



Gueules Cassées

UN NOUVEAU VISAGE

17 et 18 octobre 2014

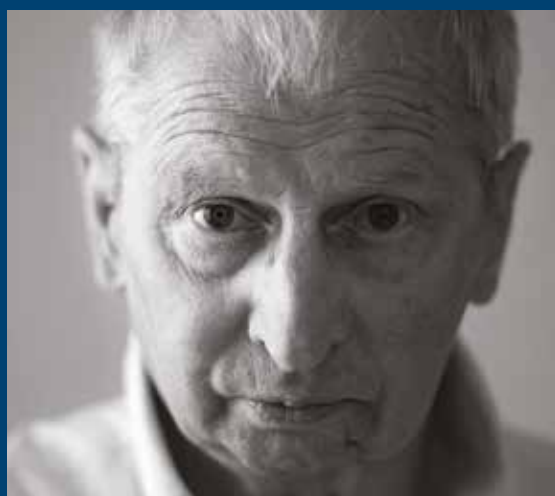
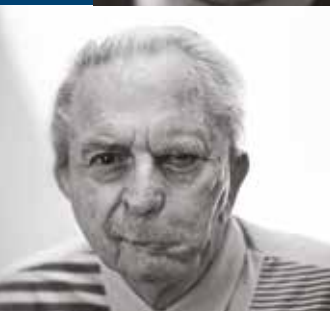
Commémoration du Centenaire de la Grande Guerre



Programme et recueil des abstracts

**Colloque
« Gueules Cassées, un nouveau visage »**

École Militaire à Paris





Programme

Vendredi 17 octobre

8h30 • CAFÉ D'ACCUEIL

9h00 • 9h30

Annonces par *Thierry Lefebvre*, maître de cérémonie du :

- Mot d'accueil des présidents de l'Union des Blessés de la Face et de la Tête et de la Fondation des «Gueules Cassées»
- Mot d'accueil de *Jean-Christophe Rufin*, de l'Académie française, parrain du colloque «Gueules Cassées, un nouveau visage»
- Mot d'accueil du Dr. *Marie-Andrée Roze-Pellat*, Chef du Service de chirurgie dentaire de l'Institution Nationale des Invalides et Vice-présidente de la Fondation des "Gueules Cassées"
- Discours d'introduction de *Kader Arif*, Secrétaire d'Etat chargé des Anciens combattants et à la Mémoire, auprès du ministre de la Défense

SESSION 1

HISTOIRE D'HOMMES • HISTOIRE D'INSTITUTIONS

Modérateurs : Pr. *Jean-Paul Amat* - Pr. *Olivier Forcade*

9h30 • 10h00

- *L'institution des Gueules Cassées : origine, construction et rayonnement*

Pr. *Jean-Paul Amat* - Université Paris IV-Sorbonne

10h00 • 10h30

- *Les Gueules Cassées dans la société française*

Pr. *Olivier Forcade* - Université Paris IV-Sorbonne

10h30 • 11h00 • PAUSE

11h00 • 11h30

- *Les Gueules Cassées en Europe : étude comparative*

Marjorie Gehrhardt - Université d'Exeter

11h30 • 12h30

- *Les Gueules Cassées dans le siècle et dans le monde*

Table ronde

12h30 • 14h00 • BUFFET DÉJEUNER

SESSION 2

ESSOR DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Modérateurs : Pr. *Jean-Louis Blanc* et Dr. *François-Xavier Long*

14h00 • 14h30

- *Causes et spécificités de la blessure faciale au cours de la Première Guerre mondiale*

Dr. *François-Xavier Long* - Centre hospitalier - Verdun

Dr. *Vito Cerabona* - Centre Hospitalier - Verdun

14h30 • 15h00

- *Prise en charge des blessures maxillo-faciales au cours de la Première Guerre mondiale et évolution*

Pr. *Gaëtan Thiery* - Hôpital d'Instruction des Armées Laveran - Marseille

Pr. *Laurent Guyot* - Hôpital Nord - Marseille

15h00 • 15h30 • PAUSE

15h30 • 16h00

- *Les hôpitaux militaires pendant la Première Guerre mondiale*

Dr. *Jean-Jacques Ferrandis* - Paris

16h30 • 17h00

- *Sir Harold Gillies et les blessés de la face*

Dr. *Andrew Bamji* - Londres



Samedi 18 octobre

8h30 • CAFÉ D'ACCUEIL

9h00 • 9h30

Annonces par *Thierry Lefebvre*, maître de cérémonie du :

- Mot d'accueil des présidents de l'Union des Blessés de la Face et de la Tête et de la Fondation des «Gueules Cassées»
- Mot d'accueil du Dr. *Marie-Andrée Roze-Pellat*, Chef du Service de chirurgie dentaire de l'Institution Nationale des Invalides et Vice-présidente de la Fondation des "Gueules Cassées"

SESSION 2 suite

ESSOR DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Modérateurs : Pr. *Jean-Louis Blanc* et Dr. *François-Xavier Long*

9h30 • 10h00

- *L'apport des dentistes dans le traitement des blessures faciales : l'exemple de V.H. Kazandjian*

Pr. *Jean-Louis Blanc* - Centre Hospitalier Universitaire Timone - Marseille

10h00 • 10h30

- *Les blessures de la face pendant la Première Guerre mondiale et leur représentation dans l'art en Allemagne*

Dr. *Vincent Coupez* - Fribourg

10h30 • 11h00

- *De la chirurgie réparatrice à la greffe de visage*

Pr. *Bernard Devauchelle* - Centre Hospitalier Universitaire - Amiens

11h00 • 11h30 • PAUSE

SESSION 3

SOUFFRANCE ET PSYCHOLOGIE DU SOLDAT ET DE L'ANCIEN COMBATTANT

Modérateur : Pr. *Maurice Bazot*

11h30 • 12h00

- *La défiguration : une blessure morale singulière ou comment « sourire quand même »*

Pr. *Marie-Dominique Colas* - Hôpital d'Instruction des Armées Percy - Clamart

12h00 • 12h30

- *Le long parcours d'une difficile prise en compte des traumatisés psychiques des guerres modernes*

MC *Humbert Boisseaux* - Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce - Paris

12h30 • 14h00 • BUFFET DÉJEUNER

14h00 • 14h30

- *Les avancées « post-Afghanistan » dans la prise en charge des militaires français blessés psychiques*

Pr. *Franck de Montleau* - Hôpital d'Instruction des Armées Percy - Clamart

14h30 • 15h00

- *Le syndrome de Lazare*

Pr. *Patrick Clervoy* - Ecole du Val-de-Grâce - Paris

15h00 • 15h30 • PAUSE

SESSION 4

EXPERTISE ET REPARATION

Modérateur : Pr. *Maurice Bazot*

15h30 - 16h00

- *Les séquelles des blessures de guerre au titre de la prise en charge de la réparation médico-légale des dommages corporels*

Dr. *Jean-Michel André*

16h00 - 16h30

- *Le traumatisme psychique : figure nouvelle des blessures de guerre*
- *Valeur thérapeutique de l'expertise (décret de 1992)*

Dr. *Michel Pierre*

16h30 - 17h00

- *Réparation du psychosyndrome traumatique de guerre*
- *De la reconnaissance théorique à la mise en œuvre pratique*

Maître *Véronique de Tienda-Jouhet* - Barreau de Paris

17h00 - 17h30

- *Clôture du colloque par Pr. Jacques Philippon - Président du Comité scientifique de la Fondation des «Gueules Cassées»*

L'Union des Blessés de la Face et de la Tête et la Fondation des « Gueules Cassées » : une leçon de courage et une source d'espoir

Lorsque l'on parle des « Gueules Cassées » tout un chacun pense aux blessés de la face de la Première Guerre mondiale. Pourtant toutes les guerres laissent derrière elles de nouvelles « gueules cassées » physiques et psychologiques. C'est pour ces défenseurs de la France et de ses idéaux que l'Union des Blessés de la Face et de la Tête et la Fondation des « Gueules Cassées » organisent ce rendez-vous exceptionnel sous le haut patronage du Président de la République :

Le colloque « Gueules Cassées, un nouveau visage » les 17 et 18 octobre 2014 à l'Ecole Militaire à Paris

En 1921, trois hommes : Albert Jugon, Bienaimé Jourdain et le Colonel Yves Picot fondent une association pour venir en aide à leurs camarades atrocement défigurés au cours de la Première Guerre mondiale. Ils choisissent de s'appeler « Les Gueules Cassées », terme rude et provocant pour le grand public mais affectueux pour eux-mêmes. Ils se dotent d'une devise porteuse de promesse et d'espoir « *Sourire quand même* ».

Les « Gueules Cassées » apportent, dans un esprit de fraternité et d'entraide, une assistance morale et matérielle aux militaires blessés au combat, en OPEX (OPérations EXtérieures), policiers, gendarmes et pompiers blessés en service, victimes civiles d'attentats, atteints de blessures au visage ou à la tête.

Elle remplit également un rôle d'entretien de la Mémoire des sacrifices consentis pour le pays. L'Association tire ses ressources de son actionnariat dans La Française des Jeux dont elle est le second actionnaire, après l'État.

En effet, les « Gueules Cassées » eurent l'idée géniale, dans les années 30, de créer les fameux dixièmes de la Loterie Nationale, puis furent en 1976 les promoteurs du LOTO en France.

Soucieux de pérenniser leur œuvre, les « Gueules Cassées » ont fondé en 2001 leur propre fondation : elle a pour but le soutien aux institutions de toute nature s'intéressant en priorité aux traumatismes de la face et de la tête et à leurs séquelles, mais également aux pathologies d'origine malformative et tumorale, aux maladies dégénératives affectant le fonctionnement cérébral.

Conseillée par un comité scientifique composé d'éminents médecins, elle accorde des bourses d'étude et des aides financières à des équipes de chercheurs, et offre des équipements à des établissements spécialisés dans la traumatologie crânio-maxillo-faciale. La Fondation des « Gueules Cassées » est d'un apport important pour ce type de recherche auquel peu d'autres mécènes s'intéressent. Elle a, à ce titre, reçu la Médaille d'Or de l'Académie nationale de Médecine 2012.

Depuis sa création, la Fondation des « Gueules Cassées » a soutenu 300 projets de recherche pour un montant de mécénat supérieur à 8,5 M€.

Fortes de leur histoire, l'Union des Blessés de la Face et de la Tête et la Fondation des « Gueules Cassées » sont aujourd'hui des acteurs majeurs de la solidarité en France. Ce colloque est une étape importante sur la route escarpée qui va du souvenir à l'avenir.



