



**HAL**  
open science

## Portraits de ressuscités

Charlène Lamy

► **To cite this version:**

| Charlène Lamy. Portraits de ressuscités. Chirurgie. 2024. dumas-04834178

**HAL Id: dumas-04834178**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04834178v1>**

Submitted on 12 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Université de Picardie Jules Verne  
Faculté de médecine d'Amiens

Année 2024

N° 2024-208

# Portraits de ressuscités

Thèse pour le Doctorat en Médecine (Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement

Le 31 octobre 2024

par

Charlène LAMY

Directrice de thèse

Docteur Sophie CREMADES

Présidente du Jury

Membres du Jury

Professeur Sylvie TESTELIN

Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Professeur Chloé BERTOLUS

Professeur Éric HAVET

Professeur Louis JEHEL



# REMERCIEMENTS

## **A Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*Chirurgie Maxillo-Faciale*

*Pôle des 5 Sens*

*Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique*

*Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur*

*Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur*

Pour m'avoir enseigné la chirurgie avec élégance,  
Pour votre créativité source d'inspiration,  
Pour le partage de votre savoir éclectique,  
Etre votre élève est un honneur et un privilège.

*« Le talent perce une cible que personne d'autre ne peut atteindre ; le génie frappe une cible  
que personne d'autre ne peut voir. »*

*Arthur Schopenhauer*

## **A Madame le Professeur Sylvie TESTELIN**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie*

*Chef du Pôle OPERAM*

*Chef du Service de Chirurgie Maxillo-faciale CHU Amiens-Picardie*

*Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur*

Pour m'avoir fait découvrir l'étendue de la chirurgie maxillo-faciale,  
Pour votre dévotion qui n'a d'égale que votre générosité,  
Pour votre capacité à guider sans diriger, afin que chacun trouve sa voie,  
Appendre et évoluer à vos côtés est une richesse que je chéris.

*« Il n'y a pas d'enthousiasme sans sagesse, ni de sagesse sans générosité. »*

**Paul Eluard**

## **A Madame le Professeur Chloé BERTHOLUS**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie  
Chef du Service de Chirurgie Maxillo-Faciale CHU Pitié-Salpêtrière  
Conseiller national de l'Ordre des médecins  
Présidente du Collège des médecins des hôpitaux de Paris  
Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur*

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,  
Recevez ici le témoignage de mon profond respect,  
Puisse votre présence enrichir et développer mon chemin.

*« Le professeur influence l'éternité ; il ne peut jamais dire où son influence s'arrête. »*

Henry Adams

## **A Monsieur le Professeur Eric HAVET**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*Anatomie - Chirurgie Orthopédique*

*Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'Amiens*

*Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques*

Pour votre soutien dans la FST chirurgie de guerre et de catastrophe,  
Pour m'avoir offert cette opportunité d'élargir mes horizons,  
Pour votre disponibilité et votre accueil bienveillant,  
Recevez ici mes plus sincères remerciements.

*« Il est de l'art suprême du maître de réveiller la joie de la créativité et de la connaissance. »*

Albert Einstein

**A Monsieur le Professeur Louis JEHEL**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*Psychiatrie*

*Chef du Service de la consultation de psychiatrie et de psychologie médicale*

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,  
Votre regard d'expert est déjà une valorisation,  
Soyez assuré de toute ma gratitude.

*« La véritable rencontre, c'est celle qui change la vision que l'on a du monde. »*

Jacques Salomé

## **A Madame le Docteur Sophie CREMADES**

*Praticien hospitalier  
Psychiatrie*

Pour m'avoir accompagnée et encouragée dans ce projet,  
Pour votre douceur, votre patience et tout le temps que vous m'avez accordé,  
Pour l'écoute sensible que vous m'avez enseignée,  
Pour toutes ces rencontres fascinantes que vous avez éclairées,  
Vous avoir pour directrice de thèse est une chance et un réel plaisir.

*« Il est des êtres qui, pour avoir croisé notre route, laissent un parfum de lumière sur notre  
cœur. »*

Victor Hugo

## **A vous tous qui lisez ces lignes**

Je fais partie de ces gens privilégiés et presque agaçants que la vie a toujours épargnés. Nul drame n'est jamais venu entacher cette volonté de m'accomplir. Simone de Beauvoir écrivait « On ne naît pas femme, on le devient. » Et si je peux être satisfaite de celle que je poursuis aujourd'hui, cela n'est envisageable que grâce à mon entourage, qui m'a toujours portée avec fierté. Alors, à vous tous qui vous reconnaissez dans ces lignes, ma gratitude vous est infinie et mes victoires sont les vôtres.

