La reconstruction du visage : enjeux médico-psychologiques

A. David[a], M.-D. Colas[a,b]

a Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Tout traumatisme de la face est potentiellement une atteinte de ce qui nous identifie et nous permet d'être en relation avec le monde. Le parcours de soins de ce type de blessure nécessite une approche globale et continue. Nous proposons ici une réflexion sur les enjeux médico-psychologiques de la reconstruction du visage fondée sur notre expérience de la psychiatrie et de la psychologie de liaison dans un trauma-center militaire accueillant des « Gueules Cassées ». Les patients défigurés nous décrivent un véritable bouleversement de leurs repères. Des réactions anxieuses majeures voire, parfois, de véritables décompensations psychiatriques peuvent survenir. Cette atteinte du visage altère les capacités relationnelles et modifie en profondeur les interactions avec autrui. Le travail du chirurgien comme celui du psychiatre va évoluer en plusieurs temps : de la « gueule » à la face pour parer les plaies, puis de la face au visage afin de reconstruire une image de soi acceptable et de recouvrer une vie sociale. Ainsi, la prise en charge chirurgicale ne peut être dissociée d'un travail psychologique d'acceptation des modifications identitaires induites par la blessure du corps et ses répercussions psychiques. En outre, le pronostic médical dépend de la précocité de la rencontre avec le chirurgien et le spécialiste de la santé mentale.

Mots-clés : Identité. « Gueule cassée ». Reconnaissance. Reconstruction. Visage.

Abstract

FACIAL RECONSTRUCTION: MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ISSUES.

Each facial trauma is a potential destruction of what used to identify one as a person and what used to make communication possible. As a result, medical care has to be considered as a global and continuous approach. We propose here to analyze the medical and psychological issues of facial reconstruction. This work is based on our experience in psychiatry in a military trauma-center, which takes care of "Gueules Cassées" (broken faces). Disfigured patients sometimes say that they have lost their bearings. Major anxious reactions or other psychiatric decompensations can be observed. These face injuries impair the patients' capacities to interact and greatly alter the nature and quality of their interactions with others. The surgeons' and the psychiatrists' work is aimed at gradually helping the patients accept their new faces; regain an acceptable self-image and a social life. Thus, surgical care cannot be dissociated from the psychological support of acceptance of identity changes due to body injuries and their psychological consequences. In addition, the medical prognoses depend on an early consultation with a surgeon and a mental health specialist.

Keywords: « Gueule Cassée ». Face. Identity. Recognition. Reconstruction.

Introduction

En médecine, les lésions du visage sont identifiées par la zone anatomique blessée : « fracas facial », « atteinte du massif facial » ou encore par la notion plus générale d'une « atteinte de la zone tête et cou ». Dans les publications scientifiques internationales, il est rare de trouver le terme « visage » qui d'ailleurs en anglais est traduit à la fois par le signifié et le signifiant « face » qui nomme en français la « partie antérieure de la tête humaine » (1). Cette introduction linguistique pointe que cette zone anatomique du corps, dissécable, opérable, masque un aspect plus intime de l'individu que le vocable visage incarne : « la personne », « son aspect particulier et reconnaissable » (1), donc ce qui est vu (du latin visus), son identité et sa singularité subjective. Toute atteinte de la face est donc potentiellement une atteinte de ce qui nous identifie, porte notre rapport à autrui et nous met en relation avec le monde. En outre, toute blessure physique peut s'associer à une blessure

A. DAVID, médecin des armées. M.-D. COLAS, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Madame le médecin des armées A. DAVID, Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : anais.david@intradef.gouv.fr

psychique, particulièrement dans les situations de confrontation à des événements chargés de violence. Il est alors impératif de penser le parcours de soins dans une approche globale et continue où chirurgiens et psychiatres articulent leurs prises en charge dans la durée.

Dans ce dossier de « Médecine et Armées » consacré à la chirurgie maxillo-faciale, nous proposons une réflexion sur les enjeux médico-psychologiques de la reconstruction du visage à partir de notre expérience de la psychiatrie et de la psychologie de liaison dans un trauma-center militaire accueillant des « Gueules Cassées », appellation historique des blessés de la face depuis la Première Guerre mondiale. Il s'agit en ces temps de commémoration de rendre hommage à leur combat pour « sourire quand même », devise de la fondation qui porte leur nom et dont les pères fondateurs, au lendemain du traité de Versailles en 1919, ont voulu comme un espace de réhabilitation de leurs frères d'armes.

