

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE – DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2023

2023 TOU3 3023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Camille SUBRA

le 30/03/2023

**LA CREATION ARTISTIQUE AU SERVICE DES MASQUES
FACIAUX EN TANT QUE SUPPORT PSYCHO-EMOTIONNEL :
L'EXEMPLE DE L'ŒUVRE « AU REVOIR LA-HAUT » DE PIERRE
LEMAITRE**

Directeur de thèse : Pr Florent DESTRUHAUT

JURY

Président : Pr Philippe POMAR

1er assesseur : Pr Florent DESTRUHAUT

2e assesseur : Dr Sabine JONJOT

3e assesseur : Dr Julien DELRIEU

Faculté de santé
Département d'Odontologie

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé

M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé

Directrice du Département d'Odontologie

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjoints

Mme Sarah COUSTY

M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative

Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique

Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires

M. Jean LAGARRIGUE +

M. Jean-Philippe LODTER +

M. Gérard PALOUDIER

M. Michel SIXOU

M. Henri SOULET

Chargés de mission

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)

M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY

Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH

Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG

Assistants : M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Carole VARGAS JOULIA

Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES

Assistante : Mme Géromine FOURNIER

Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL

Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX, Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS

Assistants : M. Joffrey DURAN, M. Antoine AL HALABI

Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,

Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : M. Clément CAMBRONNE, M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,
M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT,
Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Olivier DENY, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT, M. Ludovic PELLETIER
M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Lorris BOIVIN
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE,
Mme Lucie RAPP

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Rémi ESCLASSAN, M. Antoine GALIBOURG,
Assistants : Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY
M. Anthony LEBON
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-
Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM,
M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS,
M. Thibault YAGUE

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES,
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 03 janvier 2023

Remerciements personnels

A Mickaël, merci pour ton soutien et tes encouragements tout au long de mes études. Merci d'avoir passé ces six dernières années à mes côtés, je suis heureuse de partager ma vie avec toi et j'ai hâte de vivre ces prochaines années à tes côtés.

A ma petite sœur Justine, merci d'avoir toujours été là, tu es mon pilier, ma force dans la vie et jamais je n'aurai pu traverser ces dernières années sans toi. Je suis chanceuse d'avoir une sœur comme toi.

A mes parents, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenu depuis tout ce temps.

A toute ma famille, Paul, Nathalie, Christophe, Alexandre, Carla, Arthur, Anne-Laure, Florence, Bernard et Faustine, je vous remercie pour ces moments passés ensemble et votre soutien.

A ma belle-famille et plus particulièrement mes beaux-parents, Martine et Bruno, merci de votre soutien et de votre bienveillance.

A ma meilleure amie d'enfance, ma voisine, Maëlle, malgré la distance aujourd'hui rien ne change. Merci pour notre magnifique amitié et tous ces moments partagés depuis plus de vingt ans.

A mes parents de cœur, Patrick et Myriam, ma deuxième maison, vous faites partis de ma famille et je vous remercie pour vos mots bienveillants et tous ces moments partagés depuis mon enfance.

A mes amies d'enfance, Audrey, Solène, Camille, Marie, merci d'être toujours là depuis toutes ces années. Merci pour ces moments de rires et tous ces souvenirs. J'ai de la chance de vous avoir.

A Alexia, mon amie, tu sais déjà tout. On se connaît depuis seulement quelques années mais on partage déjà tellement. De mes débuts à Pins-Justaret jusqu'à aujourd'hui, merci d'être telle que tu es et de m'avoir toujours écouté et soutenu.

A Sophie, mon amie, merci d'être toi, depuis la Roseraie on ne s'est plus quittées. J'ai découvert une fille en or, généreuse et pleine de joie de vivre. Merci pour ton amitié et ton soutien.

A Emma, Marjorie, Louisa, mes amies de promo. Merci pour tous ces moments de rires, la fac et la clinique auraient été moins fun sans vous.

A Benjamin, mon copain de galère, à tous ces moments à réviser ensemble. Merci d'être toi, toujours de bonne humeur et prêt à rigoler. Merci aussi pour ton soutien dans les périodes difficiles, tu es un ami en or et un exemple de gentillesse et de bienveillance.

A Sarah L, merci pour ces moments ensemble, merci pour ton soutien pendant nos études et ta gentillesse. On n'oubliera jamais cette soirée sushis du 7 novembre 2018.

A Mathilde R, merci pour ces bons moments passés ensemble en cabinet et en dehors aujourd'hui. Merci pour tes conseils et ta gentillesse. Tu es devenue une vraie amie.

A Xavier, mon mentor. Merci pour ton soutien, ta bienveillance et ta bonne humeur. Apprendre à tes côtés a toujours été un plaisir et tu as toute mon admiration. Tu es un vrai modèle de gentillesse et un praticien hors pair. Au-delà d'être un futur confrère tu es devenu un ami.

A ma grand-mère, partie bien trop tôt, merci pour tous ces moments passés ensemble pendant ces quatre années chez toi, pour toutes nos discussions et ton soutien. Je ne t'oublierai jamais. J'espère que tu es fière là-haut.

A tous mes médecins, infirmiers et aides-soignants de la clinique Pasteur et des hôpitaux de Rangueil et Purpan, plus particulièrement aux Dr Christophe Cron, Dr Pauline Fournié, Dr Eve Cariou, Dr Joëlle Guitard et Dr Nicolas Combes. Je ne serai pas là aujourd'hui sans vous.

Pour finir, merci à mon donneur, merci pour ce geste pour lequel aucun mot ne pourra jamais exprimer ma gratitude. J'espère te rendre fier aujourd'hui et tout au long de ma vie.

A notre président du jury de thèse,

Monsieur le professeur Philippe POMAR

- Professeur des Universités-Praticien des Hôpitaux.
- Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire et prothèse maxillo-faciale.
- Doyen de la Faculté de santé de Toulouse.
- Doyen honoraire de l'ancienne Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse.
- Colonel de réserve du service de santé des armées (CDC-RC).
- Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Votre présence en tant que Président du jury est un honneur.

Je vous remercie pour toute votre gentillesse et votre bienveillance. Votre soutien et votre disponibilité ont été d'une grande aide durant mes années de scolarité. Votre humanisme et votre passion pour votre métier sont une source d'inspiration.

Je vous remercie également pour votre participation et votre investissement dans cette thèse au sujet profond et passionnant.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect et de ma reconnaissance.

A notre jury,

Monsieur le professeur Florent DESTRUHAUT

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Directeur adjoint du département d'Odontologie de la Faculté de Santé de l'Université de Toulouse III Paul Sabatier
- Directeur adjoint de l'Unité de Recherche Universitaire EvolSan (Evolution et Santé Orale)"
- Habilitation à Diriger des recherches

- Docteur en Chirurgie Dentaire,

- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire »

- Docteur de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales en Anthropologie sociale et historique,

- Certificat d'Études Supérieures en Prothèse Maxillo-Faciale,

- Certificat d'Études Supérieures en Prothèse Conjointe,

- Diplôme Universitaire de Prothèse Complète Clinique de Paris V,

- Diplôme universitaire d'approches innovantes en recherche de TOULOUSE III

- Responsable du diplôme universitaire d'occlusodontologie et de réhabilitation de l'appareil manducateur

- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et de nous guider tout au long de son élaboration.

Je vous remercie pour vos conseils pertinents et votre engagement pour la réussite de ce travail.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

A notre jury,

Madame le docteur Sabine JONIOT

- Maître de Conférences des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'État en Odontologie, -Habilitation à diriger des recherches (HDR),
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

C'est un plaisir de vous compter parmi les membres de notre jury.

Je vous remercie pour votre engagement et votre bienveillance en clinique comme en théorique.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

À notre jury,

Monsieur le Docteur DELRIEU Julien

- Assistant Hospitalier-Universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- CES de Prothèse Fixée
- Master 1 de Santé Publique
- Master 2 Anthropobiologie intégrative

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je vous remercie également pour votre qualité d'encadrement et de votre pédagogie en clinique lors de ma dernière année d'étude à l'hôtel Dieu.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	12
INTRODUCTION	15
I. LES GUEULES CASSEES	16
1. La Première Guerre mondiale.....	16
1.1. Le contexte historique	16
1.2. Une guerre nouvelle : étiologies des blessés de la face.....	16
1.2.1. Une guerre de tranchées	16
1.2.2. Un nouvel armement	17
1.2.3. Autres étiologies	18
2. Les gueules cassées	19
2.1. Définition.....	19
2.2. Exemples de gueules cassées connues : Albert Jugon	19
2.3. La prise en charge des blessés de la face : « la chaîne santé »	22
2.3.1. Le brancardage.....	22
2.3.2. Les postes de premiers secours	23
2.3.3. Les ambulances	24
2.3.4. Les hôpitaux de l'avant ou d'évacuation.....	24
2.3.5. Les gares régulatrices sanitaires.....	25
2.3.6. Formations de l'arrière (ou de l'intérieur).....	25
2.3.6.1. Centres spécialisés de l'arrière (de l'intérieur).....	25
2.3.6.2. Hôpitaux dépôt de convalescence.....	26
2.4. La prise en charge psychologique des gueules cassées	26
2.4.1. Les troubles psychologiques chez les soldats	27
2.4.2. L'impact psychologique	27
2.4.2.1. La symbolique du visage.....	27
2.4.2.2. La défiguration	29
2.4.2.3. L'identité	30
2.4.2.4. Le retour à la vie civile et le regard des autres.....	33
2.4.2.5. L'Union des Blessés de la Face et de la Tête.....	34
II. LA REHABILITATION DES GUEULES CASSEES	36
1. Chirurgie et mécano-thérapie de l'époque en images	36
1.1. Chirurgie.....	37
1.2. Mécano-thérapie de l'époque.....	43
2. Prothèse restauratrice de l'époque	46
2.1. Prothèses immédiates et temporaires	47

2.2. Prothèses définitives : épithèses et prothèses faciales.....	48
2.2.1. Histoire de l'antiquité à nos jours	48
2.2.2. Les prothèses nasales.....	51
2.2.3. Les prothèses oculaires.....	51
2.2.4. Les prothèses oculo-nasales.....	54
2.2.5. Les bandages et les perruques.....	55
III. AU REVOIR LA-HAUT	56
1. Histoire	56
1.1. Résumé	56
1.2. Portrait d'Edouard.....	57
2. La défiguration à travers le personnage d'Edouard	58
3. Les masques comme support psycho-émotionnel.....	60
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	71

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Maquette de reconstitution des tranchées, photo personnelle, Musée des Armées Paris	p17
Figure 2 : Casque d'Adrian modèle 1915, image du Musée de la Grande Guerre.....	p19
Figure 3 : « Les joueurs de Skat », Otto Dix, 1920.....	p19
Figure 4 : Evolution du visage d'Albert Jugon au fil du temps et des chirurgies, « Visages de guerre », Sophie Delaporte.....	p21
Figure 5: La délégation des "Gueules Cassées" à Versailles le 28 juin 1919, Wikimedia Commons.....	p21
Figure 6: Les étapes de l'évacuation du blessé, Le quotidien des médecins pendant la Grande Guerre, archives Pas-de-Calais.....	p26
Figure 7: Conséquences de la défiguration faciale chez les gueules cassées menant à la stigmatisation, d'après « Conséquences plus spécifiques liées à la localisation cervicofaciale de l'affection », Problématique psychosociale en cancérologie cervicofaciale : point de vue de l'odontostomatologiste, E. Vigarios, F. Destruhaut, P. Pomar.....	p32
Figure 8 : Greffes cartilagineuses et autoplastie en jeu de patience. Paul Ducroux. Enorme délabrement de la partie inférieure de la face par éclat de grenade, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p37
Figure 9 : I. Bogium. Enorme perte de substance de l'os occipital. Reconstruction par autoplastie en jeux de patience, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p38
Figure 10 : I. Bogium. Greffes ostéopériostiques par restauration du maxillaire inférieur, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p38
Figure 11 : I. Bogium. Visage après reconstruction., Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p38
Figure 12 : F. Benoit. Mutilation de la face par éclat d'obus. Restauration par rhinoplastie et greffe cartilagineuse, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p39
Figure 13 : F. Benoit. Visage après reconstruction, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p39
Figure 14 : L. Corvaisier. Mutilation de la face par éclat d'obus, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p40
Figure 15 : L. Corvaisier. Restauration par greffe ostéopériostique et chéiloplastie, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p40
Figure 16 : George Le Gall. Blessé en septembre 1916. Délabrement de la joue droite par éclat d'obus, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p41
Figure 17 : Georges Le Gall. Visage après reconstruction, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p41
Figure 18 : Georges Le Gall. Blessé en septembre 1916. Restauration par chéiloplastie par lambeaux, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p41

Figure 19 : R. Gonin. Blessé en mars 1915 par un éclat d'obus. Fracas des maxillaires et de la joue gauche, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p42
Figure 20 : R. Gonin. Visage après reconstruction, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p42
Figure 21 : Greffe "italienne". Michel Fisher. Destruction de la partie inférieure du nez par éclat d'obus. Restauration par greffe italienne avec prélèvement du greffon sur la main, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p43
Figure 22 : Crochet pour la suspension du sac, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p44
Figure 23 : Procédé du sac de sable du docteur Pitsh. Doc : Musée du Service de Santé des Armées, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p44
Figure 24 : "Vis" ou "poire" en bois de buis servant à écarter peu à peu les mâchoires serrées par la constriction. Doc : Musée du Service de Santé des Armées, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p44
Figure 25 : Appareil servant au traitement de la constriction des mâchoires souvent due à une origine myopathique. Doc : Musée du service de santé des Armées, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p44
Figure 26 : Appareil de mécanothérapie servant à l'ouverture des maxillaires atteints de constriction. Doc : Musée du Service de Santé des Armées, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p45
Figure 27 : Appareil écarteur dit "pinces à linge" utilisé dans le traitement de la constriction des mâchoires. Doc : Musée du Service de Santé des Armées. Photos : M. Monestier.....	p45
Figure 28 : Différents appareils de mécanothérapie destinés à lutter contre la constriction des mâchoires. Doc : Musée du Service de Santé des Armées et BIUMD.R.....	p46
Figure 29 : Masque de Toutankhamon, Wikimedia Commons.....	p48
Figure 30 : Prothèse nasale définitive sur son moule, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p51
Figure 31 : Visage reconstruit avec port de prothèse nasale, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p51
Figure 32 : Pierre Fourniol. Mutilation de la face avec perte de l'œil gauche. Restauration par greffes cartilagineuses et blépharoplastie, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p52
Figure 33 : Pierre Fourniol. Visage reconstruit avec prothèse oculaire, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p52
Figure 34 : Autoplastie et prothèse oculaire. Jules Delaunay. Photo de gauche : Mutilation faciale par éclat d'obus. Enucléation de l'œil gauche. Restauration par autoplastie. Photo de droite : Visage après restauration et pose d'une prothèse oculaire, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p53
Figure 35 : Prothèse nasale et prothèse oculaire montée sur lunettes, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p53

