque de moyen pour envoyer leurs malades à la consultation psychologique. Trois (3) chirurgiens américains affirment que la difficulté pour les patients à

reprendre une vie normale « la non observance ; *patient non-compliance* » relève de la complication ou l'erreur chirurgicale. Un autre a déclaré que cette difficulté n'entraîne pas en ligne de compte de la prise en charge. En outre, un chirurgien a géré cette situation en utilisant la projection, et un autre a pensé que ceci était une perte de temps.

Table 1 : Taux de réponses de chaque pays – les cadres de services de CMF, et le taux de réponses.

Pays	Services (unités) De CMF*	Taux de réponses – unités	Taux de réponses – chirurgiens
Angleterre	156	54/111 (48.65 %)	50/165 (30.30 %)
Etats-Unis	100	28/96 (29.27 %)	34/154 (22.08 %)
France	143	25/54 (46.30 %)	28/79 (35.44 %)
Total	399	107/261 (41.0 %)	112/398 (28.14 %)

* Selon les listes de l'association nationale de CMF, les services de CMF aux Etats-Unis ne sont pas tous des services publics, mais sont des services accrédités pour l'internat en CMF. Au contraire, ceux en Angleterre et en France sont tous des services publics dans les 2 pays.

Table 2 : L'autoévaluation des chirurgiens maxillo-faciaux sur leur compréhension de la pathogénèse et de la neurobiologie des troubles psychologiques post-traumatiques.

Niveau de la compréhension	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
nul	18 (39.13 %)	8 (26.67 %)	14 (58.33 %)	40 (40.0 %)
moyen	24 (52.17 %)	15 (50 %)	10 (41.67 %)	49 (49.0 %)
très bien	4 (8.70 %)	7 (23.33 %)	0 (0 %)	11 (11.0 %)
Total	46	30	24	100

- Sept chirurgiens « 3 américains et 4 français » ont été exclus parce qu'ils n'interviennent pas en traumatologie maxillo-faciale.
- Quatre autres chirurgiens « 3 anglais et 1 américain » ont été exclus à cause d'un problème technique au niveau du retour de leur réponse par e-mail « la réponse blanche ».
- Un autre chirurgien anglais a été exclu parce qu'il désirait avoir le questionnaire par moyen postal pour sa participation.

Table 3 : L'expérience des chirurgiens maxillo-faciaux sur les perturbations psychologiques post-traumatiques, et leur autoévaluation de la compétence clinique relative à ces problèmes.

L'expérience	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
L'expérience de traiter des malades				
- oui	42	29	24	95
- non	4	1	0	5
La capacité de diagnostiquer les problèmes				
- jamais	-	-	-	-
- parfois	24	14	13	51
- régulièrement	17	14	13	44
- toujours	-	-	-	-
- sans opinion	-	1	-	1

Table 4 : La collaboration entre des chirurgiens maxillo-faciaux et des psychiatres et/ou des psychologues cliniques dans les services de CMF.

	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
La prise en charge par les équipes de soutien psychologiques dans les services				
- oui	13*	2	14**	29
- non	32	28	10	70
- sans opinion	1	-	-	1
Le rôle ou/et la participation actuelle des équipes de soutien psychologique				
- jamais	-	-	-	-
- parfois	5	1	3	9
- régulièrement	4	1	8	13
- toujours	4	-	3	7

* 13 chirurgiens anglais travaillent dans 15 services

** 14 chirurgiens français travaillent dans 11 services

Table 5 : La fréquence à laquelle des chirurgiens maxillo-faciaux adressent des traumatisés avec des perturbations psychologiques à des psychiatres et/ou des psychologues cliniques, et l'autoévaluation de la satisfaction.

	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
La fréquence de ces consultations entre les deux disciplines				
- jamais	7	2	0	9
- parfois	30	16	15	61
- régulièrement	6	6	5	17
- toujours	3	6	4	13
La satisfaction de collaboration et/ou de participation des équipes de soutien psychologique				
- jamais	3	1	-	4
- parfois	15	9	7	31
- régulièrement	15	13	13	41
- toujours	5	3	4	12
- sans opinion	1	2	-	3

Table 6 : Les raisons pour lesquelles les chirurgiens maxillo-faciaux adressent des traumatisés avec des perturbations psychologiques aux psychiatres et/ou aux psychologues cliniques.

Les raisons	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
dépression	14	15	10	39
troubles liés à la perception du visage	13	3	11	27
ESPT (PTSD)	18	5	2	25
syndrome primaire post-commotionnel, et idée suicidaire*	3	8	7	19
anxiété	9	3	3	15
modifications comportementales**	1	2	9	12
problèmes d'efficacité intellectuelle et cognitive***	3	0	2	5
autres altérations émotionnelles****	1	1	1	3
autres – céphalées, vertiges, problèmes du sommeil, drogues et alcool, mal de tête, et non identifié	6	5	6	17

* désordres attentionnels, diminution de l'empan, troubles de la concentration, difficultés pour vivre au quotidien, troubles de mémoire au travail, lenteur des réponses

** apparition des troubles obsessionnelles compulsives, retrait social

*** discrets troubles de communication, troubles de mémoire, discret manque de fiabilité, conséquences neuropsychologiques

**** fatigue, irritabilité, perplexité, réponses phobiques, désintérêt, manque d'estime de soi

Table 7 : Avis des chirurgiens maxillo-faciaux sur la nécessité de la prise en charge des perturbations psychologiques par les psychiatres et/ou les psychologues cliniques.

La nécessité	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
oui	0	2	6	8
variable (choisi par le chirurgien)	38	16	13	67
non	5	9	1	15
sans opinion	2	3	4	9

Table 8 : Expérience des chirurgiens maxillo-faciaux sur la non observance « *patient non-compliance* »

L'expérience sur la non observance « <i>patient non-compliance</i> »	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
jamais	20	14	7	41
parfois	23	14	11	48
régulièrement	2	1	5	8
toujours	0	1	1	2

Table 9 : Les influences de la non observance « *patient non-compliance* » dans l'expérience des chirurgiens maxillo-faciaux

Les influences de la non observance « <i>patient non-compliance</i> » pour leur travail	Chirurgiens anglais	Chirurgiens américains	Chirurgiens français	Total
- changement des moyens du traitement / difficulté de pratique	37	28	23	88
- temps d'explication plus long, et rencontre de l'entourage	6	3	14	23
- traitements médicamenteux	0	0	2	2
- recours aux psychologues ou psychiatres	1	5	18	24
- utilisation de projection	1	0	0	1
- difficulté de recours aux psychologues ou psychiatres	3	0	0	3
- perte de temps	1	0	0	1
- découverte d'une relation entre « <i>patient non-compliance</i> » et les complications	0	3	0	3
- ne présente pas d'intérêt	0	1	0	1
- sans opinion	1	1	0	2

Discussion

1. Qu'elles sont les limites de notre méthode d'étude ?

Les sondages sont le principal moyen de réunir des informations sur les attitudes, les croyances, et les comportements des médecins, ainsi que les tendances de leur pratique et leur connaissance. (21-22) Depuis la dernière décennie, l'Internet est devenu le moyen potentiel pour minimiser le coût et le temps de communication, alors cela m'apparu une alternative attirante aux méthodes postales ou téléphoniques. (14, 15, 21-23) En ce qui concerne les limites de notre étude, nous allons discuter trois points.