Le visage : support d'identité et d'émotions

Le visage, voilà un lieu unique dans l'anatomie humaine. Tout en échappant à notre champ visuel, grâce à lui, nous sommes vus, nous sommes reconnus, identifiés, nommés. Il apparaît d'ailleurs sur nos cartes d'identité. Dans nos sociétés modernes où la reconnaissance de l'individu passe principalement par son individualité propre et moins par son appartenance au groupe, nul lieu n'est plus à même de marquer la singularité de chacun et de le signaler socialement (2). Là où le corps marque la limite entre l'extérieur et l'intérieur, le visage lui est le territoire où s'inscrit l'identité. « Peut-être des corps se distinguent-ils à l'œil exercé aussi bien que les visages, mais ils n'expliquent pas la différence comme le fait un visage » (3). Dans nos sociétés contemporaines, ce visage possède un caractère sacré, intouchable. David Le Breton pour le souligner évoque l'ouvrage de Robert Jaulin, La mort Sara, récit dans lequel l'ethnologue décrit le rite d'initiation Sara au Tchad. L'auteur se prête au jeu jusqu'au moment où le rite implique l'imposition d'une marque sur le visage. Dès lors, il se dérobe, pensant la démarche excessive le concernant et mettant en avant paradoxalement la différence de culture, différence qu'il prétendait nier en vivant le rite de l'intérieur (2).

L'image de soi

Support d'une individualité physique, le visage est également aux fondements de la construction d'une unité psychique et ce dès les premières années de la vie. En effet, l'approche psychanalytique décrit chez l'enfant entre 6 et 18 mois le stade du miroir : le bébé se voit dans le miroir, porté par l'un de ses parents qui identifie son reflet comme le sien. L'enfant qui ressentait son corps comme morcelé comprend et intègre alors une image corporelle unifiée, un « Moi » entier (4). Ce serait dans le regard et dans le dire de cet autre, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant vérifierait son unité. En effet, l'enfant devant le miroir reconnaît tout d'abord l'autre, l'adulte à ses côtés, qui lui dit : « Regarde c'est toi ! » et ainsi l'enfant comprend : « C'est moi ». Cette étape du développement pose également les bases du narcissisme, de la perception et de l'acceptation de l'image de soi.

Un langage avant les mots

Dès lors, l'enfant puis l'adolescent et l'adulte se regardent dans le miroir en s'attendant à voir leur visage, à le reconnaître. Fort de ce sentiment d'identité, l'individu peut entrer en relation avec autrui, notamment au travers d'une multitude de mimiques qui peuvent exprimer ses émotions dans un langage non verbal. Chaque muscle du visage se contracte, les articulations s'actionnent pour donner naissance à des expressions. Ce langage des mimiques faciales favorise la communication de pensées, de sentiments, permet la mise en relation, la création d'un lien social : « Visage, déjà langage avant les mots » (5). Il est intéressant de découvrir dans une étude américaine sur l'expression faciale spontanée d'athlètes olympiques et paralympiques aveugles de naissance ou non, d'origines différentes, que les muscles du visage se déplacent de la même manière en réponse à des états émotionnels et des contextes sociaux spécifiques, ici la victoire ou la défaite en compétition (6). Par exemple, 85 pour cent des médaillés d'argent auxquels la médaille d'or a échappé, voyants ou non, ont montré le même « sourire social », où seule la bouche sourit. Le sourire qui résulte d'un réel bonheur est une expression où les yeux scintillent et les joues augmentent de volume. Ainsi, le visage est un support d'émotions. « Le visage est sens à lui seul » (6), sur le plan symbolique mais aussi en accueillant nos cinq sens. Lorsque ce visage est touché, blessé, les patients que nous accompagnons nous rapportent un véritable bouleversement de leurs repères, scrutant, humant l'environnement à la recherche du moindre indice, écoutant dans un état de qui-vive les bruits d'un espace qu'ils ne peuvent plus voir du fait des bandages voire des lésions ophtalmiques.