À ma mère, Laurence, et à mon père, Lionel, qui m'ont tout donné : leur amour, leur temps, leur confiance, leurs valeurs, et bien plus encore. Être votre fille est ma plus grande fierté.

À mes soeurs, Juliane et Enora, dont les rires et les folies sont des soleils.

À mes merveilleuses grand-mères Micheline et Christiane, à ma généreuse et dévouée Taty, à mes oncles, à mes tantes, à tou.te.s mes cousin.e.s, toute notre famille pudique et remplie de tendresse. Vous tous êtes des piliers sur lesquels je peux me reposer.

À Hugo, Mota, Max, Piocky, Maty, Kark, Dycke, Jum, Robi, Roblec, Gaëlle, Tartal, Cyril, Simcus, Flo, Alex, Totof, Elies, Charli et tous les Fragiles passés et à venir, dont les différences et l'ouverture d'esprit sont des richesses. Vos années de soutien, de bêtises et de créativité sont pour moi des inspirations.

À Béatrice, avec qui j'ai grandi. Ta volonté, ta curiosité et ta poésie sont pour moi une source d'admiration.

À Juliette et Alice, dont la loyauté et la combativité sont des moteurs d'ambition.

À Manon, libre et légère, qui sème la joie autour d'elle.

À Lilian, fidèle confident, épaulé attentif et débordant d'espièglerie.

À mes maîtres de chirurgie, Stéphanie, Cica, Ghassan, Amandine, Nolwenn, Jérémie, qui m'ont appris la délicatesse, la rigueur et la persévérance. Votre influence est une éducation qui, j'espère, m'amènera jusqu'à vos talents.

À Agnès, pour m'avoir soufflé l'origine de ce travail. Ta clairvoyance et ton altruisme sont des dons à préserver.

À Julien, dont le sérieux est un exemple.

À mes co-internes adorés : Alban et ses constatations toujours percutantes, Rox et ses expressions décousues, Antoine et son flegme apaisant, Justine et sa gaieté communicative, Noémie, ma colocataire préférée, et ses tendres attentions, Sullivan et son audace, et enfin, Alan et son imagination débordante. Sans vous, le quotidien n'aurait définitivement pas la même saveur.

À Adèle, mon acolyte, douce et pétillante, sur qui je peux toujours compter. Ainsi qu'à nos comparses compiégnais.

À tou.te.s les infirmière.s et les aides-soignantes du bloc, de la consultation et du service : Mme Begot, Alice, Sylvette, Lulu, Céline, Fatima, Dédé, Magalie, Isa, Déborah, Martine, Titi, Lulu Garcia, Lulu Latteux, Audrey, Cathy, Sophie, Maxence, Blandine, et toutes celles que j'oublie de nommer (pardonnez-moi), vous êtes les anges gardiens de chacun d'entre nous. Je ne saurais même plus compter les fois où votre aide précieuse m'a sauvée d'une catastrophe.

À toutes les secrétaires qui affrontent mon manque d'organisation.

À tous les séniors, ainsi qu'à tous mes co-internes de chirurgie vasculaire, de chirurgie plastique, d'orthopédie et de neurochirurgie, qui m'ont accueillie à bras ouverts et m'ont fait grandir dans leur pas.

À tous ceux qui ne sont plus là, mes grand-pères, Robert et Marcel, et les amis perdus, mais qui un jour m'ont suffisamment aimée pour m'élever d'une manière ou d'une autre.

*« Moi, si je devais résumer ma vie aujourd'hui avec vous, je dirais que c'est d'abord des rencontres. Des gens qui m'ont tendu la main, peut-être à un moment où je ne pouvais pas, où j'étais seul chez moi. Et c'est assez curieux de se dire que les hasards, les rencontres forment une destinée. (...) et je dis merci à la vie, je lui dis merci, je chante la vie, je danse la vie, je ne suis qu'amour ! »*

Edouard Baer

# TABLE DES MATIÈRES

Préambule	12
I. INTRODUCTION	16
1. LE VISAGE	16
A. Définitions	16
B. Anatomie et fonctions	18
2. L'IDENTITÉ	24
3. LE SUICIDE PAR ARME A FEU	27
4. LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET LA TRAUMATOLOGIE BALISTIQUE	29
II. MATÉRIELS ET METHODE	32
1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	32
2. POPULATION ÉTUDIÉE	32
3. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES	34
III. RÉSULTATS	38
1. MORTALITÉ ET RÉCIDIVE	39
2. CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	40
3. CARACTÉRISTIQUES DU TRAUMATISME	43
4. ENTRETIENS	45
A. Causes menant au geste suicidaire	47
B. L'acte	51
C. Prise en charge chirurgicale	53
D. Séquelles sensitives et fonctionnelles	56
E. Prise en charge psychiatrique	57
F. Évolution sociale	59
G. Séquelles émotionnelles	62
H. Ressenti sur l'environnement chirurgical	66
I. Échelles HAD, C4 et FACT-MBIS/McGill	68
IV. DISCUSSION	71
1. DE L'ORIGINE DU TRAUMATISME	71
2. DE LA MONSTRUOSITÉ	74
3. DU MASQUE	76
4. DE LA PLACE DE LA CHIRURGIE	77
5. DE LA RECIDIVE	79
6. DE L'ÉTUDE	81
V. CONCLUSION	84
Bibliographie	87
Figures	90
Annexe	91