Général (2s) Chauchart du Mottay
Président de la Fondation des « Gueules Cassées »



Henri Denys de Bonnaventure
Président de l'UBFT

D^r Marie-Andrée Roze-Pellat, Chef du Service de chirurgie dentaire de l'Institution Nationale des Invalides et Vice-présidente de la Fondation des « Gueules Cassées »



D^r Marie-Andrée
Roze-Pellat

Des blessés de la face du premier conflit mondial apportèrent soutien, solidarité, fraternité et aide morale à leurs frères de souffrance liés par le même complexe de la défiguration. Ils leur donnèrent la possibilité de se regrouper dans une association, « les Gueules Cassées ». Le lourd bilan de cette guerre initia une belle histoire de solidarité qui se poursuit toujours. Sensibilisée tout au long de ma carrière professionnelle aux soins bucco-dentaires des patients « Gueules Cassées », à l'Institution Nationale des Invalides, il m'a paru opportun que le centenaire de la Grande Guerre leur consacre ce colloque, *Les Gueules Cassées un nouveau visage*. Les orientations proposées par les quatre sessions permettront, je l'espère, d'éviter l'oubli progressif de l'image et de la vocation de l'association et de la fondation des « Gueules Cassées » et de mieux faire connaître les nombreux domaines que ces deux structures explorent et encouragent.

- La session *Histoire d'hommes, histoire d'institutions* aborde la question de l'émergence des blessés de la face. Sur le champ de bataille, puissance des armes et conditions de l'affrontement ; dans la société, poids des représentations, rôle des institutions, montée en puissance des groupements et associations. L'histoire de celle des Gueules Cassées sera mis en perspective avec la prise en charge de ces blessés dans différents pays belligérants.
- La session *Essor de la chirurgie maxillo-faciale* montre que la Première Guerre mondiale contribua au fulgurant essor de cette discipline. En effet la réparation de milliers de blessés de la face a suivi l'évolution de la chirurgie maxillo-faciale et dentaire, pratiquement inexistante au début du XX^e siècle. Chirurgiens, dentistes, prothésistes n'eurent de cesse d'innover, de tenter, de réussir et d'améliorer les techniques opératoires et prothétiques afin de redonner un visage à ces victimes, qui furent ainsi des vecteurs d'innovation et de progrès.
- La session *Souffrance et psychologie du soldat et de l'ancien combattant* montre que l'étude de la souffrance morale liée à la défiguration qui toucha ces milliers d'hommes, jeunes pour la grande majorité, s'est développée tardivement. À peine évoquée lors du premier conflit mondial, elle émergea avec les autres guerres du XX^e siècle pour arriver à une prise en compte qui a permis aux blessés de mieux supporter leurs blessures, leurs défigurations.
- La session *Expertise et réparation analyse* le rôle de l'association des Gueules Cassées dans la mise en œuvre du droit à réparation des victimes de guerres blessées aux visages. Dans la loi du 31 mars 1919, le législateur avait ignoré le préjudice spécifique causé par la défiguration. Cette injustice fut rattrapée par deux décrets promulgués en 1925 et 1954 qui accordent des taux de pension de 10 à 100 %.

Grâce au progrès de la médecine, les Gueules Cassées ont recouvré un visage. Armés pour affronter le regard des autres, ils sortirent de l'isolement dans lequel les premières générations s'étaient enfermées. Malgré les blessures, éprouvées sur de multiples champs de bataille, ils ont perpétué la belle devise des Gueules Cassées : « Sourire quand même ».

Kader Arif, Secrétaire d'Etat chargé des Anciens combattants et à la Mémoire, auprès du ministre de la Défense



Kader Arif

Chaque guerre est suivie de son cortège de morts et de blessés. Les armements modernes utilisés pendant la Grande Guerre ont provoqué d'immenses traumatismes physiques en même temps que psychiques. Cette guerre a laissé derrière elle, à côté des 1,4 millions de morts, des millions de blessés. Blessés dans la chair, dans le corps, dans l'esprit, dans l'âme. En 1918, ces hommes étaient vivants. Mais ils étaient surtout des survivants de l'horreur et de la barbarie, condamnés à faire face à des regards qui se détournaient. En Europe, au lendemain de la Grande Guerre, on compte environ 6,5 millions d'invalides, dont près de 300 000 mutilés à 100 % : aveugles, amputés d'une ou des deux jambes, des bras, et blessés de la face et/ou du crâne. On estime au minimum à 15 000 le nombre de « gueules cassées » en France qui portent sur leur visage les stigmates d'une guerre sans merci et la mémoire de l'horreur des tranchées et des combats du front.

Si le 11 novembre 1918 met fin à la guerre, l'armistice ne met pas fin pour autant aux souffrances endurées. Beaucoup furent les soldats touchés. Rares en revanche furent les voix qui s'élevèrent pour mobiliser l'opinion autour de ces hommes et de leurs conditions de vie.

Évoquer les « gueules cassées », c'est, au-delà du contexte de la Grande Guerre, plonger dans l'intimité d'hommes dont la guerre a emporté une partie d'eux-mêmes et dont le quotidien a totalement changé. C'est aussi évoquer toute une génération marquée par ces traumatismes : femmes, enfants, amis qui lisent sur le visage d'un parent ou d'un proche une guerre qui ne finit pas. Mais c'est aussi un travail de mémoire que nous faisons pour rappeler les valeurs pour lesquelles ces hommes se sont engagés et ont consenti à tant de sacrifices, il y a 100 ans, mais aussi il y a 70 ans et plus récemment encore dans les opérations extérieures.

C'est pourquoi je tiens à remercier très sincèrement l'Union des Blessés de la Face et de la Tête et la Fondation des « Gueules Cassées » pour l'initiative de ce colloque. Au-delà, je tiens à saluer l'engagement de leurs membres qui veillent à apporter, dans un esprit de fraternité, tout le soutien moral et matériel aux soldats blessés en opérations extérieures, aux militaires, gendarmes et pompiers engagés dans des missions intérieures ainsi qu'aux victimes civiles d'attentats.

Toute leur histoire est une histoire de solidarité et d'entraide née en 1921 et qui se perpétue depuis. Symboles de la barbarie de la Grande Guerre, les « gueules cassées » poursuivent aujourd'hui le combat pour la justice sociale et la reconnaissance des oubliés de la guerre.

Les combattants d'hier qui portent sur le visage les marques du passé aident les soldats d'aujourd'hui, marqués dans leur chair, à se tourner vers l'avenir. Leur courage et leur générosité nous obligent et nous poussent à poursuivre nos efforts pour une politique de réparation et de reconnaissance toujours plus ambitieuse à l'égard du monde combattant.

L'institution des Gueules Cassées : origine, construction et rayonnement

Professeur **Jean-Paul Amat** - Université Paris IV-Sorbonne



Pr Jean-Paul Amat

Jean-Paul Amat est professeur émérite de l'université Paris Sorbonne, agrégé de géographie, docteur d'Etat ès lettres et Sciences humaines. Sa thèse portait sur les relations entre la forêt et la guerre sur le front occidental de la Grande Guerre. Il a dirigé le laboratoire Espaces, Nature et Culture, CNRS – Université Paris Sorbonne. Il est membre de conseils scientifiques (GIP Centenaire, musée de la Grande Guerre du pays de Meaux, mémorial de Fleury-devant-Douaumont), président de celui du parc naturel régional du Gâtinais et de la réserve de biosphère de Fontainebleau, et expert auprès de l'office national des forêts sur les questions de patrimonialisation des champs de bataille. Il est aussi président de la Société des amis du musée de l'Armée.

Créée en 1921, reconnue d'utilité publique en 1927, l'Union des Blessés de la Face et de la Tête (UBFT) « Les Gueules Cassées » se donnait pour mission d'aider ces milliers de victimes de guerre non prises en charge par l'Etat : faire reconnaître leur droit à réparation et leur assurer un indispensable soutien moral et matériel. L'Union fut à l'origine de nombreux dispositifs sociaux dont l'Etat s'est inspiré et qui prévalent aujourd'hui. En 1935, aux côtés d'autres associations, les Gueules Cassées se lançaient dans l'activité d'émetteur de billets de la Loterie nationale - créée en juillet 1933 - les « dixièmes » du billet entier.

La constitution d'un patrimoine immobilier permit à l'Union de répondre à ses missions. La première Maison des Gueules Cassées, inaugurée à Moussy près de Paris en 1927, devint une véritable structure de réinsertion, conçue autour d'une exploitation agricole. Acquis en 1934, le domaine du Coudon près de Toulon est en cours d'extension avec la construction de l'EHPAD « Résidence Colonel Picot ».

En 2001 naquit la Fondation des «Gueules Cassées». Elle accompagne l'Union dans le renouvellement de ses objectifs, dans l'élargissement du champ de ses activités d'utilité publique. En ce début du XXI^e siècle, le principal de son action va au soutien du monde combattant dans le domaine médico-social, aux initiatives de Mémoire, au monde médical par l'appui à la création de structures médicales innovantes ouvertes à tous. Elle apporte ainsi un soutien décisif au développement des techniques de réparation cranio-maxillo-faciales.

Les Gueules Cassées dans la société française

Professeur **Olivier Forcade** - Université Paris IV-Sorbonne



Pr Olivier Forcade

Olivier Forcade est professeur d'histoire contemporaine des relations internationales à l'Université Paris IV-Sorbonne, directeur de la Maison de la recherche et des Presses de l'Université Paris-Sorbonne. Il a consacré sa thèse de doctorat à l'histoire de la censure en France pendant la Grande Guerre. Il dirige avec Rainer Hudemann et Fabian Lemmes le programme franco-allemand ANR-DFG sur «*Les évacuations à la frontière franco-allemande de 1939-1945*» (à paraître Metropol Verlag, Berlin, 2014). Ses recherches actuelles portent sur les déplacements de population dans les relations internationales au XX^e-XXI^e siècles, sur l'histoire du renseignement et sur l'histoire des blocus et des embargos dans l'histoire du XVIII^e siècle à nos jours.

Le visage et le corps des Gueules cassées furent d'abord le miroir de la guerre dans la société française et en Europe : les délégations des Etats, et d'abord l'Allemagne vaincue, vinrent signer le 28 juin 1919 le traité de Versailles en passant devant des soldats défigurés offerts au regard du monde. Au XX^e siècle, et en particulier à partir de la Première Guerre mondiale, l'évolution technique des combats militaires conduit à une dépersonnalisation des modes d'atteintes aux corps. Les nouveaux modes de combat démultiplient les traumatismes physiques. Les balles modernes et les grenades comme le combat d'artillerie infligent des blessures d'une nouvelle gravité, en raison de la vitesse de pénétration et du souffle accompagnant l'impact. Les éclats d'obus dilacèrent n'importe quel membre. En 1914-1918, 70% des blessures des 2,8 millions de blessés de la Grande Guerre concernent les membres du corps, la tête et le crâne étant tout particulièrement vulnérables soit environ 15% des blessés au visage.

