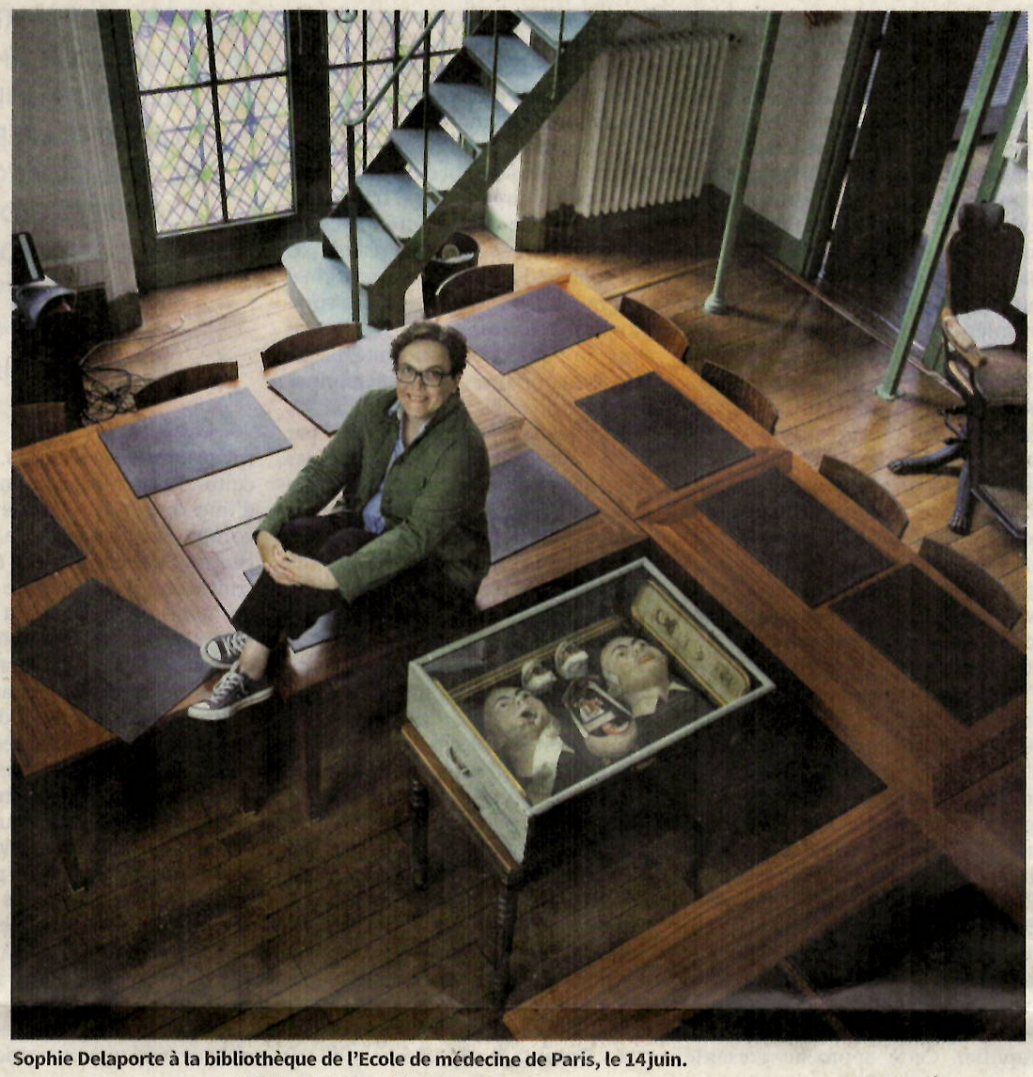
« Dans les conflits récents, 30 % des soldats sont blessés au visage »

ENTRETIEN - De la guerre de Sécession à celle d'Afghanistan, l'historienne Sophie Delaporte raconte, dans « Visages de guerre », l'histoire des « gueules cassées ». Et l'évolution de leur prise en charge

Historienne, spécialiste des « gueules cassées », Sophie Delaporte est maître de conférences à l'université de Picardie-Jules-Verne. Dans son nouvel ouvrage, *Visages de guerre* (Belin, 302 p., 23,50 euros), elle décrit l'itinéraire de blessés de la face, de la guerre de Sécession aux conflits les plus récents. Comparant les époques et les pays, l'historienne analyse également les évolutions des prises en charge médico-chirurgicales et psychologiques. Entretien.