Premièrement, la faiblesse des « taux de réponse » menacent souvent la « validité des sondages » chez les médecins. Ce bas taux de réponse ne peut évidemment pas être représentatifs de la population générale. BRAITHWAITE *et al* (21) ont annoncé que les taux de réponse des sondages chez les médecins varient entre 9 % et 94 %. Un total de 112 questionnaires a été retourné, soit 28.14 % de réponses par les chirurgiens travaillant dans 107 unités de CMF. Notre taux de réponse est donc décevant car nous avons eu seulement 28.14 % des chirurgiens qui ont participé. C'est un résultat semblable à celui de l'étude de HOUGHTON *et al*, (15) qui ont publié leur succès d'utilisation de la voie électronique comme un instrument de recherche. Le taux de réponse de leur étude (22 %) était similaire au mien, mais ils ont utilisé les courriers postaux pour contacter des correspondants une deuxième fois. Ces auteurs ont trouvé en fin que 80 % des personnes répondants par courriers postaux avaient des problèmes pour répondre par la voie électronique. Dans leur étude, 6 médecins n'ont jamais regardés leur e-mail ou n'ont pas su comment ils devaient faire, tandis que les deux autres n'ont rien reçu. Leur étude a finalement augmentée le taux de réponse à 67 % par l'aide de la méthode postale. BRAITHWAITE *et al* (21) ont

augmenté leur taux de réponse d'une manière efficace : de 14.86 % à 52.4 % après avoir envoyé 5 fois leur questionnaire électronique. Les envois successifs et répétés « *follow-up reminder* » peuvent donc aboutir à une augmentation exponentielle du taux de réponse, **(21, 23)** tandis que LEECE et ses collègues **(22)** mettent en évidence qu'il serait aussi possible d'augmenter les taux de réponse en utilisant une lettre d'accompagnement plus personnalisée pour envoyer les questionnaires par la poste. Cependant, l'efficacité de ce moyen de communication est diminué par le fait que ne sont pas toujours les premiers à lire leurs e-mails. De plus, l'utilisation d'une lettre d'accompagnement plus personnalisée est moins efficace qu'un questionnaire de qualité envoyé par e-mail.

Deuxièmement, « l'hétérogénéité des médecins ayant participé » dans le cadre du sondage affecte aussi la validité de l'étude. Les chercheurs devraient donc prendre en compte de la différence entre les échantillons, et celle entre les échantillons et la population réelle. La non participation a résulté de l'erreur du serveur d'Internet « *server failure* », la compétence des médecins dans l'utilisation d'Internet, et le biais de réponse des participants. Cette considération touche donc aussi au taux de réponse de l'étude. EVANS *et al* **(14)** ont présenté que le taux de participation pour la méthode électronique était de 65 %, et ont établi un lien entre l'utilisation de l'Internet et l'âge des praticiens. Ce moyen de communication a été utilisé au maximum dans un groupe de médecins de 20-30 ans, cependant, il a été constaté qu'Internet est plus souvent utilisée à des fins sociales que professionnelles. De plus, alors que BRAITHWAITE *et al* **(21)** ont constaté que le courrier électronique du NHS « *National Health Service* : Service National de Santé en Angleterre » permet d'éviter les problèmes du serveur Internet, notre étude a malgré tout eu des problèmes de communication avec les 3 chirurgiens anglais qui l'ont utilisé.

Cela pourrait donc être la raison en général de notre faible taux de réponse : les chirurgiens ayant été contactés étaient des seniors qui ne pouvaient pas toujours utiliser

Internet comme une méthode au courante de communication. **(14, 23)** Nous avons heureusement obtenu une bonne réponse de presque la moitié des services anglais (48.65 %) et français (46.30 %), mais notre étude ne peut pas être généralisable au-delà des chirurgiens dans ces trois pays. Nous avons souhaité à chaque fois envoyer nos questionnaires à 2 chirurgiens travaillant dans chaque service de CMF, mais les adresses d'e-mail n'étaient pas toujours disponibles. Nous ne pouvions alors l'envoyer qu'à un chirurgien dans plusieurs centres. De plus, les centres américains inclus étaient tous des instituts de formation pour l'internat (également les centres hospitaliers universitaires, CHU, en France). Les adresses électroniques correctes ont pu malheureusement être trouvés dans seulement 111 services anglais sur 156 (71.15 %) et 54 sur 143 en France (31.21 %). Nos résultats ne peuvent donc pas être représentatifs de la situation réelle pour tous les chirurgiens et pour tous les services de CMF dans ces 3 pays. En conséquence, nous nous rendons compte que notre comparaison a été seulement « pseudo randomisée ». De plus, sans aucune explication, quelques correspondants n'ont pas répondu à la totalité du questionnaire, et par conséquent, les résultats définitifs de ce sondage, n'ont pu être obtenus.

Finalement, comme les scientifiques en science humaine le savent, les sondages, selon leur nature, peuvent fournir seulement une vue limitée. Les découvertes dépendent de la construction de question et l'interprétation des personnes ayants participés. Plus important, même dans des questionnaires bien validés et fiables, les expressions individuelles dans des sondages ne reflètent pas toujours précisément comment chaque chirurgien se comporte dans « la situation réelle ». Les personnes interrogées ont tendance à donner les réponses qu'ils croient que l'on attend d'eux. De plus, les gens n'ont pas toujours une idée très claire de comment ils pourraient agir dans une situation hypothétique. Pour apprendre comment la pratique peut différer selon le système de santé et les variables socioculturelles, il est temps de donner pouvoir aux études d'observation bien conçues. Ici, nous nous contenterons

d'essayer d'interpréter les pratiques réelles des chirurgiens sachant qu'il serait préférable de placer des observateurs dans chaque service de CMF pour obtenir des informations fiables.