Figure 36 : Prothèse oculaire définitive montée sur lunettes, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p53
Figure 37 : Prothèse oculaire définitive sur son moule, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p53
Figure 38 : Tête en plâtre pour mise au point d'une prothèse oculaire définitive, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p53
Figure 39 : Port d'une prothèse oculo-nasale définitive après reconstruction du visage, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p54
Figure 40 : Port d'une prothèse oculo-nasale définitive après reconstruction du visage, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p54
Figure 41 : Exemple de port d'un bandage, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.....	p55
Figure 42 : Edouard sur son lit d'hôpital portant un masque. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p58
Figure 43 : Edouard découvrant sa blessure dans le reflet d'un plateau métallique. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p58
Figure 44 : Les médecins proposant des opérations et prothèses à Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p59
Figure 45 : Edouard montrant une ardoise avec écrit le mot "merde" aux médecins. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p59
Figure 46 : Exemples de prothèses proposées à Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p60
Figure 47 : Edouard fabriquant ses masques. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p61
Figure 48 : Masque d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p62
Figure 49 : Masques d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p63
Figure 50 : Masques d'Edouard. Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p64
Figure 51 : Masque d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p65
Figure 52 : Masque d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p66
Figure 53 : Edouard saute dans le vide portant son masque d'oiseau bleu. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.....	p67
Figure 54 : Simulation virtuelle d'une prothèse auriculaire. Image d'acquisition numérique. Unité de PMF, CHU Rangueil.....	p69
Figure 55 : Exemple de conception assistée par ordinateur en vue de l'élaboration d'épithèse faciale auriculaire. Unité de PMF, CHU Rangueil.....	p69
Figure 56 : Extra Ear London, Los Angeles, Melbourne 2006 fot. Nina Sellars, Wikimedia Commons.....	p69
Figure 57 : Orlan, 2021, Wikimedia Commons.....	p69

INTRODUCTION

La Première Guerre mondiale a connu un drame humain sans précédent : les blessés maxillo-faciaux. La violence et la déshumanisation des affrontements, les visages hors des tranchées et l'utilisation d'une nouvelle artillerie plus vulnérante entraînent un afflux massif de défigurés. Ce grand nombre de blessés de la face, permettra l'essor de deux nouvelles disciplines : la chirurgie et la prothèse maxillo-faciale. Ces visages défigurés, plus connus sous le nom de « gueules cassées » ou « baveux », devront faire face à la violence psychologique de la perte du visage lié à l'identité, au regard des autres et au rejet d'une société pour qui ils ne rappellent que trop l'horreur de la guerre. Pour les aider dans cette lourde épreuve, des prothèses et des masques faciaux seront utilisés. D'un esthétique précaire à l'époque, ces prothèses seront pourtant d'une grande aide psychologique et émotionnelle. Les objectifs de cette thèse ont été de mettre en évidence les conséquences de la défiguration chez les soldats mutilés de la Première Guerre mondiale, qu'elles soient sociétales, identitaires ou psychologiques ainsi que d'analyser l'œuvre littéraire de Pierre Lemaitre « Au revoir là-haut » dans laquelle l'un des personnages principaux, mutilé de la face, se sert de la création de masques faciaux comme thérapie et support psycho-émotionnel. Dans une première partie nous avons fait quelques rappels historiques sur la Première Guerre mondiale, sur les gueules cassées ainsi que sur le système sanitaire de l'époque. Nous avons vu également la prise en charge psychologique des soldats défigurés. Dans une seconde partie, nous avons vu la réhabilitation des « gueules cassées » à l'époque, que ce soit grâce à la chirurgie, la mécanothérapie mais aussi et principalement via les prothèses et masques faciaux. Dans une dernière partie nous nous sommes intéressés à l'approche de Pierre Lemaitre face à la défiguration par la création artistique de masques faciaux.

I. LES GUEULES CASSEES

1. La Première Guerre mondiale

1.1. Le contexte historique

La Première Guerre mondiale aussi connue sous le nom de « Grande Guerre » est un conflit militaire né dans les Balkans en 1914. Il va impliquer en premier lieu les pays européens puis via un jeu d'alliance s'étendra sur plusieurs continents pour un total de 70 pays. Elle débute le 28 juin 1914 à Sarajevo lors de l'assassinat du couple héritier austro-hongrois par un nationaliste serbe et prendra fin lors de l'armistice signé le 11 novembre 1918 dans un train de la forêt de Compiègne. Deux grandes alliances vont se faire face au cours du conflit : la Triple Alliance réunissant l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie et l'Italie et la Triple Entente réunissant la France, le Royaume-Uni et la Russie. Au total c'est plus de 70 millions d'hommes engagés qui vont combattre pendant quatre ans pour un bilan final s'élevant à 40 millions de victimes. Pour évoquer un bilan chiffré, on a recensé 10 millions de soldats tués, 20 millions de blessés et 6 millions de victimes civiles, la majorité entre 18 et 40 ans ce qui va engendrer des problèmes démographiques et économiques majeurs par la suite. La France compte à elle seule 1 million et demi de morts et 3 millions de blessés ce qui représente respectivement 17% et 40% des 8 millions et demi d'hommes mobilisés. Cette guerre en plus de ses nombreuses pertes humaines va apporter une fréquence très élevée de blessés de la face : un demi-million de blessures crânio-faciales et entre 10 000 et 15 000 grands blessés de la face qu'on nommera par la suite les gueules cassées (1).

1.2. Une guerre nouvelle : étiologies des blessés de la face

1.2.1. Une guerre de tranchées

La Première Guerre mondiale est caractérisée par une ligne de front continue et stabilisée de près de 800 kilomètres allant de la mer du Nord à la frontière suisse. Cette guerre de position est une situation inédite que personne n'avait envisagé et dont personne ne peut prévoir la durée. Au début de la guerre les français évaluaient la durée du conflit à quelques mois maximum ; il va durer quatre ans et demi. Ce front de guerre est fait de lignes de défenses creusées dans la terre qu'on appelle les tranchées. Celles-ci sont reliées entre elles par des boyaux sinueux assurant l'arrivée de renforts et l'évacuation des blessés. Les soldats des premières lignes vivent dans une tension nerveuse permanente et des conditions d'hygiène déplorables : boue, eau souillée de débris humains, rats, faim, froid,

ravitaillements aléatoires, cadavres et attentes entrecoupées d'assauts meurtriers (1). Les deux armées allemande et française se font face, séparées par un no man's land. Des barbelés sont installés devant les premières lignes pour les rendre infranchissables. De chaque côté résonnent les tirs d'artillerie de gros calibres qui lancent des obus sur une distance de 10 à 25 kilomètres. La tranchée a pour but de protéger les soldats des tirs horizontaux mais elle s'avère moins efficace contre les attaques de l'aviation qui se développent beaucoup pendant la Première Guerre mondiale. De plus, la partie du corps exposée en premier dans une tranchée est le visage, ce qui a pour conséquence directe d'augmenter le nombre de blessures faciales par rapport à celles sur le reste du corps (1).



*Figure 1: Maquettes de reconstitution des tranchées.
Photos personnelles. Musée des Armées Paris.*

1.2.2. Un nouvel armement

La fin du XIXème siècle marque un tournant dans l'industrie de l'armement qui évolue et progresse énormément. Les principales forces européennes sont dans une compétition qui les poussent à innover et développer de nouvelles technologies(1). Les nouvelles armes qui vont être mises au point, de par leur vitesse de pénétration et le souffle créé à l'impact, sont plus destructrices et plus mutilantes que celles utilisées dans les précédents conflits. Les blessures ne sont plus infligées par des balles lentes ou par des armes

blanches (seulement 1% des blessures). Cette nouvelle violence va augmenter le nombre et la gravité des blessures et engendrer de nouvelles lésions inédites : les lésions maxillo-faciales. Le visage est exposé aux blessures par des armes qui n'ont cessé de se perfectionner et de devenir plus meurtrières tout au long du conflit : obus, shrapnel (mitrailleuse), balles pivotantes coniques, lance-flamme...etc¹. Cette nouvelle artillerie de guerre au haut pouvoir vulnérant ne touche pas que les parties molles mais aussi le squelette osseux facial et les organes nobles sensoriels (yeux, nez, langue, oreilles, peau) (1).

1.2.3. Autres étiologies

La durée de la guerre (quatre ans et demi) a également joué un rôle capital puisque ces quatre années et demi de conflit ont contribué à augmenter significativement le nombre total de blessures. L'évolution de la médecine à l'époque et notamment la découverte de l'anesthésie avec l'endormissement chimique à l'éther ou au chloroforme ont permis à des blessés qui seraient morts dans les conflits précédents de survivre. Enfin, le dernier facteur qui a contribué à la grande prévalence des blessés faciaux est le fait que les blessures viscérales sont plus mortelles que les blessures faciales. En effet, la riche vascularisation de la face laisse espérer un meilleur potentiel de réparation. La gangrène qui touchait de nombreux soldats blessés est exceptionnelle dans les blessures de la face car ce sont des blessures ouvertes pouvant être facilement désinfectées et irriguées avec des antiseptiques. N'étant pas recouverte de vêtements, les infections dû à l'incrustation de fibres textiles dans les chairs sont rares. Au niveau de l'équipement de protection, il était limité mais on notera le port par les soldats d'un casque appelé casque Adrian qui devait protéger leurs têtes (1).



Figure 31: Casque Adrian modèle 1915. Image du Musée de la grande guerre.

¹ Colloque « Gueules Cassées, un nouveau visage ». 17-18 octobre 2014. Ecole militaire Paris.
<https://www.gueules-cassees.asso.fr>

2. Les gueules cassées

2.1. Définition

Le terme « gueule cassée » désigne un soldat de la Première Guerre mondiale ayant subi de graves traumatismes au visage et souvent une défiguration définitive. Pour évoquer un bilan chiffré, la France compte dans ses blessés 14% de blessés de la face, parmi lesquels 10 à 15% feront partis des gueules cassées. Ces grands mutilés ont le visage déformé à jamais malgré des tentatives de chirurgie plus ou moins fructueuses.(2) L'expression « gueules cassées » a été inventée par le colonel Picot, lui-même grand blessé de la face de la Première Guerre mondiale et président par la suite de leur association.

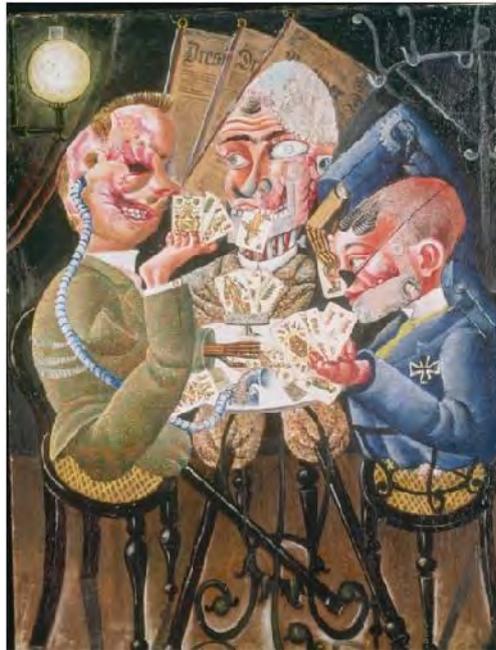


Figure 48: "Les joueurs de skat", Otto Dix, 1920

2.2. Exemples de gueules cassées connues : Albert Jugon

Né le 3 octobre 1890 à Montreuil-sur-Ille en Ille-et-Vilaine, Albert Jugon travaille comme auxiliaire à la banque à Paris. Il est mobilisé en août 1914, il est alors âgé de vingt-quatre ans. Il sera blessé au visage seulement quelques semaines plus tard, le 16 septembre 1914, par un tir de fusil allemand. Il fait partie des premiers blessés de la face de la Première Guerre mondiale et le caractère inédit de sa blessure a rendu sa prise en charge thérapeutique compliquée pour le corps médical. En plus de l'inexpérience des soignants en matière de

blessures maxillo-faciales, s'ajoutait l'absence de structure pour accueillir ce type de blessés au début de la guerre (3). La blessure est décrite à l'époque par les mots suivants : « plaie contuse de la face, branche du nez, perte de l'œil droit par balle » Albert Jugon décrit lui-même sa blessure dans une lettre adressée à son frère : au maxillaire supérieur il ne lui reste que « trois dents molaires, deux à gauche et une côté droit. La langue ayant été sectionnée, la blessure avait repris chair avec le plancher de la bouche », il termine par « te dire si je suis mutilé, je ne puis plus causer et ne vois que d'un œil ». Au niveau de son parcours de soin qui fut très long, on pourra relever un passage, trois mois après sa blessure, dans le service ORL du professeur Moure à Bordeaux, début décembre 1914. Les premières opérations qu'il subit relève du dentiste du service ORL et ont pour but de favoriser l'ouverture buccale pour faciliter le passage du « canard entre les gencives » et donc de l'alimentation (comme beaucoup de gueules cassées son alimentation durant ses hospitalisations était constituée d'œufs, de lait et de bouillon qui étaient introduits via un tube appelé « canard » dans son œsophage). Il fait face à l'une des complications les plus répandues chez les mutilés de la face : la constriction des mâchoires. (à l'époque on dénombre un cas sur quatre chez les blessés de la face d'après les docteurs Virenque et Lebidinsky du centre de chirurgie maxillo-faciale du Mans), que nous décrirons un peu plus loin (1). Albert Jugon subira également une énucléation de l'œil droit remplacé par un œil de bois. Les autres opérations auront pour but de libérer sa langue et de combler la perte de substance faciale qui laisse apparaître un « trou » entre son nez et sa joue droite. Puis, il sera transféré à sa demande dans le service du docteur Morestin au Val-de-Grace à Paris le 22 mai 1916, il y subira d'autres interventions de reconstruction comme celle au niveau des lèvres qui fut très lourde, l'obligeant à les garder closes pendant huit mois. Il restera dans le service après l'armistice et y travaillera comme infirmier jusqu'à sa démobilisation en janvier 1920. Il sera présent à la demande de Clémenceau, ainsi que quatre autres gueules cassées à la signature du traité de Versailles le 28 juin 1919. Il fondera avec Bienaimé Jourdain et le Colonel Picot l'Union de Blessés de la Face et de la Tête (UBFT), association venant en aide aux mutilés de la face. Il meurt le 27 avril 1959 à Paris et est enterré aux côtés de ses camarades au cimetière de Moussy (3).



Figure 49: Evolution du visage d'Albert Jugon au fil du temps et des chirurgies, « Visages de guerre », Sophie Delaporte.



Figure 50: La délégation des Gueules Cassées à Versailles le 28 juin 1919. Wikimedia Commons.

2.3. La prise en charge des blessés de la face : « la chaîne santé »

Dès le début de la guerre, les services de santé des armées vont devoir faire face à de nouvelles contraintes et à des blessures inédites pour lesquelles ils n'étaient pas préparés. L'ignorance du corps médical, notamment dans les cas de blessures maxillo-faciales va conduire à des diagnostics incomplets et des premiers soins inadaptés. Heureusement, les autorités sanitaires, sous l'impulsion des médecins et chirurgiens du front, vont rapidement comprendre la nécessité d'opérer une réorganisation profonde de la « chaîne de santé des armées ». La conception venant des expériences passées selon laquelle les blessures par balle sont plus nombreuses que celles par éclats d'obus va être remise en question. On se rend compte que les blessures par éclat d'obus sont plus nombreuses et plus graves et le corps médical doit adapter sa prise en charge. La chaîne santé va être réorganisée comme suit (1) :

- Le brancardage
- Les postes de premier secours
- Les ambulances
- Les hôpitaux de l'avant ou hôpitaux d'évacuation
- Les gares régulatrices sanitaires
- Les formations de l'arrière ou de l'intérieur

Nous allons détailler chaque étape de cette nouvelle prise en charge.