Sophie Delaporte à la bibliothèque de l'Ecole de médecine de Paris, le 14 juin.
MATHIEU ZAZZO POUR « LE MONDE »

Vous dressez le portrait de trois combattants blessés au visage lors de différents conflits. Quels sont les éléments les plus marquants de leurs parcours respectifs, à des décennies d'intervalle ?

Dans le cas d'Albert Jugon, qui a été parmi les premiers blessés au visage de la première guerre mondiale, ce sont les troubles psychologiques liés à la défiguration qui ont dominé. Il a été atteint par une balle en plein visage et ses lésions, au départ effrayantes, ont posé de gros problèmes aux chirurgiens. Malgré plusieurs interventions, Jugon est resté défiguré. Cela n'a pas été le cas de Jean Lequertier, blessé par un éclat d'obus de mortier en Indochine, et du Britannique Jason Hare, victime d'un engin explosif en Afghanistan. Chez ces deux soldats, la reconstruction a été aussi spectaculaire que l'atteinte et, à terme, ils n'ont pas souffert psychologiquement de leur défiguration. En fait, plus on avance dans le temps, meilleurs sont les résultats de la prise en charge médicale et chirurgicale, ce qui permet d'effacer ou d'atténuer les troubles psychologiques liés à l'atteinte faciale, en particulier dans la relation à l'autre.

La reconstruction faciale s'est d'abord développée pour des blessés de guerre. Comment la discipline s'est-elle construite ?

Cette chirurgie doit beaucoup au Britannique Harold Gillies, aujourd'hui considéré comme le père de la chirurgie plastique. Envoyé en France au début de la première guerre mondiale, ce praticien, qui avait d'abord fait de la chirurgie générale puis de l'ORL, y a découvert la réparation des visages, et il s'est captivé pour ces interventions.

De retour au Royaume-Uni, il a su imposer cette discipline sur le plan institutionnel. Dès la fin de l'année 1915, il a créé un premier centre consacré à la prise en charge des blessures faciales, dans le sud-ouest de Londres. Moins de deux ans plus tard, il dirigeait un service spécialisé, d'une capacité d'accueil de mille lits, au Queen Mary Hospital. Gillies a été à l'origine de nombreuses innovations techniques dans ce domaine, et il a formé une première génération de chirurgiens plastiques au Royaume-Uni. Quand l'armistice a été signé, en novembre 1918, pas moins de 11 000 blessés de la face étaient passés entre ses mains. Seulement dix d'entre eux ont été considérés comme irrémédiablement défigurés par le ministère des pensions. Au Royaume-Uni, cette organisation a permis d'anticiper les besoins lors de la seconde guerre mondiale, ce qui n'a pas été le cas dans notre pays.

Comment cela s'est-il organisé en France ?

Pendant la Grande Guerre, des lieux de soins spécialisés pour les blessés de la face ont été créés par des chirurgiens généralistes, des dentistes, ou encore des stomatologistes. Mais cette discipline ne s'est ensuite pas affirmée comme outre-Manche. Après la démobilisation, tous ces centres ont été fermés et, surtout, on est revenu au dogme de la chirurgie générale, avec l'idée qu'un chirurgien doit savoir tout faire. L'un des exemples les plus démonstratifs est celui d'Henry Delagenière, connu pour avoir développé une technique de greffe osseuse dite « ostéopériostique » (à partir du tibia) pour reconstruire les gueules cassées. Pendant trois ans, de 1916 à 1918, il a appliqué cette méthode à des blessés de la face et du crâne, accumulant les cas pour la valider et la diffuser auprès de ses confrères, français et étrangers. La paix revenue, Delagenière a repris une pratique de chirurgie générale dans sa clinique du Mans... Quelques praticiens expérimentés et motivés ont réussi à poursuivre dans cette discipline, en se réorientant vers une activité esthétique. Cela leur a permis de s'appuyer sur leurs acquis pour prendre en charge les blessures faciales pendant la seconde guerre mondiale. Aujourd'hui, peu de combattants français sont concernés, et il n'existe plus de service de chirurgie maxillo-faciale militaire en France. Les interventions sont réalisées dans des grands centres civils, à Paris, Lyon, Amiens...

Que sait-on de la fréquence, de la nature, et de la gravité des atteintes faciales chez les combattants ?