# Préambule

Nous sommes le deuxième jour de mon internat en chirurgie maxillo-faciale. Je suis un peu perdue dans cette ville et ce CHU que je ne connais pas. Le service au troisième étage est intimidant, toujours en effervescence, au rythme des chirurgiens caractériels qui s'agitent, qui grondent, qui s'épuisent, pour d'autres qu'eux-même. Un jour, je serai comme eux, mais pour le moment, je les observe. J'essaie de trouver ma place et ce qu'on attend de moi. Je me fais discrète, et j'assiste à cette visite patronale qui marque l'ouverture de la journée, telle le début d'une pièce de théâtre.

Notre groupe me fait l'effet d'un orage. Une nuée d'hommes et de femmes en blouse blanche entre dans les chambres les unes après les autres, pour arroser nos patients d'informations, de consignes ou de reproches. En un éclair, la messe est dite : bloc, pas bloc ; sortie, pas sortie. Je n'ai pas vraiment le temps de voir les patients, je me laisse balayer par la nuée de porte en porte, jusqu'à l'avant dernière. Par le fruit du hasard, le vent m'a guidée à l'avant. Nous entrons, et je tombe nez à nez, ou plutôt face à face, à une véritable gueule cassée.

Voilà trois ans que j'ai l'absolue certitude de vouloir être chirurgienne. J'ai d'ailleurs effectué la quasi totalité de mes stages d'externat en chirurgie : plastique, vasculaire, thoracique, viscérale, orthopédique, pédiatrique et même maxillo. J'ai déjà vu des chaires déchirées, sanglantes et putréfiées, j'ai déjà amputé intestins, doigts, pieds, jambes et cuisses, et pourtant, je n'avais jamais vu visage humain aussi défiguré.

L'image horripilante que me renvoie cet homme me fascine. Je ne peux m'empêcher de fixer le trou béant qui s'ouvre du cou jusqu'à un monticule de peau et de cartilage que l'on devrait qualifier, je suppose, de nez. Le trou a emporté les lèvres, le menton, les mâchoires ainsi qu'une bonne partie de la langue et des joues. Les berges ont presque l'air de fleurir tant les muqueuses et la peau bourgeonnent ensemble dans une anarchie totale. Pourtant, des plaques de titane émergent pour servir de tuteur aux chairs déchirées. Elles pendent mollement sur ce qu'il reste de pommettes, et ne semblent désormais plus rien pouvoir traduire d'autre que des sursauts d'agonie, lorsque l'homme tente de communiquer de la seule manière qu'il sait faire, mais dont il est dépourvu aujourd'hui. Le moignon de sa langue tressaute, mais aucun mot ne nous parvient. Juste un lent fleuve de bave qui pleure sur les berges printanières.

L'effet happant de ce trou noir est d'autant plus accentué que les longs cheveux sombres et négligés de l'homme encadrent tel un tableau cette bouche monstrueuse. Je pense au Cri de Munch. L'homme devant moi n'est plus qu'une gueule aspirative et figée dans une plainte effroyable. Est-ce encore un Homme d'ailleurs ?

Mon regard cherche désespérément ce qui pourrait rattacher Le Trou au genre humain. Je dévisage cet homme qui ne peut plus l'être. Ni envisagé, ni dévisagé, ni humanisé. Je connaissais bien entendu les photos des soldats de la première guerre mondiale. Et pourtant, dans toute ma naïveté, je n'avais jamais saisi que l'on puisse *réellement* vivre amputé de son visage. Le paradoxe de cette gueule mourante, juchée sur un corps robuste assis calmement les jambes croisées sur son fauteuil, m'interpelle.

C'est alors que je remarque les yeux bleus perçant de l'homme, masqués par le cadre de mèches grasses. Son regard est fuyant, toujours bas, mais doux. La couleur vive de ses iris contraste violemment avec le rouge et le noir du reste de sa face. Ses orbites et ses paupières sont intactes, et l'on aperçoit encore les rides de la patte d'oie plisser sa peau aux extrémités

des fentes palpébrales, uniques témoins des joies passées. L'homme porte désormais toute son humanité dans ce regard bleu azurin, où l'on peut lire sa honte, sa détresse, et surtout sa résilience.