2.3.1. Le brancardage

Il est effectué par les brancardiers qui sont peu nombreux par rapport au nombre important de blessés. Ils doivent acheminer le blessé jusqu'aux postes de secours depuis le champ de bataille. Leur travail est difficile, en plus de devoir porter un corps inerte, ils doivent faire face à un terrain accidenté, boueux, aux mouvements de troupes et aux tirs ennemis. L'ennemi tire sur les blessés mais aussi sur les brancardiers, pourtant facilement identifiables avec leur brassard de la Croix Rouge. La relève se fait donc principalement pendant la nuit et beaucoup d'hommes meurent dans l'attente des secours. Le rôle du brancardier avant de relever un blessé est de déterminer ses chances de survie, or, chez les blessés de la face, il y a une disproportion importante entre l'aspect visuel des plaies et la gravité réelle de la blessure. Il est ainsi courant que les brancardiers délaissent des blessés de la face en faveur d'autres blessés (comme par exemple les blessés des membres ou de l'abdomen) alors que le pronostic vital des lésions faciales est très favorable (1). En effet, si aucun organe vital n'est touché et s'il n'y a pas de lésions crâniennes associées, la mortalité ne dépasse pas les 4%. (4) Les blessés de la face pouvaient aussi être laissés pour mort car

ils étaient souvent dans l'incapacité de parler ou d'appeler à l'aide lorsque les brancardiers passaient. Les chiens furent d'une aide importante pour repérer ces blessés incapables d'appeler à l'aide.

2.3.2. Les postes de premiers secours

Ils représentent la première étape de l'évacuation des blessés. Ces postes sont au plus près de la ligne de front et délivrent les premiers gestes d'urgence aux blessés rapatriés par les brancardiers. Les médecins présents désinfectent les plaies, font des pansements sommaires, immobilisent les fractures pour permettre l'évacuation des blessés vers les hôpitaux de l'avant dans de bonnes conditions. Pour les blessés de la face, la prise en charge précoce est indispensable car ils sont soumis à trois grands risques mortels des traumatismes faciaux que sont : l'asphyxie, l'hémorragie asphyxiante et la broncho-pneumopathie. L'asphyxie peut être provoquée par des débris de terre, de vêtements, de projectiles, de caillots sanguins ou même par des lambeaux muqueux, des fragments osseux ou dentaires. Le geste d'urgence consiste à libérer les voies aériennes supérieures pour permettre la respiration. Les urgences hémorragiques chez le blessé de la face sont diverses et peuvent être très graves. Les hémorragies veineuses sont vite jugulées contrairement aux hémorragies artérielles qui sont impressionnantes et difficiles à contenir. Celles-ci peuvent toucher les artères linguale, maxillaire interne, faciale et carotide externe. Pour les stabiliser on utilise souvent des garrots de fortune tels qu'un lacet de soulier, un ceinturon, une courroie de sac... Le dernier risque létal auquel doivent faire face les blessés de la face est la broncho-pneumonie dite de déglutition provenant de l'inhalation d'un corps étranger. Les soignants du poste de secours ont également pour rôle de calmer le blessé ; en effet le soldat mutilé peut se trouver dans un état de choc nerveux déclenché par l'étendue de sa blessure, l'abondance de l'hémorragie et le traumatisme psychique lié aux conditions de vie dans les tranchées. Dans cet état de choc, le blessé est souvent incapable de marcher, de communiquer et le moindre événement autour de lui peut déclencher une crise de panique. Pour soigner cet état, les médecins ont recours à des linges chauds, à des bouilloires, à des frictions alcoolisées, à de l'huile camphrée, au sérum artificiel voire à une transfusion sanguine. Une fois le blessé stabilisé, le médecin rédige une fiche d'évacuation afin d'orienter le blessé vers les ambulances appropriées pour la suite de la prise en charge en fonction de ses blessures (1).

2.3.3. Les ambulances

Elles représentent la dernière étape avant l'évacuation définitive. Elles sont à l'arrière des postes de secours, à une distance d'environ 15 à 18 kilomètres des premières lignes et sont disposées à intervalles réguliers. Les ambulances sont de petites structures composées d'environ 300 à 500 lits et récupèrent un maximum de blessés provenant des postes de secours et acheminés jusque-là par des ambulances motorisées. C'est dans ces ambulances qu'ont lieu les premiers vrais soins chirurgicaux. Les médecins vérifient les pansements et les changent si besoin. On nettoyait les plaies à l'aide de solutions diluées d'éther ou de teinture d'iode pour lutter contre les infections. Ils pratiquaient également des esquillectomies et des ablations des projectiles. Ils sont pour cela aidés par les découvertes récentes en matière de radiologie. La radiographie et la radioscopie permettent aux médecins de localiser les corps étrangers de façon plus précise et de pratiquer des opérations moins délabrantes. Dans les cas précis où le projectile est radio-transparent ou que les éclats sont trop petits pour être sensibles aux techniques radiologiques habituelles on utilise l'électro-aimant ou l'électro-vibreur. Après son passage dans une ambulance, le blessé s'il est stabilisé, est évacué vers les zones arrière. Chaque blessé portait une fiche diagnostic afin d'être orienté vers la structure spécialisée adéquate. Les blessés de la face portaient une enveloppe-fiche jaune marquée de la lettre « C » qui signifiait « chirurgie maxillo-faciale » (1).

2.3.4. Les hôpitaux de l'avant ou d'évacuation

Il s'agit de structures hospitalières formées de 2000 à 3000 lits et disposées derrière la ligne des ambulances, à quelques dizaines de kilomètres du front. Ces hôpitaux restent proches du front pour faciliter la prise en charge rapide des blessés mais à distance des combats pour éviter les contrecoups des tirs, notamment d'artillerie. Des chirurgiens expérimentés y travaillent et les blessés y reçoivent les traitements dits « secondaires » : désinfection des plaies, réfection des pansements, opérations de retrait des corps étrangers, sutures, prise d'empreinte pour certaines prothèses. Un triage minutieux y est fait afin d'orienter le plus précisément possible les blessés vers les centres spécialisés de l'arrière. Les blessés les plus légers sont orientés vers des « dépôts d'éclapés » pour recevoir les soins nécessaires et réintégrer rapidement la zone des combats. Le tri se fait dans des salles de triage en fonction de la nature de la blessure, de la gravité mais aussi de la hiérarchie. Pour les blessés de la face, l'organisation était faite autour de plusieurs spécialités : la chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie (1).

2.3.5. Les gares régulatrices sanitaires

Elles sont chargées de compléter le triage des hôpitaux d'évacuation et de répartir les blessés entre les centres d'hospitalisation de l'arrière (ou de l'intérieur). Quand l'état du blessé le permet, il est envoyé via des trains sanitaires vers une gare de l'intérieur pour sa prise en charge par les centres spécialisés de l'arrière (1).

2.3.6. Formations de l'arrière (ou de l'intérieur)

2.3.6.1. Centres spécialisés de l'arrière (de l'intérieur)

L'ultime étape du blessé de la face est le centre spécialisé de l'arrière et en l'occurrence le centre de chirurgie réparatrice maxillo-faciale de l'intérieur. Ils sont créés entre 1914 et 1916 et accueillent les blessés de la face ayant transités par la gare régulatrice sanitaire. La prise en charge dans ces centres est plus élaborée, ils regroupent des équipes pluridisciplinaires composées de chirurgiens maxillo-faciaux, d'ophtalmologistes, de chirurgiens-dentistes, d'oto-rhino-laryngologistes, de masseurs, d'infirmières. C'est dans ces centres qu'avaient lieu les opérations de reconstruction de la face des gueules cassées. Ces centres sont ouverts de façon progressive souvent sous l'impulsion des chefs d'hôpitaux. Ils n'ont pas de modèle structurel établi. Ils se mettent en place dans plusieurs régions. Les deux premiers centres de chirurgie maxillo-faciale et les plus connus sont celui de l'hôpital du Val-de-Grâce sous la direction du docteur Hippolyte Morestin ainsi que celui de l'hôpital Lariboisière sous la direction du docteur Pierre Sebileau et du chef prothésiste Henri Chenet. Ils seront très vite saturés et ils seront ainsi complétés par des « annexes » dits « hôpitaux auxiliaires » afin de les soulager. Les erreurs et le manque d'expérience des médecins de l'avant étaient souvent pointés du doigt par les chirurgiens de l'arrière. Il y avait un important manque de communication et une meilleure collaboration entre les différentes structures aurait permis d'éviter des interventions ou des appareillages inutiles ou encore de trop longues durées d'hospitalisation de certains blessés et leurs souffrances (1). Les blessés une fois réceptionnés dans ces services, étaient le plus souvent lavés, rasés et on leur donnait des vêtements propres. Après examination par le médecin, ils étaient envoyés en salle de pansement ou au bloc opératoire. Les interventions pouvaient se faire sous anesthésie locale ou générale suivant leur gravité. Ces centres étaient également équipés d'un laboratoire de prothèse où étaient réalisées les prothèses immédiates, provisoires et définitives pour les gueules cassées. Lorsque les soins dans ces centres étaient terminés, que les plaies étaient en voie de cicatrisation et que le blessé disposait d'une prothèse fixe, après accord d'une

« Commission de congés de convalescence » et du médecin-chef, ils étaient envoyés vers les hôpitaux-dépôt de convalescence (maison de rééducation) (1).

2.3.6.2. Hôpitaux dépôt de convalescence

Ces hôpitaux accueilleraient les blessés nécessitant une convalescence. Ils étaient similaires à nos centres de rééducation actuels. La cicatrisation et le traitement des gueules cassées pouvaient durer plusieurs années. La moyenne d'hospitalisation des blessés de la face était de deux ans et demi pour les blessures majeures.(3)

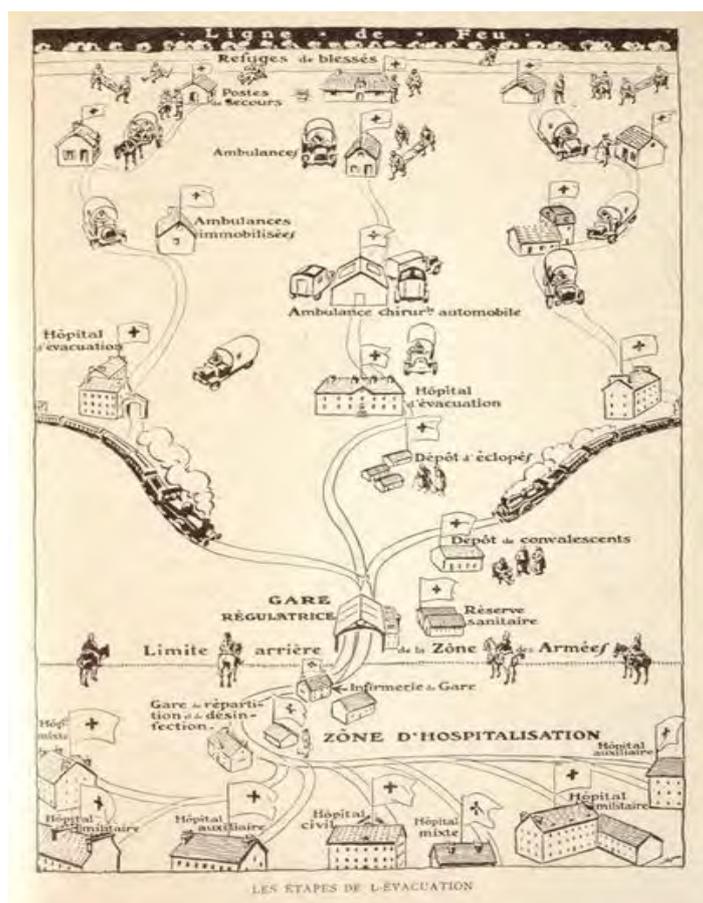


Figure 51: Les étapes de l'évacuation du blessé. Le quotidien des médecins pendant la Grande Guerre. Archives Pas-De-Calais.

2.4. La prise en charge psychologique des gueules cassées

La Première Guerre mondiale est bien connue pour les séquelles physiques qu'elle a engendrées mais moins pour les conséquences psychiques qu'elle a eu sur les soldats. A cette époque, la psychologie et la psychiatrie de guerre sont des domaines très peu développés et méconnus. La sphère médicale en plus de devoir faire face à de nouvelles blessures que sont les blessures maxillo-faciales, doit essayer de comprendre et de soigner les traumatismes

psychiques qui y sont associés. Nous allons faire un résumé rapide des principales pathologies psychiques qui ont touché les soldats.

2.4.1. Les troubles psychologiques chez les soldats

Les séquelles psychologiques dû aux violences de la guerre, à l'utilisation massive d'artillerie et d'armes nouvelles, aux grenades et aux lance-flammes sont nombreuses chez les blessés de la face. A cela s'ajoute l'impact émotionnel provenant de la défiguration, ce qui crée des troubles irréversibles. Ces troubles sont plus connus sous le nom de « syndrome de stress post-traumatique » et se déclarent de différentes façons : tremblements incessants nerveux, impossibilité à se tenir debout, plicature du tronc, crise de terreur... etc. Les centres neuropsychiatriques militaires ont été créés suite à la bataille de la Marne. Hélas, les soldats traumatisés psychiques sont vite devenus gênants. Des centres ont été créés et avaient pour but de traiter rapidement les malades et de les renvoyer au front. La psychologie de guerre était méconnue et les médecins ont d'abord considéré que ces troubles relevaient de la simple simulation. La traque aux simulateurs est devenue l'objectif de beaucoup de médecins et l'idée d'autosuggestion des traumatismes a conduit à des dérives de traitements par la violence : injection sous-cutanée d'éther, emploi de vomitifs, hydrothérapie (noyade), régime diarrhéique. Certains soldats traumatisés, retrouvés errants loin du champ de bataille ont été considéré comme déserteur et ont été fusillé. Dans les cas les plus graves les malades sont victimes d'hallucinations ou de crises de folie qui nécessitent pour beaucoup leur internement à vie en hôpital psychiatrique. Depuis la guerre du Vietnam, il est reconnu qu'un soldat exposé au feu ne peut espérer garder son équilibre psychologique au-delà de dix ou douze mois maximum. La notion de PTSD : « Post Traumatic Stress Disorder » ou Syndrome de Stress post-traumatique en français a été introduite à cette époque (1).

