

# SOMMAIRE

<b>I. Introduction</b> .....	3
<b>II. Etat actuel des recherches</b> .....	4
A. <i>Chirurgie esthétique et psychologie sociale</i> .....	4
1. <b>Image de soi et Interactions sociales</b> .....	4
2. <b>Etude de Lecocq &amp; Lejour, 1975</b> .....	5
3. <b>Etude de Chahraouik &amp; Al, 2005</b> .....	6
4. <b>Etude de Souza &amp; Al, 1998</b> .....	7
5. <b>Insatisfaction post-opératoire</b> .....	7
a. <i>Cas de la dysmorphophobie</i> .....	8
B. <i>Chirurgie esthétique et psychanalyse</i> .....	9
1. <b>L'image du corps selon J.Lacan</b> .....	9
2. <b>L'image du corps selon Françoise Dolto</b> .....	10
3. <b>Le corps et l'adolescence</b> .....	10
C. <i>Les Limites</i> .....	12
<b>III. Cadre théorique : La théorie du détour</b> .....	14
A. <i>Quelques notions importantes</i> .....	14
1. <b>Notion d'intégration fonctionnelle</b> .....	14
2. <b>Notion de milieu</b> .....	14
3. <b>Notion d'activité</b> .....	15
4. <b>Notion de l'automatisme</b> .....	15
5. <b>Notion de détour</b> .....	15
B. <i>La théorie du détour : vision d'ensemble du cycle de vie</i> .....	16
1. <b>La première étape : Adaptation biologique au milieu physique</b> .....	16
2. <b>La deuxième étape (1er Détour) : Adaptation organisme/Milieu</b> .....	16
3. <b>La troisième étape (2<sup>ème</sup> Détour) : Elaboration du Moi et de l'Autre</b> .....	17
4. <b>La quatrième étape (3<sup>ème</sup> Détour) Construction de l'Identité et de l'Altérité</b> .....	18
5. <b>La cinquième étape (4<sup>ème</sup> détour) : Accès à l'identité globale</b> .....	20
<b>IV. Hypothèses et problématique</b> .....	21
A. <i>Problématique</i> .....	21
B. <i>Hypothèses</i> .....	23
1. <b>Hypothèse générale</b> .....	23
2. <b>Hypothèses de travail</b> .....	23
A. <i>Méthodologie</i> .....	25
1. <b>Population</b> .....	25
2. <b>Les variables</b> .....	25
3. <b>Plan expérimental</b> .....	26
B. <i>L'entretien</i> .....	26
1. <b>Le guide d'entretien</b> .....	26
C. <i>La grille d'analyse</i> .....	29
1. <b>Item 1/ Elaboration du genre</b> .....	29
2. <b>Item 2/ La relation à autrui</b> .....	29
3. <b>Item 3/ Positionnement dans la temporalité : intégration de la temporalité</b> .....	30
4. <b>Item 4/ Position sociale globale</b> .....	31
5. <b>Item 5/ Evaluation de la société actuelle</b> .....	31
6. <b>Item 6/ Référence actuelle à des modèles physiques</b> .....	32
7. <b>Item 7/ La continuité identitaire</b> .....	32
C. <i>Dépouillement</i> .....	34
1. <b>Cotation</b> .....	34

<b>2. Résultat de la cotation des entretiens</b> .....	34
<b>V. Résultats</b> .....	36
<i>A. Analyse statistique</i> .....	36
<b>1. Vérification de la 1<sup>ère</sup> hypothèse de travail</b> .....	36
<i>a. Calculs statistiques</i> .....	36
<i>b. Résultats</i> .....	37
<i>c. Interprétation</i> .....	38
<b>2. Vérification de la 2<sup>nd</sup>e hypothèse de travail</b> .....	39
<i>a. Calculs statistiques</i> .....	39
<i>b. Résultats</i> .....	40
<i>c. Interprétation</i> .....	40
<i>B. Synthèse des résultats</i> .....	41
<b>VI. Conclusion générale</b> .....	45
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	46
<b>ANNEXES</b> .....	49
<b>Annexe 1 : Tableau de données</b> .....	50
<b>Annexe 2 : Analyses statistiques et graphiques correspondants</b> .....	51
Hypothèse 1 .....	51
Hypothèse 2 .....	53

# **I. Introduction**

La chirurgie est une partie de la thérapeutique médicale comportant une intervention manuelle et instrumentale. Une de ses branches, la chirurgie plastique, a pour visée de réparer ou remodeler un aspect du corps humain. Touchant presque toutes les régions anatomiques, elle présente un vaste champ d'action. La chirurgie plastique regroupe la chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique. La chirurgie réparatrice vise la modification de parties du corps anormales ou pathologiques pour les rendre plus conformes à la normalité. Cette forme de chirurgie est employée dans des cas tels que les malformations congénitales, les séquelles de brûlures ou de cancer. La chirurgie esthétique, comme son nom l'indique, a, quant à elle, pour but de rendre plus beau et harmonieux. Ainsi, dans cette forme de chirurgie, il n'y a pas d'anormalité apparente ou de maladie, il s'agit juste d'embellir certaines parties du corps. De nos jours, les interventions les plus pratiquées sont les plasties mammaires, les rhinoplasties et les greffes de cheveux. C'est sur cette dernière pratique que notre étude va se porter. En effet, l'essor de ce type de chirurgie est phénoménal puisqu'en l'espace de cinq ans le nombre d'opérations réalisées aux Etats-Unis a été multiplié par quatre, soit 2,1 millions interventions en 1997 contre 8,8 millions en 2003. De plus, en France on compte actuellement deux cent milles opérations par an. Selon David B. Sarwer, chirurgien spécialisé en psychologie et en psychopathologie de la chirurgie esthétique (Sarwer, 2003), trois facteurs justifieraient cet engouement actuel pour la chirurgie esthétique. Le premier facteur serait, selon lui, le progrès des techniques, celles-ci devenant de plus en plus raffinées et apportant des résultats toujours meilleurs. Le second facteur serait, alors, la sur médiatisation de l'acte chirurgical. En effet, de nos jours on observe de plus en plus d'exposition de la chirurgie esthétique par le biais d'interfaces de communication telles que la télévision. Ainsi, certaines émissions telles que « Relooking extrême » ou « Miss Swan » mettent en scène des candidates qui subissent plusieurs opérations esthétiques sous l'œil du téléspectateur. Certaines séries télévisées telles que « Nip/tuck » contribuent également à la médiatisation et à la banalisation de l'acte chirurgical. Enfin, le dernier facteur mis en évidence ne serait autre que l'évolution des mentalités. Ce dernier facteur serait, semble t-il, le plus important de tous. En effet, selon l'auteur, en 2003, 55% des femmes américaines approuvaient la chirurgie esthétique et 30% envisageaient d'y recourir. Aussi, face à un tel phénomène de société, il paraît alors pertinent d'approfondir les recherches déjà menées dans ce secteur.

## II. Etat actuel des recherches

### *A. Chirurgie esthétique et psychologie sociale*

Depuis quelques années, on observe que l'apparence prend une place de plus en plus importante dans les interactions sociales. En effet, il apparaît que l'image globale de soi, que l'on renvoie à autrui, se constitue à travers les nombreuses interactions et situations de la vie quotidienne. Il s'agit donc du résultat complexe des tendances personnelles associées aux influences culturelles. D'un point de vue psychosocial, l'apparence physique est perçue comme le fruit de nos interactions, l'image de soi résultant directement de l'échange entre individus. Ainsi, ce sont les sociétés qui influencent les apparences. Autrement dit, l'élaboration d'une allure serait chargée de valeurs symboliques imputées à la civilisation dans laquelle on évolue. Par ailleurs, l'apparence physique, mode de communication le plus permanent et le plus personnel, est constamment modulée par les feed-back de l'environnement. D'autre part, l'allure d'un individu est élaborée en fonction des stratégies sociales. En effet, l'individu va moduler son apparence en fonction du but qu'il s'est fixé, tels que séduire ou encore paraître sérieux. Ainsi, l'apparence physique est au service des stratégies quotidiennes, conscientes ou non, permettant à l'individu de se positionner dans le jeu social.

#### **1. Image de soi et Interactions sociales**

Il existe donc un lien indéniable entre la vie relationnelle d'un individu, l'image qu'il se fait de lui-même et celle qu'il renvoie à autrui. Aussi, dès lors que les relations avec autrui se dégradent, l'image que l'individu se fait de lui-même se détériore également ainsi que l'impression qu'il produit auprès des autres. C'est pour cela que des sujets d'apparence déprimée se retrouvent le plus souvent isolés, alors que c'est dans cette période de souffrance qu'ils ont le plus besoin de relations et d'échanges avec l'entourage. Ainsi, la dégradation de l'apparence serait due au déclin psychologique et social de l'individu. En effet, plus l'individu est socialement isolé, plus l'image qu'il a de lui-même s'altère, plus son apparence se détériore et plus ses relations avec autrui se dégradent. Il s'agit donc d'une forme de cercle vicieux qui ne pourra prendre fin que dans la réhabilitation de l'image de l'individu. Pour se faire, le sujet doit se reconstruire une image, en mettant en avant ses atouts. Cette initiative lui permettra alors de participer à nouveau à la vie sociale et donc de refaire l'expérience de feed-back valorisant de la part d'autrui. Ainsi, pour réhabiliter leur image, les individus vont

donc procéder à la modification de leur apparence dans un but de rétablissement des interactions sociales. Il semble que la chirurgie esthétique ne soit qu'une manière comme une autre de transformer l'apparence pour la rendre plus propice au jeu social. Ainsi, selon cette théorie, les individus ayant recours à des modifications de leur apparence seraient donc des personnes en difficulté et ayant peu de relations sociales. Aussi, une modification corporelle, par le biais de la chirurgie esthétique par exemple, leur permettrait donc de se sentir mieux et d'établir à nouveau de bons contacts sociaux, les réintégrant, également, dans les jeux d'interaction sociale tels que la séduction.

Les travaux de B. Debure (B. Debure, 2001) vont effectivement démontrer que les motivations poussant un individu à recourir à la chirurgie esthétique sont bien de l'ordre des relations sociales. En effet, l'étude de trente-six dossiers médicaux de femmes, hospitalisées pour une rhinoplastie, dans un grand hôpital parisien, révèle que quatre d'entre elles avaient recours à cette intervention pour des raisons médicales, telles qu'un accident ou une déformation palatale de naissance, alors que les trente-deux autres présentaient une ou plusieurs motivations, sociales (isolation ou difficultés de contact), familiales (rupture sentimentale ou héritage familiale tel qu'un nez bossu) ou narcissique. De plus, cette étude révèle également que chacune des patientes était dans un état d'insatisfaction générale au moment de leur demande et qu'onze d'entre elles présentaient les trois types de motivations évoquées précédemment. Par ailleurs, chacune des patientes présentaient une tendance dépressive et l'espoir que la chirurgie esthétique serait la solution à leurs problèmes.

Cet état de souffrance émotionnelle à l'origine du désir de réhabilitation de l'image de soi par modifications de l'apparence va conduire à de nouvelles études sur l'état psychologique des patients.

## **2. Etude de Lecocq & Lejour, 1975**

Ainsi, une analyse psychologique effectuée par Lecocq C. et Lejour M., sur soixante-huit personnes potentiellement opérables a fait apparaître trois types de personnalités chez les sujets désirant se faire opérer ; « les adaptés » voulant se débarrasser d'une disgrâce physique pour des raisons sociales, « les troublés » montrant un retentissement psychologique disproportionné et enfin « les perturbés » présentant des problèmes psychologiques importants, au-delà de la localisation corporelle. Cette recherche, ayant mis à jour l'existence de problèmes psychologiques chez certains patients de chirurgie esthétique, a conduit à

d'autres recherches complémentaires. Aussi, l'une de ces études réalisée par Edgerton, Meyer et Jacobson en 1970, menée auprès de 98 sujets ayant subis de la chirurgie esthétique a révélé que parmi ces personnes opérées, 70% d'entre elles présentaient un diagnostic psychiatrique. En effet, 16% d'entre elles étaient reconnues comme étant psychotiques, 20% névrosées et enfin 35% comme présentant des traits caractériels névrotiques.

D'autre part, selon la théorie psychosociale, la réhabilitation de l'image de soi par modification de l'apparence permettrait à l'individu de rétablir des contacts sociaux, améliorant ainsi son état psychologique global. De nombreux travaux ont alors été menés afin de déterminer si l'intervention chirurgicale améliore réellement l'état global de l'individu.