J'apprends alors que l'homme s'est infligé cette blessure lui-même. Il voulait mourir, il a échoué. J'imagine quelle féroce volonté il faut pour choisir de retourner une arme sur son visage. Mais si l'homme haïssait ainsi sa vie, au point de vouloir annihiler son identité, pourquoi ne recommence-t-il pas ? Maintenant qu'il ne peut plus ni parler, ni manger, ni sentir, ni goûter, ni embrasser, ni passer inaperçu. Pourquoi ne souhaite-t-il plus mourir ? Si l'on peut vivre sans visage, comment faire pour exister ?



Monsieur L.

# I. INTRODUCTION

Ce travail de thèse est le fruit d'une pensée paradoxale pour le chirurgien maxillo-facial: comment créer un visage pour ceux qui n'en voulaient plus ? Sur les bancs de la faculté, des années durant on vous enseigne l'anatomie et la nosologie. Une fois dans les services, on vous apprend les techniques pour modeler, couper, cacher, réparer, changer un visage. Mais l'acte de chirurgie est un acte intime entre celui qui le pratique et celui qui le subit ou le choisit. L'acte de chirurgie est une transgression de l'intégrité de l'Autre, et nécessite une certaine confiance mutuelle. Pour répondre à la question du chirurgien maxillo-facial, encore faut-il donc comprendre ce qu'est un visage. Et accepter de rencontrer l'Autre au-delà de son anatomie. Alors, peut-être, pourra-t-il aider ceux qui cherchent leur visage.

## 1. LE VISAGE

### A. Définitions

La face, la figure, le visage, la tronche, la bouille, la gueule, la frimousse, le minois, autant de mots pour désigner une structure anatomique, certes complexe, composée du front, des yeux, du nez, de la bouche, des joues, du menton et des oreilles. Quelle autre portion anatomique du corps peut se vanter d'attiser autant l'imaginaire du langage humain ? Les études de linguistique tendent à dire que le langage est le reflet de la pensée d'une

communauté<sup>1,2</sup>. Attardons-nous donc sur les différences entre les principaux termes qui désignent la portion antérieure de la tête.

La face renvoie seulement à la frontalité d'une existence sans caractéristique propre. Elle peut concerner un objet comme un animal ou un être humain. On n'emploie donc ce terme pour désigner un espace selon sa force et son anonymat, qui rentre dans un rapport d'affrontement avec nous-même.

La figure, elle, renvoie au rapport qu'on appelle précisément de figuration, et permet de joindre l'universalité de l'objet ou de la personne figurée avec la singularité qu'elle représente. Ainsi, parler de la figure de quelqu'un et non de son visage revient donc à le considérer comme un représentant de l'humanité sans en définir la personnalité.

Le visage, quant à lui, est issu du latin « visus » qui signifie « vue » ou « aspect ». Sa définition, telle qu'écrite dans le Larousse est : une face humaine ; une personne identifiée par sa face, sa figure, l'expression des traits de la face ; l'aspect sous lequel se présente quelque chose. Au terme de « visage » s'attache donc la notion de savoir et d'individualité. En « dévisageant » cet inconnu, je peux, dans une certaine mesure, déterminer son origine géographique, son identité sexuelle, sa place dans l'échelle sociale, son degré de culture, d'égoïsme ou de générosité, et me faire une idée de ses choix existentiels.

---

<sup>1</sup> Calvet, L.-J. (2024). La sociolinguistique. Chapitre III : Comportements et attitudes (pp. 43-61). Presses Universitaires de France.

<sup>2</sup> Béatrice Godart-Wendling. La langue, un ciment vers l'identité?. Jean Gayon; Virginie Courtier- Orgogozo; Antonine Nicoglou; Gaëlle Pontarotti; Sarah Troubé; François Villa; Jonathan Weitzman. L'identité. Dictionnaire encyclopédique, Folio, 2020, Folio Essais. hal-03096613

Par conséquent, le visage est, dans notre perception du monde, un attribut de notre humanité. C'est-à-dire qu'il nous élève au dessus de notre condition animale, de par l'identité singulière à laquelle il nous donne accès. En outre, ce visage est destiné à être vu, lu, par nous-même et par autrui, afin de nous relier à notre espèce et notre environnement. Les Hommes privés de visage sont-ils pour autant déshumanisés ?

## B. Anatomie et fonctions

- La survie

Un visage anatomiquement et fonctionnellement optimal, est composé d'une superposition complexe de peau, muqueuses, muscles, nerfs, vaisseaux et os qui oeuvrent pour une ou plusieurs fonctions, dont font partie les 5 sens : la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe et le toucher. Ainsi, sur 9% de notre surface corporelle, se trouve exclusivement 80% des organes qui nous relient à notre environnement.