2.4.2. L'impact psychologique

2.4.2.1. *La symbolique du visage*

« C'est curieux un visage, n'est-ce pas ? » ? Quand on en possède un, on n'y pense pas. Mais dès qu'on n'en a plus, on se sent comme si la moitié du monde avait été arrachée. »

Kôbô Abbé, La face d'un autre²

Le mot visage vient du latin « visus », participe passé substantivé de « videre » qui signifie : « ce qui est vu », cela fait référence à la partie visible du visage. Celui-ci représente le lieu d'origine, où l'existence de l'homme prend sens. On attribue au visage une triple

² Colloque Gueules Cassées. <https://www.gueules-cassees.asso.fr>

dimension : expressive, sociale et symbolique. La dimension expressive représente l'expression faciale, les mimiques de l'individu, les sourires, la profondeur du regard. Ainsi, il n'y a qu'un pas pour affirmer que le visage est au centre de la communication et des interactions entre les individus. La dimension sociale représente l'identité de la personne, sa représentation à travers le regard des autres : l'existence de l'homme ne prend sens qu'à condition d'être nourrie des valeurs de la communauté sociale à laquelle il appartient. En cas de mutilation du visage l'individu se retrouve stigmatisé, écarté du groupe. Il « s'éloigne » de la norme. C'est le cas des gueules cassées qui souffrent d'un isolement social, familial et professionnel à cause des séquelles de leurs blessures faciales. Pour finir, la dimension symbolique est représentée par les mouvements, les formes du visage. Ils sont les signes d'une expressivité qu'il faut déchiffrer. Cette symbolique est très connue des artistes et designers et elle influence inconsciemment les rapports avec autrui (5). Le visage reflète notre image, il est notre identité et c'est par celui-ci qu'on s'affirme au monde qui nous entoure. Il nous représente et c'est par celui-ci que l'on est reconnu. Il nous suit tout au long de notre vie et vieillit avec nous. Il est le centre esthétique et fonctionnel de notre corps, en effet, il regroupe quatre sens essentiels à l'existence : l'ouïe, la vue, le goût et l'odorat. Il permet la communication et reflète nos émotions et nos humeurs. La paléontologie et l'anthropologie ont démontré l'évolution du visage au cours du temps : régression du volume facial, de l'appareil masticateur ou du nombre de dents. De ces modifications est née une notion de « normalité » faciale. Afin d'être accepté par la société il faudra avoir cet aspect physique et ce visage définis comme « normaux ». La première communication interpersonnelle est visuelle, nous pouvons ainsi comprendre la difficulté qui peut être ressentie comme un obstacle infranchissable par la personne défigurée. D'un point de vue étymologique, le mot « visage » provient de « vis-à-vis ». Nous pouvons décrire celui-ci sur trois niveaux :

- Le face à face (face à soi-même) : comme miroir de soi-même, reflet de sa personnalité
- Le face à l'autre (face à son entourage proche) : image de nous-même renvoyée au travers du regard des autres, comme s'ils étaient un miroir projeté
- Le face aux autres : image de soi dans la société

Les valeurs les plus élevées se cristallisent au niveau du visage comme le sentiment d'identité, la reconnaissance de l'autre, l'identification du sexe ou encore les qualités de séduction qui s'y fixent. Lorsqu'il y a mutilation faciale et donc privation d'une partie du visage, celui-ci devient étranger, il est « un autre visage », plus tout à fait identique à

l'original. L'individu peut avoir un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de l'évolution traumatique de celui-ci. Il peut avoir du mal à s'adapter et à accepter ce nouveau reflet de lui-même. Le visage est, avec le sexe, la partie la plus investie du Moi. Ses grandes valeurs sociale, individuelle et identitaire donnent le sentiment qu'il abrite l'être entier et cela le distingue du reste du corps (6).

2.4.2.2. *La défiguration*

« L'éclat d'obus qui m'a défiguré n'a pas arraché seulement la peau de mon visage, il a arraché mon identité. Oui j'ai perdu la face, il me reste à ne pas perdre la tête. » Lettre de Valentin Bourgueil, Poilu de la Grande Guerre, gueule cassée à sa femme Sylvanie³.

Quand elle survient, la défiguration est une « amputation » physique qui met en jeu le pronostic vital mais aussi l'intégrité psychologique du blessé. En effet, elle dévoile la difformité de la chair, de la mort, elle fait communiquer le dedans et le dehors et met en doute l'humanité du défiguré facial⁴. A chaque instant, la personne mutilée doit se battre contre son propre corps, contre les souffrances inhérentes aux interventions et contre le mal être intérieur qui la ronge. Elle doit réapprendre, quand son anatomie le permet, des fonctions élémentaires telles que la mastication ou la parole. Sa relation au monde est profondément perturbée, il vit avec l'image de son visage d'avant enfouie en lui tandis que le nouveau lui est intolérable. « Le degré d'atteinte de l'identité dépend du nombre et de l'importance des aspects du soi qui sont perdus, de la possibilité de les récupérer, de la capacité à découvrir de nouveaux modes d'action, de la capacité à transcender son corps, de la capacité à surmonter des pertes, et à construire une nouvelle conception de soi-même autour de ces limitations et de ces désorganisations. »(7). Les mutilés de la face peuvent faire face à du désespoir ou à de la frustration à cause de leurs dysfonctions qui entraînent des performances ratées. Ces sentiments viennent mettre à l'épreuve le mutilé face à son identité et la chaîne des conceptions biographiques de son corps. Cette perte de substance faciale génère de l'anxiété par l'altération du sentiment d'identité. De plus, la défiguration désorganise les sphères de la vie quotidienne des gueules cassées, ils sont le plus souvent exclus socialement. Ils peuvent le faire de façon volontaire comme involontaire. Le fait de ne pas pouvoir parler ou s'alimenter normalement (alimentation liquide, mixée, poussée via une seringue dans un tube œsophagien) sont des facteurs d'exclusion de l'individu mutilé. Normalement, le visage doit être « oublié » dans l'échange entre les acteurs, il est présent mais doit passer inaperçu, il doit agir comme un miroir pour la personne en face, reflétant ses propres attitudes

³ Colloque Gueules Cassées. <https://www.gueules-cassees.asso.fr>

⁴ Colloque Gueules Cassées. <https://www.gueules-cassees.asso.fr>

corporelles. Chez le mutilé facial, le visage ne reflète plus cette normalité et ces schémas habituels, il ne joue plus son rôle de miroir rassurant, au contraire, l'échange avec l'autre est perturbé. Juste pas sa présence, le visage défiguré provoque un malaise, il est embarrassant et trop lourdement présent. Lors de leur arrivée dans les hôpitaux, les blessés de la face sont confrontés aux autres gueules cassées et prennent de plein fouet l'horreur des visages mutilés et ainsi de leur propre mutilation. Néanmoins, le fait d'être hospitalisés au même endroit avait comme conséquence positive de créer un sentiment d'appartenance à un groupe et diminuait le sentiment de solitude chez les blessés de la face. Ils se sentaient moins seuls face à leur traumatisme et leur mutilation. Le soutien du personnel soignant et des autres gueules cassées constituait un pilier dans la thérapie psychologique (6).

2.4.2.3. *L'identité*

La mutilation change de façon durable la vie de la personne atteinte. Un retour à la vie antérieure de façon identique est presque impossible. En effet, le sentiment de permanence de soi est remis en cause. Les facteurs perturbateurs peuvent être physiques, matériels, adaptatifs ou sociaux. Quand un individu doit un jour faire face à la possibilité de mourir, un état de choc s'ensuit et celui-ci conduit à une remise en question profonde de tous les pans de sa vie. Il a été décrit différents stades dans la problématique identitaire des patients défigurés. En effet, on observe des comportements récurrents chez les patients atteints de cancers cervico-faciaux, face à leur défiguration et aux perturbations identitaires que cela engendre. Nous pouvons faire un parallèle de ce schéma chez les gueules cassées. Dans un premier temps, le mutilé adopte un comportement passif qui le mène à une phase de régression : il se place dans un rôle de personne à charge, dépendante de son entourage proche (famille ou conjoint par exemple). Cette phase s'accompagne de désespoir et d'une perturbation de l'identité personnelle. Tous les aspects de la vie du blessé comme l'estime de soi ou les rapports avec les proches sont régis par la maladie et les séquelles esthétiques et fonctionnelles qu'elle engendre. Ainsi, le malade va s'isoler psychologiquement et socialement, devenir passif et indifférent. Rien ne le motivera. Cette période peut s'étaler de plusieurs mois à plusieurs années. Après cette phase de désespoir profond, chaque mutilé aura une manière différente d'appréhender la réalité de sa mutilation. On peut les classer en trois catégories qui ne sont pas figées, le mutilé peut passer de l'une à l'autre au cours de son parcours (8):

- L'individu « ancien malade » ou « bien portant » : la mutilation a menacé son image de soi mais il a montré une grande faculté d'adaptation et de réaction. Il a modifié son comportement en tenant compte de sa mutilation mais sans jamais

se laisser dépasser par elle. Il a gardé son identité et ne se considère pas comme « handicapé ». Il ne renonce pas à ses besoins et ses attentes. La mutilation a été une crise majeure dans sa vie mais il a vécu cela comme une épreuve à passer dans la vie et a continué à avancer.

- L'individu « malade chronique » : il a une faible estime de soi et des projets fragiles ainsi la mutilation a entraîné une modification de son identité. La blessure est ici constructive car elle permet à ces individus d'entreprendre un processus d'identification. Il ressort chez ces blessés, une recherche constante d'une légitimité dans la demande de ménagements et d'abandon des charges qu'il pouvait gérer avant. Sa mutilation est une source d'angoisse car elle a bouleversé ses habitudes.
- L'individu « handicapé » : la mutilation influence de façon majeure sa vie. Il a mis néanmoins des stratégies d'adaptation en place ce qui contrebalance la transformation importante de son identité. Il y a ici un courage et un espoir de retrouver un semblant de vie convenable par rapport à l'individu « malade chronique ». Il a grâce à sa capacité d'adaptation, à une connaissance profonde de ses ressources et beaucoup de contacts sociaux pu garder la majorité de ses fonctions. La mutilation est « maîtrisée ».

Ainsi l'individu mutilé devra faire face à de grandes perturbations identitaires qu'il arrivera plus ou moins à intégrer et à dépasser. Le problème du rejet social va se faire ressentir comme nous allons le voir. En effet, le besoin de reconnaissance sociale fonde la dynamique identitaire et ce besoin est d'autant plus fort que les individus se sentent en position d'insécurité, d'infériorité, d'exclusion ou de marginalisation (8).

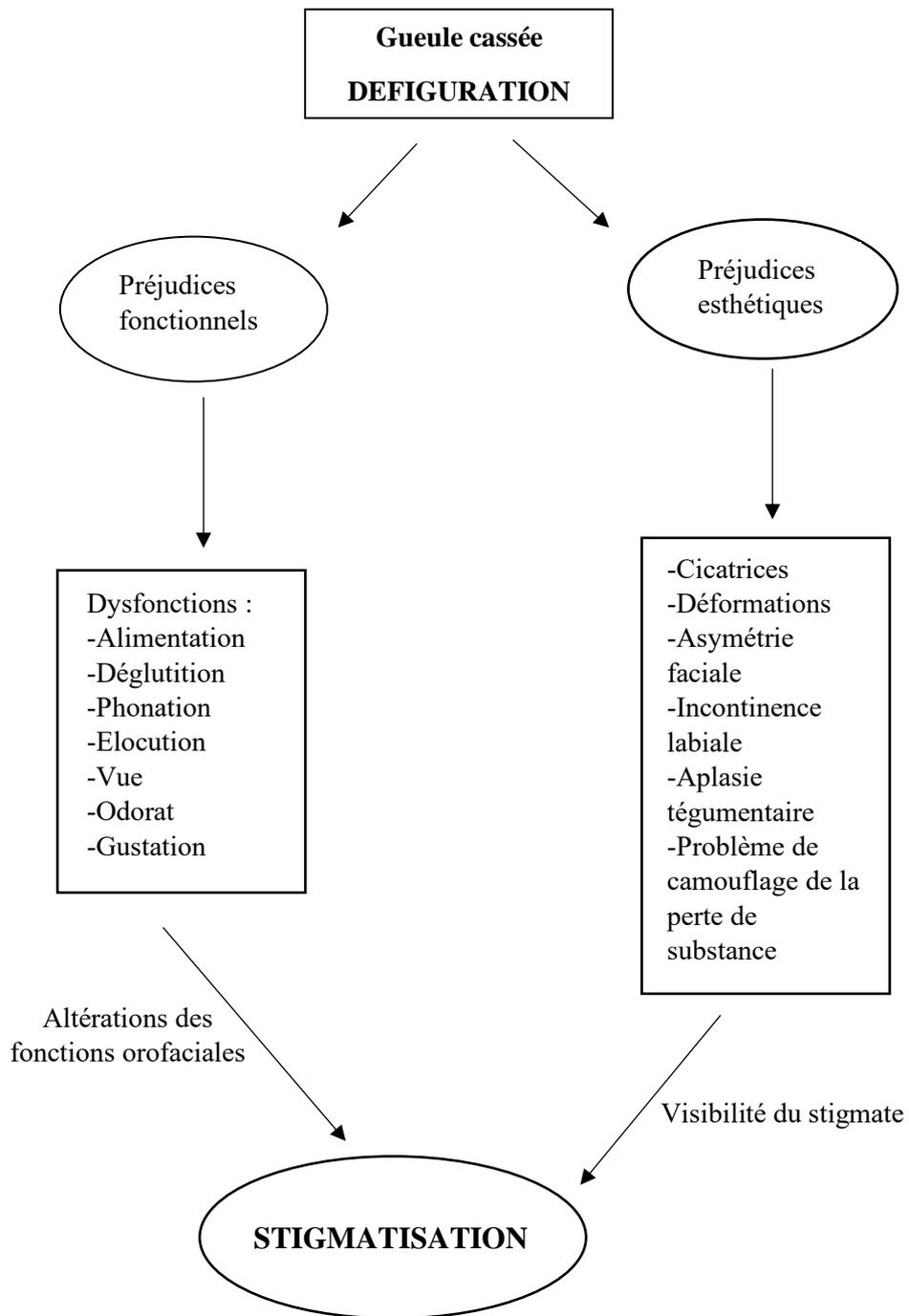


Figure 57: Conséquences de la défiguration faciale chez les gueules cassées menant à la stigmatisation, d'après « Conséquences plus spécifiques liées à la localisation cervicofaciale de l'affection », Problématique psychosociale en cancérologie cervicofaciale : point de vue de l'odontostomatologiste, E. Vigarios, F. Destruhaut, P. Pomar.