### **3. Etude de Chahraouik & Al, 2005**

L'étude de Chahraouik, Frachebois, Clerc et Malka porte ainsi, sur la satisfaction des patients après leur opération de chirurgie esthétique, comparativement à leur qualité de vie subjective pré opératoire. En effet, leur recherche a pour but d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie subjective et de la santé mentale de l'individu, après une intervention esthétique à partir des indices de satisfaction des patients. La population ciblée était constituée de vingt-cinq femmes d'une trentaine d'années. Dix-neuf d'entre elles désiraient subir une augmentation mammaire et six autres consultaient pour une plastie abdominale. Les sujets participaient donc à une évaluation psychologique qui se déroulait en deux temps. La première ayant lieu au cours de la deuxième consultation médicale et la seconde, quatre mois après l'intervention chirurgicale. L'évaluation psychologique comportait à chaque fois un entretien clinique ainsi que deux questionnaires, le profil de qualité de vie subjective (PQVS) et le questionnaire de santé générale (GHQ12). Le PQVS est un questionnaire centré sur la qualité de vie subjective, qui a été mis au point et validé sur environ deux mille sujets. Sa caractéristique est d'être modulaire, de couvrir un champ très large de domaines, de s'intéresser à la gêne perçue, mais surtout au degré de satisfaction des sujets dans ces domaines ainsi qu'à l'importance qu'ils leur accordent. Le GHQ12 est quant à lui un instrument de projection largement utilisé. Il découvre une large gamme de désordres psychologiques, surtout le spectre d'anxiété/dépression et a été montré pour être un instrument valide et sûr à travers les cultures. Les résultats de cette étude démontrent alors les bénéfices de la chirurgie esthétique au niveau de la qualité de vie subjective des patientes. En effet, les sujets semblent s'améliorer globalement sur le plan de la santé mentale ainsi qu'au niveau de

la qualité de vie subjective dans plusieurs dimensions telles que la santé physique, les douleurs, l'apparence physique, la vie sociale et la vie intérieure. On constate, par ailleurs, qu'une meilleure santé physique dans la période postopératoire est fonction de la qualité de la relation avec le médecin alors qu'une plus mauvaise santé est associée à des attentes initiales trop élevées concernant les relations médicales et la santé physique.

#### **4. Etude de Souza & Al, 1998**

Une autre étude réalisée par Souza, Guthrie, Bradbury et Brain vient conforter ces résultats. En effet, les auteurs vont soumettre trente-trois patients, devant subir une chirurgie mammaire, à une batterie d'évaluations psychosociales, avant et après l'intervention. On constate alors que ces patients expriment un niveau de satisfaction élevé face aux résultats de l'opération. Par ailleurs, les scores concernant l'anxiété, la dépression, l'image du corps et la satisfaction du corps, ont sensiblement été améliorés. De plus, les patients montrent également des améliorations significatives sur cinq des huit sous-échelles de la Short Form 36 (SF36). La SF36 est un questionnaire à usages multiples, composés de trente-six questions. Aussi cette étude révèle également l'amélioration globale de l'état de santé psychologique des patients ayant subi une intervention de chirurgie mammaire.

#### **5. Insatisfaction post-opératoire**

Néanmoins, des études ont démontré l'existence d'insatisfactions post opératoire chez certains sujets ayant subis des interventions de chirurgie esthétique. C'est ce que nous révèle la recherche menée par F. Perregon en 2003. En effet, ce dernier a réalisé deux analyses sur ce thème ; la première sous forme de questionnaires d'enquête diffusés sur Internet (analyse quantitative) et la seconde reposant sur l'étude de 50 dossiers de patients « insatisfaits » (analyse qualitative). L'analyse quantitative a donc révélé que 62% des sujets sont satisfaits, voire très satisfaits, de l'intervention subie, alors que 38% d'entre eux se disent insatisfaits et considèrent l'opération comme un « ratage ». De plus, 18,5% des sujets estiment qu'ils ne referaient pas l'intervention si on leur donnait le choix, et 23,3% d'entre eux affirment qu'ils ne conseilleraient en aucun cas l'opération subie.

L'analyse qualitative révèle, quant à elle, que 82% des sujets insatisfaits ont sombré en dépression et que 12% d'entre eux présentaient une dysmorphopathie.

a. Cas de la dysmorphophobie

D'autres recherches ont effectivement démontré que, suite à une intervention chirurgicale, certains patients vont alors ressentir une amélioration provisoire puis d'une aggravation des symptômes pouvant aboutir au suicide. C'est le cas, par exemple, chez des patients présentant un Body Dysmorphic Disorder (BDD) ou dysmorphophobie. Le BDD est un trouble mental impliquant une distorsion corporelle, amenant le sujet à être extrêmement critique à l'égard de sa propre image. Autrement dit, il s'agit donc d'un trouble du sentiment esthétique de l'image de soi. Or, d'après des études menées aux Etats-Unis et au Japon, 6 à 15% des patients en chirurgie esthétique présentent une dysmorphophobie. Il s'avère alors que ces patients, rarement satisfaits suite à l'intervention esthétique subie, ont tendance à multiplier le nombre d'opérations. Cette forme de quête de perfection inassouvie engendrerait alors, chez eux, un état dépressif, pouvant les conduire au suicide. De ce fait, il apparaît que la modification corporelle, par le biais de la chirurgie esthétique, n'engendre pas forcément un bien être post-opératoire. Cette étude ne révélant ici aucune amélioration sociale, remet donc en question le fait que les motivations d'un individu, pour une intervention esthétique, ne soient que purement de cet ordre.

Ainsi, la théorie psychosociale met en avant l'importance de l'image de soi dans les relations sociales. Aussi, plus un individu est isolé socialement, plus l'image qu'il a de lui-même va s'altérer. Son apparence va alors se détériorer, dégradant d'avantage ses relations avec autrui. Seule la réhabilitation de l'image de l'individu lui permettra alors de sortir de ce cercle vicieux. Ainsi, c'est donc dans ce but que l'individu aurait recours à des modifications de son apparence par la chirurgie esthétique entre autre. Ces changements physiques auront donc pour but de rétablir les liens sociaux de l'individu afin de revaloriser l'image qu'il se fait de lui-même. Aussi, de tels remaniements physiques vont donc améliorer l'état global du sujet. Or cette théorie n'évoque en aucun cas une éventuelle dégradation psychologique post opératoire. Ainsi, cette théorie psychosociale ne prend pas en compte les autres dimensions poussant un individu à recourir à une modification corporelle.



## *B. Chirurgie esthétique et psychanalyse*

La psychanalyse a longtemps porté son étude sur le corps et son image. L'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant a donc été mise en lumière par ce courant théorique. Contrairement aux idées reçues, Lacan n'est pas le premier psychologue à avoir utilisé le terme de « stade du miroir ». En effet, ce terme a été créé par Henri Wallon, psychologue ayant élaboré une théorie du développement de la personnalité de l'enfant en une succession de stades. Aussi, en 1934, l'auteur approfondit déjà le concept de « stade du miroir » dans son ouvrage « *les origines du caractère chez l'enfant* », démontrant ainsi que l'enfant utilise l'image extériorisée du miroir dans le but d'unifier son corps. Dans la suite de son étude, Henri Wallon décrira les réactions de l'enfant face à son propre reflet dans le miroir ainsi qu'au reflet de son entourage et notamment celui de sa mère.

### **1. L'image du corps selon J.Lacan**

Ce n'est qu'en 1937 que Jacques Lacan reprendra le concept de « stade du miroir » en le revisitant. La théorie lacanienne se rapproche beaucoup de celle d'Henri Wallon<sup>1</sup>. En effet, tout comme Wallon, l'auteur affirme également que l'image reflétée dans le miroir permet à l'enfant d'unifier son propre corps qu'il ressentait jusqu'alors comme morcelé. Lacan va alors introduire dans la théorie Wallonienne, l'importance de ce stade dans la formation de la fonction de sujet. En effet, selon l'auteur, l'émergence du « je » chez l'enfant, entre 6 et 18 mois, ne peut avoir lieu que lorsque autrui désigne son reflet dans le miroir en lui disant « c'est toi ». Par l'expérience de retournement vers la personne qui le désigne l'enfant pourra alors vérifier cette nouvelle vérité qui s'impose à lui. En effet, en constatant que le reflet qu'il aperçoit dans le miroir correspond bien à la personne qui est avec lui, il pourra alors admettre que l'autre reflet est bien le sien. Aussi, Lacan démontre, dans sa réflexion, que le sujet est social et qu'il a donc besoin de l'autre pour se constituer. Selon Lacan, le stade du miroir serait donc marqué par une prise de conscience rassurante de l'unité corporelle. Par ailleurs, l'auteur met en avant la jubilation de l'enfant au plaisir qu'il a de contempler l'image de son unité, à un moment où il ne la maîtrise pas encore physiologiquement. Ce vécu du morcellement corporel, et le décalage que provoque cette image spéculaire entière, permettent l'identification de l'enfant à sa propre image, identification qui n'est qu'une anticipation imaginaire aliénante.

---

<sup>1</sup> Emile Jalley « l'enfant et la transmission culturelle » chapitre « l'enfant au miroir »

## **2. L'image du corps selon Françoise Dolto**

Françoise Dolto, célèbre psychanalyste française spécialisée dans l'étude de l'enfance, va alors reprendre ce concept de stade de miroir. On va alors pouvoir cerner certains points sur lesquels sa conception de ce stade diffère de celle de Jacques Lacan. En premier lieu, Dolto conçoit le miroir comme étant une surface psychique omniréfléchissante. Ainsi, selon sa théorie, la voix peut être considérée comme un miroir, au même titre que tout autre forme sensible, alors que pour Lacan, le miroir n'est qu'une surface plane réfléchissante. Par ailleurs, dans sa théorie, Lacan évoque une image morcelée du corps de l'enfant alors que Dolto parle, quant à elle, de cohésion du corps autour des références olfactives et viscérales. De plus, pour Dolto, le sujet pré-spéculaire existe dès la conception et pour elle, contrairement à Lacan, le stade du miroir signe l'inscription définitive du sujet dans son corps biologique. Ainsi pour Dolto, le stade du miroir correspondrait à un aboutissement alors que pour Lacan il s'agirait du déclenchement du processus d'unification corporel chez l'enfant. De plus, Lacan évoque la jubilation de l'enfant face à son image, alors que Dolto parle d'une souffrance due au passage de l'image inconsciente du corps, à l'assujettissement de celle-ci à l'image réfléchie.

Aussi, les différentes théories s'accordent sur le fait que le stade du miroir représente un passage obligatoire et important dans la construction psychologique de l'enfant. En effet, ce stade permet au sujet de s'identifier à son propre reflet auquel il va s'aliéner. Ainsi, par le biais du miroir, l'enfant va pouvoir unifier son corps et s'établir en tant que sujet.

Face à la population montante d'adolescents et d'enfants ayant eu recours à la chirurgie esthétique, soit 175 000 en 1999 selon la Société Américaine pour la chirurgie plastique et esthétique (ASAPS), la psychanalyse s'est penchée sur le devenir de l'image du corps à cette période du cycle de vie.

## **3. Le corps et l'adolescence**

Ainsi, à l'adolescence, ce corps auquel l'enfant s'est identifié, va subir de nombreuses métamorphoses. En effet, cette période est marquée par des changements physiologiques accompagnés de modifications morphologiques, des changements psychologiques associés à la question de devenir ou advenir adulte et enfin des changements sociaux et culturels marqués par la tendance voire le besoin d'être en groupe. A l'adolescence, l'image du corps est donc bouleversée. La manière dont le sujet habite et se représente son corps sera donc

remise en cause, suite à « l'effraction » pubertaire. En effet, à cette période on va noter le développement de la pilosité, des seins et de la silhouette ainsi que l'apparition des menstruations, de la mue et de la génitalité signant la ressemblance définitive avec le corps adulte. Aussi, ce qui apparaît comme l'accomplissement de l'humanisation, se présentera pour l'adolescent comme une véritable catastrophe. En effet, l'adolescent va soudain percevoir son corps comme étranger à lui, car ce dernier va acquérir malgré lui les attributs du parent de même sexe. Ce bouleversement corporel pourra alors être à l'origine de la reviviscence des complexes qui semblaient être liquidés jusqu'alors. Le sujet va alors devoir se réapproprier cette nouvelle image de son corps dont la génitalité occupe à présent une place maîtresse. Le regard d'Autrui va alors prendre une place prépondérante pour l'adolescent, se révélant bien souvent générateur d'angoisse. En effet, l'autre deviendra en quelque sorte le miroir du sujet, car à travers lui, c'est sa propre image qui est renvoyée. On est donc du côté du narcissisme dans les relations avec autrui, car à travers l'autre, c'est soi que l'on cherche à aimer, d'où l'importance de l'image que l'on renvoie. Aussi, l'adolescence n'est pas que la simple activation psychique de la puberté physique, mais elle fait signe, également, de ce qui peut être vu par les autres. Ainsi, l'acceptation de la nouvelle image du corps que renvoie le miroir, et donc autrui, a donc une importance primordiale à cette période de la vie, puisqu'elle aura une influence sur les relations sociales de l'adolescent. Selon la théorie psychanalytique, toute modification corporelle volontaire telle que la chirurgie esthétique serait la résultante d'une mauvaise intégration et symbolisation de ses nouvelles transformations corporelles. En effet, dans ce cas précis, il semble que face au miroir, lui renvoyant sa propre image inversée, l'adolescent ne perçoive pas ce à quoi il désire ressembler. Aussi, il tenterait par le biais de ces modifications corporelles volontaires, d'accéder aux idéaux auxquels il s'identifie. Ainsi, selon la théorie psychanalytique, le recours à la chirurgie esthétique serait la résultante d'une forme de quête d'un reflet coïncident avec les attentes du sujet.