(24)

2. Comment les chirurgiens maxillo-faciaux font-ils face à l'aspect psychosocial de la traumatologie du visage ?

L'acquisition de la restauration des fractures osseuses qui aboutit à la restauration de la forme et de la fonction, est le but principal du traitement des fractures. Réduire l'infection, les problèmes de cicatrisation et les difficultés techniques au minimum est ainsi une stratégie importante de la thérapeutique complémentaire des blessures faciales. **(25)** En ce qui concerne le soin apporté à la santé mentale, il commence à faire partie intégrante de ce que l'on a appelé la « nouvelle morbidité ». Avec le développement de la recherche sur la traumatologie faciale, il a été mis en évidence l'importance du soin mental pour de tels malades. Cependant, il est difficile de trouver des articles concernant l'avis et la pratique auprès des chirurgiens maxillo-faciaux pour la prise en charge des traumatisés faciaux, développant les problèmes psychologiques. Notre étude s'est donc spécifiquement concentrée sur l'attitude et la pratique auprès des chirurgiens maxillo-faciaux pour formellement évaluer cet aspect, cependant, l'évaluation de la connaissance des chirurgiens et de leur compétence pour gérer les troubles psychologiques dépasse la portée de notre travail.

Bien qu'on ne puisse pas trouver de littérature qui explique ou discute du rapport entre la base scientifique et la bonne pratique, notre étude se base sur la théorie : « *KAP theory : Knowledge, Attitude, Practice beliefs* ». Cette théorie identifie la connaissance,

l'attitude et la croyance de la pratique comme des éléments clefs aux processus de décision médicale chez les praticiens. **(26-29)** Principalement, les recommandations, les points d'information et les guidelines de la pratique ont été développées pour améliorer la connaissance individuelle chez les médecins. Quand le niveau de connaissance ne peut-être pas être mesuré, les deuxièmes et troisièmes aspects de théorie « *KAP* », les attitudes et la pratique des praticiens, deviennent très importants. Des praticiens de santé et des malades peuvent parvenir à des conclusions différentes selon de part leurs points de vue différents. Au niveau individuel, des praticiens utilisent des moyens, par exemple, la prise de décisions concertée entre les médecins traitants et les malades « *shared decision-making* » ; ou bien le soin concentré sur le patient « *patient-centred care* ». Cependant, le manque de savoir aboutit à un défi unique : développer les standards locaux, régionaux, ou nationaux. **(26, 28)**

Notre objectif est d'évaluer si d'autres sciences relatives à la chirurgie intéressent les chirurgiens, ou s'ils ne s'intéressent qu'à la chirurgie. Notre questionnaire interrogeait les médecins sur leur base scientifique (la pathogenèse et la neurobiologie de la psychotraumatologie), cependant, la connaissance sur la base scientifique ne peut pas forcément être liée à la qualité du traitement médical. En effet, environ 60 % des chirurgiens français ont reconnu l'insuffisance de leur connaissance de base. La raison pourrait en être que, en France, les internes de CMF ne font pas de stage en psychiatrie. L'importance de la formation continue dans cette discipline après l'internat est donc primordiale. En travaillant sur la prise en charge des problèmes psychotraumatiques, nos participants français ont reconnu le bien fondé de la présence des équipes de soutien psychologique dans leur service. Il ne paraît cependant pas acceptable que les chirurgiens français se contentent de la présence de ces équipes sans chercher à se former eux-mêmes en psychologie; **(26)** alors que, la plupart des chirurgiens américains et anglais, même s'ils ne réalisent pas non plus de stage en psychiatrie durant leur internat, se forment au soutien psychologique. À cause du

développement rapide et inégal de la science et la technologie, un décollage s'est liée entre les différentes spécialités médicales aboutissant par la même à un déficit de la prise en charge globale du patient. Il faut donc que les médecins améliorent leur connaissance, travaillent en interaction avec leurs collègues afin de gérer les difficultés, et réalisent une évaluation systématique de leur pratique. **(26)**

En ce qui concerne la formation initiale des chirurgiens maxillo-faciaux : en Europe (hors Grande-Bretagne), elle est d'abord médicale, alors qu'ailleurs, l'orientation vers l'odontologie est immédiate. Deux chirurgiens anglais ont posé l'hypothèse que les chirurgiens maxillo-faciaux docteurs en médecine recevraient une formation leur permettant d'acquérir une connaissance et une compétence clinique relative au diagnostic des problèmes psychologiques, meilleure que celle des docteurs en odontologie. Notre recherche ne permet pas de valider cette hypothèse, mais de nombreux articles ont bien discuté des différences de pratique entre les chirurgiens américains et européens. Les chirurgiens américains diplômés seul en odontologie n'étaient pas compétent pour traiter : le cancer de tête et du cou, la malformation cranio-faciale, et la chirurgie esthétique de visage. **(8, 30, 31)** Cependant, il n'a jamais été démontré que l'obtention du doctorat en médecine améliore la capacité des chirurgiens maxillo-faciaux à prendre en charge les problèmes psychologiques après traumatisme facial. Il serait pertinent d'étudier si la pratique des chirurgiens maxillo-faciaux docteurs en médecine (comme les français) ou docteurs en médecine et en odontologie (comme les anglais, les autres européens, et certains américains) n'est meilleure que sur le plan de leur spécialité chirurgicale, ou si leur formation s'élargit à d'autres sciences plus périphériques qui exigent par ailleurs un investissement individuel.

D'après notre enquête, sur 100 chirurgiens interrogés, 95 disent être confronté à des patients présentant des troubles psychologiques post-traumatiques. Les services français vont probablement mettre en place une meilleure prise en charge de ces troubles en

responsabilisant davantage les professionnels. Un chirurgien anglais pose que la prise en charge par les psychiatres ou les psychologues cliniques dans les services de CMF n'est acceptable et accessible à tous pour des raisons économiques, mais que les chirurgiens orientent les patients qui le souhaitent vers de telles équipes. Au contraire, les 3 autres mettent l'accent sur le déficit grave d'accès aux soins psychologiques des patients dans leur service. Ce point est développé dans beaucoup d'articles sur le déficit problématique d'accès aux spécialistes après la réforme remarquable de « *NHS* » au Royaume-Uni. **(9-11)** La tendance actuelle de « *NHS* » s'éloigne du modèle de soins intensifs de courte durée pour aller vers un modèle de soin chronique, dans lequel les réseaux de santé sont associés pour améliorer la qualité des soins. **(9, 10)** Un chirurgien anglais a déclaré que la prise en charge de psychothérapie par « *NHS* » pour les patients cancéreux existe et ne pose pas de problème en ce moment, mais aucun dispositif de ce type n'existe pour les traumatisés. Les chirurgiens américains n'ont pas rapporté les mêmes problèmes, bien que des publications relatent le déficit d'accès aux soins mentaux aux Etats-Unis. **(12)** De plus, plusieurs services américains de CMF sont basés sur les écoles dentaires. Le nombre total de patients traumatisés faciaux dans ces écoles peut-être moindre que celui des hôpitaux ou des centres médicaux. Notre étude n'a pas permis de recenser le nombre de blessé faciaux par service par an ni le nombre de patient traité par un même chirurgien sur une année. Enfin, il est difficile de comparer les problèmes d'accès aux soins de 3 pays aux systèmes de santé différents.