Ces sens, en synergie avec eux-même et étroitement reliés aux fonctions concentrées par notre figure, sont les outils de notre survie. Les yeux, et la vue qu'ils nous offrent, nous permettent de nous diriger, d'évaluer notre environnement, un prédateur, ou bien un aliment, au même titre que le goût et l'odorat. Le nez, la bouche, les dents, la langue et les muscles masticateurs et phonateurs quant à eux, nous permettent la mastication, la parole et participent à la ventilation. Sans oublier le nerf trijumeau, vecteur du toucher, essentiel dans la protection des événements dangereux (températures extrêmes, lésions cutanées) et le développement des interactions sociales.

Or, notre survie ne dépend pas uniquement de nos capacités corporelles. Nous ne sommes pas taillés pour miser sur des rapports de force, à l'image des grands prédateurs. En revanche, l'humain est un être social,. Ainsi notre survie dépend bien plus des rapports que nous sommes en mesure d'établir avec les autres membres de notre espèce. Ceux sont ces liens inter-individuels, développés et complexifiés depuis des millénaires qui sont à l'origine des sociétés modernes hissant notre espèce en haut de la chaîne alimentaire<sup>3</sup>.

- Rôle social

Il a longtemps été admis que seul le langage était l'acquisition décisive pour définir le concept d'humanité<sup>4</sup>. Avec sa double articulation de phonèmes en mots puis de mots en phrases, il est effectivement d'une complexité remarquable et non reproduite dans le règne animal. Et si cette capacité existe sous différentes formes, telles que le langage des signes, ou le langage corporel, il est à noter que le langage « naturel », la parole donc, est bel et bien étroitement reliée au visage et à l'extraordinaire agilité de nos lèvres, notre langue et l'ensemble de nos muscles bucco-pharyngo-laryngés.

Cependant, il semble que notre humanité ne soit pas uniquement définie par notre capacité à communiquer à travers des mots ou des signes. Elle transparait tout autant à travers les mouvements de nos muscles faciaux et les émotions qu'ils traduisent. Ainsi, lorsque nous voyons un visage, nous reconnaissons une face humaine, avec deux yeux, un nez, une bouche

---

<sup>3</sup> Harari, Y. N. (2015). Sapiens : une brève histoire de l'humanité (pp. 11-83). Paris : Albin Michel

<sup>4</sup> Auroux, Sylvain. "Chapitre I. Langage et humanité, dans la philosophie du langage." Presses Universitaires de France, 2018, pp. 7-30

et nous lui attribuons une personnalité selon les expressions qu'elle « figure », témoignant d'une attitude, d'une manière d'être, d'un sentiment, d'une intention<sup>5</sup>.

Darwin, dans son livre *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux* y observait là un rôle adaptatif. Ainsi l'expression de dégoût (courber les lèvres, plisser le nez et rétrécir les yeux), présente également chez les autres primates, permettrait la protection contre des agents pathogènes<sup>6</sup>.

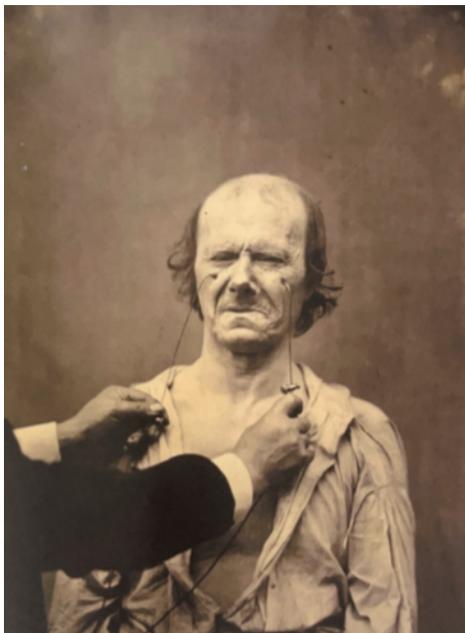


Figure n°1 : Photo accompagnant le mémoire de Duchenne - Le pleurer.