La défiguration : une blessure identitaire

Le terme « défigurer » dans la langue française définit l'action « d'altérer l'aspect de quelque chose, d'abîmer le visage, de dénaturer, travestir » (1). Notons d'emblée qu'il n'y a pas de causalité linéaire entre le type de lésion et les potentiels retentissements psychiques. C'est la position subjective propre à chaque patient qui va particulariser cette expérience de la blessure, en fonction de ses représentations imaginaires, mais aussi de son histoire, des liens tissés préalablement avec son environnement socio-familial. Les conséquences de l'atteinte de la face dépendent des ressources et des vulnérabilités psychiques propres à l'individu comme de l'investissement de cette partie du corps.

Une confrontation au vif de la chair

Arrêtons-nous sur le moment de l'annonce de la défiguration au réveil après, par exemple, le rapatriement d'un théâtre d'opérations d'un blessé militaire. Tel ce jeune chef mis en scène dans le roman de Marc Dugain, « La chambre des officiers », qui est parti au front repérer un lieu où construire un pont : il se réveille et cherche à comprendre pourquoi il ne trouve plus ses dents, pourquoi il souffre tant et ne peut plus parler. Ou, 100 ans plus tard, ce jeune soldat que nous rencontrons en réanimation après l'explosion d'un Engin explosif improvisé (IED) au passage de son véhicule sur les routes afghanes : le visage a doublé de volume, des barres métalliques fixent ce qu'il reste de son massif facial…

Les chambres dans les centres de traitement des brûlés ou en réanimation sont dépourvues de miroir. Le blessé va chercher à capter l'attention de l'autre, son regard, chercher son reflet dans une surface réfléchissante comme un verre d'eau, une vitre. Puis, le moment d'enlever les bandages arrive. Il s'agit d'annoncer au blessé que sa mâchoire, son nez, ses yeux n'ont pas pu être sauvés. Quand le patient n'a pas pu s'y préparer, les états observés sont proches de l'effroi, de la sidération psychique face à l'irruption de la menace vitale, dans un vécu de solitude extrême. Le plus souvent, il n'a pas de souvenir de ce qui s'est passé et il se réveille comme dans un cauchemar, face au réel du trou laissé par la balle, la roquette, la brûlure, etc.

Le blessé est confronté à son image ; il est plongé brutalement dans le vif de la chair. Ses déformations éprouvent son sentiment d'affiliation à l'espèce humaine. À la place du reflet attendu, le sujet ne voit de lui-même qu'une masse informe, monstrueuse. L'image du corps intériorisée ne correspond plus à cette enveloppe corporelle détériorée et menaçante, induisant une inquiétante étrangeté. Le corps, habituellement silencieux, ne cesse de se manifester par la douleur et la répétition des soins. Alors, le patient peut être en proie à une angoisse indicible. La découverte brutale d'un visage différent de celui attendu donne souvent lieu à un vécu de dépersonnalisation et de déréalisation qui ne préjugent pas de l'évolution pathologique de ces manifestations aiguës de l'angoisse. La mutilation peut aussi faire effraction, confronté soudainement à l'instant de sa mort. Ainsi, on peut observer des réactions de « choc » voire de dissociation qui nécessitent une prise en charge psychologique adéquate. Dans certains cas, de profonds remaniements de la personnalité ou encore des décompensations psychiatriques plus sévères se dévoilent. Il s'agira d'être attentif au repérage des troubles psychiques post-traumatiques en de telles circonstances. L'atteinte délabrante du corps est à considérer comme un facteur de risque supplémentaire quant à l'existence d'une blessure psychique. Elle stigmatise la violence de l'événement vécu.