2.4.2.4. *Le retour à la vie civile et le regard des autres*

Ainsi, toutes les sphères de la vie quotidienne du mutilé vont se retrouver désorganisées, à commencer par la vie sociale qui va être anéantie. Dès son admission à l'hôpital, le mutilé va se retrouver coupé du monde extérieur. Les séquelles fonctionnelles entravent la sociabilité du blessé et sont un motif d'exclusion. Différents facteurs tels que le fait de ne pas pouvoir s'exprimer correctement, de s'alimenter sous forme liquide ou mixée, ne pas pouvoir gérer les écoulements, gênent le mutilé dans ses rapports avec les autres. Il ne veut pas être contraignant ou infliger aux autres la vue de ce spectacle. Il refuse souvent les invitations à dîner. Tout cela induit un sentiment de frustration vis-à-vis de l'alimentation et du plaisir qui en résulte. La peur de se montrer, que ce soit à leur famille ou simplement aux autres est omniprésente. Le visage du mutilé fait peur, il crée des réactions de pitié et de compassion dans le meilleur des cas ou de dégoût et d'horreur dans le pire (8). Les premiers contacts avec la famille se font la plupart du temps par le biais de lettres. Ensuite vient la première visite qui est bien souvent traumatisante que ce soit pour le mutilé ou pour les proches. Chacun doit faire le deuil de l'ancien visage qui ne sera plus jamais le même. Il arrive fréquemment que la famille ne reconnaisse pas le blessé ou que les enfants prennent peur et hurlent devant le visage de leur père. La peur et le dégoût prennent le pas sur l'amour d'autrefois. Dans son ouvrage « *Hommes sans visage* », l'infirmière Henriette Rémi raconte quelques-unes de ces tragiques retrouvailles dont elle a été témoin. Un des patient, mutilé de la face attend la visite de sa femme qu'il n'a pas vu depuis sa blessure : « *Il attend qu'elle l'embrasse et que tout le reste soit oublié [...]. Elle m'embrassera, elle m'embrassera ! Elle donnera ce baiser que j'attends depuis des mois [...]. Elle vient la bonne, la douce petite femme, mais devant ce front sillonné de cicatrices, devant cette absence de nez, devant cette face ravagée, elle s'effondre [...]. Affolée, elle se dégage des mains maladroites de son mari et se sauve en criant : « Je ne peux pas ! Je ne peux pas ! »* ». Un autre blessé de la face nommé Lazé, reçoit la permission d'aller rendre visite à sa famille après des mois d'hospitalisation et d'opérations. En arrivant chez lui accompagné de l'infirmière il prend son fils dans ses bras : « *« Mon fils ! Mon fils ! »*. Mais l'enfant se débat, pousse des cris et s'enfuit en criant : « *Pas papa ! Pas papa !* ». L'homme est anéanti. Tout à coup, il saisit sa tête entre ses mains. « *Imbécile que je suis, mais aussi pouvais-je savoir que j'étais si horrible* » »(1). Ainsi le retour à la vie civile et les retrouvailles avec la famille sont un choc pour les gueules cassées. Leur présence rappelle les horreurs de la guerre que tout le monde veut oublier. Les blessés de la face les plus mutilés, ceux pour lesquels la chirurgie ou la prothèse n'ont eu que des résultats limités tombent souvent dans le désespoir et la dépression. Ils s'isolent pour se protéger des réactions du monde extérieur et sont marginalisés. Le rejet

familial ou amoureux est trop dur à encaisser. Les séquelles psychologiques additionnées au déséquilibre émotionnel provenant de la défiguration engendrent des troubles irréversibles regroupés sous le nom de « Syndrome de stress post-traumatique » que nous avons décrit brièvement précédemment (1). A travers le partage de cette tragédie qu'est la défiguration et la cruelle réalité d'une société qui ne veut plus d'eux, les mutilés de la face vont s'unir et créer une association qui les aidera à vivre une vie paisible à l'écart d'une vie civile qui ne leur est plus adaptée.

2.4.2.5. *L'Union des Blessés de la Face et de la Tête*

Ainsi, les milliers de soldats défigurés qui ont gardé la vie vivent un nouveau cauchemar. Ils ont honte de se montrer et ne savent pas où aller, ils n'ont plus de travail, parfois plus de foyer, et ils n'ont droit à aucune aide financière de l'état. En effet, à cette époque, le préjudice de blessure au visage n'existe pas et aucune pension d'invalidité ne peut être perçue, il ne sera reconnu qu'en 1925. Heureusement, en 1921, trois mutilés de la face, Albert Jugon, Bienaimé Jourdain et le colonel Picot fondent ensemble une association pour venir en aide à leurs camarades défigurés au cours de la Première Guerre mondiale : l'Union des Blessés de la Face et de la Tête (UBFT). Ils choisissent de se nommer les « gueules cassées ». Ils adopteront comme devise : « Sourire quand même ». L'association est indépendante financièrement et lèvent des fonds grâce à des bals, des kermesses, des ventes de charité et des mécénats. Ils achètent un château à quelques kilomètres de Paris dans le village de Moussy-le-Vieux qui deviendra la « Maison des gueules cassées ». Tous les mutilés de la face pourront y vivre et essayer de se reconstruire. La plupart ont la volonté de se réinsérer et le domaine bénéficie d'un environnement qui replace le blessé dans sa dimension individuelle et sociétale. Il est conçu comme une organisation de réinsertion, avec des terres, des vergers, des exploitations agricoles, où les gueules cassées peuvent réapprendre les gestes du quotidien et du travail. C'est un havre de paix pour les mutilés de la face, ils n'ont pas honte de se montrer et se comprennent les uns les autres. Aujourd'hui l'association tire ses revenus de son actionnariat dans la Française des Jeux. En effet, en 1930, l'UBFT crée les dixièmes de la Loterie Nationale suite au succès de leur tombola nommée « la dette » et en 1976 elle est promotrice du LOTO en France (1). Elle a fêté ses cent ans en 2021 et accueille toujours les mutilés de la face. Ses portes sont ouvertes aux militaires et victimes des guerres modernes mais également à toutes les victimes de leur devoir : pompiers militaires, professionnels ou bénévoles blessés au visage dans une action de lutte contre le feu, aux douaniers et policiers blessés en service, et plus généralement à

tous ceux qui ont payé de leur sang l'accomplissement de leur devoir humanitaire ou social, ainsi qu'aux victimes civiles d'attentat⁵.

⁵ Les Gueules Cassées-UBFT. <https://www.gueules-cassees.asso.fr>

II. LA REHABILITATION DES GUEULES CASSEES

Comme nous venons de le voir, la Première Guerre mondiale a été « pourvoyeuse » de lourdes mutilations faciales entraînant les soldats victimes de ces mutilations dans des destins tragiques. Leur grand nombre a conduit au développement important de la chirurgie et de la prothèse maxillo-faciale (9). La réhabilitation maxillo-faciale, que nous allons aborder dans cette seconde partie, consiste à assurer la reconstruction, la rééducation et la réadaptation des individus défigurés principalement grâce à la chirurgie, à la prothèse et à la mécanothérapie.

1. Chirurgie et mécanothérapie de l'époque en images

Nous passerons volontairement rapidement sur cette partie afin de développer davantage le sujet traitant de la prothèse et des masques faciaux qui sont les thèmes principaux de cette thèse. Les blessures provoquées par cette nouvelle guerre engendrent de grandes pertes de substances que la chirurgie maxillo-faciale doit s'efforcer de réparer. La chirurgie et la mécanothérapie auront deux buts principaux : redonner de l'esthétisme au visage mutilé et rétablir la fonction altérée ou perdue. La destruction massive des corps et notamment des visages pendant cette guerre a permis « d'élever » le niveau de connaissances en chirurgie maxillo-faciale. On notera que la découverte de l'anesthésie a joué un rôle majeur et a permis de sauver beaucoup de patients qui seraient morts quelques années plus tôt des suites de leurs blessures. Cette découverte ouvre un nouveau champ de possibilités chirurgicales et prothétiques immense dans le domaine de la reconstruction corporelle des blessures de guerre (1).

1.1. Chirurgie

Nous pourrions citer comme techniques de chirurgie de reconstruction osseuse : la greffe graisseuse, la greffe cartilagineuse, la greffe osseuse proprement dite (sans périoste) et la greffe ostéopériostique. Pour la chirurgie des parties molles on citera les greffes cutanées libres qualifiées d'épidermiques, de dermo-épidermiques ou de totales en fonction de l'épaisseur du greffon. Ces techniques étant assez inesthétiques, les chirurgiens leurs préférèrent les procédés d'autoplasties qui reposent sur l'application de lambeaux en conservant leur pédicule. Parmi les techniques archaïques, on pourra citer la méthode indienne dans laquelle le lambeau est prélevé au voisinage de la plaie à combler. La greffe italienne consiste elle, à reconstruire la région nasale grâce à un lambeau prélevé sur l'avant-bras qui garde son pédicule. Le bras doit rester immobiliser contre le visage pour conserver la vascularisation du greffon. L'autoplastie selon la méthode française consiste à décoller des tissus entourant la lésion, on rapproche ensuite les berges de la plaie en jouant sur l'élasticité de la peau. La méthode des lambeaux en pont ou tubulés consiste à prélever le lambeau à distance de la plaie en conservant le pédicule. La partie médiane du greffon passe en pont entre la région donneuse et receveuse et peut être suturée en forme de tube. Pour finir, la greffe Dufourmentel, qui fut une invention majeure, consiste à réaliser un lambeau frontal bipédiculé afin de reconstruire, après pivotement du greffon, la sangle labio-mentonnière. Voici quelques exemples en images de ces reconstructions :



Figure 8 : Greffes cartilagineuses et autoplastie en jeu de patience. Paul Ducroux. Enorme délabrement de la partie inférieure de la face par éclat de grenade, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 9 : I. Bogium. Enorme perte de substance de l'os occipital. Reconstruction par autoplastie en jeux de patience, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 10 : I. Bogium. Greffes ostéopériostiques par restauration du maxillaire inférieur, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 11 : I. Bogium. Visage après reconstruction., Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 12 : F.Benoit. Mutilation de la face par éclat d'obus. Restauration par rhinoplastie et greffe cartilagineuse, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 13 : F.Benoit. Visage après reconstruction, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 14 : L. Corvaisier. Mutilation de la face par éclat d'obus, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 15 : L. Corvaisier. Restauration par greffe ostéopériostique et chéiloplastie, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 16 : George Le Gall. Blessé en septembre 1916. Délabrement de la joue droite par éclat d'obus, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.



Figure 17 : Georges Le Gall. Visage après reconstruction, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.



Figure 18 : Georges Le Gall. Blessé en septembre 1916. Restauration par chéiloplastie par lambeaux, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.



Figure 19 : R.Gonin. Blessé en mars 1915 par un éclat d'obus. Fracas des maxillaires et de la joue gauche, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 20 : R.Gonin. Visage après reconstruction, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 21 : Greffe "italienne". Michel Fisher. Destruction de la partie inférieure du nez par éclat d'obus. Restauration par greffe italienne avec prélèvement du greffon sur la main, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.

1.2. Mécanothérapie de l'époque

Les procédés de mécanothérapie étaient principalement utilisés pour traiter une des séquelles les plus répandues chez les blessés de la face : la constriction des mâchoires. Elle se caractérise par une contraction permanente des muscles des mâchoires rendant l'ouverture de la bouche difficile et douloureuse, voire impossible. La constriction peut être d'origine ostéoarticulaire, cicatricielle ou musculaire. Les appareils utilisés auront pour but de favoriser l'ouverture buccale et de rendre l'élasticité aux muscles, ils étaient nommés : les « appareils écarteurs », les « appareils ouvre-bouche » ou encore les « appareils dilatateurs ». Il faut noter que ce sont des appareils provisoires et que chacun est pensé de façon individualisée pour répondre aux besoins de chaque patient. Ils sont élaborés par des mécaniciens-dentistes et différent d'un centre de chirurgie maxillo-faciale à l'autre (1). Voici quelques exemples d'appareils utilisés pour traiter cette séquelle :



Figure 22 : Crochet pour la suspension du sac,
Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 23 : Procédé du sac de sable du docteur Pitsh. Doc:
Musée du Service de Santé des Armées, Les Gueules
Cassées, Martin Monestier.



Figure 24 : "Vis" ou "poire" en bois de buis
servant à écarter peu à peu les mâchoires
serrées par la constriction. Doc: Musée du
Service de Santé des Armées, Les Gueules
Cassées, Martin Monestier.



Figure 25 : Appareil servant au traitement de la constriction des
mâchoires souvent due à une origine myopathique. Doc : Musée du
service de santé des Armées, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.

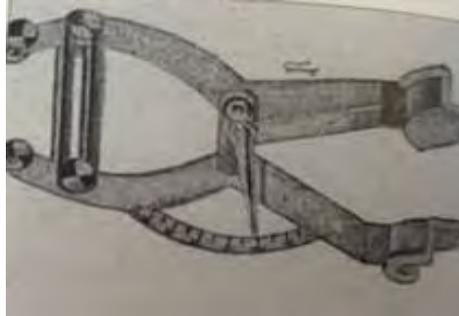


Figure 26 : Appareil de mécanothérapie servant à l'ouverture des maxillaires atteints de constriction. Doc: Musée du Service de Santé des Armées, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.

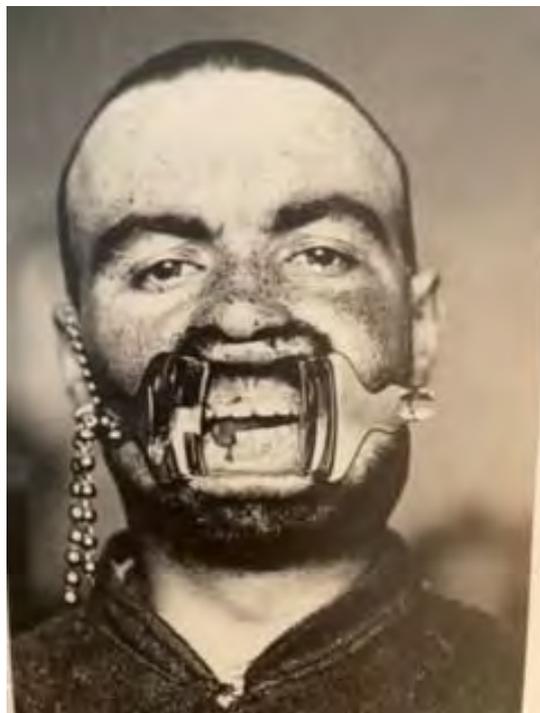


Figure 27 : Appareil écarteur dit "pinces à linge" utilisé dans le traitement des la constriction des mâchoires. Doc: Musée du Service de Santé des Armées. Photos: M. Monestier.



Figure 28 : Différents appareils de mécano-thérapie destinés à lutter contre la constriction des mâchoires. Doc: Musée du Service de Santé des Armées et BIUMD.R.