3. **Que sait-on dans la littérature des recherches sur les troubles psychologiques après un traumatisme facial ?**

De nature compliquée, la psychotraumatologie est une discipline nouvelle qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire : médical, psychologique, social et juridique, qui doit être composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmières spécialisées ainsi que d'assistantes sociales. **(32-35)** Pour des traumatisés faciaux, la psychotraumatologie pose des problèmes dans les deux domaines suivants :

1) le caractère clinique et l'indice diagnostique des troubles psychotraumatiques

2) la qualité de la vie (QdV) et/ou le comportement du patient post-traumatique.

Il a été estimé que 10-40 % des traumatisés faciaux peuvent souffrir d'un ESPT. Parmi ces derniers, jusqu'à 20-25% doivent recevoir un traitement de santé mentale (ex : conseil psychologique, intervention du comportement ...) **(4, 5, 35-37)** Cependant, il n'y a aucune étude qui analyse la compétence des chirurgiens maxillo-faciaux sur l'approche clinique des troubles psychologiques post-traumatiques. Dans notre étude, 5 chirurgiens (4 anglais et 1 américain) ont répondu qu'ils n'avaient jamais rencontré de tels patients, mais il nous est impossible de savoir s'ils n'en ont réellement jamais rencontré, ou s'ils en ont rencontré mais n'ont pas détecté les problèmes psychologiques de ces patients. En particulier, on peut aussi imaginer que les chirurgiens plus jeunes ou avec moins d'expérience ou pratiquant dans des centres avec un nombre faible de victimes traumatisées, peuvent se révéler moins efficaces pour gérer ces situations. De plus, nombreux sont les chirurgiens (n = 19) qui utilisent un seul critère pour envoyer leurs patients vers les psychiatres. Tout cela risque d'entraîner une mauvaise prise en charge car les patients non diagnostiqués peuvent être laissés sans diagnostic et/ou sans traitement approprié. Il est donc important que, dans la réhabilitation complémentaire, les chirurgiens considèrent tant le traitement chirurgical que

l'aspect biopsychosocial (ex : réactions psychologiques contre le traumatisme, facteurs du risque, choix du traitement ...) de leurs patients et/ou de la famille des malades pour augmenter la bon qualité du service. **(5)**

Durant cette décennie, une série de 3 études a été publiée analysant 193 patients sur 336 ayant été soignés pour une fracture de la mâchoire dans le service de CMF du CHU de Californie (Los Angeles, Californie, USA). Une équipe de chercheurs multidisciplinaire était constituée de psychiatres, de chirurgiens maxillo-faciaux, d'assistantes sociales et de biostatisticiens pour mettre l'accent sur l'ESPT après traumatisme facial. Notons que la sévérité des blessures n'est seulement pas associée à une démographie du patient et un type d'intervention, mais à une forte possibilité de souffrir de problèmes psychologiques ; en effet, les malades présentant des blessures mineures peuvent, au contraire, souffrir de troubles psychologiques très graves. **(4, 36, 38)** On ne devrait donc pas utiliser la sévérité du traumatisme comme indice diagnostique « *diagnostic clue* ». En plus de « la difficulté de diagnostic » de l'ESPT, il y a aussi de « sérieux obstacles de l'accès aux soins » chez les populations spécifiques : les chômeurs, les célibataires, les noirs américains ou les hispaniques. Cette série de recherches est la toute première série d'études portant sur les besoins courants du soin psychosocial de tels patients dans le département de CMF.

Ces chercheurs ont indiqué que l'identification rapide et le traitement de cas présentant un haut risque d'ESPT semblent particulièrement cruciaux. Ils ont découvert les indices diagnostiques pour l'ESPT aiguë : personnes âgés, femmes, expérience de perturbations psychologiques, besoins courants de service de santé mentale et de service social, histoire d'événements psychotraumatisants, douleur post-traumatique, détresse psychologique lors du retour à la maison, et besoins non satisfaits d'un support social pendant la réhabilitation. **(4)** Ils ont aussi mis en évidence que les besoins psychosociaux non satisfaits peuvent retarder le rétablissement physique du patient et provoquer un

comportement répétitif par rapport aux prises des rendez-vous « *appointment-keeping behaviour* », qui peut en fin de compte évoluer en ESPT chronique. **(5, 36)** Malgré le déclin de la symptomatologie pendant quelque temps, les blessés présentent plus de problèmes psychologiques que les patients ayant subi une chirurgie de dent de sagesse (dent inclus). **(36, 38)** De plus, la plupart des patients souffraient de traumatisme ayant pour origine des comportements violents, suggérant des attitudes agressives ou à problèmes de comportement : « *poor impulse control* » et « *maladjusted social behaviours* ». **(36)** Finalement, ils ont conclu que la détresse et les symptômes psychologiques peuvent éroder ou détruire la QdV, et qu'un support social peut donc servir de médiateur pour une relation entre la victimologie et les conséquences psychologiques à long terme. **(38)**

Selon des études réalisées en Californie, d'autres points devraient être ainsi notés :

Premièrement, chez des malades d'un statut socioéconomique pauvre, l'ESPT aiguë et chronique présentent une incidence égale dans le temps. **(38)** CUONO, un éditeur, a expliqué que le traumatisme facial n'est pas toujours causalement associé à l'ESPT, mais ne fait que passer le statut chronique de l'ESPT à une réponse aiguë. Plus tard, les symptômes aigus peuvent être remplacés par le statut chronique. Tout cela souligne l'importance de la prise en charge intensive de cette situation clinique dans les populations vulnérables.