Une inquiétante étrangeté

En outre, la blessure du visage peut bouleverser le sentiment d'identité et d'unité psychique. « Ce n'était pas d'un organe que je mesurais la perte, mais celle de mon identité et peut-être de mon humanité », rapporte le narrateur du roman de Galan après avoir subi une mandibulectomie dans les suites d'une tumeur résistante aux traitements chimiothérapiques (7). La monstruosité de l'apparence altère la vie de relation. Afin de dissiper toute ambiguïté, le terme « monstrueux » est à entendre dans son sens classique et non dans son acception plus contemporaine empruntée d'une tonalité morale. Sur le plan étymologique, « monstre » dérive du terme latin *monstrum*, « prodige » lui-même dérivé du verbe *monere* : « faire songer à quelque chose, avertir, engager, donner des avertissements » (8). Ici, le terme de monstruosité faciale s'appuie sur le fait qu'un visage défiguré correspond en de nombreux points aux caractéristiques du monstre dans sa perception classique : c'est une personne dont l'infortune suscite tous les regards. Face à la difformité faciale, les mouvements dans la relation avec autrui sont emprunts d'ambivalence allant de la fascination à la répulsion, en passant par l'angoisse. Tel ce blessé gravement brûlé, rescapé d'un accident aérien mortel, qui arpente les couloirs de l'hôpital avec de volumineuses « bosses » sur le crâne. Deux ballons ont été placés sous la peau et sont gonflés progressivement pour permettre une expansion cutanée en vue d'une greffe de peau ultérieure. Il est intéressant d'observer les réactions de ceux qui le croisent : la majorité détourne le regard ou affiche un « sourire social ».

L'individu qui fait face à cette monstruosité expérimente un sentiment d'inquiétante étrangeté (9). L'individu défiguré n'apparaît pas tout à fait malade mais n'est pas en bonne santé, il n'est pas mort mais ne semble pas être tout à fait vivant, il est à la fois familier et étranger. L'ouvrage d'Erving Goffman, Stigmate – Les usages sociaux des handicaps, nous éclaire sur les conséquences sociales d'une telle atteinte. En effet, l'auteur définit comme stigmate tout attribut qui rend l'individu différent de la catégorie sociale dans laquelle on voudrait le classer. Parmi ces attributs figurent notamment les « monstruosités du corps », dont les défigurations. La présence de tels stigmates modifie donc en profondeur la nature des relations sociales avec notamment une mise à distance du groupe, tout en étant en permanence « stigmatisé », dévisagé (10). Aussi, la prise en charge chirurgicale ne peut être dissociée d'un travail psychologique d'acceptation de ce nouveau visage. Il commence avec l'épreuve du miroir.

L'épreuve du miroir

La présentation du miroir à un patient défiguré est un temps des soins qui nécessite un espace dédié, calme, sécurisé. Il passe par la présence d'un autre visage qui parle et qui peut soutenir ce face-à-face avec le blessé. Celui ou celle qui l'accompagne dans cette épreuve va lui montrer qu'il est là, dans cette relation. Son regard devient alors un point d'accommodation pour

le sujet. La manière dont on expose le miroir influence ce qu'il va percevoir de lui-même : « Regardez-moi, je suis là face à vous. » Le miroir est ensuite présenté progressivement à la périphérie du champ visuel du patient qui jette quelques coups d'œil, puis revient vite vers le visage du soignant : « Ça va docteur ? Ce n'est pas trop horrible ? », demande ce soldat rapatrié d'Afghanistan.

Soutenir le regard du blessé dans un face-à-face thérapeutique, médié par le langage, permet un travail d'appropriation de ce nouveau visage qui ne cessera de changer au fur et à mesure des chirurgies réparatrices et reconstructrices. Il s'agit d'offrir au patient une base de sécurité, un espace rassurant qui écoute et facilite la mise en mots de l'expérience et du vécu afin que ce réel de la chair mutilée soit lié d'emblée au symbolique et ne reste pas pure fascination (11). « Cela nous rappelle que pour se construire ou se re-construire, l'humain ne peut pas se passer de l'intervention d'un autre humain » (11).

Une co-construction du visage : une remise en continuité, une greffe de sens

On perçoit que la défiguration n'est pas une blessure comme les autres. Elle peut s'envisager comme une triple amputation : physique, psychique et morale. Elle éprouve l'intégrité corporelle, les assises narcissiques et le lien à l'autre. Le travail du chirurgien comme celui du psychiatre va évoluer en plusieurs temps. Nous en caractériserons deux : de la « gueule » à la face, puis de la face au visage.

De la « gueule » à la face : retrouver un visage humain

Avant la réparation de sa face, le blessé se perçoit dans un corps morcelé, univers de douleurs. Il n'a plus visage humain et l'on peut entendre que le terme « Gueule Cassée » symbolise quelque chose de l'ordre de la « bête », de l'animal. Plus que jamais, le patient défiguré a besoin du regard attentif et de la parole contenante de l'équipe médicale pour se sentir exister, s'identifier à ce qu'elle lui renvoie de lui-même. Le médecin chirurgien est investi massivement. Il lui redonne de l'espoir tout en restant dans le principe de réalité pour l'aider à faire sienne sa nouvelle image. Cette étape de reconstruction à l'hôpital peut durer des années, façonnant une forme anatomique cohérente, restaurant une enveloppe protectrice, des fonctions essentielles comme pouvoir manger, parler, etc. Parfois, ces opérations peuvent entraîner un vécu d'épuisement et un renoncement à la poursuite de la réparation esthétique.