2. Prothèse restauratrice de l'époque

« Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme c'est la peau » Paul Valéry, L'idée fixe, 1993

« La prothèse maxillo-faciale peut être définie comme l'art et la science de la reconstruction artificielle du massif facial, art car elle applique des règles artisanales et empiriques, science de par son rigorisme technique et son intégration au sein des disciplines médicales »(10). La P.M.F. doit faire face aux problématiques de reconstruction de la face ayant des aspects à la fois technique et psychologique. Elle a pour but de réhabiliter des patients avec des pertes de substance cutanées et sous-jacentes par une prise en charge double : « clinique » pour les lésions faciales et « psycho-sociale » pour les stigmates du visage. Il s'agit de l'une des disciplines de réhabilitation du corps les plus anciennes historiquement. Reproduire la peau a été la préoccupation principale des spécialistes en réhabilitation prothétique. Ils ont dû faire face lors des tentatives pour la reproduire aux contraintes qu'elle exige, comme sa couleur et sa texture bien particulière. Claude Bouillon a déclaré : « c'est une enveloppe de vie [...], par sa couleur, sa température, ses

frémissements, elle témoigne des tensions et des joies, du désir ou d'une angoisse, elle dit les émotions, elle trahit les sentiments ». Le visage, comme vu précédemment, a une forte richesse symbolique et sociale, cela de façon intemporelle. Du grec « pro » qui signifie « au lieu de » et « tithêmi », « je place », la prothèse est un dispositif de remplacement d'un organe ou d'une partie du corps, de manière temporaire ou définitive. Elle doit s'efforcer de reproduire la forme et de redonner les mêmes services fonctionnels (5). Ils sont nombreux : nasal, oculo-palpébral ou auriculaire. Elles trouvent leurs intérêts quand le massif facial et osseux sont trop délabrés malgré les techniques chirurgicales déjà mises en place. Le grand nombre de gueules cassées à cette époque va permettre à cette discipline de beaucoup évoluer. Elle va être la clé du retour à la vie sociale et de la réinsertion des soldats défigurés dans la société. Elle permet aux mutilés de retrouver un visage, une identité à part entière. Certes ce nouveau visage est différent et perturbe bien souvent le schéma corporel mais il permet une réintégration à la vie familiale, sociale et professionnelle. Pour le mutilé, la prothèse est un corps étranger qui permet de dissimuler la mutilation qui le stigmatise, une pièce que l'on va essayer d'intégrer au visage avec du maquillage. Le caractère amovible de la prothèse permet la surveillance de la blessure et de la cicatrisation mais cela renvoie aussi le patient devant sa mutilation et la perturbation de son image corporelle. L'inertie mécanique et thermique de la prothèse oblige le patient à adapter son comportement social : gestion des écoulements, des sécrétions, de l'alimentation, de la phonation et de l'hygiène (6). Elle peut être divisée en deux catégories principales : d'abord les « prothèses immédiates » ou « temporaires » ayant un rôle principalement fonctionnel dans le prolongement de la prise en charge chirurgicale, elles guident la cicatrisation et la consolidation des fractures. Puis, les « prothèses définitives » qui ont un rôle esthétique important permettant de cacher les mutilations, cicatrices et redonnant une apparence humaine aux gueules cassées.

2.1. Prothèses immédiates et temporaires

Nous traiterons rapidement cette partie volontairement afin d'approfondir la partie traitant des prothèses définitives notamment les épithèses et masques faciaux. Les prothèses immédiates servent à la bonne reconstruction physiologique et fonctionnelle des divers organes de la face. Ce sont des dispositifs de guide ou de soutien assez simples, droits, courbes, bombés ou arqués, en forme de bande, de glissière, de gouttière, de coque, de plaque. Elles sont la plupart du temps en métal léger, en caoutchouc ou en vulcanite. Elles sont construites suivant les indications du chirurgien et sont réalisées de façon personnalisée à chaque cas traité. Elles doivent être mises en place le plus rapidement possible afin

d'amoindrir voire éviter certaines difformités du visage. Elles ont pour but de palier aux manques de substance, aux rétractions, aux affaissements ou bien à soutenir un organe trop faible. D'autres servent en remplacement osseux ou à maintenir en place des éléments osseux et des parties molles en s'opposant à leur déplacement vicieux. D'autres permettent de rendre une activité fonctionnelle à un organe défectueux en cours de régénération(1).

Il existe deux sortes de prothèses provisoires amovibles :

- Celles fonctionnant sur le principe d'une augmentation progressive du volume ; elles sont refaites au fur et à mesure de la bonne évolution de la blessure.
- Celles fonctionnant sur le principe d'un ressort agissant sur les tissus par distension. Elles sont intéressantes pour la dilatation de l'orifice buccal ou des joues.

2.2. Prothèses définitives : épithèses et prothèses faciales

L'épithèse faciale par son esthétisme (du grec *esthêticos*, qui a du sens, du sentiment), son mimétisme avec la peau et son caractère symbolique qui dépasse sa simple conception matérielle, donne la possibilité à la personne mutilée de retrouver une certaine identité. Elle permet également de passer d'un visage stigmatisé à un visage normalisé (10).

2.2.1. Histoire des masques faciaux de l'antiquité à nos jours



*Figure 29 : Masque de Toutankhamon,
Wikimedia Commons.*

Le visage a toujours passionné l'être humain ; en effet, on retrouve depuis l'antiquité cet intérêt au travers des masques faciaux. On citera pour exemple les masques funéraires dans

l’Egypte antique qui servaient à embellir et rendre plus esthétique les visages des momies. Ils pouvaient être conçu en or, en pierres précieuses, en cartonnage ou en bois stuqué peint. Symboliquement, le masque de la momie ne veut pas dissimuler le mort, mais lui donner la possibilité de voir avec les yeux d’un dieu et de devenir un être divin. Le masque est un objet important qui permet le passage de la mort à une nouvelle vie (11). Nous pouvons retrouver ce phénomène de liminarité pour beaucoup de masques et de représentations faciales à travers l’histoire tels que les icônes chrétiennes ou les portraits du Fayoum. Même si le geste était d’un intérêt religieux à l’époque il révèle l’importance qui été déjà accordée à l’image du visage pour l’homme. Ce passage ritualisé de la mort à une nouvelle vie rappelle l’expérience des gueules cassées qui ont bénéficié d’épithèses faciales avec le passage d’un corps stigmatisé à un corps normalisé. (10).

Pour l’époque moderne, deux grands noms vont contribuer à l’apparition du masque thérapeutique et à la naissance de la discipline de la prothèse faciale. Il s’agit d’Ambroise Paré et de Claude Martin. Ambroise Paré (XVIème siècle) était le chirurgien des princes et des rois (Henri II, Charles II, François II, Henri III), il est considéré comme le père de la chirurgie moderne. Il va beaucoup étudier les corps notamment par dissection puis, sur les champs de bataille. Il va concevoir de nouvelles pratiques de réhabilitation pour aider les blessés faciaux. Il décrit les épithèses faciales « par artifice d’or, d’argent, de papiers et de linges collés de telles figures et couleurs qu’étaient les siens ». Il fera de la PMF une discipline médicale à part entière et sera considéré comme son premier spécialiste Les premières sont fabriquées par les chirurgiens-dentistes en or et en argent. Mais ces métaux sont lourds et leur mise en œuvre est difficile. Le développement industriel de l’époque va permettre l’émergence de nouveaux matériaux tels que la vulcanite qui sera utilisée pour la prothèse dentaire puis la prothèse faciale. La vulcanite est facile à travailler, elle est utilisable sous forme souple comme rigide et pourra être facilement teintée. Claude Martin (XIXème siècle), quant à lui, était médecin et dentiste, il va développer la prothèse dentaire et lui donner un vrai statut médical en utilisant pour la première fois le terme de « prothèses opératoires ». On peut retrouver l’ensemble de ses protocoles dans son ouvrage « De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires » (1889). Il se sert de la céramique pour réhabiliter les amputations de la pyramide nasale. Le procédé de réalisation est le suivant : des couches de pâte d’Allen sont appliquées successivement puis elles sont cuites au four sur une épaisseur de 2mm. La dernière couche est colorée en utilisant du pourpre de Cassius, de la mousse de platine ou même des précipités d’or. Le caractère brillant est retiré grâce à des vapeurs d’acide fluorhydrique créant un micro mordantage de cette couche vitreuse, la rendant alors plus mate et plus proche d’une enveloppe de peau.

C'est une technique similaire à la préparation des pièces céramiques dentaires actuelles avant un protocole de collage. Néanmoins, malgré la large palette de colorations disponible, la prothèse en céramique de par son caractère « froid » n'a pas un rendu naturel satisfaisant.

Par la suite, le docteur Albéric Pont, responsable du centre de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale de Lyon pendant la Première Guerre mondiale et qui recherche un matériau qui mimera plus fidèlement les caractéristiques de la peau humaine, réalise la « pâte de Pont ». Elle est constituée entre autres de gélatine, de glycérine et de pigments colorés qui ont pour but de reproduire la teinte de la peau (1). Sa matière est proche de la texture cutanée et d'une couleur « ambre foncée ». Afin de faire adhérer ses prothèses au visage des patients il crée une colle faite de « mastic en larme et de baume du Canada en solution dans de l'éther » (12). L'inconvénient principal de ces prothèses est leur fragilité puisqu'il faut les changer toutes les semaines à cause des déchirures provoquées par les insertions et désinsertions inhérentes aux gestes d'hygiène. Pendant la Première Guerre mondiale, ces masques sont utilisés chez les plus grands mutilés de la face, c'est-à-dire les individus pour qui la perte de substance n'a pas pu être compensée par la chirurgie et les prothèses provisoires. Ils peuvent recouvrir partiellement ou entièrement le visage selon les besoins et ils s'attachent généralement derrière les oreilles par des élastiques. Néanmoins le résultat esthétique est souvent décevant car le caractère statique du masque donne au visage du mutilé un aspect disgracieux et peu naturel. Ils sont également inconfortables avec des problèmes de fixation et une adaptation imparfaite aux bords. D'autres matériaux vont émerger à cette même période avec par exemple le caoutchouc vulcanisé utilisé dès 1916 par Anna Coleman Watts Ladd qui a contribué à la confection de masques faciaux pour les gueules cassées pendant la guerre. Il y aura ensuite l'acétate de cellulose en 1917 testé par Bozo puis Lapierre qui travaille sur la mobilité des prothèses afin de leur donner une intégration plus naturelle au visage. Les progrès en chimie organique permettront la découverte du latex, du polyvinyl siloxane, du Palamed® et enfin, dans les années 1970, des silicones qui sont d'ailleurs toujours largement utilisées. Ces dernières ont des propriétés esthétiques très intéressantes car elles permettent une reproduction fidèle, leur mise en œuvre est facile, leur polymérisation rapide et elles peuvent être teintées dans la masse grâce à leur translucidité. Leur inconvénient majeur est d'ordre biologique, en effet leur surface poreuse facilite la colonisation microbiologique (surtout de type fongique) ce qui entraîne une altération de la prothèse se manifestant par des décolorations et la dégradation de l'état de surface (12). Depuis, les silicones sont toujours restés largement utilisés mais de nouvelles techniques et technologies ont vu le jour comme la Conception et la Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO), la prothèse implantostabilisée (qui est une prothèse faciale fixée à la

peau via des implants vissés et ostéo-intégrés dans l'os) ou encore les systèmes mettant en jeu des aimants.

2.2.2. Les prothèses nasales

La région nasale inférieure peut être réparée, mais la région supérieure implique le plus souvent des problèmes qui éloignent toute solution chirurgicale. On pouvait alors avoir recours à un faux nez. Celui-ci peut être suspendu à des lunettes ou aux moignons laissés par la blessure par un crochet ou des vis. L'inconvénient se situe au niveau de leur poids qui peut être lourd et gênant pour le patient. Les colles de l'époque pouvaient créer des irritations ainsi que des frottements avec les tissus voisins. Ces prothèses peuvent reconstituer uniquement une partie du nez ou bien y associer une autre partie du visage délabré comme la lèvre supérieure. Le résultat esthétique de ces prothèses nasales était limité et on percevait souvent la ligne de démarcation entre la prothèse et le visage naturel du fait de la différence de teinte (1).



Figure 30 : Prothèse nasale définitive sur son moule, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.



Figure 31 : Visage reconstruit avec port de prothèse nasale, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.

2.2.3. Les prothèses oculaires

La perte d'un œil voire des deux engendre un préjudice esthétique majeur au niveau facial que nulle intervention chirurgicale ne peut combler. La majorité des prothèses oculaires sont faites en caoutchouc vulcanisé taillé en forme d'amande « tantôt la prothèse est libre dans le sac conjonctif laissé ouvert tantôt elle est incarcérée. »(1) Dans ce dernier

cas les chirurgiens préparent la zone réceptrice en comblant les pertes de substance osseuse ou tégumentaire avec une pâte ou une cire malléable. La prothèse y est ensuite insérée. Celle-ci est fixée sur des montures de lunettes pour faciliter sa rétention et pour améliorer l'esthétique en atténuant notamment la fixité de l'œil et les différences de colorations entre la prothèse et les tissus avoisinants. La pièce prothétique est reliée à un tube soudé sur la partie supérieure de la monture. En fonction de la perte de substance, il est nécessaire de prendre un appui supplémentaire sur la tige nasale des lunettes ou latéralement, sur la branche des lunettes (1).

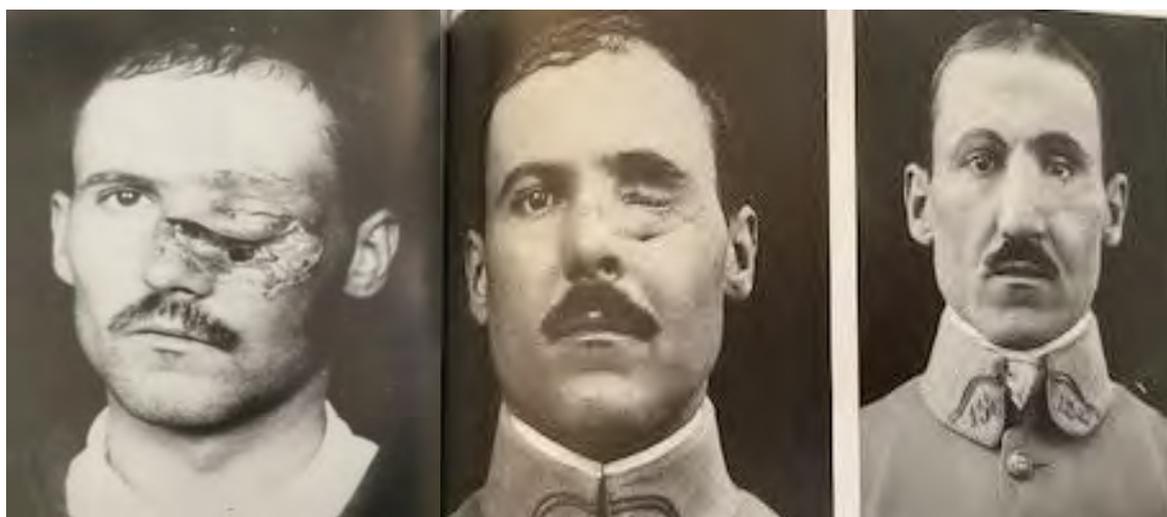


Figure 32 : Pierre Fourniol. Mutilation de la face avec perte de l'œil gauche. Restauration par greffes cartilagineuses et blépharoplastie, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.

Figure 33 : Pierre Fourniol. Visage reconstruit avec prothèse oculaire, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 34 : Autoplastie et prothèse oculaire. Jules Delaunay. Photo de gauche : Mutilation faciale par éclat d'obus. Enucléation de l'œil gauche. Restauration par autoplastie. Photo de droite: Visage après restauration et pose d'une prothèse oculaire, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 35 : Prothèse nasale et prothèse oculaire montée sur lunettes, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 36 : Prothèse oculaire définitive montée sur lunettes, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 37 : Prothèse oculaire définitive sur son moule, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.



Figure 38 : Tête en plâtre pour mise au point d'une prothèse oculaire définitive, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.