Cette théorie psychanalytique montre donc l'importance du miroir dans le processus d'unification et d'identification au corps. Or, à l'adolescence, période de grands changements physiologiques, on constate que la confrontation à une nouvelle image dans le miroir peut devenir une expérience perturbante accentuée par le regard d'Autrui. Ainsi, si cette nouvelle apparence génitalisée n'est pas correctement symbolisée, le sujet pourrait alors vouloir modifier son corps afin de le faire correspondre à ses idéaux. Cependant, il apparaît que la majorité des adolescents ne sont pas satisfaits de leurs apparences physiques, souffrant de « complexes », leur apparence ne correspondant pas à leurs idéaux. En effet, selon une

enquête de l'institut MORI-IPSOS menée dans 10 pays différents<sup>2</sup> sur une population constituée de mille adolescentes âgées de 15 à 17 ans, on apprend que 72% d'entre elles avoue ne pas être satisfaite de leur physique et renoncer à certaines activités « gênantes » telles que la gymnastique ou la natation. Or, cette étude a également révélé que bien que 92% des jeunes filles désireraient modifier leur apparence, seulement 27% d'entre elles, envisageraient d'avoir recours à la chirurgie esthétique. Aussi, bien que la majorité des adolescents ne soit pas forcément satisfaite de leur apparence, ils n'envisagent pas tous de recourir à la chirurgie esthétique ou à quelconque autres modifications corporelles.

La théorie psychanalytique repose donc sur l'importance du stade du miroir dans la construction psychologique de l'enfant. Elle prône le fait que l'enfant va à un moment donné s'aliéner à sa propre image inversée reflétée par le miroir. Selon cette théorie, au moment de l'adolescence, des métamorphoses corporelles imputées à la puberté vont s'effectuer, indépendamment de la volonté de l'enfant. Ainsi, l'image à laquelle l'enfant s'était aliéné pendant le stade du miroir, va être modifiée. Il faudra alors que l'adolescent accepte sa nouvelle image. Or face à ce nouveau reflet, l'adolescent peut ne pas percevoir ce qu'il désire être ou s'imaginer être. Aussi par le biais de modifications corporelles telle que la chirurgie esthétique, le sujet tente de faire coïncider son image à celle de son idéal. Néanmoins, l'adolescence étant une période de changement hormonal n'épargnant personne, et la majorité des adolescents se plaignant de leur physique, il ne paraît pas cohérent que seuls certains individus aient recours à des modifications de leur corps. Ainsi, cette théorie n'explique en aucun cas pourquoi certaines personnes sont plus sujettes que d'autres à recourir à la chirurgie.

### *C. Les Limites*

La théorie psychanalytique tente donc d'expliquer les raisons pour lesquelles un sujet a recours à des pratiques de modifications corporelles, telles que la chirurgie esthétique, à travers les concepts de stade du miroir et de réappropriation de l'image à l'adolescence. Or, cette théorie atteint ses limites en n'expliquant pas pourquoi certains sujets, également insatisfaits de leur image dans le miroir, n'ont pas forcément recours à la chirurgie esthétique. Aussi, il s'agit donc de déterminer pourquoi certains individus sont plus prédisposés que

---

<sup>2</sup> Cette étude a été menée en Allemagne, Arabie saoudite, Brésil, Canada, Chine, Etats-Unis, Japon, Grande-Bretagne, Italie et Mexique

d'autres, à recourir à la chirurgie esthétique afin de pallier la mauvaise intégration et symbolisation des métamorphoses corporelles subies à la puberté.

La théorie psychosociale, quant à elle, explique le recours à la modification de l'apparence, par le biais de la chirurgie esthétique, en outre, par le fait de vouloir restaurer une bonne image de soi indispensable dans l'interaction sociale. Ainsi, selon cette théorie, les personnes ayant recours à des modifications corporelles volontaires, souffriraient d'isolement sociale liée à la mauvaise image qu'elles ont d'elles même. La modification de leur apparence serait donc le seul moyen de réhabiliter leur image et de rétablir ainsi un bon état psychologique global. Or, cette théorie atteint ses limites en omettant d'évoquer le fait que certains patients ressentent toujours un mal être, parfois plus intense, suite à une intervention esthétique. Ainsi, l'intervention esthétique ne serait pas la solution adéquate dans certains cas, ne permettant pas forcément au sujet de se sentir mieux psychologiquement et socialement.

Aussi, ces différents apports théoriques amènent à nous questionner quant à l'existence d'éventuelles prédispositions identitaires d'un sujet demandeur de chirurgie esthétique ainsi que l'éventualité d'une quête parfois inassouvie.

### III. Cadre théorique : La théorie du détour

La théorie du détour, élaborée par le psychologue du développement et clinicien Michel Cariou, prend son origine dans les travaux d'Henri Wallon. Ainsi, son objet d'étude est, comme pour la théorie wallonienne, la personne globale en situation. D'autres travaux viennent nourrir cette théorie, tels que ceux de Charles Darwin sur le principe d'adaptation au milieu ou encore ceux de Jacques Gagey sur les concepts d'identité et d'altérité. Par ailleurs, Michel Cariou s'inspire également de la Gestalt-théorie concernant la notion de conduite de détour. Cette théorie repose sur le principe que tout organisme vivant est obligé de s'adapter à son milieu pour survivre.

« Le fonctionnement de tout organisme a donc un sens, celui du maintien de sa vie, et le fonctionnement psychologique participe nécessairement à cet objectif. Toute conduite humaine est donc finalisée, au-delà des motifs qu'elle se donne consciemment, par ce mouvement général de la vie » (Cariou, 1995, p.120).

#### A. *Quelques notions importantes*

Avant de nous pencher sur la théorie de M. Cariou, il convient de définir certaines notions importantes.

##### 1. **Notion d'intégration fonctionnelle.**

Lorsque l'enfant se développe, passant par différents stades, et que ceux-ci s'intègrent les uns dans les autres au fur et à mesure du développement, on parle alors d'intégration fonctionnelle. Cette notion est également utilisée dans la théorie wallonienne du développement.

##### 2. **Notion de milieu**

A chaque étape du cycle de vie, l'Homme est confronté à un milieu différent auquel il doit s'adapter grâce à une activité appropriée. L'enfant va donc pouvoir organiser son être psychique en incorporant les différents aspects du milieu auxquels il sera confronté étape après étape.

### **3. Notion d'activité**

L'activité est le moyen par lequel l'organisme réussit à maintenir un équilibre vital avec le milieu. Ainsi, l'activité générée par l'organisme aura donc pour but de pallier les variations du milieu menaçant momentanément cet équilibre.

### **4. Notion de l'automatisme**

L'autre notion importante, l'automatisme, désigne, quant à elle, l'introjection d'éléments du milieu, organisés de manière flexible. C'est un processus actif, car le sujet trie et sélectionne les informations les plus importantes pour lui. Ainsi, alors que Wallon utilisait ce terme dans le cadre du développement psychomoteur, Michel Cariou l'a, quant à lui, généralisé à l'ensemble du fonctionnement psychique.

### **5. Notion de détour**

Lorsque qu'un organisme vivant met en place un nouveau procédé adaptatif au milieu, nécessitant donc une réélaboration interne, il effectue alors un détour. En effet, afin d'atteindre un but, un organisme vivant peut, soit faire plusieurs tentatives vaines, puis abandonner ou soit se fixer un but intermédiaire à atteindre de prime abord, avant de pouvoir accéder au but premier. Ainsi, le concept de détour, consisterait à s'éloigner d'abord de l'objet convoité en se fixant des buts intermédiaires, pour pouvoir mieux atteindre le but initial fixé par la suite.

« La notion de Détour implique donc trois aspects :

- Il y a une modification de la façon dont est organisé le rapport de l'organisme et du milieu, par incorporation de certains éléments du milieu et restructuration globale du système.
- Il y a mise en place d'une activité qui ne vise plus directement l'objectif, comme dans le niveau initial, mais qui y conduit quand même.
- Cela amène à la définition d'objectifs intermédiaires qui peuvent être plus ou moins complexes, mais n'en restent pas moins au service de l'objectif initial. » (Cariou, 1995, p.123)

## *B. La théorie du détour : vision d'ensemble du cycle de vie*

La théorie du détour élaborée par M. Cariou décompose le cycle de vie en cinq étapes correspondant à quatre détours.

### **1. La première étape : Adaptation biologique au milieu physique.**

La première étape débiterait dès la vie intra utérine. En effet, lors des neuf mois de gestation, la construction de la structure interne de l'organisme de l'enfant, se ferait par le biais de nombreux détours, programmés génétiquement par l'espèce humaine. Par ailleurs, bien que l'embryon se soit développé, créant un système nerveux complexe, le nouveau-né apparaîtra dans un état d'immaturité neuronale. Seules certaines activités en relation avec le milieu, telles que l'homéostasie, la tétée, la respiration et l'excrétion, se feront systématiquement. Aussi, la première étape de la vie reposerait alors essentiellement sur l'adaptation biologique de l'enfant au milieu. Ainsi, lors de la phase centrifuge, les différents systèmes de sensibilité et de réaction de l'enfant seront mis en activité. Cela permettra alors l'identification, la différenciation ainsi que la coordination des différentes sensations de l'enfant, guidées par les effets de son activité sur le milieu. De plus, cette activité va permettre l'automatisation des activités respiratoires et digestives permettant ainsi à la tonicité de se développer. Ainsi, cette adaptation passerait d'abord par une phase d'élaboration interne puis par une appropriation plus précise des systèmes vitaux au milieu par le biais d'exercices.

### **2. La deuxième étape (1er Détour) : Adaptation organisme/Milieu**

Ainsi, dès lors que les fonctions vitales sont stabilisées, le premier détour peut donc être mis en place. L'enjeu devient alors la différenciation Moi/Milieu. La seconde étape repose donc sur l'intériorisation d'une nouvelle organisation interne et la définition d'un nouveau milieu. En effet, vers l'âge de six mois, l'enfant a emmagasiné une palette d'expressions corporelles suffisamment diversifiées pour être organisée en une structure intériorisée renvoyant à une nouvelle définition du milieu, le milieu humain. L'activité adaptative sera donc désormais tournée vers la différenciation et l'appropriation des moyens de communication avec l'entourage. L'enfant va donc intérioriser un panel d'émotions, telles que la douleur et la joie, enrichissant ainsi son activité vitale tournée vers la communication. Il s'agit donc là d'une phase d'installation d'un nouveau mode de participation au milieu humain, essentiellement émotionnel. Celle-ci se fait par différenciation et affinement d'une organisation interne de la



sensibilité intéroceptive et de l'activité posturale et mimique. Une fois la communication émotionnelle intériorisée, le nouveau mode de rapport au monde de l'enfant sera alors stabilisé. Parallèlement, la maturation du système nerveux le permettant, l'enfant pourra mettre en place toutes sortes d'automatismes sensori-moteurs permettant le développement de la sensibilité proprioceptive. Par ailleurs, il n'y aurait pas de dissociation entre l'action sensori-motrice et l'émotion. Ainsi, s'il n'y a plus d'émotions, l'activité stoppe. Ce processus contribuera alors à l'émergence de la capacité symbolique. L'acquisition du langage débute dès la deuxième année de l'enfant. En réalité, le langage répond à une différenciation de l'expression émotionnelle. En effet, le mot deviendra vecteur de la communication émotionnelle entre l'enfant et l'entourage, réalisant ainsi la médiation avec l'objet externe tout comme le faisait le geste sensori-moteur. Dans cette phase, une partie de la communication émotionnelle va donc être subordonnée à l'activité de relation mise en place. De plus, ce n'est qu'à l'apparition de la fonction symbolique, vers l'âge de trois ans, que l'enfant va pouvoir enfin découvrir le décalage entre le mot et l'affect. Si l'appropriation de cette nouvelle compétence est suffisamment avancée, la réorganisation globale du rapport au milieu pourra alors être mise en place. Cette nouvelle organisation permettra alors l'autonomisation de l'enfant qui pourra enfin différencier sa propre émotion de celle du groupe. Ce n'est qu'à partir de ce moment que pourra se déclencher le détour suivant.