S'il martyrise le corps du combattant, le combat moderne ne préserve pour autant pas la société des non combattants. Car le traumatisme des blessures atteint également, par cercles concentriques, la famille proche, la société en général, au spectacle terrifiant des visages arrachés, amputés, déformés. Les blessés vivent eux-mêmes un double traumatisme : personnel, dans leur chair et social, dans le regard de l'autre. Le souvenir et la commémoration ont d'ailleurs détourné largement, certes pas systématiquement, le regard de la société en héroïsant le combattant sous les traits allégoriques du soldat inconnu à partir de 1922 et tout au long du XX^e siècle. La censure de la société ou l'autocensure du combattant blessé, en dissimulant son visage ou son corps, parfois en trouvant refuge dans des institutions spécialisées, est un trait constant de la mémoire nationale des combattants du siècle achevé. Les séquelles physiques et psychologiques marquent les combattants mutilés à la sortie de l'hôpital militaire et des centres médicaux.

À partir de la Première Guerre mondiale, le nombre considérable de combattants mutilés et défigurés a provoqué une réponse de la médecine, pendant et après la guerre. Les multiples traumatismes, physiques et psychiques, ont été l'enjeu de réparations qui ne s'arrêtèrent pas à la chirurgie réparatrice des corps, mais s'élargirent à des réponses sociales et politiques. Ainsi la création de l'association des Gueules cassées en 1921 par trois fondateurs, puis l'action du colonel Picot, son premier président, ouvrit à une solidarité collective qui amena la reconnaissance d'utilité publique à l'Union des Blessés de la Face et de la Tête (UFBT). Depuis lors, ces initiatives et ces réponses cherchent également à éloigner la détresse morale et physique des blessés qui ne peuvent pas toujours retrouver leur famille et leur travail. La solidarité des combattants et l'expérience indicible qu'ils partagent se muent en une fraternité pour partager la souffrance, la dépasser et trouver refuge. Au XX^e siècle, les blessés défigurés, quoique moins nombreux, continuent de recevoir l'accueil d'institutions spécialisées. La question est toujours d'actualité dans la société française un siècle après l'éclatement de la Première Guerre mondiale.

Les Gueules Cassées en Europe : étude comparative *(France, Allemagne, Grande-Bretagne)*

Marjorie Gehrhardt, Université d'Exeter



Marjorie Gehrhardt

Marjorie Gehrhardt est chercheur universitaire post-doctorante sur 1914 FACES2014, un projet financé par le Programme de coopération interrégionale INTERREG IV. Ses recherches sont centrées sur l'expérience et les représentations des soldats blessés à la face durant et après la Première Guerre mondiale en France, en Allemagne et en Grande-Bretagne.

Marjorie Gehrhardt a suivi un parcours en langues vivantes et histoire culturelle, deux disciplines qu'elle a étudiées au cours de son doctorat (Université d'Exeter) et de son Master (Université d'Exeter et Université de Strasbourg). Ses dernières publications incluent *'Gueules Cassées: The Men Behind the Masks'* (Journal of War & Culture Studies, 2013) et des articles dans les volumes Gender, Agency and Violence: European Perspectives from Early Modern Times to the Present (Cambridge Scholars press, 2013) et Twentieth Century Wars in European Memory (Peter Lang, 2013). Marjorie Gehrhardt a enseigné au sein du département de Langues Vivantes entre 2009 et 2013 et elle est Membre associée à la Higher Education Academy.

Plus de 280 000 vétérans français, allemands et britanniques ont vu leur visage marqué à jamais par la Première Guerre mondiale. Si leur nombre est considérable dans ces trois pays, les conditions de leur retour ne sont pas nécessairement les mêmes. Une étude croisée permet de mieux comprendre les circonstances et l'expérience du retour des « gueules cassées » dans leurs pays respectifs, mais aussi les influences mutuelles et les échanges au niveau européen.

S'appuyant sur des témoignages mais aussi des coupures de presse et des documents audiovisuels, cette communication abordera tout particulièrement les questions liées à la réinsertion des blessés de la face. Quels étaient leurs peurs, leurs espoirs ? Comment étaient-ils perçus par les autres et surtout leur entourage ? L'absence d'une association telle que l'Union des Blessés de la Face signifie-t-elle qu'ils furent complètement livrés à eux-mêmes en Allemagne et en Grande-Bretagne ? Autant de questions qu'on analysera dans une perspective comparative. En effet, bien que la France et la Grande-Bretagne, alliées durant la guerre, appartiennent toutes deux au camp des « vainqueurs », l'expérience et les perceptions des « gueules cassées » diffèrent. De même, les représentations des blessés de la face et l'utilisation de leur image varient entre ces pays et l'Allemagne vaincue.

Le panorama dressé durant cette première intervention conduira à se pencher sur une sélection de cas, destinées individuelles mais aussi phénomènes sociaux et politiques à l'échelle nationale et internationale.

Causes et spécificités de la blessure faciale au cours de la Première Guerre mondiale

Docteur **François-Xavier Long** - Centre Hospitalier - Verdun

Docteur **Dr. Vito Cerabona** - Centre Hospitalier - Verdun



Dr François-Xavier Long

Issu d'une famille exerçant la médecine depuis le début du 18^e siècle, François-Xavier Long a été successivement interne des Hôpitaux de Marseille (1971-1976), chef de clinique à la Faculté de Médecine de Nancy et assistant des Hôpitaux de Nancy (1976-1981), praticien adjoint des Hôpitaux de Nancy (1981-1983), praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Verdun et chef de Service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou au Centre Hospitalier de Verdun (1983-2012). François-Xavier Long a publié 105 travaux scientifiques à ce jour, dont la plupart figure dans les revues scientifiques. Il est membre titulaire du Conseil départemental de l'ordre des Médecins de la Meuse, expert près de la Cour d'Appel de Nancy, expert inscrit sur la liste nationale de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), membre co-fondateur et Secrétaire national de l'Association pour le Souvenir des personnels du Service de Santé morts pour la France. Maire de Louvemont Côte-du-Poivre (village détruit en 1916), François-Xavier Long est membre du Comité scientifique de la Fondation des "Gueules Cassées". Il a réalisé de nombreux travaux sur les blessés de la face pendant la Guerre de 14-18 et les origines de la chirurgie maxillo-faciale.

Les progrès médicaux et chirurgicaux ont été considérables pendant la Première Guerre mondiale. Ils sont liés aux nécessités des conditions de guerre et à l'évolution des technologies et de la science en général.

La prise en charge des blessures de la face en est l'illustration type non seulement dans le domaine chirurgical mais aussi dans la réparation prothétique. Ce type de blessure était beaucoup moins fréquent dans les conflits précédents du fait de l'armement et des conditions de combat.

La Première Guerre mondiale est une guerre moderne avec l'apparition de nouvelles armes à feu au détriment de l'arme blanche mais aussi avec les conceptions stratégiques (mouvement, position) modifiant le panorama de la guerre classique que l'on avait coutume de voir jusqu'au début du XX^e siècle.

La blessure la face est secondaire aux éclats d'obus, aux balles de fusil et aux particules de shrapnell, qui ont un haut pouvoir vulnérant ainsi que les brûlures par lance-flammes. Les lésions ne touchent pas seulement les parties molles mais également le squelette osseux facial ainsi que les organes nobles sensoriels. Le pronostic de ces blessures est lié à des facteurs favorables dont la richesse de la vascularisation de la face qui empêche la gangrène, ainsi que port du casque Adrian qui a mieux préservé la tête et la face par rapport à l'existant. Il y a en revanche des facteurs défavorables tel que le délai entre le ramassage du blessé sur le champ de bataille jusqu'à son arrivée dans un centre spécialisé de soins malgré les progrès des moyens d'évacuation, cette dernière se faisant réglementairement par étapes (poste de secours, ambulance, hôpital ordinaire d'évacuation et centre spécialisé). La cicatrisation primaire devait souvent être reprise, mais il y avait aussi le traitement des fracas du squelette osseux. La multiplicité des interventions était compensée par le jeune âge du combattant et sa résistance malgré les balbutiements de l'asepsie et de l'anesthésie.

Le Service de Santé de la Première Guerre mondiale a connu de profondes mutations qui lui ont permis d'affronter des situations inconnues jusque là du fait de la durée de la guerre. Le nombre et la gravité des blessures du visage ont stimulé l'ingéniosité des membres du corps médical pour surmonter ces obstacles en particulier dans les cas d'échec chirurgical on pouvait avoir un recours aux prothèses. Ces facteurs ont largement contribué à l'essor de la chirurgie maxillo-faciale qui est née sans nul doute en bordure du champ de bataille.

Prise en charge des blessures maxillo-faciales au cours de la Première Guerre mondiale et évolution

Professeur **Gaëtan Thiéry** - *Hôpital d'Instruction des Armées Laveran - Marseille*

Professeur **Laurent Guyot** - *Hôpital Nord - Marseille*



Dr Gaëtan Thiéry

Après avoir intégré en 1985 l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon Bron, Gaëtan Thiéry entre en 1994 à l'Ecole d'Application du Val de Grâce Paris. De 1994 à 1997, il sert au sein du 22^e Régiment d'Infanterie de Lyon. En 1997, il devient Interne en Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à Marseille, avant de devenir Chef du service de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'Hôpital d'Instruction Laveran à Marseille. Aujourd'hui, Gaëtan Thiéry est Professeur agrégé du Val-de-Grâce, coordinateur de la spécialité. Il est chef du département Hôpital Chirurgical de la Semaine HIA Laveran et chef du service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et plastique de la face. Il est membre du Collège des Enseignants de Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et plastique de la face. Il est également membre de l'Académie Nationale de Chirurgie et Vice-président du comité scientifique du Comité International de Médecine Militaire.



Dr Laurent Guyot

Laurent Guyot, Chirurgien maxillo-facial, est Professeur des Universités et Praticien Hospitalier. Il est actuellement Chef de service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie plastique au centre hospitalier universitaire de Marseille.

Avant le premier conflit mondial, les chirurgiens n'étaient pas formés spécifiquement pour traiter les traumatisés maxillo-faciaux. Ambroise Paré ne relatait que des blessures faciales relativement légères et anodines, qu'il traitait par prothèse. En fait, les traumatisés maxillo-faciaux graves décédaient précocement d'asphyxie ou d'hémorragies, ou ils étaient laissés pour mort sur le champ de bataille, faute de pouvoir appeler les secours ou étaient jugés hors de toute ressources thérapeutiques. Le drame humain de cette Première Guerre mondiale connut une intensité jamais décrite auparavant, par la brutalisation et la déshumanisation des affrontements. Les têtes hors des tranchées et l'utilisation d'armes plus vulnérantes, comme les obus, entraînèrent un afflux massif de blessés. Cette guerre fut responsable de 500.000 blessés de la face, blessés malgré eux et qui seront à l'origine d'une nouvelle discipline : la chirurgie maxillo-faciale.

Cette chirurgie maxillo-faciale ne cessera de progresser techniquement depuis les greffes osseuse, les greffes de peau, en passant par les lambeaux régionaux ou à distance micro anastomosés. Cette chirurgie aura exploré bien des techniques, spécifiques ou importées des autres spécialités, faisant œuvre d'analogie. En parallèle, les progrès de la médecine, comme ceux de l'anesthésie réanimation auront permis au chirurgien des interventions de plus en plus complexes, dont l'apogée actuelle est la première greffe de la face. Réalisée par le Pr Devauchelle, à Amiens, cette même ville qui fut un grand centre de prise en charge des blessés faciaux de 14-18, véritable «ouroboros historique».