Deuxièmement, la sévérité de blessure n'a pas associé à celle-ci de l'ESPT. **(2, 4, 6, 36, 38)** Au contraire, GIROTTO *et al* **(39)** ont étudié les déformations physiques à long terme et leurs résultats fonctionnels après le traumatisme du massif facial au niveau d'étage moyen (ex : Le Fort, nez, malaire, orbite, Blow-out ...) Leur résultat a mentionné que la fonction et le bien-être psychosocial ont été inversement rapprochés de complexité de fractures Le Fort. De plus, les déformations résiduelles (ex : diplopie, problèmes de mastication, anosmie, épiphora, traumatismes des nerfs de la face) peuvent affecter les malades à long terme. On parle de l'ESPT lorsque la perturbation entraîne une souffrance ou

une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Leurs symptômes peuvent donc être le résultat de mécanismes d'adaptation ou de perception subjective de l'organisme. **(5, 39, 40)** En conséquence, on peut donc utiliser l'autoévaluation des traumatisés faciaux dans le cadre d'un diagnostic en psychopathologie, **(5)** par exemple, « *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* » (pour suivre les problèmes psychologiques dans les populations vulnérables qui reçoivent les limites d'accès aux soins), **(4)** « *Davidson Trauma Scale : DTS* » (pour détecter les symptômes de l'ESPT), ou bien « *Stat-Trait Anxiety Inventory : STAI, Spielberger* » et « *Zung's Self-rating Depression Scale : SDS* » (pour évaluer les symptômes non spécifiques). **(37)**

Dernièrement, ces chercheurs de CHU de Californie ont également réalisés une autre étude sur l'instruction post-opératoire, et ont constaté que l'amélioration de l'instruction post-opératoire (ex : traducteurs de la langue maternelle, brochure ou autres médias audiovisuels ...) pouvait améliorer la compréhension du patient après l'intervention chirurgicale. **(41)** En outre, si les patients souffrent de traumatisme ayant pour origine des comportements violents et/ou d'alcool ou de l'abus de la drogue, on devrait leurs proposer des mesures préventives afin réduire le risque de récurrence traumatique. **(42)**

De plus, le consentement de chirurgie reconstructive post-traumatique est nécessaire aussi. Les chirurgiens doivent comprendre l'aspect psychologique post-traumatique et l'image du corps « *body image* ». **(37, 43)** LEVINE *et al* **(44)** nous montrent ce qu'une évaluation psychosociale peut apporter à la compréhension de la subjectivité de la QdV des traumatisés faciaux. Les analyses effectuées sur un échantillon de 20 patients mettent en évidence un impact important mais différent des effets indésirables de l'aspect psychosocial et l'image du corps sur la QdV. Il apparaît que le traumatisme facial affecte négativement la satisfaction de la vie et la perception de l'image du corps. Les patients ont plus des risques d'ESPT, de la consommation d'alcool, de la dépression, du chômage post-traumatique, du

problème matrimonial, de l'être en prison, et de la perte d'une manière attrayante. L'analyse des données empiriques a permis de mettre en évidence l'ancrage sociétal de l'évaluation de la QdV de par le rôle de l'entourage social, des soignants et du contexte social.

Diverses études concernant les troubles psychologiques après un traumatisme facial furent établies, ainsi RUSCH *et al* **(45)** ont pu explorer le retentissement du traumatisme facial par la recherche des symptômes psycho-affectifs de l'enfant et par l'étude de son vécu subjectif. Malgré la présence de peu de symptômes psycho-affectifs et derrière une relative adaptation, il existe un impact fort du handicap physique sur le vécu de l'enfant, sur l'ESPT, et sur sa perception de l'image du corps. Pour améliorer la bonne prise en charge, la discussion fait ressortir la nécessité de poursuivre ces travaux en utilisant des mesures plus détaillées pour évaluer les problèmes psychologiques, et en considérant un éventail de symptômes présentés chez les enfants victimes d'un traumatisme facial. En ce qui concerne la brûlure faciale, les perturbations psychologiques sont indissociables des blessures physiques. La cicatrice, la défiguration (déformation), la difformité, et la perte de fonction vont finalement faire éclater la perception du visage, l'atteinte esthétique (la satisfaction de l'image du corps), le changement du comportement, et la QdV. **(46, 47)** En outre, les traumatismes oculaires et les plaies faciales sont aussi deux des grandes causes des problèmes psychologiques. Certaines mesures psychologiques doivent être prises pour tenter de diminuer le nombre de ces problèmes. **(48, 49)**

En comparant les autres chirurgies de tête et du cou (ex : cancer, fente orale et malformation congénitale ...), la science de l'âme a été intégrée. **(50-52)** L'expérience de cette science pour les traumatisés faciaux est malheureusement très limitée par rapport aux attentions des soignants dans les services traumatologiques.

4. Selon les bases philosophiques et éthiques, la voie de milieu existe-t-elle pour la pratique en CMF ?

Quant aux résultats dans notre étude, la psychologie peut-être négligée dans la prise en charge des patients atteints d'un traumatisme facial. La pratique est différente entre les chirurgiens et entre les divers départements chirurgicaux. En liant forcément à la perception, l'idée fausse « *misconception* » et/ou l'économie, la prise de décisions des chirurgiens parfois ignore les « principes d'éthique médicale ».

L'éthique est une discipline pratique et normative qui se donne pour but de dire comment les êtres doivent se comporter. Il établit les critères pour juger si une action est bonne ou mauvaise, et pour juger les motifs et les conséquences d'un acte. Les principes d'éthique médicale « l'autonomie, le bienfaisance, le non malfaisance, et la justice » destinent à inspirer la conduite professionnelle des médecins quel que soit leur mode d'exercice, dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et entre eux.

« L'autonomie » est la faculté d'agir par soi-même en se donnant sa propre loi; l'autonomie est une liberté intérieure, une capacité à choisir de son propre chef. **(53)** Selon le standard de la prise en charge de la douleur, le « *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization : JCAHO* » déclare le droit du patient sur l'autonomie de la santé. **(54, 55)** Pour respecter l'autonomie des patients, il faudrait évaluer et traiter leurs problèmes physiques et psychosociaux. De plus, la bonne prise en charge des troubles psychologiques respecte le principe de « bienfaisance » qui fait référence à « *l'intérêt supérieur* » des patients est mis en avant (*Salus aegroti suprema lex*), et le principe de « non malfaisance » qui consiste à éviter de faire du tort (*Primum non nocere*). **(56)**

De plus, selon la « justice » de l'accès aux soins, la profession médicale a eu pendant des années des vues quelque peu contradictoires sur l'égalité et les droits du patient. D'un

côté, il était dit au médecin de ne pas « permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle ou de statut social puissent s'interposer entre [son] devoir et [son] patient » (Déclaration de Genève). Dans le même temps, les médecins revendiquaient le droit de pouvoir refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence. Bien qu'il existe des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, (le manque de) qualifications pédagogiques ou de spécialisation, les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la discrimination sans être tenus pour responsables. La conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, et la bonne prise en charge clinique sont ici les meilleurs moyens d'empêcher les violations des droits humains.