Si des carences intervenaient à ce stade du cycle de vie, le sujet pourrait alors évoluer vers des pathologies lourdes telles que l'autisme ou la dissociation corporelle. En effet, la structure psychologique du sujet étant réduite, il n'aurait donc pas les capacités de mobiliser l'énergie psychique dans une activité intégrée. Ainsi, les émotions demeureraient donc sous une forme relativement brute, ne pouvant donc pas être élaborées par les circuits symboliques.

### **3. La troisième étape (2<sup>ème</sup> Détour) : Elaboration du Moi et de l'Autre**

Le Moi et l'Autre seront alors les nouvelles catégories psychiques à différencier lors de cette troisième étape. En effet, la construction du Moi ne pourra se faire qu'à partir des différenciations déjà réalisées jusque là. En premier lieu, le jeune Moi n'est que très peu diversifié, privilégiant à tout prix son existence. Par ailleurs il s'exprime par une avidité à posséder les objets environnants, mettant ainsi en évidence une confusion évidente entre le Moi et le Mien. Aussi, la problématique de l'avoir et de l'être, axe central de cette troisième étape, favorise la réorganisation de la structure mentale intériorisée. Cette nouvelle organisation aboutira alors à une différenciation plus claire de ces deux concepts. Par ailleurs,

le rapport au monde, de l'enfant, ne se fera plus uniquement sur le plan émotionnel. En effet, l'enfant va pouvoir rencontrer l'Autre non plus uniquement par l'imitation mais plutôt par l'identification. Ainsi, un des grands axes organisateurs du Moi serait alors l'appartenance sexuelle. En effet, la société n'accorde pas les mêmes conduites aux hommes et aux femmes. Ainsi, ces comportements préétablis serviront de références dans la construction du Moi. Or, à ce moment, l'enfant ne distingue pas la conduite de la personne globale. Ce n'est que vers l'âge de six ans, qu'une nouvelle phase centrifuge va alors débiter. En effet, c'est en rencontrant une multitude de personnes différentes que les conduites vont alors se différencier, s'affiner et de structurer de façon beaucoup plus complexe. Ce processus va alors permettre à la définition Moi/Milieu de s'élargir ainsi que l'introduction d'un décalage dans les identifications entre la personne modèle et le conduite de l'enfant. A partir de là, l'enfant va alors différencier peu à peu un réseau de comportements renvoyant à une conduite globale de référence. A la fin de cette période, les identifications ne seront plus globales mais se seront différenciées. Néanmoins, l'accès aux concepts est encore manquant à l'enfant à cette étape du cycle de vie. Ce n'est qu'à l'étape suivante que l'enfant va enfin pouvoir se libérer de sa dépendance à des modèles concrets en introjectant un système de référence lui permettant d'évaluer la pertinence des ses conduites.

Dans le cas où l'enfant serait soumis à des renforcements non pertinents de la part de son entourage, la confusion entre l'être et l'avoir pourrait alors perdurer. Or si cette problématique n'est pas dépassée, l'enfant ne pourra alors envisager Autrui que par rapport à son utilité et aux bénéfices qu'il pourrait en tirer. De ce fait, en définissant l'Autre comme objet et non comme sujet, le Moi s'inscrira également dans une position d'objet. Des carences à ce stade du cycle de vie engendreraient alors des pathologies de type antisocial voire limites ou même perverses à l'âge adulte.

#### **4. La quatrième étape (3ème Détour) Construction de l'Identité et de l'Altérité.**

Ainsi, au début de l'adolescence, vers l'âge de 12 ans, on observe un retour à une phase centripète. En effet, un travail de restructuration du rapport organisme/milieu par élaboration d'une identité est mis en place. Par ailleurs, le troisième détour est marqué par l'apparition de la pensée abstraite permettant au sujet d'élaborer de nouveaux moyens de différencier la représentation du Moi et du Soi. En effet, à l'adolescence, le sujet aura recours à des modèles de références idéalisés. Aussi, l'adolescent se retrouvera morcelé entre ses différents

identificateurs idéaux. De plus, l'adolescence signe également la naissance de la temporalité. Cette période du cycle de vie a donc pour but une autonomisation de la personne. Par ailleurs, comme l'étape précédente le démontre, la catégorie des termes du Moi et de l'Autre n'est autre que le genre. Ainsi, le sujet va alors calquer son activité sur celle attribuée au genre auquel il appartient, féminin ou masculin. Ainsi, la stabilité de l'organisation identitaire va donc dépendre de la structuration et de l'intégration de cet identificateur principal qu'est le Genre qui serait, selon M.Cariou, le support le plus approprié car :

- «Il est par nature dichotomique. On est un homme ou une femme
- Il s'appuie sur un dimorphisme organisme indéniable et repérable dès la naissance.
- Il renvoie à une dimension permanente de la personne sur toute la durée de sa vie
- Il connote énormément de nos activités horizontalement à toutes les étapes de la vie
- Enfin, il permet de définir l'altérité en terme de différence, voir de complémentarité et d'intégrer l'énergie émotionnelle de la sexualité sur un mode positif » (Cariou, La démence : expression d'une carence structurelle de l'intégration identitaire, Psychologie médicale n°27).

Par ailleurs, à l'adolescence, deux axes de la construction identitaire s'établissent simultanément. Le premier axe consiste en l'appropriation d'objectifs partiels qui vont pouvoir hiérarchiser les compétences de l'individu par le biais du processus différenciation/restructuration. Dès lors que la symbolisation des objectifs partiels en terme d'identité globale est réalisable, une réévaluation du rapport global organisme/milieu pourra alors être effectuée. Il s'agit donc là du deuxième axe de construction identitaire. A l'adolescence, le sujet se positionnera donc face à une altérité qui engendrera par la suite un changement dans son idéologie sociale, l'auteur parle alors d'Appartenance/Altérité. Les activités seront désormais tournées vers des objectifs sociaux. Ainsi, à travers une identité de genre, l'adolescent construira sa capacité à rencontrer Autrui tout en conservant son Altérité. Ainsi, Identité et Altérité sont donc des représentations symboliques de l'organisme et du milieu. Le bon équilibre de leur relation sera alors fonction de la capacité adaptative du sujet. Ainsi, l'enjeu majeur de l'adolescence serait l'organisation de la capacité à symboliser la personne dans sa totalité afin de pouvoir s'en approprier les objectifs atteints.

Dans le cas où l'identificateur de Genre ne serait pas, ou mal différencié, l'Autre ne pourra donc être perçu qu'à travers une image rigide et stéréotypée du genre. De ce fait, le sujet ne pourra bâtir son Moi qu'en intériorisant les stéréotypes sociaux qu'il attribue à Autrui. Des

carences à ce stade du cycle de vie peuvent donner des lieux à de graves pathologies telles que l'hystérie.

### **5. La cinquième étape (4<sup>ème</sup> détour) : Accès à l'identité globale**

La dernière étape est celle permettant l'adaptation au grand vieillissement, par un quatrième détour qui va rendre l'identité globale. En effet, cette dernière étape réalise, en fait, la phase centrifuge de l'étape précédente. Ainsi, chez la personne âgée, le maintien de l'équilibre vital avec le milieu par le moyen d'une activité intégrée devient de plus en plus difficile à réaliser. Aussi, face à un tel échec adaptatif, lié aux effets biologiques du vieillissement, une démarche élaborative est essentielle afin d'éviter l'effondrement psychologique du sujet âgé. Il s'agira donc ici de redéfinir l'organisme et le milieu de telle sorte que la personne soit en mesure de produire l'activité de relation pouvant maintenir l'équilibre de leur rapport. Ce processus ne s'effectue pas à un âge donné et pas forcément pour chaque sujet. Ainsi, pour que ce nouveau détour se mette en place, il faut que les différentes étapes du cycle de vie aient bien été effectuées. Ainsi, cela suppose que la redéfinition du couple Moi/Autre en terme d'Identité/Altérité ait pu se réaliser auparavant. Le quatrième détour aurait alors pour but de permettre à la personne de maintenir son adaptation tout en se dégageant des modalités de fonctionnement de la phase adulte. Par ailleurs, ce détour ne peut être effectif que lorsque la personne a pu s'approprier les différentes compétences différenciées tout au long du cycle de vie. De plus, cette dernière restructuration inscrit le sujet dans un au-delà du genre, plus nécessaire à l'unité identitaire, ainsi que dans un au-delà de la temporalité. L'activité résultant de cette nouvelle organisation sera donc une activité de participation, essentiellement mentale, à un milieu humain. Cette nouvelle activité portera alors sur des objets qui de par leur inscription dans l'histoire de la personne, ou par la symbolisation, seront considérés à travers leur permanence. Il s'agit donc, dans cette dernière étape du cycle de vie, du dépassement du temps agi dans lequel s'organise l'activité d'appropriation des objets sociaux. Or, la notion de temporalité est toujours présente et intacte. De plus, il s'agit également de l'ultime redéfinition de Moi/Autre du cycle de vie.

Aussi, la théorie du détour élaborée par M. Cariou, décompose le cycle de vie en cinq étapes, solidaires les unes des autres. En effet, chaque étape ne peut être effectuée que lorsque celle qui la précède est bien réalisée d'où la notion d'intégration fonctionnelle. De plus, le dernier détour ne peut s'effectuer qu'en fonction du bon déroulement des étapes précédentes.

## IV. Hypothèses et problématique

### A. *Problématique*

Jusqu'ici, les travaux effectués sur la chirurgie esthétique se sont tous focalisés sur les raisons poussant le sujet à modifier son corps. Néanmoins, aucun d'entre eux n'envisage qu'un tel acte puisse être issu d'une défaillance au niveau de la construction identitaire du sujet. Aussi, nous allons donc tenter de déterminer, à partir de la théorie du détour, si il existe des prédispositions identitaires chez les sujets ayant recours à la chirurgie esthétique. Aussi, la « théorie du détour » élaborée par M. Cariou servira donc de cadre théorique dans notre recherche.

Les recherches antérieures s'accordent toutes sur l'importance du rôle d'Autrui. En effet, selon la théorie psychanalytique, l'autre permettrait l'identification de soi à sa propre image reflétée par le miroir. La théorie psychosociale, quant à elle, met l'accent sur le fait qu'une bonne image de soi améliore les interactions sociales. Ainsi, il semble donc que la confrontation à autrui joue un rôle majeur et structurant pour le sujet.

En effet, la rencontre avec autrui suppose que la différenciation Identité-Altérité soit bien réalisée. Ainsi, si cette dernière est correctement effectuée, le sujet reconnaîtra donc l'autre genre comme étant son équivalent, bien qu'également différent de lui. L'autre sera donc placé en position de sujet, et donc détenteur de ses propres désirs. Or, si une insuffisance élaborative<sup>3</sup> intervient au niveau de l'Identité-Altérité, les définitions de l'autre et de l'identité de genre ne seront pas correctement intégrées. De ce fait, le sujet envisagera autrui sur un mode idéal. En effet, il se créera des références idéales stéréotypées auxquelles il s'identifiera par la suite. Ainsi, si cet aspect de l'Identité-Altérité est insuffisamment différencié, le sujet bâtera donc son Moi en intériorisant les stéréotypes idéaux qu'il attribue à autrui. Ainsi, on peut donc supposer que les personnes ayant eu recours à la chirurgie esthétique fonctionnent sur un tel mode. En effet, le but des modifications corporelles par le biais de la chirurgie esthétique pourrait représenter un moyen de se rapprocher le plus possible du modèle physique idéal attribué par le sujet à autrui et de ce fait à lui-même. Aussi, on émet donc

---

<sup>3</sup> Nous parlons ici d'insuffisance élaborative et non de carence élaborative ; le terme de « carence » n'étant employé que dans les cas les plus graves tels que la perversion ou encore l'hystérie.