Aujourd'hui, comme hier, la prise en charge du traumatisé maxillo-facial reste un rendez vous pris dans le temps, la fréquence des interventions, et l'innovation technique comme la bioingénierie. En informer le patient, c'est lui ouvrir un nouvel espoir, continuer à prendre en charge ces «gueules cassées à l'âme brisée», afin qu'il retrouve un «sourire quand même».

Laurent Guyot a réalisé sa formation à Marseille avec des séjours dans différents centres en France et à l'étranger afin d'acquérir la technicité des procédés de réparation de la face. Il a été Interne des Hôpitaux de 1991 à 1997, diplômé de Chirurgie Générale (DES) et de Chirurgie maxillo-faciale (DESC) puis Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Marseille et Assistant des Hôpitaux de 1997

à 2000 et Praticien Hospitalier de 2000 à 2006 et Professeur des Universités en 2006. Son activité de soin le confronte quotidiennement à la correction de pertes de substance du visage liées à des traumatismes, à la prise en charge de cancers ou plus simplement au vieillissement. Sa formation scientifique a été réalisée en anthropologie et il participe comme chercheur associé à l'unité de recherche Anthropol-

ogie Bio-culturelle, Droit et Santé de la faculté de Médecine de Marseille - Aix-Marseille université. Le Professeur Guyot est membre de sociétés savantes nationales et internationales, il est également Expert judiciaire près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, Rédacteur adjoint de la Revue de Stomatologie, Chirurgie Orale et Chirurgie Maxillo-faciale et Médecin de réserve militaire au grade de Capitaine.

Les hôpitaux militaires pendant la Première Guerre mondiale

Docteur **Jean-Jacques Ferrandis** - Paris



Dr Jean-Jacques Ferrandis

Docteur en médecine, médecin en chef (en retraite) du Service de santé des armées, Jean-Jacques Ferrandis est diplômé de l'École du Louvre. Il est conservateur honoraire du Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce – Paris (de 1989 à 2003, il a été responsable technique de la restructuration totale du musée). Ancien Secrétaire général (2000 -2009) puis Président (2010-2012) de la Société Française d'Histoire de la Médecine (SFHM), il est membre de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine et l'auteur de nombreuses publications parues sur le thème de la guerre 1914-1918.

Il n'existait qu'un service spécialisé pour les blessures maxillo-faciales avant la guerre. La circulaire n°14 198 C/7 du 10 novembre 1914, "Organisation de Services spéciaux de stomatologie de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la Face", officialisa trois premiers services à Paris, Lyon et Bordeaux. Depuis le début août, les blessés étaient évacués uniquement sur Paris, dans le service de prothèse et de restauration de la face (Dr Frey), existant avant la mobilisation à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il fut annexé, le 14 décembre 1914, au « V^e blessé » (Pr Morestin). Un autre centre fut ensuite ouvert à Paris à l'hôpital Lariboisière et au collège Chaptal, (Pr Sébilleau). Au cours des années, furent créés des centres annexes (école odontotechnique et école dentaire de Paris) et des hôpitaux bénévoles (ambulance américaine de Neuilly, hôpital canadien de Saint-Cloud, lycée Michelet à Vanves, École Normale Supérieure, collège Rollin, avenue Trudaine).

À Lyon, l'école dentaire ouvrit le 15 septembre 1914, un service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale et le 1^{er} octobre, une annexe de 100 lits aux Minimes. Le Dr A. Pont dirigea ensuite le service de stomatologie et de prothèse, ouvert le 1^{er} décembre (école dentaire et hôpital complémentaire n°19 dans le groupe scolaire de la Rue Saint-Cyr). Des hôpitaux auxiliaires furent créés à La Ferrandière, Fontaines-sur-Saône et Neuville-sur-Saône.

À Bordeaux, dès la fin août, la clinique dentaire de Saint Raphaël fut mise à la disposition du Service (Pr Cavalié). Du 10 novembre 1914 au 25 janvier 1915, les blessés furent traités à l'hôpital militaire Saint Nicolas et à l'hôpital du Béquet. À partir du 24 janvier, fut créé le centre de chirurgie maxillo-faciale (clinique dentaire Saint Raphaël, annexe de l'hôpital Saint André et hôpital temporaire de Talence, Prs Cavalié puis Denucé, puis Moure en octobre 1917). Le Médecin-major Herpin restant le chef du service de stomatologie.

Des centres interrégionaux de chirurgie maxillo-faciale évoluèrent dès 1915 (17 en 1918) notamment à : Amiens (Dr Blot), Angers (Dr Martin), Beauvais (Virenque), Chalons-sur-Marne (Bonnet-Royer et Dufourmentel), Le Mans (Drs Delagenière et Lebedinsky), Limoges (Dr Lecène), Marseille (Drs Imbert et Réal), Montpellier (Méd. principal Forgeue), Rennes (Dr Rouget), Rouen (Drs Gernez et Lemièrre), Toulouse (Pr Dieulafé), Royat et Vichy (Lemaître).

Des « équipes maxillo-faciales mobiles d'armée » rattachées aux hôpitaux de l'Avant furent officialisées en 1918, elles existaient bien avant, notamment à Bar-le-Duc, Verdun et surtout à Amiens. En juin 1916, dans cette ville située près du front, le Dr Blot organisa un centre de chirurgie maxillo-faciale dans deux bâtiments contigus : l'hôpital temporaire n°7 et le palais de justice. Des services d'oto-rhinolaryngologie et d'ophtalmologie étaient annexés au centre.

Après le désastre sanitaire majeur du début du conflit, le Service de santé aux armées françaises était devenu, en 1918, le plus performant de toutes les armées en présence.

Sir Harold Gillies et les blessés de la face

Docteur **Andrew Bamji** - Londres



Dr Andrew Bamji

Le Docteur Andrew Bamji est 'Gillies Archivist' au sein de la « British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons ». Habitant Rye au Royaume-Uni, Andrew Bamji est un expert reconnu en rhumatologie et rééducation. Il a été président de la 'British Society for Rheumatology' de 2006 à 2008.

Entre 1983 et 2011, il est Directeur médical associé et formateur au sein du Queen Mary's Hospital, à Sidcup dans le Kent. Cet hôpital, anciennement connu sous le nom de Queen's Hospital, fut établi en 1917 pour centraliser le soin des blessures de la face et de la tête du Royaume-Uni et de ses Dominions, sous la direction d'Harold Gillies (lequel obtint par la suite le titre de Sir Gillies).

En 1990 et 1991, Andrew Bamji met à jour le dossier des blessures au visage traitées par les Sections britanniques et néo-zélandaises et il établit un fichier d'archives à la renommée internationale sur la médecine et la chirurgie durant la Première Guerre mondiale. Habitué des conférences spécialisées, il apparaît régulièrement à la télévision et a écrit un grand nombre d'articles sur développement de la chirurgie plastique au Royaume-Uni.

Il a participé à la rédaction de l'ouvrage "Facing Armageddon" (éditions Cecil and Liddle; Leo Cooper, 1996), il est l'un des contributeurs à la "Oxford Handbook of the First World War" et finalise actuellement un ouvrage sur la riche histoire du Queen's Hospital.

Harold Gillies, chirurgien spécialiste des oreilles, du nez et de la gorge né en Nouvelle-Zélande, fut l'un des précurseurs du développement de la chirurgie reconstructrice de la face en tant que spécialité. En 1915, il est envoyé à Boulogne-sur-Mer afin de superviser le travail d'un dentiste franco-américain du nom de Valadier qui a commencé à acquérir de l'expérience dans la prise en charge des blessures de la face. Gillies est tout de suite fasciné par les défis techniques que présente cette discipline, et rend visite à Morestin à Paris. Convaincu que le nombre de blessés augmenterait, il retourne à l'hôpital militaire de Cambridge, à Aldershot, et persuade ses supérieurs de lui mettre à disposition une salle dédiée à la reconstruction de la face. Il met en place une petite équipe composée de dentistes, d'anesthésistes et de chirurgiens, et commence à consigner de manière systématique les opérations et leurs évolutions au moyen de notes précises, de schémas et de photographies.

Au début de la bataille de la Somme, le 1^{er} juillet 1916, la salle de Gillies se retrouve vite submergée. Il planifie donc et supervise la construction d'un hôpital entièrement consacré aux blessures du visage à Sidcup, dans le Kent, qui ouvre ses portes en juin 1917. Il négocie le transfert d'unités provenant d'Australie, de Nouvelle-Zélande et du Canada et fait du Queen's Hospital une vaste unité avec une seule spécialité comprenant plus de 1 000 lits.

Plus de 5 000 hommes sont ainsi traités. La concentration de spécialistes et de patients permet de réaliser de réelles avancées techniques ; Gillies et ses collègues trouvent alors les « livres de recette » français inutiles. Gillies raconte qu'il devient plus difficile de trouver un bon cas que d'en cacher un mauvais. Lui et son associé, le dentiste William Kelsey Fry, se penchent sur des cas jusque tard dans la nuit. Les patients sont également impliqués dans leur traitement ; il leur est donné, par exemple, l'opportunité de choisir la forme de leur nez. Gillies lui-même développe la chirurgie des lambeaux tubulés, reconstruit des nez avec des greffes de cartilage et des lambeaux recouverts, souligne l'importance de s'assurer que le tissu sain est dans une position normale, collabore avec des techniciens dentaires pour réaligner les fragments de mâchoire et travaille sur de nombreux grands brûlés. Son travail se poursuit après la fin de la guerre, avec le départ et l'arrivée de certains chirurgiens et anesthésistes, les plus notables peut-être étant Magill et Rowbotham. Leurs idées ont donné naissance à l'anesthésie à tube simple de grand diamètre et conduit au développement d'équipements. Gillies et ses collègues développent ainsi une profonde connaissance des problèmes psychologiques liés aux blessures de la face et s'assurent que tout homme a la possibilité de travailler à nouveau de manière appropriée.

En voyant des hommes ayant reçu le traitement réservé aux prisonniers de guerre, ils se disent très mécontents des résultats. En France et en Allemagne, les chirurgiens concernés par la chirurgie de la face travaillent principalement seuls. L'expérience n'est pas partagée et les avancées techniques sont donc limitées. À Sidcup, la concentration de patients permet à Gillies d'écrire la version définitive du manuel de chirurgie plastique de l'après-guerre, dans lequel il décrit ce qui a mal fonctionné mais aussi ce qui a bien fonctionné. Il ne le fait pas à la hâte, et souligne le concept selon lequel une structure acceptable est inutile sans une bonne fonction.