2.2.4. Les prothèses oculo-nasales

Elles sont utilisées lorsque la chirurgie n'a pas réussi à corriger la destruction de la région sous-orbitaire. La prothèse ressemble à un masque métallique très fin maintenu sur le visage à l'aide de lunettes (1).



Figure 39 : Port d'une prothèse oculo-nasale définitive après reconstruction du visage, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.



Figure 40 : Port d'une prothèse oculo-nasale définitive après reconstruction du visage, *Les Gueules Cassées*, Martin Monestier.

2.2.5. Les bandages et les perruques

Malgré toutes les techniques employées ainsi que l'amélioration continue des prothèses faciales, une lassitude générale des blessés de la face se fait sentir. En effet, des défauts majeurs et gênants persistent tels que la différence de coloration entre l'épithèse et les tissus avoisinants, créant une ligne de démarcation visible et non esthétique, le poids et la rigidité des prothèses, les procédures quotidiennes d'hygiène et d'entretien... etc. Ainsi, certains mutilés lassés, préféreront exhiber leurs cicatrices ou les dissimuler par de simples bandages et perruques (1).



Figure 41 : Exemple de port d'un bandage, Les Gueules Cassées, Martin Monestier.

III. AU REVOIR LA-HAUT

Dans cette dernière partie nous allons étudier l'approche de l'œuvre « Au revoir là-haut », film adapté par Albert Dupontel du livre éponyme de Pierre Lemaitre, au travers du personnage d'Edouard Péricourt. Ce jeune homme engagé comme soldat français sera touché et défiguré définitivement par un éclat d'obus pendant la Première Guerre mondiale. Nouvelle gueule cassée, il devra réapprendre à s'accepter et à vivre avec son nouveau visage. Il va trouver une manière de sublimer sa mutilation grâce à des masques qu'il confectionnera lui-même(13). Le titre d' « Au Revoir là-haut » est une référence historique puisqu'il s'agit d'une expression employée par le soldat français Jean Blanchard, dans la dernière lettre qu'il écrivit à sa femme avant son exécution. Il fut l'un des six « martyrs de Vingré », fusillé pour l'exemple en décembre 1914 et réhabilités par la cour de cassation en 1921. Les dernières lignes de sa lettre sont « Je te donne rendez-vous au ciel où j'espère que Dieu nous réunira. Au revoir là-haut ma chère épouse » (14). Dans un premier temps nous ferons un rapide résumé de l'histoire et du personnage blessé facial. Ensuite nous nous intéresserons à son approche de la défiguration. Pour finir nous verrons de quelle façon les masques faciaux sont dans cette œuvre un réel support psycho-émotionnel pour le personnage.

1. Histoire

1.1. Résumé

Rescapés de la Première Guerre mondiale, Albert Maillard (joué par Albert Dupontel dans le film), ancien comptable, vient en aide à Edouard Péricourt (joué par Nahuel Perez Biscarvat), jeune artiste et dessinateur à « disparaître » après que celui-ci, touché par un obus en plein visage devienne une gueule cassée. Edouard souhaite fuir ses origines et notamment son père Marcel Péricourt, puissant homme d'affaires, avec qui il a toujours eu des relations conflictuelles. Dans cette France d'après-guerre et du début des « Années Folles », où retrouver une place sociale digne reste difficile pour certains anciens combattants, Albert et Edouard, devenus amis et marqués définitivement par les horreurs de la guerre, décident d'organiser une arnaque aux monuments aux morts(13).

1.2. Portrait d'Edouard

Edouard Péricourt est un jeune homme de vingt-quatre ans, issu de la bourgeoisie française. Il a une grande sœur avec qui il s'entend bien. Il perd sa mère jeune et entretient des relations conflictuelles avec son père qui ne supporte pas l'intérêt de son fils pour le dessin. Il est enrôlé lors de la Première Guerre mondiale et part combattre sur le front français. Il sera défiguré à vie le 9 novembre 1918 en sauvant la vie d'Albert Maillard, par un éclat d'obus qui lui emporte la moitié basse du visage : « C'est alors qu'arrive à son encontre un éclat d'obus gros comme une assiette à soupe. Assez épais et à une vitesse vertigineuse » (13). Par la suite, emmené à l'hôpital il refusera les soins qui lui seront proposés ainsi que les prothèses. Il va demander à Albert de l'aider à changer d'identité et de le faire passer pour mort en « le tuant aux archives » afin de lui permettre de vivre une nouvelle vie. Il portera le nouveau nom d'Eugène Larivière. Edouard confectionnera ses propres prothèses ou masques faciaux avec l'aide d'une petite fille prénommée Louise. Par ces masques le personnage laissera s'exprimer son âme d'artiste dénigrée par son père. Ils lui permettront d'avoir une forme de communication émotionnelle et il y trouvera une thérapie psychologique. Après avoir monté une escroquerie aux monuments aux morts avec Albert pour voler l'Etat français et « donner une leçon » aux dirigeants responsables de la guerre, il portera un dernier masque représentant un magnifique oiseau bleu et se suicidera en sautant du haut d'un immeuble sous les yeux de son père (15).

2. La défiguration à travers le personnage d'Edouard



Figure 42 : Edouard sur son lit d'hôpital portant un masque. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.



Figure 43 : Edouard découvrant sa blessure dans le reflet d'un plateau métallique. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

La défiguration comme nous l'avons vu précédemment s'assimile à une perte d'identité. Le visage est le reflet de nous-même, celui que nous voyons tous les jours dans le miroir. Nous voyons dans le film que le personnage est choqué, désorienté et ne comprend pas ce qu'il se passe lorsqu'il se réveille à l'hôpital. Il ressent les bandages et la douleur au niveau de son visage mais il ne voit pas la blessure en elle-même. Les salles des mutilés de la face sont dépourvues de miroir pour éviter que les patients ne puissent voir leur reflet. Edouard réussit à observer sa blessure en se servant d'un plateau métallique de soins ce qui le plonge dans un désespoir immense. On peut y observer également une représentation des repas pour les gueules cassées, comme nous l'avons vu en amont, qui sont donnés via un tube directement dans l'œsophage à l'aide d'une grosse seringue. On est également confronté à la douleur du personnage qui hurle et supplie pour pouvoir avoir de la morphine.

Au travers de l’histoire d’Edouard, Pierre Lemaitre nous montre aussi le refus de soins que pouvaient manifester certains mutilés de la face. En effet, les opérations chirurgicales à l’époque étaient longues, douloureuses et nombreuses avant d’espérer retrouver un semblant de visage humain. Certains blessés dans un état de désespoir et de dépression avancé préféraient ne subir aucun soin et rester ainsi. Edouard, dans le film, refuse catégoriquement toutes les propositions des chirurgiens en leur brandissant un tableau où il est inscrit à la craie le mot « merde » signifiant son dédain et sa perte d’intérêt envers le discours des médecins et les solutions qu’on lui propose (15).

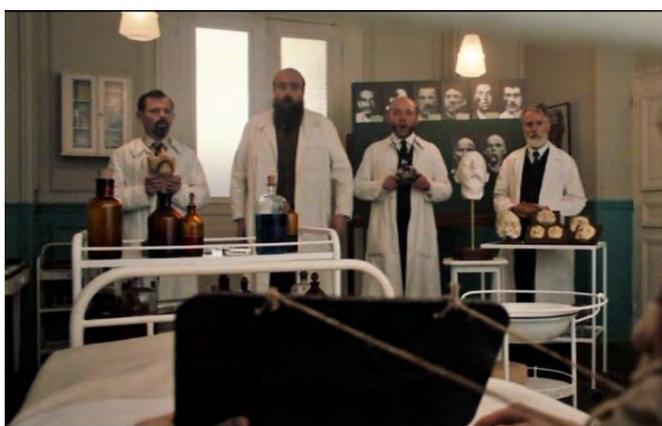


Figure 44 : Les médecins proposant des opérations et prothèses à Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.



Figure 45 : Edouard montrant une ardoise avec écrit le mot "merde" aux médecins. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

On peut citer quelques passages du livre pour illustrer ce refus de soins :

« [...] la greffe Dufourmentel ! [...] La réponse d’Edouard fut très sobre. « Non », écrivit-il simplement en grandes lettres sur son cahier de conversation » (13).

« -Quoi, non... ? demanda le chirurgien. Non à quoi ? « Non à tout. Je reste comme ça. » » page 118« [...] les premiers mois, on rencontrait fréquemment ce type d’attitude, le refus, un effet de la dépression post-traumatique. Un comportement qui s’arrangeait avec le temps. Même défiguré, tôt ou tard on redevient raisonnable, c’est la vie. Mais quatre mois plus tard, après mille insistances et à un moment où tous les autres, sans exception, avaient accepté de s’en remettre aux chirurgiens pour limiter les dégâts, le soldat Larivière, lui continuait de s’arc-bouter sur son refus : je reste comme ça. » (13).



Figure 46 : Exemples de prothèses proposées à Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

3. Les masques comme support psycho-émotionnel

Une fois retourné à la vie civile, Edouard va être confronté au regard des autres mais aussi au sien. Il ne supporte pas cette « horreur » qu'il représente et son nouveau visage mutilé. Cela le plonge dans un enfer psychologique et la dépression. Sa vie n'est rythmée que par les repas pris via un tube et par les ampoules de morphine qu'Albert son ami se procure. Edouard a perdu la moitié basse de son visage, il est dans l'incapacité de s'exprimer normalement. La bouche a pour première fonction celle de pouvoir se nourrir mais contrairement aux autres organes faciaux elle sert également à sourire, crier, parler, chanter, embrasser, ...c'est-à-dire à s'exprimer. D'un point de vue symbolique, la bouche donne naissance aux mots et ainsi à la vie (11). La perte de sa mâchoire inférieure et donc de sa bouche est un handicap à grande valeur symbolique. Sa mutilation limite énormément son langage ; il « grogne » et articule comme il peut des phrases le plus souvent incompréhensibles hormis pour la petite Louise qui servira de « traducteur » entre Edouard et Albert tout au long du film. De plus, comme nous l'avons vu, il ne peut plus transmettre ses émotions par son sourire, il n'a plus que son regard et n'arrive pas ou très difficilement à faire passer ses sentiments au monde qui l'entoure. Il vit un calvaire jour après jour. Heureusement, grâce à ses talents artistiques et créatifs, il va trouver comme moyen d'expression la fabrication à partir de journaux, de masques en pâte de papier qu'il peint et décore au grès de ses humeurs (15).



Figure 47 : Edouard fabriquant ses masques. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

Chaque masque reflète une émotion, une idée, un souvenir. Le personnage, grâce à son âme d'artiste à trouver une sorte d'exutoire émotionnel dans ces prothèses personnalisées. Il va en confectionner beaucoup : tête de cheval, tête d'oiseau, masques humoristiques, féminin, masque souriant ou triste... etc. Il se servira par exemple d'un masque blanc avec un sourire mobile qu'il peut faire bouger au grès de son humeur :



Figure 48 : Masques d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

Pour s'amuser avec Louise, la petite fille devenue son amie, il va créer des masques drôles ou poétiques tels qu'un masque « vénitien », un moulin à vent, deux personnes s'embrassant, une goutte d'eau ou enfin un urinoire. En plus de les porter, Edouard mime chaque masque dans un défilé assez comique et enfantin. On en oublie presque la raison principale pour laquelle il a fabriqué ces masques qu'est la mutilation. Edouard se donne en spectacle, chaque masque est associé à une petite mise en scène. Il est à l'aise et semble en phase avec lui-même.



Figure 49: Masques d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

Il créera aussi des masques faisant partie intégrante d'un personnage qu'il se plait à jouer. A ce moment là, en plus de recréer des expressions faciales proprement humaines, Edouard recrée une identité à part entière, il joue le temps d'un instant à être quelqu'un d'autre. Cela va au-delà des petites mises en scènes des masques humoristiques. Comme un acte de théâtre il se met dans le peau d'une autre personne sous les traits alternativement, d'une dame excentrique aux longs cheveux bleus, d'un vieux monsieur aux airs de savant fou ou encore d'un homme masqué aux airs de bandit comique. A ces moments-là, en plus de prendre le visage des personnages qu'il crée, il en adopte l'attitude, la gestuelle. Ce n'est plus vraiment « Edouard », il devient une toute autre personne. Sous les traits du vieux savant, Edouard apparait le dos courbé, parle en brandissant un crayon et se comporte de façon excentrique. Sous les traits de la dame aux cheveux bleus, Edouard est habillée en jupe et talons, il porte un fume-cigarette dans la main et marche de manière féminine et très maniérée.



Figure 50: Masques d'Edouard. Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

Cette mise en scène lui permet d'exprimer son art mais aussi d'échapper à lui-même et à sa réalité de mutilé de la face. Edouard trouve un support pour transmettre ses émotions et lui servir également de soutien psychologique. La disparition d'Edouard ou sa « fausse mort » aux yeux du monde extérieur lui permet finalement de renaitre au monde en tant qu'artiste et en tant que lui-même. Il n'a plus à se cacher et n'est plus réprimer pour ce côté artistique. Sa réelle personnalité n'est plus bridée et il renait à travers ses masques. Pendant un temps, sa difformité devient secondaire puisqu'elle lui permet de révéler son identité première. Edouard d'une certaine façon, transcende sa mutilation et la sublime par son regard artistique via ses masques. L'art est ici un moyen d'expression redoutable mais aussi une thérapie pour le personnage. On peut également réfléchir sur le fait que la défiguration chez le mutilé facial opère un arrêt sur image de la violence de la blessure qu'il a subi. L'individu porte déjà un masque reflétant l'effroi et la douleur causés par la blessure. Un masque gravé dans la chair,

qui fige la brutalité du combat. Ce visage anarchique a une connotation morbide. Pour la société et d'un point de vue identitaire ce n'est plus son visage mais un « anti-visage » qui va être rejeté.

Les épithèses faciales d'Edouard lui permettent de retrouver son identité première. On pourra faire un parallèle intéressant avec les masques funéraires de l'Égypte antique, que nous avons abordé précédemment car ils lui permettent de façon symbolique le passage de la mort à une nouvelle vie(10). En effet, ils lui permettent de passer d'un visage stigmatisé à un visage normalisé et ainsi d'une mort sociale à une nouvelle vie sociale. Il y a donc ici un phénomène de liminarité semblable à celui que l'on peut trouver dans l'utilisation des masques à usage rituel. On peut la définir selon trois points : « le passage de la mort symbolique à la vie, l'accès à une identité modifiée, l'accès à une vie différente »(10).



Figure 51 : Masque d'Edouard. "Au revoir là-haut",
Albert Dupontel.