**l'hypothèse que les sujets ayant recours à la chirurgie esthétique présentent une insuffisance d'élaboration au niveau de la différenciation Identité-Altérité.**

Or, si tel était le cas, on pourrait alors supposer que lorsque le sujet parvient, suite à l'intervention, à coller à l'image idéalisée qu'il se fait d'autrui et à laquelle il s'identifie, il va alors en ressentir une satisfaction et en rester là. Néanmoins, on constate que certaines personnes continuent à multiplier les opérations

En effet, les recherches antérieures s'accordent sur le fait que les sujets ayant recours à la chirurgie esthétique présentent, tous, une forme d'insatisfaction de l'image qu'ils renvoient. Or la théorie sociale met le doigt sur le fait que cette insatisfaction peut persister suite à l'opération. Lorsque ce sentiment perdure, il peut alors pousser le sujet à multiplier le nombre de recours à la médecine esthétique. Autrement dit, la chirurgie esthétique serait donc une forme de tentative de pallier ce sentiment d'insatisfaction. Or lorsque les multiples interventions n'assouviennent pas cette quête, le risque de dépression conduisant au suicide augmente considérablement. On peut alors supposer que cette forme d'insatisfaction, ou plutôt cette « quête inassouvie de perfection », résulterait d'une insuffisance d'élaboration plus profonde.

En effet, si la différenciation Moi-Autre n'est pas correctement réalisée, le sujet ne considèrera pas la légitimité de l'Autre. Aussi, l'Autre ne sera donc pas perçu comme une personne ayant une position de sujet. De ce fait, le sujet ne considèrera donc pas Autrui comme possédant ses propres désirs pouvant entrer en contradiction avec les siens. Par ailleurs, l'élaboration de l'Autre et du Moi étant interdépendante, le Moi sera donc également placé en position objet. Ainsi, si une telle insuffisance d'élaboration a effectivement lieu, l'Autre sera donc perçu comme étant une forme d'extension du Moi, n'ayant pas le droit d'exister en dehors du désir du sujet. On peut alors en déduire que si l'Autre n'existe pas en tant que personne, le Moi sera donc vide. Ainsi, l'échec de l'intériorisation d'autrui aura pour conséquence une identification identitaire uniquement à des modalités externes. De ce fait, le sujet tentera donc de créer son identité en remplissant son Moi comme il le pourra. Pour se faire il fera donc appel à de nombreux étayages (statut social ou pouvoir par exemple) mais demeurera vide en réalité. On peut donc supposer que l'intervention de chirurgie esthétique serait donc une des formes d'étayage visant à combler le Moi. Ainsi, l'insatisfaction post-opératoire ressentie résulterait du fait que, malgré l'étayage, le Moi demeure vide. Aussi, la

réurrence des opérations serait alors une forme de renforcement de l'étayage, dans une tentative vaine de combler ce vide identitaire. De ce fait, nous émettons l'hypothèse que **les personnes ayant recours à de multiples opérations de chirurgie esthétique présenteraient en réalité une insuffisance élaborative au niveau de la différenciation Moi-Autre.**

Le cycle de vie répondant à la notion d'intégration fonctionnelle, un sujet présentant une insuffisance élaborative au niveau du Moi et de l'Autre présentera donc également, une déficience au niveau de la différenciation Identité/Altérité, confortant ainsi la première hypothèse formulée. De ce fait, tout sujet ayant subi au moins une intervention de chirurgie esthétique, présenterait donc une insuffisance d'élaboration au niveau de l'Identité-Altérité

## *B. Hypothèses*

### **1. Hypothèse générale**

Ainsi, selon nos hypothèses, les sujets ayant recours à la chirurgie esthétique présenteraient une insuffisance élaborative partielle au niveau de l'Identité-Altérité. Néanmoins, les sujets ayant subi plusieurs interventions, et souhaitant recourir à nouveau à la chirurgie dans les années à venir, souffriraient, quant à eux, d'une insuffisance plus profonde, ou insuffisance élaborative majeure, au niveau de la différenciation du Moi et de l'Autre.<sup>4</sup> Nous supposons alors que : lorsque l'insuffisance d'élaboration est majeure (Moi/Autre), les sujets auront alors un recours multiple à la chirurgie esthétique. De ce fait, lorsque l'insuffisance est **uniquement** partielle (Identité/Altérité), les sujets auront donc un recours modéré, voire unique, à la chirurgie esthétique, sans intention d'en faire usage à nouveau. Ainsi, nous pouvons donc émettre l'hypothèse générale que **la fréquence des opérations de chirurgie esthétique dépendrait du degré d'insuffisance élaborative du sujet.**

### **2. Hypothèses de travail**

Nous allons donc tenter de démontrer, au cours de notre recherche, que le recours à la chirurgie esthétique est lié à l'élaboration identitaire du sujet. Ainsi, le postulat précédent nous conduit à l'émergence des hypothèses de travail suivantes :

---

<sup>4</sup> Rappelons qu'une insuffisance au niveau de la différenciation Moi/Autre implique d'office une déficience d'élaboration au niveau de l'identité altérité.

a. 1<sup>ère</sup> hypothèse de travail

Moins les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité).

On s'attend donc à trouver une corrélation négative et significative entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle recueilli au cours de l'entretien.

b. 2<sup>ème</sup> hypothèse de travail

Plus les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre)

On s'attend donc à trouver une corrélation positive et significative entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure recueilli au cours de l'entretien.

Ainsi, la validation de ces deux hypothèses de travail permettrait donc de confirmer notre hypothèse générale stipulant que la fréquence des interventions de chirurgie esthétique dépendrait du degré d'insuffisance élaborative du sujet.



# **V. Opérationnalisation**

## *A. Méthodologie*

### **1. Population**

Afin de tester nos hypothèses nous allons donc établir le type de population concernée. Ainsi, nous cherchons à vérifier si la fréquence des opérations de chirurgie esthétique dépend du degré d'insuffisance élaborative du sujet. Pour se faire, il conviendra alors de réunir un échantillon d'une vingtaine d'individus ayant eu recours à une ou plusieurs interventions de chirurgie esthétique. La population visée ne fera donc pas partie d'une tranche d'âge déterminée, ni d'une appartenance sexuelle particulière. En effet, la seule condition sine qua non, commune aux individus composant cet échantillon, sera alors le recours, récurrent ou non, à la chirurgie esthétique. Il convient alors de préciser que l'intervention doit être purement à visée esthétique et non en vue d'une éventuelle reconstruction post traumatique. Nous recevrons donc les sujets de cet échantillon en entretien, puis nous soumettrons leur discours recueilli à une grille d'analyse prédéfinie en deux points : insuffisance élaborative partielle et insuffisance élaborative majeure.

### **2. Les variables**

La population étant ainsi déterminée, il convient alors de mettre en évidence les différentes variables manipulées afin de tester nos hypothèses. Sachant que, suite à l'entretien le discours du sujet sera étudié à travers une grille d'analyse en deux points, insuffisance élaborative partielle et insuffisance élaborative majeure, on peut donc poser les variables ci-dessous :

*Variables indépendante:* Cotation des propositions (insuffisance élaborative partielle vs insuffisance élaborative majeure) ; P<sub>2</sub>

*Variable dépendante 1 :* Nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure.

*Variable dépendante 2 :* Nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle.

Nous utiliserons donc une échelle numérique dans le cadre de notre recherche.

### **3. Plan expérimental**

Le nombre de sujets étant fixé à vingt et la Variable indépendante utilisée présentant deux modalités, nous obtenons donc le plan expérimental suivant:  $S_{20} * P_2$

Nous utilisons un plan croisé car chaque sujet présentera deux résultats : un nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure et un nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle.

Ainsi, à partir des 40 données chiffrées obtenues nous effectuerons une analyse statistique afin de déterminer si nos hypothèses de travail se vérifient ou non, et si de ce fait, la fréquence des opérations de chirurgie esthétique dépend réellement du degré d'insuffisance d'élaboration du sujet.

#### *B. L'entretien*

Afin de mener à bien notre recherche nous allons donc soumettre les sujets à un entretien semi directif ayant pour but d'évaluer le mode de fonctionnement réel de leur système psychique, en vue de faire émerger des propositions relatives à de potentielles insuffisances ayant pu intervenir lors de son élaboration. (Insuffisance élaborative partielle vs insuffisance élaborative majeure). Aussi, ces entretiens viseront donc l'évaluation des différents processus d'organisation de la personne et de gestion du rapport au milieu. Pour se faire il conviendra alors d'effectuer l'analyse du discours conscient réalisé par le sujet reposant sur son mode de fonctionnement inconscient.<sup>5</sup>

Un tel travail d'analyse va alors nécessiter l'élaboration d'un guide d'entretien et d'une grille d'analyse, à partir du cadre théorique choisi, dans le but de faciliter par la suite le dépouillement.

#### **1. Le guide d'entretien**

Ce guide a pour fonction de mettre en lumière la façon dont le sujet organise son rapport au milieu. Il a pour but d'inciter le sujet à s'exprimer sur sa vie, ses intérêts, loisirs et opinions. On va alors tenter de recueillir un discours dans lequel le sentiment de continuité d'une position de sujet pourra ou non émerger. On pourra également y déceler, ou non, les différents modes de participation au milieu mettant ainsi en lumière l'élaboration identitaire du sujet. Ce

---

<sup>5</sup> Il ne s'agit pas là de l'inconscient au sens freudien de la chose mais simplement d'un inconscient que l'on peut qualifier de fonctionnel puisqu'il exprime le fonctionnement d'un appareil psychique produisant une conscience. M. Cariou Thèse p.300.

guide aura également pour fonction de tenter de positionner le sujet dans la temporalité. Par ailleurs, il est important de préciser que le guide d'entretien ne sert, en réalité, comme son nom l'indique, qu'à guider la réflexion du sujet. Aussi, chaque question ne sera pas obligatoirement posée, ayant plutôt une fonction de relance sur certains thèmes, peu ou pas évoqués d'emblée. Il s'agit donc, pour ainsi dire, d'un entretien semi-directif.

Afin de mener à bien notre étude nous utiliserons le guide d'entretien suivant :

- Pouvez-vous vous présenter ?

-Dans l'ensemble que pensez-vous de votre vie ?

-Si on vous demandait une évaluation de votre enfance ?

-Comment décrivez-vous la relation que vous entretenez avec vos parents ?

-Comment voyez-vous la vieillesse ?

-Quels sont vos qualités et vos défauts ?

-Quelles sont vos activités ? Vos centres d'intérêt ?

-Etes-vous marié(e), en concubinage ou célibataire ?

\*Si marié(e) ou concubinage : qu'est ce qui vous a attiré chez votre conjoint ?

-Avez-vous des enfants ?

\*Si oui : comment décrivez-vous les relations que vous entretenez avec eux ?

-Que pensez-vous en général de votre vie de famille ?

-Qu'en est-il de votre vie professionnelle ? (Secteur, relations avec vos collègues, attentes.)

-Est-ce que votre activité a changé d'orientation depuis quelques années ? Si oui en quoi ?

-Comment envisagez-vous votre avenir ? Avez-vous des projets ? (Personnels, professionnels...)

-Est-ce que vous fréquentez beaucoup de monde ? (Amis, collègues...) Quelles relations entretenez-vous avec eux ?

-Changeriez-vous certaines décisions prises dans votre passé si vous en aviez l'occasion ? Si oui lesquelles ?

-Regardez-vous la télé ? Lisez-vous des magazines de mode ?

-Que pensez-vous des critères esthétiques de la société actuelle ?

-Quelle(s) opération(s) de chirurgie esthétique avez-vous subies(s) ?

-Qu'est ce qui vous a conduit à recourir à la chirurgie esthétique ?

-Avez-vous l'impression que votre vie sera (est) différente après votre opération ?

-Et si c'était à refaire, est-ce que vous referiez la même chose ?

-Votre entourage vous soutient-il (ou vous a-t-il soutenu) dans votre démarche ?

-Connaissez-vous d'autres personnes ayant eu recours à la chirurgie ? Si oui quelle relation entretenez vous avec elles ?

-Avez-vous l'intention de recourir à nouveau à la chirurgie esthétique dans les années avenir ?

## *C. La grille d'analyse*

La grille d'analyse que nous allons appliquer au discours doit pouvoir mettre en évidence le degré d'insuffisance élaborative des sujets ayant eu recours à la chirurgie esthétique. Ainsi, il s'agira de déterminer la nature de l'insuffisance à travers le discours du sujet. La grille d'analyse tentera donc d'évaluer le sujet à travers les différents items ci-dessous, clivés en deux catégories distinctes, insuffisance partielle et insuffisance majeure. L'objectif de cette grille d'analyse sera donc de mettre en évidence le degré d'autonomie psychique du sujet.