(56)

En philosophie, les anciens accordaient une importance fondamentale à l'éducation morale en vue du développement de la vertu. « L'éthique de la vertu » faite référence aux conceptions de l'éthique qui s'intéressent avant tout à ce qu'une personne humaine devrait essayer de devenir. Ainsi, un des buts de l'éthique de la vertu est de rendre compte des caractéristiques d'une personne vertueuse. Son objectif ultime est « *eudemonia* », c'est-à-dire à la fois le bonheur et la réussite. Selon les philosophes qui défendent l'éthique de la vertu, ce qui est commun à toute l'humanité est précisément que la vie soit une recherche du bien, du bonheur et de la satisfaction. **(57)**

Selon Aristote, toute action tend vers un bien qui est sa fin; mais on peut subordonner les fins à la fin dernière de l'homme par rapport à laquelle elles sont elles-mêmes des moyens. Le postulat est donc l'unité des fins humaines. Il ne semble pas considérer la possibilité de conflits par exemple entre des fins techniques et des fins morales. Le bien suprême est le bonheur, mais les opinions le concernant sont variables: ce bien serait le plaisir, les honneurs ou les richesses. Cependant pour Aristote, le bien suprême est au-delà

des biens particuliers qui ne sont que des moyens par lesquels le bonheur peut se réaliser. La signification du bien n'est donc pas unique, il n'est pas une substance, mais une unité analogique entre différentes acceptions. Aristote souligne 3 caractéristiques du souverain Bien: 1) l'autosuffisance ou autarcie : l'homme heureux, tel un dieu, n'a besoin de rien ni de personne. Les moyens ne font pas la quiddité de la fin; 2) l'achèvement : il est fini, on ne peut rien y ajouter; et 3) son caractère fonctionnel. **(57-60)**

Dans sa conception du bonheur, Aristote ne se limite pas à la vertu : le bonheur ne peut être achevé sans les biens du corps et les biens extérieurs. Aussi le bonheur de l'homme, s'il dépend de lui, dépend aussi des circonstances extérieures ; dire comme les Stoïciens que le sage est heureux jusque sous la torture, « c'est parler pour ne rien dire ». Au contraire, l'homme vertueux est celui qui tire parti des circonstances pour agir avec toujours le plus de noblesse possible : l'homme se contente du meilleur possible, sans être passif, et ne recherche pas un illusoire absolu. Enfin, le dernier caractère du bien, est d'être l'acte propre de chaque être: 1) le bonheur n'est pas être, possession ou simple potentialité, il est usage effectif, activité et faire; et 2) l'acte propre de chaque être est celui qui est le plus conforme à son essence : c'est l'excellence de l'âme, dans les vertus intellectuelles et morales. **(57-60)**

On peut donc noter que la situation dans l'endroit approprié, par exemple, le chirurgien travaillant avec l'équipe de soutien psychologique, est le bonheur de la vie. Cela respecte « *l'eudemonia* » du chirurgien, et finalement peut aboutir les autres bonheurs (ex : le diagnostic et la surveillance des malades, le standard de la pratique, la relation soignants - soignés ...) **(61)** De plus, le respect de bienfaisance qui améliore la bonne prise en charge de psychotraumatologie privilégie « *l'eudemonia* » et « *l'eu zên* (bien-être) » des traumatisés contre la souffrance à l'origine de la cicatrice, la déformation, la difformité, la perte de fonction, et les troubles psychologiques. **(58)**

Socialement la beauté corporelle est considérée comme le socle de la confiance en soi, la fraternité humaine, et la promesse du succès personnel. De plus, selon Gabriel MARCEL, le corps est une façon d'être au monde, et une conscience exclamative d'exister. Cela aboutit l'importance de l'autoévaluation des traumatisés faciaux dans le cadre d'un diagnostic en psychopathologie contre les examens subjectifs par les médecins. **(40, 43, 62-66)**

On peut donc mettre l'accent sur l'importance des deux autres qualités des médecins et des personnels soignants. La compassion et la compétence n'appartiennent pas en exclusivité à la médecine. Jean BERNARD, quant à lui, a donné la mot impressive : « L'honneur de la médecine et ses difficultés sont dans cette alliance du devoir de science et du devoir d'humanité ». « La compassion », définie comme la compréhension et la sensibilité aux souffrances d'autrui, est essentielle à la pratique de la médecine. Pour traiter les problèmes du patient, le médecin doit reconnaître les symptômes et leurs causes sous-jacentes et vouloir aider le patient à obtenir un soulagement. Les patients répondent mieux au traitement s'ils sentent que le médecin est sensible à leur problème et qu'il soigne leur personne plutôt que leur seule maladie. Tout cela respecte une dignité et une valeur d'une personne. **(33, 34, 40, 65, 67)**

En outre, un haut degré de « compétence » est à la fois attendu et exigé des médecins. Le manque de compétence peut avoir des conséquences graves ou entraîner la mort. Les médecins reçoivent un enseignement long destiné à leur assurer cette compétence, mais vu l'évolution rapide des connaissances médicales, le maintien de ces aptitudes constitue un défi qu'ils doivent relever sans cesse. Du reste, il ne s'agit pas seulement de maintenir un niveau de connaissances scientifiques et de compétences techniques mais aussi des connaissances, compétences et comportements éthiques, puisque les nouvelles questions éthiques dérivent des changements de la pratique médicale même et de son environnement

social et politique. (33, 34, 40, 67) Il faut donc que les médecins améliorent leur connaissance, travaillent en interaction avec leurs collègues afin de gérer les difficultés, et réalisent une évaluation systématique de leur pratique. (26, 68-70)

Conclusion

Les victimes souffrantes de troubles psychotraumatiques sont des personnes fragilisées et vulnérables et ont souvent besoin d'être reconnues dans cet état de victime, même si elles ne déposent pas de plainte. Notons qu'il est important que l'équipe pluridisciplinaire consistant des différents professionnels ait bénéficié d'une formation spécifique en victimologie et/ou en psychotraumatologie, notamment pour traiter les aspects cliniques et médico-légaux, ainsi qu'elle assure une meilleure qualité de service pour un coût réduit de façon significative (ex : consultations, examens complémentaires, arrêts de travaux ...)