On pourra citer quelques extraits du livre :

- « Alors, comment me trouves-tu ? C'était très curieux. Pour la première fois depuis qu'il le connaissait, il voyait à Edouard une expression proprement humaine. En fait, on ne pouvait pas dire autrement c'était très joli. » (13)
- « Désormais, quand il avait terminé la lecture de ses journaux, Edouard en faisait de la pâte à papier pour fabriquer des masques, blancs comme de la craie, que Louise et lui peignaient ou décoraient ensuite. Ce qui n'était qu'un jeu devint rapidement une occupation à part entière. » (13)

- « *Albert ne le voyait plus très souvent, ce reste de visage, cette horreur, parce que Edouard passait sans cesse d'un masque à l'autre. Il arrivait même qu'il s'endorme sous les traits d'un guerrier indien, d'un oiseau mythologique, d'une bête féroce et joyeuse.* » (13)
- « *[...] du strass, des perles, des tissus, du feutre de couleur, des plumes d'autruche, de la fausse peau de serpent.* » (13)

Dans le film, Albert parle en ces termes à propos des masques d'Edouard :

- « *Vous avez entendu parler de l'art abstrait ? [...] C'est Edouard qui m'a raconté ça c'est un peintre russe, un soir il est rentré chez lui, il a vu un tableau très beau, et après il s'est rendu compte que c'était un tableau à lui, sauf qu'il le regardait sur le côté il en a déduit qu'il n'avait plus besoin de la réalité, que les émotions suffisaient. Ben je crois qu'Edouard il était passé par l'art abstrait vous saisissez ? Enfin ce que je veux dire c'est qu'il avait trouvé le moyen d'aller mieux* » (15)

Il se servira des masques jusqu'à sa mort puisqu'après des retrouvailles émouvantes avec son père, il quittera ce monde en se jetant du haut d'un immeuble portant les traits d'un magnifique oiseau bleu. Ce masque symbolise son envol vers un autre monde et la fin de ses souffrances. Il ne supporte pas cette vie et retrouve sa liberté par ce saut dans le vide. Le personnage meurt en ayant pu être lui-même et en étant maître de son destin.

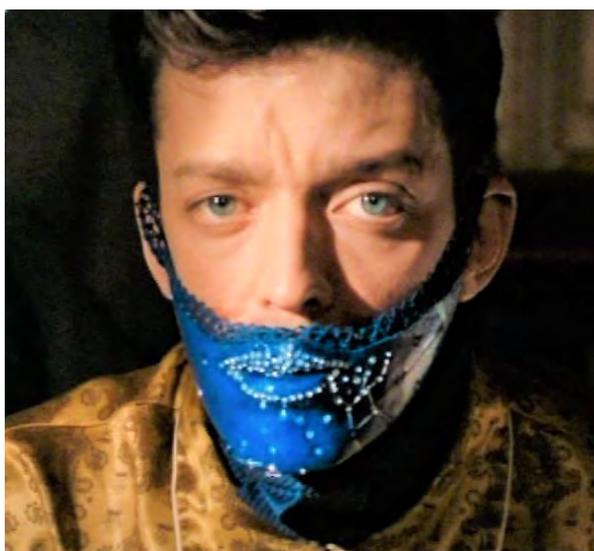


Figure 52 : Masque d'Edouard. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.



Figure 53 : Edouard saute dans le vide portant son masque d'oiseau bleu. "Au revoir là-haut", Albert Dupontel.

CONCLUSION

Ainsi, la Première Guerre mondiale a vu émergé en masse ces nouveaux blessés nommés « gueules cassées » et le lot de traumatismes liés à la mutilation faciale et à la défiguration. Les connaissances et les moyens de l'époque étant très limités, ces individus traumatisés n'ont pour la plupart jamais pu reprendre une vie normale et ont dû vivre avec les séquelles physiques et psychologiques de leurs blessures. La perte d'identité, les syndromes de stress post-traumatique ou encore le rejet par la société, entre autres, ont été des conséquences tragiques pour les blessés de la face. Les prothèses précaires de l'époque, inesthétiques et peu confortables ont néanmoins grandement aidé les mutilés faciaux. Dans son œuvre « Au revoir là-haut », Pierre Lemaitre met en évidence l'importance de ces prothèses faciales grâce au personnage d'Edouard Péricourt qui y trouve une réelle thérapie. En plus de cacher l'inesthétisme de la mutilation, les masques d'Edouard lui permettent une certaine forme de communication, il y peint ses émotions et ses humeurs. Ils lui permettent également de se révéler en tant qu'artiste et de s'épanouir là où il n'a jamais pu le faire auparavant. Ils sont un vrai soutien psycho-émotionnel. Les gueules cassées ont contribué grandement à l'essor de la chirurgie et de la prothèse maxillo-faciale qui n'ont cessé de s'améliorer depuis et de se perfectionner laissant entrevoir des solutions de plus en plus prometteuses pour les personnes défigurées et les « gueules cassées » actuelles. Les innovations informatiques ainsi que les avancées constantes en acquisition des données médicales radiographiques de la tête et du cou permettent actuellement d'obtenir des reconstructions virtuelles volumiques tridimensionnelles de qualité des structures anatomiques de l'extrémité céphalique. La Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO), utilisée aujourd'hui en P.M.F. est très satisfaisante. En effet, elle a des avantages non négligeables en termes de prise en charge du patient, de rapidité et de simplicité d'utilisation (16).

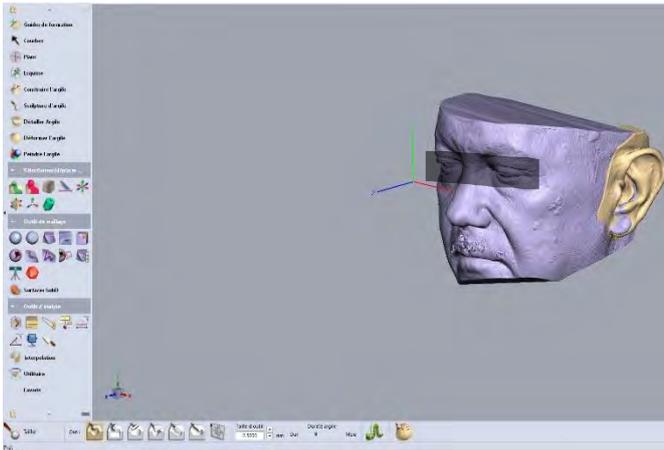


Figure 5477: Simulation virtuelle d'une prothèse auriculaire. Image d'acquisition numérique. Unité de PMF, CHU Rangueil.

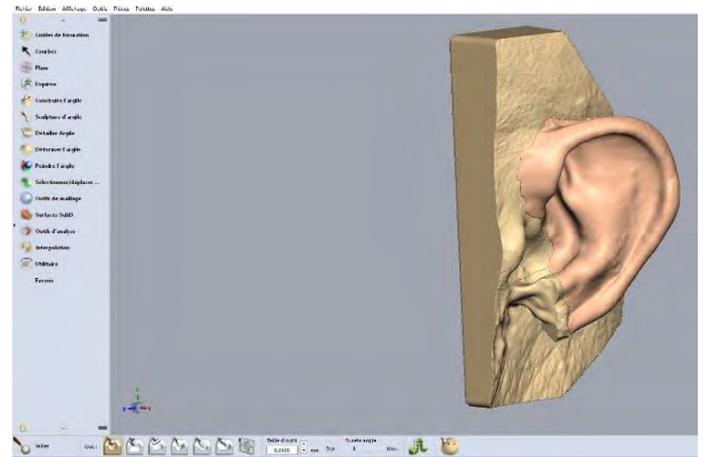


Figure 55: Exemple de conception assistée par ordinateur en vue de l'élaboration d'épithèse faciale auriculaire. Unité de PMF, CHU Rangueil.

Ces progrès technologiques en matière d'empreinte et de conception numériques combinées aux récentes avancées dans le domaine des technologies convergentes appelées « technologies NBIC » (rassemblant les nanotechnologies, les biotechnologies, l'informatique et le cognitivisme) qui permettent de réelles interactions neurophysiologiques entre la prothèse les personnes équipées donnent de nouvelles possibilités aux traumatisés faciaux. Les « prothèses maxillo-faciales d'amplification » en sont un exemple parlant : elles visent à l'optimisation des sens humains situés au niveau de l'extrémité céphalique (17). On pourra citer comme exemple les « Google Glass », paire de lunettes en réalité augmentée, permettant la superposition de la réalité avec des éléments sonores ou visuels ou encore, le système SoundBite de Sonitus Medical, qui permet grâce à un dispositif externe et une prothèse auditive supradentaire de capter les sons extérieurs et de les convertir en microvibrations conduites par voir osseuse jusqu'aux cellules sensorielles du système auditif (17).

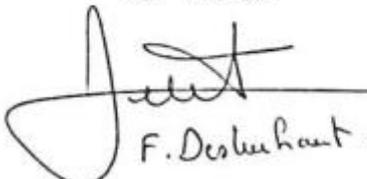


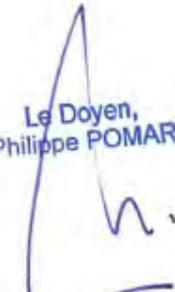
Figure 56: Extra Ear London, Los Angeles, Melbourne 2006 fot. Nina Sellars, Wikimedia Commons.



Figure 57: Orlan, 2021, Wikimedia Commons.

Enfin, nous pourrions faire un parallèle entre certains artistes actuels, amateurs de Body Art, et le personnage de Pierre Lemaitre. Ceux-ci mettent leur sens de la création artistique au service d'idées plus originales, comme Stelarc et son projet Extra Ear né en 2006 : se faisant greffer une bioprothèse à la morphologie d'un pavillon auriculaire sur l'avant-bras et en y intégrant un microphone miniature relié à internet ; ou encore, Orlan, plasticienne française qui remodèle son visage à l'aide de la chirurgie plastique et d'endoprothèses crânio-faciales à des fins de singularité (17). Ici, la prothèse n'a pas vocation à être un support psycho-émotionnel servant de thérapie face à la mutilation ou à la perte d'identité mais plutôt une façon de repousser les limites, de transcender le corps et les sens humains. A l'instar d'Edouard Péricourt, pour qui la création de masques faciaux permet de transcender son être mutilé et de devenir pleinement l'artiste qu'il est, Stelarc et Orlan transcendent leurs corps d'origine à des fins d'évolution sensorielle et artistique. Ils font du corps humain un objet d'art à part entière. Ces avancées nous poussent à réfléchir à l'évolution future de notre société et à la perfectibilité de l'homme au travers de prothèses toujours plus innovantes ou artistiques.

Vu le directeur de
la thèse

F. Desbunhaut.


Le Doyen,
Philippe POMAR

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Les Gueules Cassées - UBFT. Available at: <https://ww.gueules-cassees.asso.fr>.
- (2) Colloque "Gueules Cassées, un nouveau visage". 17-18 octobre 2014, Ecole militaire Paris. Available at: <https://www.gueules-cassees.asso.fr>.
- (3) Blanchard J. Je t'écris de Vingré. Association Soissonnais 14-18 ed.; 2006.
- (4) Cochet F. La première guerre mondiale: Dates, thèmes et noms. Studyrama ed.; 2001.
- (5) DELAPORTE S. Gueules Cassées de la Grande Guerre. Noesis Agnes Vienot Eds ed.; 2004.
- (6) Destruhaut F, Esclassan R, Noirrit-Esclassan E, Vigarios E, Pomar P. Histoire des pratiques et des mentalités en prothèse faciale. 2013.
- (7) Destruhaut F, Esclassan R, Toulouse E, Vigarios E, Pomar P. Histoire de la peau prothétique de la Grande Guerre à nos jours. 2012.
- (8) Destruhaut F, Hennequin A, Ferrand F, Cuny C, Pomar P. Avenir de la prothèse maxillo-faciale. Des prothèses aux "interfaces" bioniques et cybernétiques. L'INFORMATION DENTAIRE 2020.
- (9) Destruhaut F, Jaisson M, Clitterio H, Vigarios E, Pomar P. Apports de la CFAO dans l'intégration bio-psycho-sociale des prothèses faciales.
- (10) Destruhaut F, Vigarios E, Andrieu B, Pomar P. Regard anthropologique en prothèse maxillo-faciale: entre science et conscience.
- (11) Destruhaut F, Vigarios E, Kesri E, Pomar P. Face et visage: les résonances socio-culturelles de l'anatomie artistique à travers l'iconographie. 2010.
- (12) Destruhaut F, Esclassan R, Pomar P. Regard historique sur les carnets militaires et d'appareillage de Jacques Mouchez, artilleur de la "Grande Guerre", et de Jean Narcisse, "gueule cassée" toulousaine. Actes Société française d'histoire de l'art dentaire 2014.

- (13) Destruhaut F, Pomar P. Face, visage, prothèse: approches anthropologiques autour de la figure humaine. Face, visage et prothèse: de la figuration à la reconfiguration, approche artistique et résonances socioculturelles 2018.
- (14) Dupontel A. Film "Au revoir là-haut". 2017.
- (15) Le Goues G. Image du corps, image de soi. vol.55,n°3. Evolution Psychiatrique 1990.
- (16) Lemaitre P. Au revoir là-haut. Albin Michel ed.; 2013.
- (17) Miegerville R. Traitement immédiat des blessures récentes de la face. Congrès dentaire inter-alliés. Chaix ed.; 1917.
- (18) Monestier M. Les gueules cassées, les médecins de l'impossible 1914-1918. le cherche midi ed.; 2009.
- (19) Sophie D. Visages de guerre;Les gueules cassées de la guerre de Sécession à nos jours. Belin ed.; 2017.
- (20) Sophie D. Les Gueules Cassées : les blessés de la face de la Grande Guerre. Noësis ed.; 1996.
- (21) Vigarios E, Destruhaut F, Pomar P. Problématique psychosociale en cancérologie cervicofaciale: point de vue de l'odontostomatologiste. 2010.
- (22) Vigarios E, Fontes-Carrère M, Pomar P, Bach K. Psychologie et relation d'aide en réhabilitation maxillo-faciale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2004.

LA CREATION ARTISTIQUE AU SERVICE DES MASQUES FACIAUX EN TANT QUE SUPPORT PSYCHO-EMOTIONNEL : L'EXEMPLE DE L'ŒUVRE « AU REVOIR LA-HAUT » DE PIERRE LEMAITRE

RESUME EN FRANÇAIS : La mutilation faciale engendre de graves séquelles à la fois physiques et psychologiques chez les gueules cassées de la Première Guerre mondiale. La chirurgie et la prothèse maxillo-faciale ont beaucoup évolué à cette époque et ont permis de réhabiliter un grand nombre de défigurations. Dans son œuvre « Au revoir là-haut », Pierre Lemaître aborde la discipline des masques faciaux à travers un aspect original et artistique. Les objectifs sont de recontextualiser l'œuvre d'un point de vue historique, d'aborder l'impact physique, psychologique et social de la mutilation faciale, de décrire la chirurgie et la prothèse maxillo-faciale de l'époque et d'analyser l'approche des masques faciaux développée dans l'œuvre « Au revoir là-haut ». Le travail a montré comment la création artistique de masques faciaux a été une réelle thérapie psycho-émotionnelle et a permis au personnage de l'œuvre de retrouver son identité. La prothèse maxillo-faciale, à la fois art et science, a permis à de nombreuses gueules cassées une certaine forme de réhabilitation.

TITRE EN ANGLAIS :

Facial masks between artistic approach and psycho-emotional aspects: perspective on the work of Pierre Lemaître "Au revoir là-haut"

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS CLES : prothèse, mutilation faciale, création artistique, support psycho-émotionnel, masque facial, « Au revoir là-haut »

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de Santé – Département de Chirurgie Dentaire

3 chemin de Maraîchers

31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Florent DESTRUHAUT