L'apport des dentistes pendant la Première Guerre mondiale : l'exemple de V.H. Kazandjian

Professeur **Jean-Louis Blanc** - Centre Hospitalier Universitaire Timone - Marseille



Pr Jean-Louis Blanc

Jean Louis Blanc est Professeur des Universités et praticien des Hôpitaux, au sein du service de Chirurgie Maxillo-faciale-stomatologie au C.H.U de Marseille. Docteur en Médecine, il a soutenu sa thèse à la Faculté de Médecine de Marseille le 16 octobre 1975. Il est vice-président du Comité scientifique de la Fondation des «Gueules Cassées» depuis 2009.

Né le 26 décembre 1946 à Lauris sur Durance (Vaucluse). Scolarité à Aix en Provence et Avignon. Etudes universitaires à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marseille. Fonctions hospitalières : externe, interne, assistant, praticien temps plein des hôpitaux Fonctions universitaires : Chef de clinique, Professeur des Universités (1990) Chef du service de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du centre hospitalo-universitaire de la Timone à Marseille. À partir de 2013, consultant dans le service de chirurgie maxillo-faciale du C.H.U. Timone, à Marseille. Intérêt pour l'histoire de la médecine et celle de la chirurgie maxillo-faciale qui a pris son essor à l'occasion de la Première Guerre mondiale.

En France, au début de la guerre de 14-18, l'armée ignorait l'existence des chirurgiens dentistes qui, bien souvent, ont été mobilisés parmi les brancardiers. Dans les unités combattantes, les dentistes ou les étudiants en dentaire rendaient service « au coup par coup » en pratiquant des avulsions dentaires avec un matériel de fortune ou leurs instruments personnels.

Ce n'est qu'en 1915 qu'un chirurgien dentiste sera affecté dans chaque régiment et ceux qui n'avaient pas d'affectation feront partie du corps des infirmiers militaires. En février 1916 sera créé l'emploi de chirurgien dentiste dans l'armée de terre et la marine.

Au cours du conflit, chirurgiens dentistes et mécaniciens dentistes, vont rendre d'immenses services, par leurs connaissances de l'articulé dentaire, de la physiologie temporo-mandibulaire et des possibilités de contention des fractures à l'aide d'appareillages prothétiques :

- 1. dans les hôpitaux de la zone des armées, ils vont participer au traitement primaire des blessés de la face au sein des services de chirurgie maxillo-faciale dont bien souvent, mis à part les stomatologistes, les chefs de service qu'ils soient chirurgiens généraux, ORL ou ophtalmologistes, n'étaient pas préparés à traiter les fractures complexes des mâchoires,**
- 2. dans les différentes régions militaires**
 - *comme responsables des cabinets dentaires de garnison, veillant au bon état bucco dentaire des soldats et adressant aux centres des édentés ceux qui avaient besoin de prothèses,*
 - *dans les centres d'édentés, pour appareiller au plus vite les « édentés inaptes » et les rendre au service actif*
 - *dans les services de chirurgie maxillo-faciale pour participer au traitement secondaire des blessés en provenance du front, qui présentaient bien souvent des complications des fractures des maxillaires, réalisant alors des appareils de contention, des appareils pour la mécano-thérapie temporo-mandibulaire, des prothèses maxillo-faciales.*

De très nombreux praticiens, venant d'horizons différents, stomatologistes, ophtalmologistes, ORL, chirurgiens généralistes, ont participé à cette « épopée » et ont créé la chirurgie réparatrice de la face « moderne ».

Nombreux ont aussi été les dentistes secondés par les mécaniciens dentistes qui ont participé à cette aventure.

La carrière de l'américain V.H. Kazandjian, « miracle man of the western front », simple dentiste au début du conflit, qui travaillera pendant 4 années dans un hôpital bénévole américain intégré dans le corps expéditionnaire britannique, près de Boulogne-sur-Mer, est exemplaire. Rentré aux Etats-Unis en 1919, après avoir fait sa médecine, il deviendra ensuite un des pionniers de la chirurgie maxillo-faciale et de la chirurgie plastique, dont les travaux, notamment sur la traumatologie cranio-maxillo-faciale, feront autorité pendant plus de 50 ans.

Les blessures de la face pendant la Première Guerre mondiale et leur représentation dans l'art en Allemagne

Docteur **Vincent Coupez** - Fribourg



D^r Vincent Coupez

Né à Fribourg en Allemagne d'un père français et d'une mère allemande, le Docteur Vincent Coupez a grandi dans un environnement franco-allemand. De nationalité franco-allemande, il a suivi une scolarité dans une école primaire française à Fribourg en Allemagne et au lycée franco-allemand de Fribourg où il a obtenu le baccalauréat franco-allemand.

Il a ensuite poursuivi des études de Chirurgie Dentaire à la Faculté de Strasbourg et a soutenu sa thèse « Contribution au traitement de la microsomie hémifaciale » en 2003.

Après avoir exercé comme chirurgien-dentiste collaborateur dans un cabinet en Alsace, il décide de poursuivre des études de médecine à Fribourg en Allemagne tout en continuant une activité de chirurgien-dentiste remplaçant en Alsace. Il a ensuite travaillé 8 mois comme « Assistenzarzt » (interne) dans le service ORL du Professeur Heppt à l'hôpital de Karlsruhe en Allemagne. Il travaille depuis mars 2011 au Centre Hospitalier Universitaire (Uniklinik) de Fribourg dans le service de chirurgie maxillo-faciale dirigé par le Professeur Schmelzeisen.

Afin de trouver des documents historiques en Allemagne sur les blessures du visage pendant la Première Guerre mondiale, les archives militaires allemandes furent consultées et ont révélé des images impressionnantes dans les dossiers médicaux. La prise en charge des blessures de la face comprenait des photographies, des dessins, des schémas de planification des opérations, des moulages des visages et des radiographies.

La plupart des patients avec des blessures graves de la face ne furent hélas pas reconstruits de façon optimale mais les photographies ont permis de montrer les résultats des opérations, de les évaluer et ainsi de les améliorer avec le temps. Les chirurgiens ayant notamment participé à l'essor de la chirurgie maxillo-faciale en Allemagne étaient : Ganzer, Axhausen, Bichlmayr.

L'image des blessures pendant la Première Guerre mondiale dans l'art en Allemagne sera également présentée par les œuvres d'artistes tels Otto Dix et Grosz. Otto Dix était un peintre allemand qui a vécu la guerre en tant que soldat.

Ces images artistiques reflètent la vision de la guerre à l'époque, qui ne fut plus présentée de façon héroïque, mais révèlent sa cruelle vérité. Elles constituent un témoignage historique et artistique important de la violence et luttent ainsi contre l'oubli pour les futures générations.

De la chirurgie réparatrice à la greffe de visage

Professeur **Bernard Devauchelle** - Centre Hospitalier Universitaire - Amiens



Pr Bernard Devauchelle

Professeur des Universités, Chef du Service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU d'Amiens, le Professeur Bernard Devauchelle s'investit depuis plus de 30 années dans la chirurgie reconstructrice des graves délabrements faciaux en développant tout particulièrement les techniques de microchirurgie (autotransplantation). Il est l'auteur, en 2005, de la première « greffe de visage », ce qui a conforté sa réputation internationale. Auteur de plus de 150 publications scientifiques, il est invité dans le monde entier pour des conférences. Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie, de la Leopoldina Academy, Royal Fellow au Collège de Chirurgie de Londres, il est Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain. Président fondateur de l'Institut Faire Faces, il s'investit désormais de plus en plus dans le domaine de la recherche translationnelle et en épistémologie. Auteur ou co-auteur de plusieurs ouvrages (« Langue et dysmorphie », « La fabrique du visage »...), il publiera en 2014 un livre consacré à la transplantation. Il dirige, enfin, le programme de recherche 1914-FACES-2014 dédié au centenaire de la Grande Guerre.

Invu, ce qui, dans l'ordre de l'impensable, heurte le regard de qui fait face aux gueules cassées de la Grande Guerre et aux grandes défigurations traumatiques, tumorales ou malformatives d'aujourd'hui, de qui se refuse à voir.

Invu, regard pénétrant de qui s'efforce de rapetasser, puis de reconstruire, et qui, dans l'ordre l'impensé, joue du « vivant encore » pour redonner vie et âme au visage meurt, de qui va au-delà du voir.

Invu, face cachée d'une face qui se cache.

Indéfectible lien qui réunit, dans une aventure commune, soignés et soignants, blessés et thérapeutes, liens de réciproque confiance, gage de réussite, moins dans ce qui serait une restitutio ad integrum, que d'une restauration d'une identité, 1914 – FACES – 2014 : un siècle d'évolution des techniques et des pensées.

La défiguration : une blessure morale singulière ou comment « Sourire quand même »

Professeur Marie-Dominique Colas - Hôpital d'Instruction des Armées Percy - Clamart



Professeur
**Marie-Dominique
Colas**

Le médecin en chef Marie-Dominique Colas est psychiatre, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Chef du Service Médical de Psychologie Clinique Appliquée à l'Aéronautique de l'hôpital Percy (Clamart) et expert agrégé par la Direction Générale de l'Aviation Civile, elle enseigne la psychologie et la psychiatrie aéronautiques à l'École du Val-de-Grâce et à l'Université Paris Descartes. Elle dirige la cellule de soutien médico-psychologique de l'armée de l'air amenée à intervenir après un accident aérien. Pour autant, le professeur Colas n'a pas négligé sa pratique en milieu opérationnel, que ce soit en ex-Yougoslavie, en Côte d'Ivoire, en Afghanistan et récemment au Mali comme psychiatre du théâtre. À l'hôpital Percy, elle participe à l'accueil et au suivi des militaires blessés en opération. Elle contribue aussi à la rédaction de recommandations pour la prévention du suicide dans les armées en tant qu'expert d'un groupe de travail de l'OTAN. Titulaire de deux doctorats dont l'un en psychopathologie et psychanalyse consacré aux « Gueules Cassées », membre actif de plusieurs sociétés savantes, le médecin en chef Marie-Dominique Colas compte dans ses travaux plus d'une centaine de publications et communications dans le champ de la psychiatrie des environnements extrêmes. La réflexion qu'elle conduit sur la clinique de la défiguration s'inscrit dans la continuité de son engagement en tant que médecin militaire, au chevet de ceux qui ont choisi de servir la France.

Le visage nous donne du sens : il permet l'affiliation à un groupe, celui de l'être humain, tout en offrant des spécificités qui nous différencient. Il est rapport d'altérité. Il nous met en relation avec le monde et pourtant sa face échappe à notre champ visuel. Nous ne pouvons y avoir accès qu'à partir d'une représentation de l'image de notre corps, que par l'entremise d'un reflet dans un miroir ou dans le regard, la parole de l'autre.

Quand elle survient, la défiguration est certes une « amputation » physique mettant souvent en jeu le pronostic vital, mais elle a aussi valeur d'événement psycho-traumatique. En effet, elle dévoile l'informe de la chair, de la mort en mettant en relation le dedans et le dehors et en attaquant le principe même d'humanité.