Le travail de collecte statistique et épidémiologique permettant l'analyse des conditions de survie à long terme de ces blessés n'a commencé qu'à partir de la guerre de Corée et surtout de celle du Vietnam. Avant, les données étaient assez parcellaires. Pendant la guerre de Sécession, les médecins ont surtout distingué les atteintes par arme à feu, de loin les plus fréquentes, de celles par arme blanche. Dans les deux cas, le bas du visage était le plus touché. Lors de cette guerre civile, les traumatisés de la face représentaient à peine 7 % des combattants blessés ayant pu quitter le champ de bataille, alors que les blessés des membres comptaient pour 70 % des survivants. On peut se demander si les atteintes faciales étaient plus fatales que celles d'autres localisations, ou si cette grande vulnérabilité relève avant tout de l'inefficacité ou de l'absence de soins par les premiers sauveteurs. De même, chez les combattants américains des deux guerres mondiales, les blessures de la face ont été bien moins fréquentes que celles des membres.

Les blessures du visage dépendent-elles beaucoup du type d'arme utilisé ?

Les études réalisées pendant la guerre du Vietnam et plus récemment montrent qu'il existe une continuité dans l'éventail des atteintes du visage, et que les dégâts peuvent être considérables, quelle que soit la capacité destructrice de l'armement. Des balles tirées à faible vélocité peuvent engendrer des lésions au moins aussi sévères que celles provoquées par des balles tirées à bout portant, ou par des engins de type mortier.

Ce qui a énormément évolué au cours des dernières décennies, ce sont les modalités de prise en charge. Sur le terrain, le délai d'arrivée des soignants s'est réduit, et il y a eu de gros progrès dans la gestion des chocs hémorragiques et la réanimation. En fait, certains des traumatismes faciaux que les médecins traitent aujourd'hui existaient probablement lors des guerres plus anciennes, mais ils n'étaient pas visibles, car les soldats mouraient sur le champ de bataille. Cela explique que, dans les conflits récents, comme en Irak ou en Afghanistan, les atteintes faciales concernent une proportion assez élevée de soldats. Une enquête britannique sur la période 2005-2009 les évalue à 30 %, la majorité par explosion d'IED *[engin explosif improvisé]* ou de voiture piégée. Ces blessés sont aussi souvent touchés aux membres, au thorax et au cerveau. De toute évidence, le visage échappe aux modalités de protection, sauf au niveau des yeux. Le port d'un masque est difficile, du fait de la claustrophobie qu'il entraîne.

Qu'en est-il du traumatisme psychique lié aux mutilations du visage ?

Le vécu est très variable selon les époques et les personnes. Les « gueules cassées » de la première guerre mondiale, comme Albert Jugon, se sont souvent très bien réinsérées dans le champ intime, mais cela a souvent été plus difficile sur le plan social. Chez les vétérans de la guerre des Malouines et du Vietnam que j'ai rencontrés, j'ai plutôt été frappée par l'intensité des troubles psychiques, dus non pas à la défiguration mais à leur expérience de guerre. C'est particulièrement prégnant aussi dans le cas du blessé français d'Indochine. Quant à Jason Hare, ce Britannique blessé en Afghanistan dont je dresse le portrait, il ne souffre pas psychiquement, ni de son atteinte faciale – dont il garde peu de séquelles après une douzaine d'interventions – ni, ce qui est plus étonnant, du trauma de la guerre. En écoutant son témoignage, on se dit que c'est grâce au sens qu'il a pu donner à ses blessures, et à son engagement. Il dit aussi avoir été beaucoup aidé par l'équithérapie *[le soin par l'équitation]*.

Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, un accompagnement psychique des blessés a été organisé (avant le départ, sur place, dans les phases de « décompression » et au retour), mais il y a néanmoins une faillite de la pensée du trauma. Les Anglo-Saxons produisent beaucoup de statistiques sur ces sujets, mais les expériences individuelles sont noyées dans les chiffres, ce qui réduit l'intérêt de ces publications, et ils n'ont jamais pensé le trauma que du point de vue du « stress ». De gros efforts ont été déployés mais, sur le terrain, les réponses restent inefficaces.

En France, ce sont surtout les psychiatres militaires qui se sont investis dans ce champ des troubles post-traumatiques, mais il n'y a jamais eu de politique de suivi systématique des combattants à leur retour. Certains souffrent pendant des années, voire des décennies, avant de bénéficier d'une prise en charge, ou restent définitivement seuls confrontés à leurs reviviscences. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR SANDRINE CABUT

Le Monde 21/06/17