Mais c'est le travail du Dr. Duchenne de Boulogne, qui permis d'éclaircir en 1862 la physiologie du visage. Les muscles peuciers dont on ne comprenait pas les attaches, les limites et les contractions furent clairement identifiés et associés à nos émotions grâce à l'utilisation de courants électriques<sup>7</sup>. Ce travail fut notamment repris et complété par Paul Ekman, qui en 1971, définit 7 émotions de base universelles traduites par autant d'expressions faciales, reconnues par l'ensemble de notre espèce malgré les différences culturelles. A

savoir: la joie, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût, le mépris et la surprise<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Flahault, François. "De la face au visage." *Les Cahiers de Médiologie*, vol. 2003, no. 1 (N° 15), 2003, pp. 33-40. Éditions Gallimard

<sup>6</sup> Maury, Liliane. *Les émotions de Darwin à Freud*. Philosophies, Presses Universitaires de France, 1993, pp. 5-17

<sup>7</sup> Delaporte, François, Emmanuel Fournier, et Bernard Devauchelle. *La Fabrique du visage*. Brepols, 2010, pp. 31-68.

<sup>8</sup> Ekman, Paul, et Wallace V. Friesen. "Constants Across Cultures in the Face and Emotion." *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 17, no. 2, 1971, pp. 124-129

Aujourd'hui nous savons que notre visage expressif est composé de 22 muscles, pairs et symétriques (à l'exception des muscles de la ligne médiane), lesquels permettent au moins 21 expressions faciales distinctes<sup>9</sup>. La capacité à mouvoir notre visage avec autant de complexité, de par sa vérité biologique, donne alors bien plus d'humanité que le langage qui bien qu'inné, dépend d'une vérité culturelle, soit non partagée par l'ensemble des représentants de l'espèce.

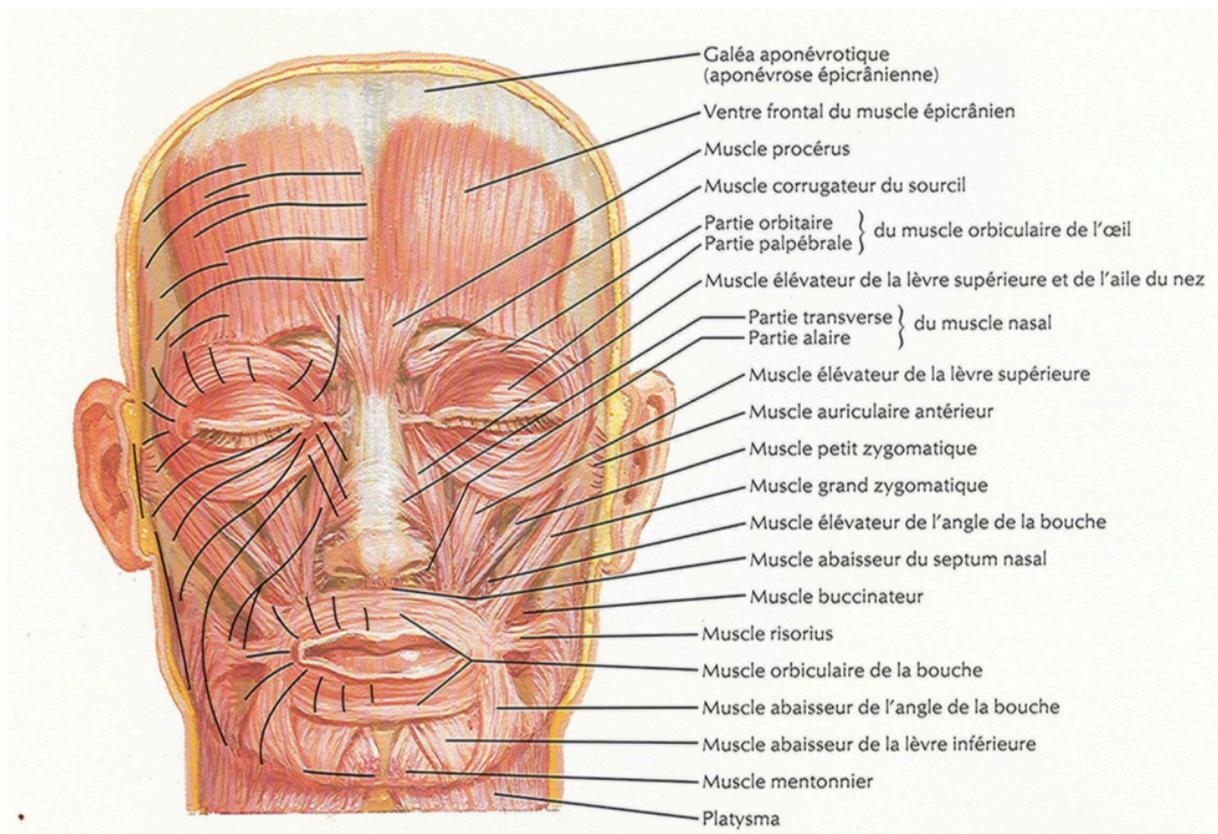


Figure n°2 : planche anatomique des muscles intervenants dans la mimique faciale.