### **1. Item 1/ Elaboration du genre**

Cet item renvoie à toutes les propositions dans lesquelles le sujet évoque l'un des axes de structuration fixée par l'idéologie sociale, à savoir le genre, féminin ou masculin.

**A. *S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle*** : Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet fait référence à son Genre de manière positive mais peu constitutive de la personne confirmant ainsi la mauvaise intégration du Genre par le sujet.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque l'autre Genre dans sa singularité, possédant donc sa propre altérité, bien que reposant malgré tout sur une image stéréotypée rigide.

**B. *S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure*** : Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet fait référence à son Genre de façon négatives et non constitutive de la personne confirmant ainsi la non intégration du Genre par le sujet.
- Les propositions dans lesquelles le sujet considère l'autre Genre comme l'exemplaire de leur Genre et non comme une personne à part entière possédant sa propre altérité.

### **2. Item 2/ La relation à autrui**

Cet item renvoie à toutes les propositions dans lesquelles le sujet évoque les relations qu'il entretient avec autrui.

**A. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle :** Seront cotées dans cette catégorie:

- Les propositions dans lesquelles le sujet considère les individus comme des personnes à part entière, et donc possédant leur propre altérité, et non en terme utilitaire ou instrumental.
- Les propositions dans lesquelles le sujet présente la capacité de comprendre et d'accepter les décisions d'autrui et d'être accepté et compris également.

**B. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure :** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque ses relations à autrui sur un mode instrumental, c'est-à-dire uniquement dans l'optique d'un bénéfice secondaire. Le sujet considère donc autrui comme objet plutôt que comme sujet et donc ne possédant sa propre altérité.
- Les propositions dans lesquelles le sujet démontre une incapacité à comprendre et accepter les décisions d'autrui et à être accepté et compris en retour.

### **3. Item 3/ Positionnement dans la temporalité : intégration de la temporalité**

Cet item répertorie, quant à lui, toutes les propositions dans lesquelles le sujet évoque son être dans le temps, présent, passé et futur. Cet item renvoie à toutes les propositions dans lesquelles le sujet fait référence à son passé.

**A. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle :** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet fait référence aux éléments positifs du passé afin de justifier sa situation actuelle.
- Les propositions dans lesquelles le sujet assume les décisions prises par le passé, bonnes ou mauvaises.
- Les propositions dans lesquelles le sujet exprime les événements négatifs du passé comme étant indépendants de sa volonté et montre une acceptation de ces dits événements.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque son futur en termes d'espérance.

**B. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure :** Seront cotées dans cet item:

- Les propositions démontrant que le sujet n'assume pas les décisions qu'il a pris dans le passé.

- Les propositions dans lesquelles le sujet utilise les éléments négatifs du passé afin de justifier sa situation actuelle.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque des craintes vis-à-vis de son futur.

#### **4. Item 4/ Position sociale globale**

Cet item répertorie toutes les propositions évoquant la position sociale globale du sujet.

**A. *S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle*** : Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque l'existence d'activités contribuant de près ou de loin à la réalisation d'un projet général, démontrant ainsi le fait de s'être approprié un objectif social décomposé en objectifs partiels.
- Les propositions dans lesquelles le sujet fait référence à de la satisfaction concernant sa position sociale actuelle. (professionnelle, familiale...)
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque ses différentes activités sociales sans attente d'un éventuel feed-back.

**B. *S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure*** : Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions démontrant que le sujet a peu ou pas de projet ou d'activité liées à la réalisation d'un éventuel projet mettant en évidence le fait que le sujet ne s'est pas approprié d'objectif social précis.
- Les propositions dans lesquelles le sujet fait preuve d'une insatisfaction vis-à-vis de sa situation sociale actuelle (professionnelle, familiale...)
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque ses activités sociales en fonction des feed-back reçus ou attendus.

#### **5. Item 5/ Evaluation de la société actuelle**

Cet item répertorie toutes les propositions dans lesquelles le sujet fait référence à la société actuelle.

**A. *S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle*** : Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque la société actuelle en termes bénéfiques (progrès, niveau de vie...)
- Les propositions évoquant une acceptation des critères physiques actuels.

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque les critères esthétiques actuels en termes bénéfiques.

***B. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure :*** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque la société actuelle en termes négatifs (pollution, profit...)
- Les propositions évoquant un malaise vis-à-vis des critères physiques sociaux actuels mais s'y plie malgré tout.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque les critères esthétiques actuels en termes négatifs.

## **6. Item 6/ Référence actuelle à des modèles physiques**

Cet item répertorie toutes les propositions dans lesquelles le sujet fait référence dans son discours à des modèles physiques.

***A. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle :*** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque une image idéale intériorisée d'elle-même faisant référence à une caricature de genre.

***B. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure :*** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque une image externe idéalisée pouvant être supportée par des personnes réelles ou fictives.

## **7. Item 7/ La continuité identitaire**

Cet item répertorie toutes les propositions dans lesquelles le sujet évoque son être, ses choix et ses opinions, avant et après l'intervention de chirurgie esthétique.

***A. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative partielle :*** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet manifeste la conviction d'une continuité dans ses choix et opinions, suite à l'opération de chirurgie esthétique, exprimant ainsi sa permanence en tant que sujet.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque le fait de s'être retrouvé suite à l'opération, mettant ainsi en exergue le fait d'avoir atteint l'image stéréotypée



intériorisée à laquelle il s'identifie, dénotant ainsi l'insatisfaction ressentie envers un unique critère physique.

- Les propositions mettant en évidence que la demande d'une intervention de chirurgie esthétique émanait d'elle-même et non d'autrui.
- Les propositions révélant que la demande de chirurgie esthétique provient d'un besoin de coller à l'image stéréotypée intériorisée.

***B. S'il s'agit d'une insuffisance élaborative majeure :*** Seront cotées dans cette catégorie :

- Les propositions dans lesquelles le sujet manifeste une discontinuité dans ses choix et opinions suite à son opération de chirurgie esthétique dénotant une insatisfaction globale.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque une insatisfaction post opératoire.
- Les propositions dans lesquelles le sujet évoque la possibilité d'un nouveau recours à l'esthétique.
- Les propositions évoquant le fait que le sujet regrette d'avoir subi une intervention de chirurgie esthétique.
- Les propositions révélant que le sujet a eu recours à la chirurgie sur demande d'autrui.

## C. Dépouillement

### 1. Cotation

Afin de coter les entretiens nous allons donc utiliser la grille d'analyse préalablement élaborée. Il convient par ailleurs de préciser que dans certains cas ambigus nous pourrions parfois attribuer par défaut la cotation qui semble la plus appropriée au récit du sujet. De plus, par soucis de cohérence nous avons décidé de ne coter une même idée qu'une seule fois si toutefois celle-ci se trouvait répétée plusieurs fois au cours de l'entretien.

### 2. Résultat de la cotation des entretiens

La cotation effectuée a pu nous permettre de retranscrire les réponses des sujets en données numériques. Auparavant, nous avons établi un premier tableau récapitulatif des différents items nous permettant de coter nos entretiens.

<b>Item 1</b>	<b>A</b>	Elaboration du Genre–Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Elaboration du Genre-Insuffisance majeure
<b>Item 2</b>	<b>A</b>	Relation à Autrui–Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Relation à Autrui-Insuffisance majeure
<b>Item 3</b>	<b>A</b>	Positionnement dans la temporalité–Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Positionnement dans la temporalité-Insuffisance majeure
<b>Item 4</b>	<b>A</b>	Position Sociale Globale–Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Position Sociale Globale-Insuffisance majeure
<b>Item 5</b>	<b>A</b>	Evaluation de la société actuelle-Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Evaluation de la société actuelle-Insuffisance majeure
<b>Item 6</b>	<b>A</b>	Référence actuelle à des modèles physiques-Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Référence actuelle à des modèles physiques-Insuffisance majeure
<b>Item 7</b>	<b>A</b>	Continuité identitaire-Insuffisance partielle
	<b>B</b>	Continuité identitaire-Insuffisance majeure

Il convient de noter que les items précédents, et composant la grille d'analyse, ont été élaborés à partir du guide d'entretien. C'est donc à partir de ces mêmes items que nous avons pu, par la suite, coter les entretiens effectués.

Le tableau ci-dessous répertorie les différentes données chiffrées obtenues suite à la cotation, ainsi que le nombre total de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité) [en rouge] obtenu pour chaque sujet au cours de l'entretien, et le nombre total de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) [en bleu] obtenu pour chaque sujet au cours de l'entretien.

Nombre d'opérations subies	Sujet	Item1		Item2		Item3		Item4		Item5		Item6		Item7		Somme des réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle	Somme des réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
1	1	8	3	11	5	9	5	8	2	0	2	4	2	5	3	45	22
1	2	8	6	8	7	8	3	10	4	1	1	3	3	6	1	44	25
1	3	8	5	6	4	11	5	8	7	1	2	3	1	6	0	43	26
4	4	5	7	12	11	2	9	7	9	4	3	2	4	4	8	36	36
1	5	5	4	9	7	6	2	7	3	0	3	3	1	5	2	35	23
1	6	6	6	8	5	7	3	4	2	0	6	5	3	3	0	33	25
1	7	5	3	7	5	6	6	5	3	0	4	2	1	6	1	31	23
1	8	6	4	8	5	3	3	7	4	2	1	2	0	3	2	31	19
2	9	6	7	6	10	8	9	6	8	0	6	2	1	2	0	30	34
2	10	6	8	4	12	4	10	8	2	0	4	2	2	6	6	30	33
3	11	6	11	8	7	6	9	6	5	0	3	2	1	2	10	30	34
1	12	6	4	7	3	6	4	4	3	0	1	2	0	4	2	29	19
2	13	4	6	8	8	6	12	4	8	2	4	1	0	4	8	29	35
2	14	4	6	6	5	8	7	6	8	1	6	1	0	2	4	28	36
2	15	4	4	6	12	6	6	6	8	2	3	2	0	2	8	28	34
1	16	6	4	6	3	5	7	5	2	0	2	1	3	4	3	27	26
1	17	4	1	6	6	7	5	4	2	0	2	1	1	2	1	24	22
3	18	4	4	6	9	2	3	3	5	2	1	3	4	4	3	24	29
3	19	6	12	2	11	6	8	4	4	1	0	2	3	2	6	23	36
2	20	2	6	1	5	3	13	3	2	0	4	1	0	0	6	10	36

Nous considérerons que les sujets dont le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative Majeure (Moi/Autre) recueilli dans le discours est supérieur au nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité) présentent une déficience d'élaboration au niveau de la différenciation du Moi et de l'Autre. De même, nous considérerons que les sujets dont le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité) est supérieur au nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) ne présentent, quant à eux, qu'une défaillance au niveau de la différenciation Identité/Altérité.

# **V. Résultats**

## *A. Analyse statistique*

A partir des données chiffrées obtenues, suite au dépouillement, nous allons tenter de repérer d'éventuelles corrélations entre différentes variables, en vue de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Pour se faire, nous calculerons la formule du r de Bravais Pearson à l'aide d'un logiciel statistique approprié, sur notre population de 20 sujets. Les résultats obtenus nous permettront alors de déterminer si il existe ou non une corrélation significative entre les différentes variables ciblées.

D'autre part, afin d'évaluer la force du lien entre les différentes variables, nous utiliserons la variance (correspondant au carré du coefficient de corrélation obtenu) exprimée en pourcentage ( $r^2 \times 100$ ). Ainsi, nous considérerons que si :

- $r^2 \times 100 < 15\%$ , le lien entre les 2 variables est faible.
- $15\% < r^2 \times 100 < 30\%$ , le lien entre les 2 variables est moyen.
- $r^2 \times 100 > 30\%$ , les 2 variables sont fortement liées

### **1. Vérification de la 1<sup>ère</sup> hypothèse de travail**

#### *a. Calculs statistiques*

Notre 1<sup>ère</sup> hypothèse stipule que moins les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité). Aussi, afin de vérifier s'il existe bel et bien une relation entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle, nous allons établir, de prime abord, un tableau répertoriant les données chiffrées nécessaires aux calculs statistiques appropriés.