Même si nos informations sont incomplètes par le nombre limité de participants à l'étude et de par la méthode de la recherche « *intrinsic limitations* », il existe au sein des services de CMF entre ces 3 pays une certaine hétérogénéité. On n'a absolument pas jugé la moralité ou l'éthique d'une pratique contre un autre, ou n'a pas non plus évalué la force d'un système de santé par rapport à un autre. Notons que les principes d'éthique médicale ne sont pas universels car tous médecins dans n'importe quelle pays gèrent les situations difficiles le mieux qu'ils peuvent. A l'inverse, la prise en charge de psychotraumatologie dans le service de CMF peut probablement avoir tendance à bien améliorer la pratique des chirurgiens. Si l'on part d'une approche entre les services médicaux, cette étude supporte l'hypothèse que les pays européens à culture continentale, comme la France, favorisent la bienfaisance qui a développé la divergence du système de santé avec les pays anglo-saxons, **(71)** et peut en fin minimiser les problèmes de l'accès aux soins.

Nous avons ainsi aspiré à renforcer le besoin de chirurgiens et des professionnels de la santé pour chercher la détresse psychosociale du patient en plus de la blessure physique. On devrait sensibiliser des fournisseurs de soin de trauma et formé dans fournissant les

évaluations psychologiques brèves. Les rendez-vous post-traitement peuvent fournir des occasions parfaites pour l'évaluation en suivie et le recours approprié au soin de la santé mentale, pour les compétences vivantes dans la vie quotidienne, et pour la ressource d'un support social. Au contraire, les chirurgiens qui pratiquent dans des services appropriés ne devraient pas ignorer toutes les façons d'augmenter la compétence individuelle tant dans la chirurgie que dans d'autres sciences relatives à leur spécialité.

Remerciements

Nous remercions:

Les 112 chirurgiens ayant participé a ce sondage,

Mlle Claire - Marie LEGENDRE, Mlle Sophie GRECO, M Lionel MARZINOTTO,
et M Benoît TALAV, pour avoir corrigé le texte en français,

M Philippe PERSIAUX, pour avoir lu le résumé anglais.

Bibliographie

1. Lenze EJ, Munin MC, Dew MA, Rogers JC, Seligman K, Mulsant BH, et al. Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 472-8.
2. Rusch MD, Gould LJ, Dzwierzynski WW, Larson DL. Psychological impact of traumatic injuries: what the surgeon can do. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 18-24.
3. Shepherd JP, Qureshi R, Preston MS, Levers BG. Psychological distress after assaults and accidents. *BMJ* 1990; 301: 849-50.
4. Glynn SM, Asarnow JR, Asarnow R, Shetty V, Elliot-Brown K, Black E, et al. The development of acute post-traumatic stress disorder after orofacial injury: a prospective study in a large urban hospital. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 785-92.
5. Hull AM, Lowe T, Devlin M, Finlay P, Koppel D, Stewart AM. Psychological consequences of maxillofacial trauma: a preliminary study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41: 317-22.
6. Kosakevitch-Ricbourg L. Aspects psychologiques des fracas faciaux. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006; 107: 273-82.
7. Fitzpatrick MC. The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clin Orthop Relat Res* 1999; 361: 98-107.
8. Chiu GA, Muff D. International exchange in oral and maxillofacial surgery: comparison of the training pathways in the UK and USA at the end of the twentieth century. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39: 465-70.
9. Oliver A. The English National Health Service: 1979—2005. *Health Econ* 2005; 14: S75-99.

10. Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ* 2005; 330: 657-61.
11. Donaldson C, Ruta D. Should the NHS follow the American way? *BMJ* 2005; 331: 1328-30.
12. Davidson L, Flanagan E, Roe D, Styron T. Leading a horse to water: an action perspective on mental health policy. *J Clin Psychol* 2006; 62: 1141-55.
13. Glynn SM, Asarnow JR, Asarnow R, Shetty V, Elliot-Brown K, Black E, et al. The development of acute post-traumatic stress disorder after orofacial injury: a prospective study in a large urban hospital. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 785-92.
14. Evans L, Nicholas P, Hughes-Webb P, Fraser CL, Jamalapuram K, Hughes B. The use of e-mail by doctors in the West Midlands. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 99-102.
15. Houghton G, Singh S, Fraser J. Using email as a research tool in general practice: starting to implement the National Service Framework for Mental Health. *Inform Prim Care* 2003; 11: 27-31.
16. Katz SJ, Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, et al. Surgeon perspectives about local therapy for breast carcinoma. *Cancer* 2005; 104: 1854-61.
17. British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. List of Oral and Maxillofacial Hospital Units. (Mise à jour: mai 2006) Sur le site: <http://www.baoms.org.uk/CD-ROM/Handbook2005.pdf> (tiré le 31 janvier 2007)
18. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Accredited Advanced Training Programs in Oral and Maxillofacial Surgery 2006-207. (Mise à jour: novembre 2006) Sur le site: http://www.aaoms.org/docs/residency/program_list.pdf (tiré le 31 janvier 2007)

19. Collège des Médecins Stomatologistes et Chirurgiens Maxillo-faciaux de France. Annuaire Médecins Stomatologistes et Chirurgiens Maxillo-faciaux. (Mise à jour: octobre 2002)
20. MediAnnu. Annuaire Médical Francophone. Sur le site: <http://www.mediamed.org/annuaire/hopfac.html> (tiré le 31 janvier 2007)
21. Braithwaite D, Emery J, De Lusignan S, Sutton S. Using the Internet to conduct surveys of health professionals: a valid alternative? *Fam Pract* 2003; 20: 545-51.
22. Leece P, Bhandari M, Sprague S, Swiontkowski MF, Schemitsch EH, Tornetta P. Does flattery work? A comparison of 2 different cover letters for an international survey of orthopedic surgeons. *Can J Surg* 2006; 49: 90-5.
23. Stuber KJ, Grod JP, Smith DL, Powers P. An online survey of chiropractors' opinions of Continuing Education. *Chiropr Osteopat* 2005; 13: 22-33.
24. Frader JE. Forgoing life support across borders: who decides and why? *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5: 289-90.
25. Laughlin RM, Block MS, Wilk R, Malloy RB, Kent JN. Resorbable plates for the fixation of mandibular fractures: a prospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 89-96.
26. Kenny NP. Does good science make good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by the fact that clinical practice is as much art as science. *CMAJ* 1997; 157: 33-6.
27. Chukwuani CM, Onifade M, Sumonu K. Survey of drug use practices and antibiotic prescribing pattern at a general hospital in Nigeria. *Pharm World Sci* 2002; 24: 188-95.
28. Krist A. Evidence-based medicine: how it becomes a 4-letter word. *J Fam Pract* 2005; 54: 604-6.