<sup>9</sup> Du, Shichuan, Yong Tao, et Aleix M. Martinez. "Compound Facial Expressions of Emotion." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 111, no. 15, 2014, pp. E1454-E1462



Figure n°3 : Emotions et expressions faciales, (A) neutre, (B) heureux, (C) triste, (D) effrayé, (E) en colère, (F) surpris, (G) dégoûté, (H) joyeusement surpris, (I) joyeusement dégoûté, (J) tristement effrayé, (K) tristement en colère, (L) tristement surpris, (M) tristement dégoûté, (N) effrayé et en colère, (O) effrayé et surpris, (P) effrayé et dégoûté, (Q) en colère et surpris, (R) en colère et dégoûté, (S) dégoûté et surpris, (T) consterné, (U) haine, et (V) émerveillé

Nous avons abordé deux propriétés du visage : la survie et le lien social. Il en existe une troisième, découlant directement de la fonction sociale mais dont la signification a pris une part si importante dans nos sociétés modernes qu'elle en est devenue une fonction à part entière.

- L'esthétique

L'esthétique du visage joue un rôle central dans les relations sociales et a une importance significative du point de vue de l'évolution. Les recherches en psychologie évolutionniste montrent que certaines caractéristiques faciales, telles que la symétrie, l'harmonie des traits et la santé apparente de la peau, sont universellement perçues comme attractives, car elles reflètent souvent une bonne santé et une stabilité génétique<sup>10</sup>. Ces éléments influencent non seulement le choix du partenaire, mais aussi des décisions sociales plus larges, telles que les interactions professionnelles ou amicales. L'attractivité faciale est associée à des stéréotypes positifs, souvent résumés par l'adage "ce qui est beau est bon", où les individus jugés esthétiquement agréables sont perçus comme plus compétents, dignes de confiance et sociables<sup>11</sup>. D'un point de vue évolutif, la préférence pour des visages symétriques est liée à la sélection de partenaires de qualité, maximisant ainsi les chances de reproduction et de survie des descendants. Cette dimension esthétique va au-delà de la simple attirance physique, car elle façonne les dynamiques sociales en influençant les premières impressions, les décisions interpersonnelles et la réussite sociale à long terme.

Ainsi, le visage est un outil essentiel de communication et joue un rôle clé dans l'adaptation sociale et biologique de l'espèce humaine. Et si de notre visage découle notre humanité et notre individualité, qu'en est-il de notre identité ?

---

<sup>10</sup> Little, Anthony C., Benedict C. Jones, et Lisa M. DeBruine. "Facial Attractiveness: Evolutionary Based Research." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 366, no. 1571, 2011, pp. 1638-1659

<sup>11</sup> Amadiou, Jean-François. "Chapitre 5 : Vie professionnelle : l'inavouable vérité." *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire* Éditions Odile Jacob, 2005, pp. 98-149

## 2. L'IDENTITÉ

De tout temps, l'homme a essayé d'établir un lien entre visage et psychologie. De là sont nées de nombreuses théories - sans réels fondements scientifiques - qui témoignent de l'importance de la perception d'un visage, véritable étiquette destinée à être lue et interprétée.



Figure n°4 : Giovanni Battista della Porta, *De Humana physiognomonie libri IV, Vico Ecquense* : Josephus Cacchius, 1586.

C'est le cas notamment de la physiognomonie : discipline antique, attribuée à Aristote ou Hippocrate, visant à discerner les qualités de l'âme selon les caractéristiques physique du visage. Galien même, au II<sup>ème</sup> siècle avant notre ère décrivait cette étude comme indispensable à la médecine. Ainsi dans l'Histoire des animaux, Aristote écrit « à grand front correspond la lenteur, à un petit front, la vivacité » ou bien encore « les grandes oreilles décollées annoncent sottise et verbosité » et « si les angles (formés par la réunion de la paupière supérieure et de la paupière inférieure) se prolongent, c'est un signe de mauvais caractère ; si ceux du côté des narines sont charnus comme chez les milans, c'est un signe de méchanceté. »<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Delaporte François, Emmanuel Fournier, et Bernard Devauchelle. *La Fabrique du visage*. Brepols, 2010, pp. 123-133.

Parmi ces sciences obscures, on peut également citer la métoposcopie, qui allie anatomie, astrologie et divination. Décrite par H.Cardan en 1658, la métoposcopie cherche à associer les rides frontales aux signes du zodiaque et attribue alors un avenir et des traits de personnalité à une caractéristique physique bien précise<sup>13</sup>.



L'homme fera furieux, & bruslant d'amour, lequel à cause de cela dissipera beaucoup de biens, & de grandes richesses. Et la femme fera fort luxurieuse.