Pour rendre compte des effets de cette blessure singulière, nous avons choisi de faire vivre la parole des « Gueules Cassées » de la Grande Guerre et des conflits qui ont marqué ces 100 dernières années. Comment « sourire quand même », selon la devise chère à tous ceux qui ont aidé leurs frères d'armes en leur redonnant une dignité et un nouveau visage social en luttant contre une autre blessure cachée : l'oubli.

En tant que psychiatre dans un hôpital militaire et engagé sur les théâtres d'opération, il s'agit ici de témoigner de la rencontre avec ces soldats défigurés au combat et de leur parcours de soins.

Le travail psychologique va évoluer en deux temps. Le blessé doit d'abord se refaire une représentation de lui-même avec une enveloppe protectrice. Il est en effet soumis à une régression brutale vers cette phase archaïque de son développement quand il n'avait pas encore de perception unifiée de son corps. Il se découvre alors comme un objet morcelé, lieu d'une terrible méconnaissance. C'est le regard attentif et la parole des soignants qui vont lui permettre d'exister à nouveau, comme cette figure maternelle qui, enfant, le portait devant le miroir à la découverte de son image propre. Avec le chirurgien investi par le patient d'un désir massif de retour à une humanité corporelle, il faut redonner de l'espoir, tout en restant dans le principe de réalité.

Puis, dans un deuxième temps, souvent très long voire aléatoire, le blessé doit accéder à la dimension symbolique de son visage en découvrant de nouvelles identifications, d'abord aux semblables puis, comme autre, en intégrant cet événement en lui donnant de nouvelles significations.

Les processus de reconstruction d'une nouvelle identité passent par cette reconnaissance que doit l'institution militaire. Quand existe le sentiment que la société vous oublie, comme ce fut le cas au lendemain de la Première Guerre mondiale, le groupe des frères d'armes permet la restauration d'une parole, d'une interlocution qui engage à nouveau le sujet dans son histoire et ainsi lui redonne un visage. Un siècle s'est écoulé et pourtant l'histoire se rejoue pour ceux qui ont fait le sacrifice de leur corps en s'engageant pour défendre les intérêts de la nation. Ce colloque du « centenaire 14-18 » leur rend aussi hommage.

Le long parcours d'une difficile prise en compte des traumatisés psychiques des guerres modernes

Médecin en chef **Humbert Boisseaux** - Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce - Paris



MC Humbert Boisseaux

Le Médecin chef des services Humbert Boisseaux est chef du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce.

Après avoir été élève de l'École du Service de Santé des Armées de Lyon, il a fait le choix de servir dans l'Armée de Terre. Au sortir de l'École d'application du Val-de-Grâce il a été affecté comme médecin chef du 7^e RCS à Besançon. Souhaitant s'orienter vers la psychiatrie, il lui a ensuite été confié le poste de responsable de la chaîne de sélection psychiatrique du centre de sélection n°10 de Blois. Reçu au concours d'assistantat de psychiatrie des hôpitaux des armées, il a été affecté à l'HIA Laveran à Marseille. Au terme de sa formation, il a rejoint le service du P^r Briole au Val-de-Grâce. Il est professeur agrégé du Val-de-Grâce depuis 2005.

Sa fonction de psychiatre des armées l'a amené à effectuer diverses missions opérationnelles notamment en Bosnie, Kosovo, Côte d'Ivoire ou Afghanistan. Depuis 2008 il est le représentant français du Military Mental Health Expert Panel de l'OTAN et également président de l'Association Française pour l'Etude de Stress et du traumatisme. Depuis le 1^{er} mars 2014, il s'est vu confier la coordination du service médicopsychologique des Armées.

La Grande guerre a marqué l'histoire de l'humanité par l'épreuve imposée aux hommes qui s'y sont trouvés engagés. Soumis à un déluge d'acier et de feu inimaginable, nombre d'entre eux se sont retrouvés hors combat quoique apparemment indemnes de toute atteinte physique. Les conséquences opérationnelles de ce fait qui n'avait pu être anticipé ont conduit les autorités militaires à chercher une solution à ces « pertes psychiques ». Sollicités, les maîtres de la faculté se sont alors montrés bien impuissants à traiter ces hommes, ne contribuant souvent qu'à accréditer l'idée de leur insuffisance morale. C'est face à cela qu'a été parfois promu l'usage de thérapies aversives destinées à remettre au combat des individus en souffrance, laissant finalement aux médecins de l'avant toute la charge de les soulager.

Il a fallu attendre la fin de la guerre pour que déliés de l'urgence d'une obligation de résultat et grâce aux fructueux acquis de la psychanalyse, ces faits puissent être appréhendés différemment. C'est ainsi que le concept de névrose traumatique est venu offrir un modèle de compréhension de l'impact que peut avoir la rencontre du sujet avec la mort, dans un concernement qui bouleverse les assises même de sa vie. Considérant son effet d'effraction de l'appareil psychique, a alors pu être reconnue l'existence d'une véritable « blessure psychique ». Cela n'a cependant pas suffi à gommer la question du soupçon qui a continué à peser douloureusement sur ces soldats.

Le savoir acquis, résultat d'une compréhension psychodynamique du traumatisme psychique, a fort heureusement permis d'ouvrir des voies nouvelles vers leur abord et leur prise en charge. Si l'action des médecins qui ont accompagné les combattants des guerres qui ont fait l'histoire du XX^e siècle s'en est trouvée inspirée, il est toujours demeuré difficile de faire rimer « héros » et « blessé psychique » !

Il a fallu la guerre du Vietnam et les conséquences sociales qu'elle a eu sur la société américaine pour que s'ouvre une nouvelle aire. On a alors voulu confier à la science une reprise en compte du problème, prétendument dégagé des a priori idéologiques des approches précédentes. C'est à partir d'un modèle bio physiologique, celui du stress, et d'une définition critériologique à même de circonscrire ce trouble, que les blessures psychiques de guerre ont été nommées sous le vocable de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

Ce modèle est aujourd'hui prévalent dans le domaine de la recherche mais aussi des échanges entre spécialistes, contribuant parfois à occulter la portée des acquis antérieurs. Il oriente les modalités de prise en charge de ces troubles au risque de négliger celle ou celui dont la vie se trouve ainsi bouleversée. La reconnaissance du travail de tous ceux qui ont œuvré au profit des soldats blessés à la guerre est aussi celle de la souffrance de ces hommes qui de 1914 à ce jour impose d'y accorder la même attention.

Les avancées « *post-Afghanistan* » dans la prise en charge des militaires français blessés psychiques

Professeur Franck de Montleau - Hôpital d'Instruction des Armées Percy - Clamart



Professeur
Franck de Montleau

Le médecin en chef de Montleau est psychiatre, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Parallèlement à ses activités cliniques, il enseigne la psychiatrie à l'Ecole du Val-de-Grâce. Il a participé par ailleurs à plusieurs opérations extérieures (Tchad, Kosovo, Liban, Afghanistan, Jordanie, République centrafricaine). Entre autres travaux, ses publications portent sur la clinique psychiatrique (troubles psychotraumatiques, psychoses, troubles des conduites et du comportement), sur la pratique des psychiatres en situation opérationnelle et les questions éthiques qu'elle pose, sur la souffrance psychique des soldats en opération extérieure, sur les facteurs de risque des troubles psychiques de guerre et sur la prise en charge des blessés en opération. Plus récemment, avec le Professeur Lapeyre, chef du service de Médecine physique et de réadaptation de l'HIA Percy, il a été à l'origine de la création de la Cellule de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération (C2RBO) qu'ils co-animent avec la Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT).

Le 18 août 2008 dans la vallée de l'Uzbeen, les pertes que font subir les insurgés talibans à la section carmin 2 du 8^e RPIMA marquent un tournant décisif dans la conduite des opérations de l'armée française en Afghanistan. En France, l'impact médiatique et l'émoi provoqués par les 10 marsouins morts au combat amènent l'opinion publique à s'intéresser à ces soldats qui exposent leur vie et leur intégrité physique pour aller au bout de leur engagement. Fait nouveau, les blessés psychiques recueillent une part de cette attention des médias et de leurs concitoyens. Les blessures invisibles sortent, en partie tout au moins, de l'ombre et du silence qui renforcent la détresse des militaires qui les portent.

L'institution militaire n'a pas attendu le choc de la bataille de Surobi pour cette prise de conscience, mais sa position à l'endroit des blessés psychiques a longtemps été ambivalente. Toutefois, plusieurs décennies d'un travail opiniâtre des psychiatres du service de santé des armées ont préparé les états-majors à un changement de paradigme : l'armée restée longtemps en-deçà de ses responsabilités institutionnelles et morales vis-à-vis de ses blessés psychiques, a opéré en une décennie un spectaculaire retournement. Depuis 2011, la question des traumatismes psychiques est devenue une priorité sanitaire dans les armées.

En France, dans les hôpitaux militaires, la prise en charge psychiatrique des militaires psycho-traumatisés accorde une place centrale à l'examen des statuts singuliers par une approche de type dynamique, centrée sur l'écoute et l'interrogation des symptômes en fonction de l'histoire personnelle. Aux côtés de cette approche individuelle, l'expérience clinique accumulée à l'hôpital Percy, hôpital accueillant une part importante des blessés en opération, a mis en exergue la nécessité d'une approche multidimensionnelle prenant en compte la globalité de leur environnement personnel et militaire. L'objectif est d'apporter un accompagnement et une aide tout au long de la réalisation du projet de réhabilitation. Pour les médecins initiateurs du projet, la nécessité d'associer à leur dispositif de soin une instance représentant le Commandement s'est imposée : ce fut la création en 2011 de la Cellule d'adaptation et de réinsertion des blessés en opération (C2RBO) dont l'un des axes était de sortir du clivage blessés physiques / blessés psychiques et d'accorder à ces derniers toute l'attention requise. La C2RBO s'intéresse au parcours des blessés qu'elle conseille, oriente et soutient face aux obstacles liés aux conséquences de leurs blessures – qu'ils soient d'ordre médical, administratif, financier ou de réparation – et qui suscitent chez eux tant d'amertume. Un accompagnement actif à la réinsertion professionnelle vise à rendre possible, en tenant compte des éventuels handicaps, le retour en milieu militaire ou, le cas échéant, une réorientation en milieu civil, voire l'accueil en milieu spécialisé.

Cet accompagnement institutionnel du parcours de vie après la blessure, par ses effets symboliques de reconnaissance et de réparation, a un impact positif fort sur l'évolution clinique des militaires psycho-traumatisés et sur leur capacité à retrouver une inscription sociale militaire ou civile.