Certains blessés confient un vécu d'hybridité quand des fixateurs, des structures métalliques tiennent leur visage ou quand sont greffés dans leur chair des fragments de corps propre voire les tissus d'un donneur. C'est ainsi qu'un lambeau prélevé sur la cuisse peut se retrouver au niveau du palais, donnant lieu à d'étranges panachages, comme le décrit le narrateur du roman de Galan : « Des poils poussaient maintenant à l'intérieur de ma bouche… De cette réaction bien naturelle puisque, désormais, me tenait lieu de gencive une palette de peau prélevée sur ma cuisse, nul n'avait songé à me prévenir » (7). La monstruosité initiale se transforme en un « être hybride composé d'éléments disparates » (12). Ainsi, en parallèle de l'ensemble des soins physiques, un accompagnement psychique doit être proposé et ce dès les premiers temps de la prise en charge. Le travail du psychologue ou du psychiatre s'intègre dans une élaboration avec le patient de la place de l'événement dans sa trajectoire existentielle. Il est nécessaire de réintroduire le langage, de mettre en mots le vécu, la souffrance, la peur, afin de renouer avec son parcours de vie et de se (ré)approprier ce corps défiguré. Il s'agit là de faire face, de soutenir par le regard cette figure abîmée, de ne pas l'éviter. De la capacité du thérapeute à mettre en mots ce qu'il perçoit de l'angoisse, de la honte, de la gêne, dépend la possibilité pour le patient de ne pas rester figé dans une « aliénation mortifère à son propre reflet » (12). Selon les blessures subies et notamment pour ceux qui ne peuvent pas parler, il convient de proposer des hypothèses quant à leur probable expérience subjective et d'inventer des modalités relationnelles passant par d'autres interactions sensorielles (mots sur une ardoise, échanges par le regard, etc.). Il est alors nécessaire de rester attentif aux éventuelles projections défensives ou encore au ressenti contre-transférentiel. Ces mouvements psychiques nécessitent d'examiner en soi ce qui pourrait être convoqué du côté de l'agressivité, de l'ambivalence ou de l'insupportable impuissance.

« Le rôle de miroir symbolique du thérapeute consiste donc à soutenir la réalité visible de la monstruosité, en restant particulièrement attentif à l'intensité et à l'archaïsme du contre-transfert suscité, mais aussi à la *métaboliser* » (12). Cette étape peut s'apparenter à un retour au stade du miroir développé précédemment.

Ainsi, par une posture clinique consistant à soutenir la réalité du visible tout en écoutant la parole du sujet, ses ressources psychiques sont mobilisées et facilitent le travail d'acceptation de ce nouveau corps.

De la face au visage : un parcours de réhabilitation

Le passage de la face au visage est l'ultime étape qui nécessite du temps et qui n'advient pas toujours. On peut l'envisager sur le modèle d'une greffe, une greffe symbolique de sens. Elle permet de créer de nouvelles identifications, d'abord au semblable qui porte la même cicatrice, puis comme autre du groupe social. La question est de savoir comment le sujet va s'approprier sa blessure, en faire un événement de son histoire en lien avec les représentations antérieures de son corps, de son environnement affectif. Le soutien et l'amour des proches sont des filets de protection durant ce long parcours de cicatrisation physique et psychique.

« Ne regardez pas ce que vous avez perdu, regardez ce que vous pouvez encore faire. La vie n'est pas finie. Il y a toujours quelque chose à faire après, voilà ce que je dis aux nouveaux membres des *Gueules Cassées* », rapporte

un militaire blessé à deux reprises au combat et très engagé dans la vie associative. Le travail de réinsertion dans un projet choisi permet de restaurer le sentiment d'appartenance à la communauté des vivants.