Sujets	Nombre d'opérations subies (x)	Nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (y)
1	1	45
2	1	44
3	1	43
4	4	36
5	1	35
6	1	33
7	1	31
8	1	31
9	2	30
10	2	30
11	3	30
12	1	29
13	2	29
14	2	28
15	2	28
16	1	27
17	1	24
18	3	24
19	3	23
20	2	10

A partir de ces données nous avons donc calculé le coefficient de corrélation  $r$  de Bravais Pearson entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle, à l'aide logiciel statistique adéquat. Nous avons donc obtenu les résultats suivants :

*b. Résultats*

Matrice de coefficient de corrélation			
Taille de l'échantillon	20	Valeur critique 5%	2,109815578
		<b>x</b>	<b>y</b>
<b>x</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>1</b>	
	Erreur de type R		
	t		
	Niveau de significativité		
	H <sub>0</sub> (5%)		
<b>y</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>-.295</b>	<b>1</b>
	Erreur de type R	.0507	
	t	-1,3097	
	Niveau de significativité	.2068	
	H <sub>0</sub> (5%)	<i>accepté</i>	

### *c. Interprétation*

Chez les sujets il existe donc une relation négative et significative ( $r = -.295$  ;  $p < .05$ ) entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle. Ces données confirment donc que moins les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité). Les résultats statistiques obtenus vont donc dans le sens de notre première hypothèse de travail et donc de ce fait de notre hypothèse générale.

La relation entre ces 2 variables étant à présent avérée, nous allons donc déterminer la force du lien qui les unie. Pour se faire, nous allons donc calculer la Variance  $r^2$ .

On a donc  $r^2 = (-.295)^2 = .0870 \times 100 = 8,7\%$

Le pourcentage obtenu étant inférieur à 15%, le lien entre ces 2 variables est donc considéré comme étant faible.

Ainsi, il existe bel et bien un lien entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance partielle (Identité/Altérité) recueilli dans le discours du sujet, bien que ce lien s'avère faible.

Les résultats statistiques obtenus allant donc dans le sens de notre 1<sup>ère</sup> hypothèse, il convient à présent de tester notre 2<sup>nde</sup> hypothèse de travail afin de pouvoir confirmer ou infirmer notre hypothèse générale.

## 2. Vérification de la 2<sup>nd</sup>e hypothèse de travail

### a. Calculs statistiques

Notre seconde hypothèse avance que plus les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance majeure (Moi/Autre). Aussi, afin de vérifier s'il existe bel et bien une relation entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure, nous allons à nouveau établir un tableau répertoriant les données chiffrées nécessaires aux calculs statistiques appropriés.

Sujets	Nombre d'opérations subies (X)	Nombre de Réponses relatives à une insuffisance élaborative Majeure (Y)
1	1	22
2	1	25
3	1	26
4	4	36
5	1	23
6	1	25
7	1	23
8	1	19
9	2	34
10	2	33
11	3	34
12	1	19
13	2	35
14	2	36
15	2	34
16	1	26
17	1	22
18	3	29
19	3	36
20	2	36

Comme nous l'avons fait précédemment nous avons donc utiliser un logiciel statistique afin de calculer le coefficient  $r$  de Bravais Pearson, dans le but de déterminer s'il existe bel et bien une relation significative entre le nombre d'opérations de chirurgie esthétique subies et le nombre de propositions relatives à une insuffisance élaborative majeure relevée dans le discours du sujet. Nous avons donc obtenu les résultats suivants :

b. Résultats

Matrice de coefficient de corrélation			
Taille de l'échantillon	20	Valeur critique 5%	2,109815578
		<b>X</b>	<b>Y</b>
<b>X</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>1</b>	
	Erreur de type R		
	t		
	Niveau de significativité		
	H <sub>0</sub> (5%)		
<b>Y</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>.7801</b>	<b>1</b>
	Erreur de type R	.0217	
	t	5,29	
	Niveau de significativité	0	
	H <sub>0</sub> (5%)	<i>Rejeté</i>	

c. Interprétation

Chez les sujets la relation entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance majeure est non significative. ( $r=.7801$  ; ns). On considère alors qu'il n'existe aucune relation entre ces deux variables. Aussi, bien que nous ayons obtenu une corrélation positive conforme à nos attentes, celle-ci n'étant pas significative, notre dernière hypothèse est donc rejetée<sup>6</sup>.

Nous pouvons donc conclure que :

- Moins les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité).
- La relation entre le nombre d'opérations de chirurgie esthétique subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) n'étant pas avérée, nous ne pouvons donc pas admettre que plus les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre).

<sup>6</sup> Néanmoins, il convient de noter que, bien que cette hypothèse ne soit pas significative, au vu des résultats obtenus suite à la cotation, il apparaît visuellement que le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) est plus élevé pour les sujets ayant subis plusieurs opérations de chirurgie esthétique.



## *B. Synthèse des résultats*

Nous sommes parti du postulat que les sujets ayant recouru à la chirurgie esthétique présentaient une insuffisance élaborative partielle au niveau de la différenciation Identité/Altérité. Puis nous avons émis l'hypothèse qu'un recours multiple à de telles interventions pourrait provenir d'une insuffisance élaborative plus profonde, au niveau de la différenciation Moi/Autre. Le cycle de vie répondant à la notion d'intégration fonctionnelle, cette dernière hypothèse impliquerait alors que tout sujet ayant subi au moins une intervention de chirurgie esthétique présenterait donc obligatoirement une insuffisance élaborative partielle au niveau de la différenciation Identité/Altérité.

Ainsi, afin de tester nos hypothèses, nous avons donc analysé le discours des sujets à travers les deux axes d'insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) et d'insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité). Nous avons alors recueilli un nombre de réponses relatives à une insuffisance majeure (Moi/Autre) et un nombre relative à une insuffisance partielle (Identité/Altérité) pour chaque sujet.

Au cours de nos entretiens nous avons effectivement constaté que certains sujets ayant un recours à la chirurgie esthétique présentaient un défaut d'intégration des définitions de l'autre et de l'identité de genre. De ce fait, ils envisageaient donc autrui sur un mode idéal, se créant ainsi des références stéréotypées auxquelles ils s'identifiaient par la suite. Ainsi, les modifications corporelles par le biais de la chirurgie esthétique s'avéraient donc être pour eux un moyen de se rapprocher le plus possible de l'image rigide stéréotypée qu'ils se faisait d'autrui et donc d'eux-mêmes. Ceci est parfaitement illustré par le cas du sujet 7, jeune fille de 20 ans, ayant subi une augmentation mammaire. En effet, cette dernière décrit « la femme » comme devant forcément posséder des formes voluptueuses, ce qui, selon elle, n'était pas son cas, puisqu'elle se décrivait comme étant loin d'être une « bimbo ». Elle explique alors que c'était en vue de coller à cette image qu'elle se faisait de la femme, qu'elle avait donc décidé de se faire refaire la poitrine. Ainsi, depuis son intervention elle avoue se sentir « plus femme ». Ce cas met donc bien en évidence l'existence d'une image stéréotypée rigide à l'origine de la demande de chirurgie esthétique.

D'autre part, il nous est également apparu que certains sujets ayant recours à la chirurgie esthétique présentaient, quant à eux, une défaillance au niveau de la différenciation du Moi et

de l'Autre. Cela implique alors qu'ils ne reconnaissent pas la légitimité d'autrui, le positionnant, de ce fait, en tant qu'objet. L'autre est donc envisagé sur un mode instrumental, en fonction de son utilité. Le cas du sujet 13 en est une parfaite illustration. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ayant subi une augmentation mammaire à 17 ans, une lipoaspiration à 20 ans et dans l'attente d'une nouvelle lipoaspiration cette année. Au cours de l'entretien, cette dernière décrit ses parents comme « loin d'être riches, mais lui ayant appris à mettre de l'argent de côté ». Elle décrit également ses connaissances internet comme étant des sources d'informations sur la chirurgie esthétique, pouvant lui « fournir de bons tuyaux ». Aussi, chaque personne décrite par le sujet 13, l'est uniquement sur un mode utilitaire.

D'autre part, au cours des entretiens, il est également apparu que certains sujets présentaient une forte insatisfaction issue d'une défaillance de l'élaboration du Moi et de l'Autre. En effet, l'élaboration de l'Autre et du Moi étant interdépendante, le sujet va alors également prendre cette position d'objet. Ainsi, autrui n'étant pas appréhendé comme possédant ses propres désirs, il ne pourra donc exister que si il s'inscrit dans le désir du sujet. Ainsi, l'autre n'existe pas en tant que personne et par conséquent le Moi est donc vide. Cette déficience de l'intériorisation d'autrui induit donc une identification du Moi uniquement à des modalités externes. Ainsi, pour les sujets présentant une telle insuffisance, la chirurgie esthétique représenterait donc une tentative de combler le Moi. Ceci expliquerait donc l'insatisfaction ressentie suite à l'intervention de chirurgie esthétique, le Moi demeurant fatalement vide, malgré l'étayage externe. Le cas du sujet 20 illustre parfaitement cette insatisfaction post opératoire. Il s'agit d'une jeune femme de 29, mère de 2 enfants, ayant subi une augmentation mammaire, une lipoaspiration du ventre puis dernièrement une lipoaspiration de l'intérieur des cuisses. Cette dernière évoque la perspective de subir à nouveau une intervention de la poitrine. En effet, au cours de l'entretien, elle se plaint ne pas être satisfaite du volume de ses prothèses et avoue que si elle en avait eu la possibilité, elle aurait pris plus de temps avant de les choisir. D'autre part, elle désire s'en faire poser de plus volumineuses. Il apparaît donc ici que le sujet présente une forme d'insatisfaction la poussant à recourir à nouveau à la chirurgie esthétique. On peut donc en déduire que l'étayage apporté par la chirurgie esthétique ne comble pas le Moi, dans ce cas précis, créant ainsi l'insatisfaction chez le sujet. On peut même imaginer que la pose de prothèses plus volumineuse ne satisfera alors que momentanément le sujet, son Moi demeurant fatalement vide.

Ainsi, nous avons alors émis l'hypothèse que le degré d'insuffisance élaborative du sujet et la fréquence des opérations subies, seraient donc liés. Ainsi, le degré d'insuffisance élaborative (Majeure versus partielle) influencerait sur la fréquence des opérations de chirurgie esthétique subies. Aussi nous sommes parti du postulat que les sujets ayant subi de multiples interventions de chirurgie esthétique présenteraient une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) alors que les sujets en ayant subi moins ne présenteraient, quant à eux, qu'une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité).

Afin de tester nos hypothèse, nous avons donc calculer, de prime abord, le coefficient de corrélation  $r$  de Bravais Pearson, entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisances partielles (Identité/Altérité).

Les résultats obtenus ont alors révélé que, moins les sujets avaient subi d'opérations de chirurgie esthétique et plus ils fournissaient de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité)<sup>7</sup>. Aussi, ces résultats vont donc dans le sens de notre première hypothèse de travail, car bien que le lien entre le nombre d'opérations subies et l'existence d'une insuffisance élaborative partielle chez le sujet ayant recouru à la chirurgie esthétique soit faible, il est toutefois avéré.

Par la suite, un nouveau calcul statistique a été effectué afin de déterminer si le nombre d'opérations subies était également corrélé au nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre). Les résultats ont alors infirmé notre seconde hypothèse de travail stipulant que, plus les sujets ont recours à la chirurgie esthétique et plus ils fournissent de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre)<sup>8</sup>. En effet, le manque de significativité signe ici l'absence de relation entre le nombre d'opérations subies par le sujet et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure recueilli dans son discours.

Ainsi, les résultats statistiques obtenus nous révèlent donc qu'il existe bel et bien un lien entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance partielle (Identité/Altérité). En revanche, aucun lien n'est avéré entre le nombre d'opérations subies et le nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre). Aussi,

---

<sup>7</sup> Hypothèse 1

<sup>8</sup> Hypothèse 2

cela signifie donc que les sujets présentant une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre) ne sont pas forcément ceux qui subissent le plus d'interventions de chirurgie esthétique. Nos résultats démontrent, néanmoins, que les sujets ayant subis le moins d'interventions de chirurgie esthétique, sont également ceux qui présentent une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité). Notre hypothèse générale ne peut donc être validée

Ainsi, on peut donc en conclure, dans un premier temps, que tous les sujets ayant recours à la chirurgie esthétique présentent une déficience au niveau de la différenciation Identité/Altérité et que certains d'entre eux présentent une insuffisance élaborative plus profonde au niveau de la différenciation Moi/Autre. Néanmoins, bien que les sujets ayant peu recours à la chirurgie esthétique ne présentent effectivement qu'une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité), ceux en ayant recours plus fréquemment, ne présentent pas forcément d'insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre). Ainsi la fréquence des opérations de chirurgie esthétique ne dépendrait donc pas du degré d'insuffisance élaborative du sujet

## **VI. Conclusion générale**

Face à la recrudescence et à la banalisation des interventions de chirurgie esthétique à notre époque, il nous est apparu pertinent de nous intéresser plus amplement à ce sujet. Aussi, après nous être longuement penché sur les travaux déjà effectués dans ce domaine, nous avons donc décidé d'utiliser la Théorie du détour, élaborée par Michel Cariou, afin d'émettre de nouvelles hypothèses.