Le «syndrome de Lazare»

Professeur **Patrick Clervoy** - *École du Val-de-Grâce - Paris*



Pr Patrick Clervoy

Patrick Clervoy est professeur de médecine, titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie à l'École du Val-de-Grâce. Il a une longue pratique de la prise en charge des anciens combattants et il a lui-même participé à plusieurs opérations militaires en République centrafricaine, en Ex-Yougoslavie, en Afghanistan et au Mali. Il est membre du groupe de travail OTAN consacré au stress et au soutien psychologique dans les opérations militaires modernes. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages consacrés à la psychologie des combattants et aux difficultés des vétérans :

- *Le syndrome de Lazare-Traumatisme psychique et destinée*, Ed. Albin Michel, 2007.
- *Les PSY en intervention*, Ed. Doin 2009.
- *Dix semaines à Kaboul*
- *Chroniques d'un médecin militaire*, Ed. Steinkis 2012.
- *L'effet Lucifer*, CNRS Éditions 2013.

Il est pompier professionnel, chef de centre, marié. Il dispose d'un logement de fonction. Il a l'estime de ses chefs et la confiance de ses hommes. Ce matin là, il était à la tête du groupe pour intervenir sur une fuite de gaz. Lors de l'explosion qui survient au même moment, il est le seul blessé. Il est brûlé au visage, des contusions aux poumons, des fractures multiples étagées aux membres.

Dans les jours qui suivent, alors qu'il est en soins intensifs à l'hôpital, il reçoit la visite des hautes autorités qui lui affirment leur soutien indéfectible. Mais invinciblement tout son univers se défait. Son corps martyrisé est à reconstruire et les malentendus s'installent entre le blessé et les personnels chargés des soins. Il perd son logement de fonction qu'il doit libérer pour son successeur à la brigade, car il est clair qu'il ne recouvrera pas ses aptitudes professionnelles. Pendant son hospitalisation son épouse doit déménager, et parce qu'elle est maintenant éloignée ses visites s'espacent, elle se fatigue et leur relation conjugale se dégrade.

Lorsqu'il peut enfin quitter l'hôpital après une longue rééducation de deux ans, il a tout perdu : son emploi, son logement, sa vie de famille et beaucoup de ses biens. Il doit tout reconstruire ; cela lui prendra plusieurs années faites de luttes contre les administrations et les assurances.

Le syndrome de Lazare désigne ce chemin où s'ajoutent, pour celui qui est blessé, les difficultés matérielles et sociales d'un monde qui tourne sans lui et qui paraît se détourner de ses misères. Parler de ces difficultés, donner les exemples des autres vétérans qui ont comme lui connu le même parcours chaotique, expliquer aux familles et aux administrations pourquoi parfois ces personnes ont des réactions d'angoisse et de révolte... Autant d'actions pour soutenir chacun, le blessé autant que ses proches et ses interlocuteurs, dans la lente et patiente reconstruction de leur univers.

Les séquelles des blessures de guerre au titre de la prise en charge de la réparation médico-légale des dommages corporels

Docteur **Jean-Michel André**



D^r Jean-Michel André

Après avoir effectué son service militaire de 1975 à 1976 comme FFA médecin- aspirant puis Officier de réserve, Jean- Michel André devient en 1977 Docteur en Médecine à l'Université Paris VI. De 1977 à 2013, il est assistant de l'Université Paris VI (Histologie-Embryologie- Cytogénétique). De 1980 à 2002, il est attaché des hôpitaux AP-HP (Service d'Explorations du Système- Nerveux puis explorations vasculaires). De 2003 à 2013, il est praticien hospitalier AP-HP à la Pitié- Salpêtrière (Institut de cardiologie). Il y poursuit actuellement une activité dans le cadre de la recherche et de la formation. Médecin-conseil agréé des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ACVG) de 1977 à 2008 (en particulier médecin-conseil de la Fédération Nationale des Déportés et Internés), il est Président de la commission médico-sociale de la Fondation pour la mémoire de la Déportation (FMD) et membre du conseil scientifique. Il est médecin Expert-Sur expert du Ministère de la Défense depuis 2009.

Le regard que porte la société sur ses blessés des conflits civils et militaires est loin d'être figé et les textes élaborés ont façonné depuis un peu plus d'un siècle l'organisation du service des Pensions Militaires d'Invalidité (PMI).

Le premier contact du blessé avec son administration est dorénavant jugé comme un élément déterminant pour la suite du parcours du dossier et il faut préciser que le médecin-expert sera le plus souvent le seul représentant de la société à être directement en contact avec le pensionné, c'est-à-dire à l'écouter et à se pencher sur ses blessures et ses souffrances. Il participera donc d'emblée à sa reconstruction.

On insistera sur le fait que l'expertise des blessés de guerre est particulière : compte tenu des services rendus à la défense du pays, le législateur a tenu à inscrire dans le code des PMI la notion de «bienveillance», notion singulière dans sa spécificité au sein de la sphère générale du «dommage corporel» mais aux contours bien explicités et motivée par le code des pensions. Le guide-barème des PMI est spécifique et comporte l'indication d'un taux à appliquer en fonction des séquelles somatiques et psychiques, mais il offre aussi à l'expert la possibilité d'ajuster ce taux au cas par cas en y apportant alors la justification appropriée. Possibilité «singulière» est aussi offerte à l'expert du Ministère de «dépasser» sa mission expertale en pratiquant «un constat d'expert», c'est à dire de proposer à l'administration la prise en charge d'une infirmité «hors mission» qu'il aurait pu constater au cours de l'examen du blessé et qui aurait échappé à l'instruction administrative médico-légale du dossier.

Sur le plan réadaptation, dans le cadre du suivi en service de rééducation fonctionnelle on n'omet plus la mise en place simultanée de l'action médico-sociale et l'attention est enfin portée à la réinsertion du blessé dans le cadre de structures d'accompagnement. Ces dernières années ont vu l'émergence de la prise de conscience d'un suivi médico-social plus attentif allant bien au delà de la mission exclusive mais traditionnelle d'attribution de la pension d'invalidité : au sein même des armées, mise en place à partir de 1993 d'une «cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre» (CABAT) dont la mission est d'assurer l'accompagnement dans la durée des blessés en opération, dispositif complété depuis peu par l'instauration sous l'égide du Service de Santé des Armées, d'une «cellule de réadaptation et de réinsertion des soldats blessés en opération dans le cadre des mission extérieures (OPEX)».

Ainsi une meilleure prise en charge des victimes des conflits émerge progressivement dans la société et se trouve enfin concrétisée par un concept global mieux maîtrisé d'aides aux blessés s'inscrivant dans la durée.

Le traumatisme psychique : figure nouvelle des blessures de guerre

Valeur thérapeutique de l'expertise

(décret de 1992)

Docteur Michel Pierre



Dr Michel Pierre

Fils d'un médecin militaire (1902-1982, Officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 39-45 avec palme), Michel Pierre est né en 1955 à Nantes. Scolarisé au Collège Militaire de St-Cyr (1^{ère} promotion : 1966-73) de la 6^e à la Terminale, il suit ensuite des études de Médecine à Nantes et à l'Internat de Psychiatrie à Paris (1981-84). Dans le même temps, il poursuit un cursus en Anthropologie et Ecologie Humaine à l'Université Paris V, avec obtention d'un DEA en 1984 sur les théories de la communication. Michel Pierre a toujours voulu exercer une psychiatrie diversifiée (hospitalière, libérale, pénitentiaire, expertale), au plus proche du « terrain », avec un intérêt particulier pour la clinique du sujet envisagée dans ses rapports au collectif. Cette orientation se retrouve dans sa fonction de Médecin Evalueur à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des Hauts de Seine (handicap psychique), dans celle de Psychiatre Expert depuis 1989 auprès du Centre de Réformes des Anciens Combattants (traumatisme psychique) et de chercheur à la Fondation pour la Mémoire de la Déportation (séquelles tardives de la Déportation). Il est également Praticien Hospitalier à l'hôpital des Mureaux. Dans un registre plus institutionnel, il vient d'être nommé Président du Réseau de Santé Mentale Yvelines Nord, avec l'ambition de rassembler les acteurs des mondes sanitaire et médico-social pour cette zone.

Les enjeux de l'expertise en matière de psychosyndrome traumatique résident non seulement dans la qualité d'une évaluation assez complexe que dans les processus de réparation qu'elle induit.

Le psychosyndrome traumatique - il convient de le souligner avec force - n'est pas une maladie mentale mais une blessure, qui comme pour les blessés de la face et du cou, exige souvent une longue période de cicatrisation aux conséquences sociales non négligeables. C'est quelquefois une souffrance invisible qui peut se manifester des années après l'événement causal et rester même cachée par la victime, rendant difficile son appréciation médicale. De ce fait, les expertises psychiatriques ont dans certains cas, la particularité d'accéder au «rang d'élément parfois décisif de preuve» (Décret de 1992 sur le syndrome psychotraumatique), en s'appuyant sur une démarche logique, rigoureuse, claire, aisément compréhensible par tous», se construisant sur une véritable argumentation. Ce type d'expertise ne se fait pas simplement «au temps de l'examen» tel un instantané, mais oblige - aussi bien en matière de psychiatrie que de chirurgie - à faire référence au film de la vie dont cette photo est tirée. Il est nécessaire de prendre en compte la dynamique psychologique personnelle qui a été modifiée par une blessure psychique (y compris dans son acceptation sociale) que la réalité et le vécu de l'évènement traumatique initial. Certains faits ne se révèlent ainsi traumatiques qu'à l'occasion d'un autre évènement. Alors que les signes classiques peuvent être assez vite identifiés, l'évaluation des séquelles chroniques est difficile, les changements de la personnalité restant d'appréciation incertaine, parfois plusieurs décennies après une effraction psychique. Or ces évolutions pathologiques sont souvent à l'origine de difficultés d'adaptation sociale, familiale et professionnelle qu'il convient de reconnaître et de compenser. Il existe donc à l'heure actuelle un réel intérêt à construire une clinique des séquelles tardives du traumatisme psychique en sus d'une recherche active sur les mécanismes en jeu, aussi bien neurophysiologiques que psycho-sociaux.

La réparation : pierre angulaire d'une prise en charge correcte du PTSD.

Si l'attribution d'une pension est un droit indubitable, la compensation ne saurait être uniquement financière et devra accéder à une véritable réparation de l'ordre du symbolique. C'est tout l'esprit du Décret du 10 Janvier 1992, qui l'exprime très clairement et pour la première fois en matière d'expertise : «lors des examens médicaux, l'expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique». Cette «blessure psychique» nécessite tout particulièrement un accueil et un accompagnement bienveillant, prémices de la construction du sens. C'est une donnée essentielle.

Pour conclure sur une note d'espoir, on remarquera un début de changement dans les mentalités, laissant entrevoir une meilleure prise en charge et à terme une modification du regard social. La reconstruction de l'image de soi après un évènement traumatisant prendra alors un autre visage.

Réparation du psychosyndrome traumatique de guerre (PST)

De la reconnaissance théorique à la mise en œuvre pratique

Maître **Véronique de Tienda-Jouhet** - Barreau de Paris



Maître Véronique de Tienda - Jouhet

Après une formation et une pratique de généraliste à dominante sociale (Droit du Travail et de la Sécurité Sociale) dans divers cabinets parisiens, a créé son propre cabinet en 1990.