Finalement, c'est un véritable changement qui doit s'opérer dans le rapport de l'individu à son existence en lui permettant d'apprivoiser sa nouvelle identité. Il ne s'agit surtout pas d'effacer, d'oublier, de banaliser, mais de favoriser un processus de deuil et d'intégrer cet événement qui laissera toujours une cicatrice. Cette dernière étape est souvent rendue possible en milieu militaire par l'aide morale de la communauté des frères d'armes. Retrouver une place aux yeux des autres, tisser un nouveau projet de vie permettent de sublimer le handicap. Aujourd'hui, le processus de réadaptation et de réinsertion socio-professionnelle des blessés en opération est coordonné avec leur parcours de soins, bien au-delà des longs mois d'hospitalisation.

Tous les patients que nous suivons depuis des années nous ont appris qu'on ne peut pas survivre seul à ce type de blessure. Quand le sentiment d'être oublié par la société apparaît, la famille, les proches et tout ce qui participe à créer du lien social contribuent à la reconstruction du « Visage », support d'identité et d'émotions.

La reconnaissance : enjeux en milieu militaire

« J'ai survécu, je suis un blessé de guerre ! », ne cesse de nous rappeler un jeune soldat rapatrié d'un théâtre d'opérations après avoir été violemment projeté au sol par le souffle de l'explosion d'un véhicule piégé et enseveli sous des sacs de sable. Il a été brûlé sur une partie du visage et a de nombreuses fractures dentaires. Il affiche ce statut de « blessé de guerre » dans l'hôpital, mais également à l'extérieur, dans la rue, enlevant volontiers ses lunettes, le chèche qui pourrait masquer ses lésions. Il ne paie pas ses titres de transport, opposant au contrôleur son statut et son visage défiguré. Les coordonnées de son engagement sont marquées par une trajectoire complexe ; il a dû quitter son pays, ses attaches pour avoir « une deuxième vie », « servir ». Il est aujourd'hui lié par le sang, par le sacrifice consenti, à ses frères d'armes et à la France. Clemenceau, à la tribune de l'Assemblée Nationale, lança une phrase devenue célèbre au lendemain de la Grande Guerre : « Ils ont des droits sur nous ».

Cette reconnaissance en tant que « blessé de guerre », peu importe d'ailleurs le type de lésion, opère comme une greffe identitaire et construit une nouvelle figure de l'altérité (13). Cette identification à un trait symbolique, celui du signifiant « blessé de guerre », peut avoir un effet de soulagement. En revanche, il s'agit d'être attentif à ne pas réduire le sujet à cette « catégorisation » qui pourrait entraver toute élaboration concernant l'expérience vécue, les émotions qui l'ont suivie et les pensées qu'elle a fait naître, en dénouant avec lui les fils d'un discours où se mêlent des éléments particuliers de son histoire. Cette assignation à un statut pourrait conduire à une recherche perpétuelle de reconnaissance à l'origine d'une forme de revendication identitaire et de souffrances qui ne cesseraient de réouvrir la plaie d'une blessure invisible.

À ce titre, rappelons que le terme « reconnaissance » désigne à la fois le fait de « reconnaître » ou « de se reconnaître », ce verbe étant lui-même synonyme d'« identifier (quelqu'un ou quelque chose) à l'aide de la mémoire » ou « au moyen d'un caractère déjà identifié ou en tant qu'appartenant à une catégorie » (1).

La reconnaissance institutionnelle se manifeste sous plusieurs formes symboliques. Les militaires que nous accompagnons nous confient que l'attribution par leurs chefs de décorations ou de récompenses dans les suites de missions particulièrement éprouvantes ne sont pas sans effet sur leur réparation. Ces témoignages du devoir accompli sont attendus dans un délai raisonnable et avec équité, en personnalisant le temps symbolique de la remise de décoration avec une autorité investie d'une légitimité. Il est intéressant de souligner qu'il a fallu cent ans pour que l'insigne du blessé devienne en 2016 la « médaille du blessé ». Cette médaille témoigne de la reconnaissance de la Nation aux militaires blessés, physiquement et/ou psychiquement, à la guerre ou à l'occasion d'une opération extérieure.