Notre réflexion nous a donc conduit à émettre l'hypothèse que la fréquence des opérations dépendrait du degré d'insuffisance élaborative du sujet. Nous sommes donc parti du postulat que les sujets ayant un recours modéré à la chirurgie esthétique ne présenteraient qu'une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité), alors que les sujets ayant un recours multiples à la chirurgie esthétique présenteraient, quant à eux, une insuffisance élaborative plus profonde au niveau du Moi et de l'Autre.

Après avoir élaborer guide d'entretien et une grille d'analyse, à partir de notre cadre théorique, nous nous avons donc réalisé des entretiens avec des sujets ayant recouru à la chirurgie esthétique.

Il convient alors de préciser que la recherche de sujets volontaires n'a pas été aisée, les sujets se rétractant bien souvent suite à l'énoncé de ma formation. En effet, il semble que les sujets ayant subis des interventions de chirurgie esthétique, ressentent une forme d'appréhension face à la psychologie, se sentant bien souvent jugés.

Ainsi, après avoir effectué les divers entretiens et retranscrits le discours des sujets en données chiffrée, les calculs statistiques ont donc pu être effectués, en vue de tester nos différentes hypothèses.

L'analyse a alors révélé que le degré d'insuffisance élaborative n'est pas lié à la fréquence des opérations. En effet, bien que les sujets ayant subi peu d'interventions soient aussi ceux ne présentant qu'une insuffisance élaborative partielle (Identité/Altérité) ; les sujets ayant subi plusieurs opérations ne sont, quant à eux, pas forcément ceux qui présentent une insuffisance élaborative majeure (Moi/Autre). Néanmoins, nous pouvons admettre, à partir de notre recherche, que tout sujet ayant subi au moins une intervention de chirurgie esthétique présente une défaillance au niveau de la différenciation Identité/Altérité.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Bettelheim**, « *Les blessures symboliques* », Paris, Gallimard, 1979.

**Cariou, M.**, « *Personnalité et vieillissement. Permanence adaptative de l'enfance au grand-âge: une théorie du détour* », Montpellier, Thèse de Doctorat, 1992.

**Cariou, M.**, « *Personnalité et vieillissement. Introduction à la psycho-gérontologie* ». Delachaux et Niestlé, 1995.

**Chabrier L. et Cariou M.**, « *psychologie clinique* », Hachette collection HU PSYCHO, 2006

**Chahraoui K., Danino A., Frachebois C., Clerc AS, Malka G.**, « *Chirurgie Esthétique et qualité de vie subjective avant et 4 mois après l'opération.* », Annales de chirurgie Plastique et esthétique, 2005.

**Colinon M.C.**, « *Chirurgie, tatouage, piercing...Modifier son corps* » Collection Hydrogène, Edition de la Martinière Jeunesse, 2003.

**David C, Pedinielli J.-L., Fernandez L. et Perichaud P.**, « *Pratiques Psychologiques* » article « *Chirurgie esthétique : demande de consultation et fonctionnement psychosocial* », Volume 13, Issue 2, Pages 185-195, 2007.

**Delaroche P.**, « *Psychanalyse de l'adolescence* », Paris, Armand Colin, 2005.

**Descamps M.A.**, « *L'invention de notre corps* », Presse Universitaire Française, 1986.

**Dolto F.**, « *L'image inconsciente du corps* », édition du Seuil, 1984.

**Dolto F. & Nasio J.-D.**, « *L'enfant du miroir* », Paris, Payot, 2002.

**Dufourmentel et Mouly**, « *Chirurgie plastique* », Flammarion, « 1959.

**Erickson**, « *Adolescence et crise, la quête de l'identité* », Champs Flammarion, 1972.

**Fardeau A.**, « *Les secrets de la chirurgie plastique* », Elsevier, 1975.

**Goin, Burgoyne, Staples**, “*A prospective psychological study of 50 female face-lift patients*”, Acta Chirurgica Belgica, 1980.

**Grigault P.F.**, « *La chirurgie esthétique et plastique* », Presse Universitaire de France, 1970.

**Jalley E.**, « *l'enfant et la transmission culturelle* » chapitre « *l'enfant au miroir : Freud, Wallon, Lacan* », édition l'Harmattan, 2002.

**Lacan J.**, « *Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique* », Communication au 14e Congrès psychanalytique international, Marienbad, International Journal of Psychoanalysis, 1937.

**Lejour M , Lecocq C.**, « *74 psychological implications of esthetic surgery. A propos of a study of 68 cases*”, Acta Chirurgica Belgica, 1975.

**Lhermitte J.**, « *L'image de notre corps* » Editions l'Harmattan, 1998.

**Perrogon F.**, « *Chirurgie esthétique, l'avis des patients* », Annales de chirurgie plastique et esthétique, 2003, vol. 48, Pages 307-312, Edition Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 1983.

**Picaud**, « *Les raisons générales, les motivations individuelles et particulières, les limites et les résultats de la chirurgie plastique et esthétique* », Journal de Médecine de Lyon.

**Rassial J.J.**, « *L'adolescent et le psychanalyste* », Petite bibliothèque Payot, 1996

**Schilder**, « *L'image du corps* », Paris, Gallimard, 1968.

**Souza Faria F., Guthrie E., Bradbury E. and Brain A.**, “*Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery*”, British Journal of Plastic Surgery Volume 52, Issue 6, September 1999, Pages 448-452.

**Tignol J.**, « *les défauts physiques imaginaires* », Edition Odile Jacob, 2006.

**Wallon H.**, « *Les Origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité* », Boisvin, Paris, 1934, rééd. PUF-Quadrige, Paris, 2002.

**Wright M.**, “*A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery*”, Acta Chirurgica Belgica, 1975.



# **ANNEXES**

## Annexe 1 : Tableau de données

Nombre d'opérations subies	Sujet	Item1		Item2		Item3		Item4		Item5		Item6		Item7		Somme des réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle	Somme des réponses relatives à une insuffisance élaborative majeure
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
1	1	8	3	11	5	9	5	8	2	0	2	4	2	5	3	45	22
1	2	8	6	8	7	8	3	10	4	1	1	3	3	6	1	44	25
1	3	8	5	6	4	11	5	8	7	1	2	3	1	6	0	43	26
4	4	5	7	12	11	2	9	7	9	4	3	2	4	4	8	36	36
1	5	5	4	9	7	6	2	7	3	0	3	3	1	5	2	35	23
1	6	6	6	8	5	7	3	4	2	0	6	5	3	3	0	33	25
1	7	5	3	7	5	6	6	5	3	0	4	2	1	6	1	31	23
1	8	6	4	8	5	3	3	7	4	2	1	2	0	3	2	31	19
2	9	6	7	6	10	8	9	6	8	0	6	2	1	2	0	30	34
2	10	6	8	4	12	4	10	8	2	0	4	2	2	6	6	30	33
3	11	6	11	8	7	6	9	6	5	0	3	2	1	2	10	30	34
1	12	6	4	7	3	6	4	4	3	0	1	2	0	4	2	29	19
2	13	4	6	8	8	6	12	4	8	2	4	1	0	4	8	29	35
2	14	4	6	6	5	8	7	6	8	1	6	1	0	2	4	28	36
2	15	4	4	6	12	6	6	6	8	2	3	2	0	2	8	28	34
1	16	6	4	6	3	5	7	5	2	0	2	1	3	4	3	27	26
1	17	4	1	6	6	7	5	4	2	0	2	1	1	2	1	24	22
3	18	4	4	6	9	2	3	3	5	2	1	3	4	4	3	24	29
3	19	6	12	2	11	6	8	4	4	1	0	2	3	2	6	23	36
2	20	2	6	1	5	3	13	3	2	0	4	1	0	0	6	10	36

## Annexe 2 : Analyses statistiques et graphiques correspondants

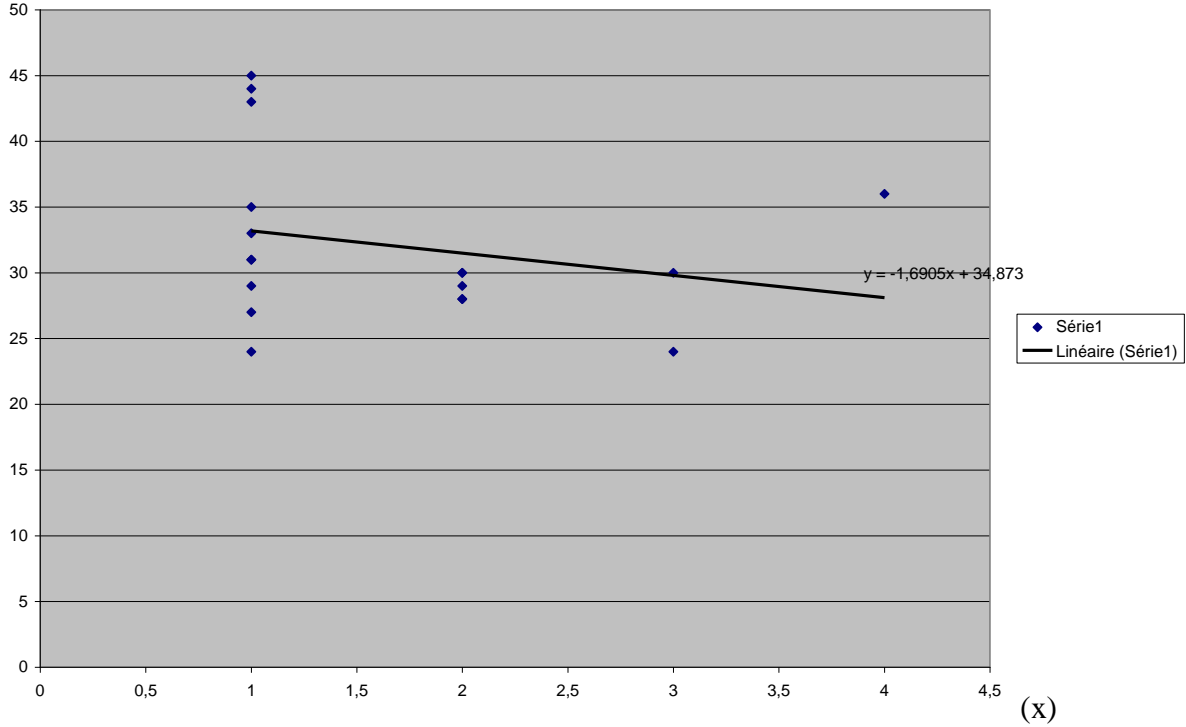
### Hypothèse 1

Sujets	Nombre d'opérations subies (x)	Nombre de réponses relatives à une insuffisance élaborative partielle (y)
1	1	45
2	1	44
3	1	43
4	4	36
5	1	35
6	1	33
7	1	31
8	1	31
9	2	30
10	2	30
11	3	30
12	1	29
13	2	29
14	2	28
15	2	28
16	1	27
17	1	24
18	3	24
19	3	23
20	2	10

Matrice de coefficient de corrélation			
Taille de l'échantillon	20	Valeur critique 5%	2,109815578
		<b>x</b>	<b>y</b>
<b>x</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>1</b>	
	Erreur de type R		
	t		
	Niveau de significativité		
	Ho (5%)		
<b>y</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>-.295</b>	<b>1</b>
	Erreur de type R	.0507	
	t	-1,3097	
	Niveau de significativité	.2068	
	H0 (5%)	<i>accepté</i>	

x vs y  
 $y = -1,6905 x + 34,813$   
Corrélation :  $r = .2068$

(y)



Hypothèse 2.

Sujets	Nombre d'opérations subies (X)	Nombre de Réponses relatives à une insuffisance élaborative Majeure (Y)
1	1	22
2	1	25
3	1	26
4	4	36
5	1	23
6	1	25
7	1	23
8	1	19
9	2	34
10	2	33
11	3	34
12	1	19
13	2	35
14	2	36
15	2	34
16	1	26
17	1	22
18	3	29
19	3	36
20	2	36

Matrice de coefficient de corrélation			
Taille de l'échantillon	20	Valeur critique 5%	2,109815578
		<b>X</b>	<b>Y</b>
<b>X</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>1</b>	
	Erreur de type R		
	t		
	Niveau de significativité		
	H <sub>0</sub> (5%)		
<b>Y</b>	<b>Coefficient de corrélation de Pearson</b>	<b>.7801</b>	<b>1</b>
	Erreur de type R	.0217	
	t	5,29	
	Niveau de significativité	0	
	H <sub>0</sub> (5%)	<i>Rejeté</i>	