A partir de 1999, acquisition d'une expérience dans la défense des militaires et des Pensions Militaires d'Invalidité, s'inscrivant dans le cadre du Droit à Réparation et de ses accessoires.

Avocat Conseil de plusieurs associations du Monde Combattant, dont, au premier chef, l'U.B.F.T. depuis 15 ans et rédactrice en 2013 pour le Comité d'Entente de l'étude « Blessés pour la France, Blessés par la France ! Au service de la France, Grandeur et Misère de nos Blessés. 30 propositions... », adressée aux plus hautes autorités de l'Etat et encore à une centaine d'autres interlocuteurs possibles, pour améliorer et accélérer le traitement de tous les bénéficiaires du Droit à Réparation, a participé sur France 3, à « Pièces à conviction » du 5 décembre 2012 « Syndrome Afghan : Les soldats oubliés de la France ». Membre actif de « l'Association des Combattants du Palais » regroupant les juristes intéressés par la défense des militaires.

La blessure invisible a d'abord été prise en compte par le Guide Barème au chapitre des névroses et maladies mentales. Il fallut attendre le décret du 10 janvier 1992 pour que le PST soit déplacé au Guide Barème pour y figurer dans un chapitre 14 « Troubles psychiques de guerre ». Ce décret était une belle envolée mais on lui avait rogné les ailes avec la circulaire 616B du 6 mars 1992. L'administration avait cru pouvoir continuer à exiger la preuve d'un événement traumatique déclencheur précis et nier la valeur de l'expertise que le décret avait, pourtant, érigée au rang de preuve. C'est ainsi que jusqu'en 2000, l'application du décret fut imparfaite. L'administration soutenant par exemple que ce texte n'avait vocation à s'appliquer qu'aux blessés psychiques de guerre il fallut batailler pour qu'il soit reconnu applicable aux pompiers ou aux militaires psychiquement blessés dans le cadre d'un accident de service.

Ainsi les conditions d'application du décret furent déformées et enraidies jusqu'au 18 juillet 2000 date de la nouvelle circulaire venue rectifier les comportements déviants faisant du PST une « blessure au rabais » car malmenée (beaucoup de rejets de demandes) et mal indemnisée (pourcentages préconisés par le texte du décret, ignorés ou minorés)...

Citons là :

- Sur l'élément déclencheur de la blessure : « *En ce qui concerne le psychosyndrome traumatique de guerre, le fait en cause peut consister en un événement unique, au cours duquel le sujet peut avoir vu sa vie menacée, ou avoir assisté à la mort ou à la blessure d'autrui, ou encore avoir été acteur ou témoin d'actes psychologiquement choquants ou horribles. Il peut s'agir aussi de l'accumulation d'événements psychologiquement éprouvants ...* »

- Pour les précisions fournies sur l'établissement de la preuve : « *...Mais la preuve pouvant être rapportée par tous moyens, le décret prenant en compte la spécificité du psychosyndrome traumatique ... admet que « l'expertise médicale peut accéder au rang d'élément parfois décisif de preuve... »*

Malgré ces avancées l'obtention d'une Pension Militaire d'Invalidité (PMI) pour PTSD demeure délicate. En effet ;

1°) Lorsque le sujet est à la fois blessé physiquement et psychiquement les parts respectives du physique (syndrome subjectif des traumatisés crâniens) et du psychique pur (PTSD) restent difficiles à faire reconnaître ; l'administration soutenant quasi systématiquement que certains symptômes étant déjà indemnisés comme séquelles d'un traumatisme crânien, ne peuvent être aussi indemnisés dans le cadre du PST.

2°) Lorsque le PST est apparu longtemps après l'événement déclencheur il est toujours plus difficile de rapporter la preuve d'événements, longtemps après leur survenance.

3°) Parce que l'administration a souvent la tentation de reporter la cause du PST sur des évènements afférents à la vie personnelle...

4°) Parce que le sujet tourmenté par PST attend souvent que des symptômes graves l'aient envahi pour s'en ouvrir et accepter les soins.

Bref, la complexité du PST est source de bien des difficultés pour l'avocat en droit des pensions militaires. Le chemin sera encore long avant que le PST ne soit reconnu et indemnisé avec naturel, pour ce qu'il est, c'est à dire l'une des blessures les plus difficiles à supporter, puisqu'elle ne se voit pas et n'engendre pas la compassion, alors qu'elle peut finir par « habiter » complètement celui qui en est atteint.

Membre du Comité Scientifique du colloque «Gueules Cassées, un nouveau visage», le Professeur Maurice Bazot est le modérateur de la session 3 « Souffrance et psychologie du soldat et de l'ancien combattant » et de la session 4 « Expertise et réparation ».



Professeur Maurice Bazot

Né en 1933 à Bourges, diplômé de la faculté de médecine de Paris, Maurice Bazot a été successivement généraliste (médecin d'unité lors de la guerre d'Algérie), neurologue, psychiatre avant d'accéder au titre de professeur titulaire de la chaire de cette discipline à l'École du Val-de-Grâce. Promu médecin général inspecteur, il a assuré la direction de cette institution de 1989 à 1995 après avoir été à la tête du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Percy. S'agissant des pertes psychiatriques en temps de guerre, il a été membre du Groupe de travail « facteurs psychologiques au combat » de l'État Major de l'Armée de Terre (EMAT), co-auteur du rapport technique au Comité consultatif de santé des armées sur la « médicalisation de l'avant » (1987)

et membre du Groupe de travail international « Euromed » sur la prévention et le traitement des troubles psychiques des catastrophe et de guerre de 1985 à 1990.

Expert/surexpert auprès du ministère de la Défense, sous direction des pensions, il déploie par ailleurs une intense activité associative avec un intérêt particulier pour l'histoire.

Il préside l'Association des amis du musée du Service de Santé des Armées (SSA) au Val-de-Grâce.

Il est commandeur de l'Ordre national du Mérite, officier de la Légion d'honneur, des palmes académiques et des arts et lettres.

Les Gueules Cassées, un nouveau visage

Professeur Jacques Philippon - Président du Comité scientifique de la Fondation des « Gueules Cassées »



Pr Jacques Philippon

Après des études secondaires au Lycée Henri IV, il entreprit des études de Médecine à la Faculté de Paris, aboutissant à une thèse de Doctorat en 1965 ; parallèlement il accéda à l'Internat des Hôpitaux de Paris. Avant de devenir chef de clinique à l'Hôpital de La Pitié, il passa deux ans comme Médecin-Lieutenant de Réserve, dans l'Armée de l'Air, en Algérie puis en métropole. Il effectua ensuite une année de Recherches cliniques à l'Institut National de Santé américain près de Washington.

De retour à Paris en 1966, il assura les fonctions d'assistant en neurochirurgie, prenant en charge les urgences en particulier traumatiques, mais également neuro-vasculaires.

Devenu Professeur Agrégé, il prit ensuite la direction du service de Neurochirurgie de la Salpêtrière, fonction qu'il occupa pendant 23 ans. Sous sa direction, le développement des activités classiques neurochirurgicales (traumatologie, accident vasculaires cérébraux) fut poursuivi en même temps que de nouvelles techniques se développaient, telle la stéréotaxie pour le traitement des mouvements anormaux. Ceci donna lieu à la réalisation de nombreux travaux scientifiques (plus 180 furent publiés, tant en français qu'en anglais).

Membre de l'Académie nationale de Médecine depuis 2005, il est également Membre de l'Académie nationale de Chirurgie et Président du Comité scientifique de la Fondation des « Gueules Cassées ».

Si nous reprenons le titre de ce colloque, la Fondation des « Gueules Cassées » fait partie certainement de ce nouveau visage.

Tout au long de ces journées nous ont été présentés les multiples aspects des blessures craniofaciales liées à la Première Guerre mondiale. En profonde reconnaissance des sacrifices, a été créée en 1921 une association d'aide et de soutien l'UBFT, plus connue sous le nom de « Gueules Cassées ». Elle n'a cessé de se développer depuis en élargissant son assistance aux blessés en exercice, aux victimes d'attentats, en gardant cependant l'idéal commun d'aide à la souffrance, qu'elle soit physique ou psychique.

Pour prolonger la pérennité de son action au-delà de l'inéluctable déclin démographique, l'association a créé en 2001 une Fondation destinée à défier le temps en consacrant les revenus de son patrimoine au mécénat médical au développement des techniques médicochirurgicales réparatrices de la sphère crânio-faciale. Son domaine s'est d'ailleurs élargi en 2012, par modification de ses statuts, englobant non seulement le traitement des traumatismes mais aussi celui des pathologies malformatives et tumorales, de certaines maladies dégénératives affectant le fonctionnement cérébral pouvant bénéficier des mêmes recherches.

Ce soutien va se manifester de trois façons différentes :

- Bourses d'études pour des étudiants en phase pré-doctorale,
- Aides financières à des laboratoires pour l'achat de matériel scientifique,
- Soutien à des congrès ou des publications scientifiques.

Ainsi depuis sa création a été observée une progression constante du nombre de dossiers aidés chaque année, passant de 10 en 2003 à 48 en 2014 ; au total en une dizaine d'années la Fondation a soutenu 300 projets.

Parallèlement les sommes distribuées ont augmenté régulièrement totalisant aujourd'hui plus de 8,5 millions d'euros.

À côté de cette activité régulière, il faut souligner l'importance d'actions ponctuelles :

- Création en 2001, avec le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, de l'Institut des Pathologies de la Face et de la Tête,
- Ouverture d'un service d'implantologie dentaire à l'Institution Nationale des Invalides,
- Contribution à la création d'une Unité neuro-vasculaire à l'Hôpital Paris Saint-Joseph pour une meilleure prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- Soutien important à l'Institut de la Mémoire et de la Maladie d'Alzheimer à la Pitié-Salpêtrière, dédié à la prévention, au diagnostic précoce, à la recherche physiopathologique et au traitement de la maladie.

Enfin a été créé depuis 2011 un Prix de la Fondation destiné à récompenser un chercheur ou une équipe de recherche ayant poursuivi pendant plusieurs années un travail débouchant sur des applications cliniques. En 2011 a été distingué le Dr Lescot pour ses travaux sur le traumatisme crânien ; l'année suivante, fut récompensé le Dr Gogly pour ses recherches sur le fibroblaste gingival, cellule idéale pour réparer après transplantation d'autres tissus dont les os du maxillaire.

Après avoir parcouru le passé, c'est donc avec une totale confiance que nous pouvons envisager l'avenir de la Fondation.

Notes

Ce colloque est organisé par



20 rue d'Aguesseau, 75008 Paris
Tél : 01 44 51 52 00
Télécopie : 01 42 65 04 14
Courriel : oroussel@gueules-cassees.asso.fr

www.gueules-cassees.asso.fr