29. Lin S, Levin L, Emodi O, Fuss Z, Peled M. Physician and emergency medical technicians' knowledge and experience regarding dental trauma. *Dent Traumatol* 2006; 22: 124-6.
30. Mahmood S, MacLeod SPR, Lello GE. FRCSEd (Oral and Maxillofacial Surgery): a milestone in the history of Oral and Maxillofacial Surgery in the United Kingdom. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40: 300-3.
31. Kademani D. The medical degree: Impact on the clinical scope of practice. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 153.
32. Bigot T. Clinique du syndrome psychotraumatique. In : Jehel L, Lopez G, eds. *Psychotraumatologie – Evaluation, Clinique, Traitement*. Paris: Dunod, 2006. p. 37-48.
33. Sylvestre M, Rouquette P, Lopez G. Organization du soin et travail de réseau. In : Jehel L, Lopez G, eds. *Psychotraumatologie – Evaluation, Clinique, Traitement*. Paris: Dunod, 2006. p. 225-35.
34. L'Huillier J, Julia-Simon G. Organisation d'une consultation de psychotraumatologie. In : Jehel L, Lopez G, eds. *Psychotraumatologie – Evaluation, Clinique, Traitement*. Paris: Dunod, 2006. p. 237-43.
35. Laskin DM. The psychological consequences of maxillofacial injury. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 1281.
36. Lento J, Glynn S, Shetty V, Asarnow J, Wang J, Belin TR. Psychologic functioning and needs of indigent patients with facial injury: a prospective controlled study. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 925-32.
37. Roccia F, Dell'Acqua A, Angelini G, Berrone S. Maxillofacial trauma and psychiatric sequelae: post-traumatic stress disorder. *J Craniofac Surg* 2005; 16: 355-60.

38. Glynn SM, Shetty V, Elliot-Brown K, Leathers R, Belin TR, Wang J. Chronic posttraumatic stress disorder after facial injury: a 1-year prospective cohort study. *J Trauma* 2007; 62: 410-8.
39. Giroto JA, MacKenzie E, Fowler C, Redett R, Robertson B, Manson PN. Long-term physical impairment and functional outcomes after complex facial fractures. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108: 312-27.
40. Henry A. Ethique et psychiatrie : une bipolarité obligée. In: Brunswic H, Pierson M, eds. Principes d'éthique médicale. Paris : Voibert, 1999. p. 65-78.
41. Atchison KA, Black EE, Leathers R, Belin TR, Abrego M, Gironde MW, et al. A qualitative report of patient problems and postoperative instructions. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 449-56.
42. Laski R, Ziccardi VB, Broder HL, Janal M. Facial trauma: a recurrent disease? The potential role of disease prevention. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 685-8.
43. Rankin M, Borah GL. Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 2140-6.
44. Levine E, Degutis L, Pruzinsky T, Shin J, Persing JA. Quality of life and facial trauma: psychological and body image effects. *Ann Plast Surg* 2005; 54: 502-10.
45. Rusch MD, Grunert BK, Sanger JR, Dzwierzynski WW, Matloub HS. Psychological adjustment in children after traumatic disfiguring injuries: a 12-month follow-up. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1451-8.
46. Ye EM. Psychological morbidity in patients with facial and neck burns. *Burns* 1998; 24: 646-8.
47. Fauerbach JA, Heinberg LJ, Lawrence JW, Munster AM, Palombo DA, Richter D, et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosom Med* 2000; 62: 576-82.

48. Singer AJ, Mach C, Thode HC Jr, Hemachandra S, Shofer FS, Hollander JE. Patient priorities with traumatic lacerations. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 683-6.
49. Alexander DA, Kemp RV, Klein S, Forrester JV. Psychiatric sequelae and psychosocial adjustment following ocular trauma: a retrospective pilot study. *Br J Ophthalmol* 2001; 85: 560-2.
50. Katz MR, Irish JC, Devins GM. Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psychooncology* 2004; 13: 642-53.
51. Anastassov GE, Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 1062-75.
52. Warschausky S, Kay JB, Buchman S, Halberg A, Berger M. Health-related quality of life in children with craniofacial anomalies. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 409-14.
53. Zimring SD. Health care decision-making capacity: a legal perspective for long-term care providers. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: 322-6.
54. Berry PH, Dahl JL. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. *Pain Manag Nurs* 2000; 1: 3-12.
55. Gatchel RJ. A biopsychosocial overview of pretreatment screening of patients with pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 192-9.
56. Rancich AM, Perez ML, Morales C, Gelpi RJ. Beneficence, justice, and lifelong learning expressed in medical oaths. *J Contin Educ Health Prof* 2005; 25: 211-20.
57. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Virtue Ethics. (Mise à jour: 18 juillet 2003)
Sur le site: <http://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue/> (tiré le 30 mars 2007)
58. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Aristotle's Ethics. (Mise à jour: 1 mai 2001 ;
Révision : 3 juin 2005) Sur le site: <http://plato.stanford.edu/entries/aristotle-ethics/>
(tiré le 30 mars 2007)

59. Burke L. Aristotle's Ethics. (Révision : 29 décembre 2006) Sur le site: [http://faculty.deanza.edu/burkelarry/stories/storyReader\\$162](http://faculty.deanza.edu/burkelarry/stories/storyReader$162) (tiré le 30 mars 2007)
60. Ess C. Aristotle's Virtue Ethics. Sur le site: <http://www.drury.edu/ess/reason/Aristotle.html> (tiré le 30 mars 2007)
61. Weingarten MA. With luck, good doctors make a difference. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 960-2.
62. Lane CM. Psychological elements contributing to cosmesis. *Orbit* 2006; 25: 259-60.
63. Koblenzer CS. Psychosocial aspects of beauty: how and why to look good. *Clin Dermatol* 2003; 21: 473-5.
64. Bashour M. History and current concepts in the analysis of facial attractiveness. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 741-56.
65. Plourde S. Ethique et Esthétique. (Présenté : les journées de la *Sffem* 2006)
66. Düwell M. Aesthetic experience, medical practice, and moral judgement. Critical remarks on possibilities to understand a complex relationship. *Med Health Care Philos* 1999; 2: 161-8.
67. Lagrée J. Le médecin, le malade, et le philosophe. Paris : Bayard, 2002. p. 19-37, 121-179.
68. Poses RM, Diaz JA. Comment: Clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 143: 84-5.
69. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Author reply: Clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 143: 86-7.
70. Neubauer RL. "Practice makes perfect"...or does it? *Ann Intern Med* 2005; 143: 87.
71. Devictor DJ, Nguyen DT. Forgoing life-sustaining treatments in children: a comparison between Northern and Southern European pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5: 211-5.