Le parcours de reconnaissance officielle de la blessure comme imputable au service est parfois long et vécu douloureusement. Lorsqu'un militaire est blessé du fait ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, il doit ouvrir un dossier de pension militaire d'invalidité avec les « preuves » de sa présence au moment de l'événement générateur (rapport circonstancié, fiche de suivi opérationnel, témoignages, citations, etc.). La blessure inscrite dans le corps n'appelle pas à discussion mais, pour les blessures psychiques, le processus peut devenir un véritable parcours du combattant. Aussi, les médecins des forces veillent à la traçabilité des pièces ; ils rédigent précocement un certificat médical initial et ouvrent une DAPIAS (déclaration d'affection présumée imputable au service). De la prise en charge initiale au temps des procédures de reconnaissance des séquelles, différentes étapes s'enchaînent au cours de plusieurs mois voire années. Le recueil des documents médico-administratifs nécessaires à l'examen des droits à réparation et les différentes expertises médicales sont perçus comme étant source de stress et d'angoisse. Dans la clinique des troubles psychiques post-traumatiques, il est fréquemment observé des phénomènes de rupture des liens avec l'institution militaire, la famille et la société. Un vécu de honte et d'indignité peut attaquer le sentiment d'appartenance au monde des combattants voire des vivants. Aussi, il est capital d'adresser le blessé à un psychiatre militaire qui pourra réaliser un bilan global et guider celui-ci dans les différentes étapes d'un parcours de soins et de reconstruction personnalisé.

Conclusion

Qu'est-ce qui a changé depuis la Grande Guerre pour les blessés de la face ? Sans aucun doute les progrès de la médecine et les prouesses techniques. Toute la chaîne sanitaire opérationnelle – de la zone des combats

aux hôpitaux militaires – s'est ajustée pour transformer le pronostic de la défiguration. Mais les « Gueules Cassées » portent toujours l'empreinte de ce moment indicible où tout bascule dans le chaos de la chair arrachée, l'effroyable expérience du face-à-face avec la mort. Elles accrochent les regards interloqués dans les rues de nos cités ; elles questionnent notre société sur les stigmates de la guerre que l'on pourrait croire d'un autre temps.

La majorité des patients que nous avons rencontrés nous ont rapportés désirer un état de moindre souffrance, la préservation de leur autonomie et si possible une face n'attirant pas trop les regards. La beauté n'est pas recherchée à tout prix. Le parcours de soins vise la récupération d'une image de soi acceptable, le rétablissement d'une vie de relation. Chirurgiens et psychiatres travaillent en synergie pour y parvenir. Chaque soignant est un nouveau miroir symbolique pour le patient et participe au travail d'acceptation de soi. Ceci implique donc que ces acteurs du soin soient préparés à ces situations et puissent se concerter pour séquencer leurs interventions spécifiques.

De la capacité du chirurgien et du « psy » à rencontrer le plus tôt possible le blessé dépend le pronostic médical et psychologique de son traumatisme : voilà les enseignements de 100 ans d'histoire de la psychiatrie et de la chirurgie dites de l'avant, mais aussi de l'après…

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Petit Robert de la langue française. Le nouveau petit Robert. Paris ; 2017:3022p.
2. Le Breton D. De la défiguration à la greffe du visage. Études 2010;412(6):761-72.
3. Simmel G. La tragédie de la culture. Et autres essais. Rivages (Petite bibliothèque);1993:254p.
4. Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Revue Française de Psychanalyse. 1949;13(4):449-55.
5. Levinas E. Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité. Paris : Biblio essais (Le livre de poche); 2006:352p.
6. Levinas E. Éthique et infini. Paris : Biblio essais (Le livre de poche) ; 1982:128p.
7. Galan A. Louvière. nrf. Gallimard (Blanche) ; 2010.
8. Gaffiot F. Dictionnaire Latin/Français. Hachette. Paris ; 1934.
9. Freud S. L'inquiétante étrangeté et autres essais. Gallimard (Folio essais) ; 1988:342p.
10. Goffman E. Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Les Éditions de Minuit; 1975:175p.
11. Colas M-D. Le visage des hommes, 1914-2014: un face-à-face avec le blessé de guerre. Lavauzelle; 2014:245p.
12. Demeule C. Malformation du visage et défiguration : prise en charge psychologique dans la clinique de la monstruosité faciale. European Journal of disability research. 2017;11(1):50-64.
13. Colas M-D. Les « Gueules Cassées », d'une génération à une autre : approche sociologique et psychopathologique des blessures de guerre. Annales Médico-Psychologiques. 2012;170(4):238-43.