Figure n°5 : illustration de la métoposcopie de H.Cardan, livre second, 1658.

Aujourd'hui néanmoins, la science s'est délestée des croyances ésotériques pour définir le concept complexe d'identité.

L'identité est une construction subjective, élaborée au cours d'interactions sociales, professionnelles, culturelles, physiques, familiales, affectives et de nombreuses autres, à visée de positionnement pour et par rapport à autrui. Dans l'expérience d'autodescription de l'identité de L'Écuyer en 1975<sup>14</sup>, il a été demandé à des sujets de répondre, toujours en des termes nouveaux, à la question « Qui êtes vous ». Le sujet se positionne dans différents contextes afin d'apporter une définition à son existence. Son identité s'exprime alors par un nom, une esthétique, un statut sur l'échelle sociale, une catégorie professionnelle, ses goûts et ses références culturelles, qui le positionnent au sein d'une ou plusieurs communautés.

En revanche, une identité pathologique naît du défaut de contextualisation de soi. La personne n'arrive plus à se définir que dans une catégorie, et les réponses à la question « Qui êtes vous » tournent toutes autour d'une même thématique.

<sup>13</sup> H.Cardan, *La métoposcopie, livre second*. Thomas Jolly libraire Iuré, 1658

<sup>14</sup> L'Écuyer R., *Le concept de soi*, Paris, P.U.F., 1975

Pour le psychologue Erikson, l'identité se construit à travers différents sentiments et processus : le sentiment d'unité personnelle, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment de participation affective, le sentiment de différence, le sentiment d'appartenance, le sentiment d'autonomie, le sentiment de force, les processus d'évaluation par rapport à autrui, les processus d'intégration de valeurs et d'identification.<sup>15</sup>

Il a donc montré, par des expériences de privations sensorielles que le sentiment d'unité personnelle est directement relié au contexte spatial, physique et sensoriel qui entoure l'acteur. Ainsi le sentiment banal d'exister repose sur les informations sensorielles. Nous avons vu précédemment que notre visage concentre la totalité de notre système sensoriel, nul doute qu'il agit donc comme un pilier dans la construction de notre identité.

Par ailleurs, le sentiment d'appartenance est fondamental et son dysfonctionnement mène au rejet social et est à l'origine de nombreuses conduites auto-destructives (mutilation, agression, oubli de soi, suicide). Or, le visage, de par la parole qu'il nous offre, associé aux émotions qu'il traduit, est notre interface avec l'extérieur. Il est notre meilleur outil pour établir une communication et développer un lien avec un autre membre de notre espèce.

Ainsi, une identité saine se caractérise par sa capacité à évoluer et à s'adapter en fonction des contextes et des expériences de vie. Cette flexibilité permet à l'individu de faire face aux changements, aux défis et aux situations imprévues en ajustant ses perceptions, ses rôles et ses comportements. À l'inverse, une identité fixée, rigide et non adaptable, peut être source de pathologies psychologiques. Lorsque l'identité devient figée, l'individu est souvent incapable de se restructurer face aux épreuves, ce qui peut entraîner des états d'angoisse, de frustration ou des troubles de l'humeur. En effet, l'impossibilité de remettre en question ou

---

<sup>15</sup> Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, (43), 101-114. Paris : Éditions Association Le Lisible et l'illisible

d'adapter son identité peut bloquer les processus de résilience, limitant ainsi les capacités de rétablissement et d'adaptation psychologique. Une identité dynamique, capable de s'ajuster aux divers rôles sociaux et aux changements internes, est donc un facteur essentiel de bien-être et de stabilité psychique.<sup>16</sup>

### 3. LE SUICIDE PAR ARME A FEU

Toutes causes confondues, chaque année en France, près de 10 400 personnes décèdent par suicide et 220 000 font une tentative de suicide (TS)<sup>17</sup>. Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe, malgré une baisse ces 20 dernières années.

Le suicide et la tentative de suicide sont des phénomènes complexes et multifactoriels en lien avec différents facteurs, biologiques, psychologiques et environnementaux de mieux en mieux connus mais difficile à comprendre et à appréhender. Néanmoins les conséquences restent graves pour le patient et l'entourage de la personne concernée, et sont responsables d'un retentissement économique important pour la société.

En 2021, le constat global concernant le passage aux urgences pour geste suicidaire et les hospitalisations pour tentative de suicide montre clairement une prédominance dans la région Hauts de France<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. Dans C. Halpern (dir.), *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société* (pp. 28-36). Auxerre : Éditions Sciences Humaines.

<sup>17</sup> données CépiDc - Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm

<sup>18</sup> Santé publique France. (2023, février). Idées et conduites suicidaires. *Bulletin de santé publique*

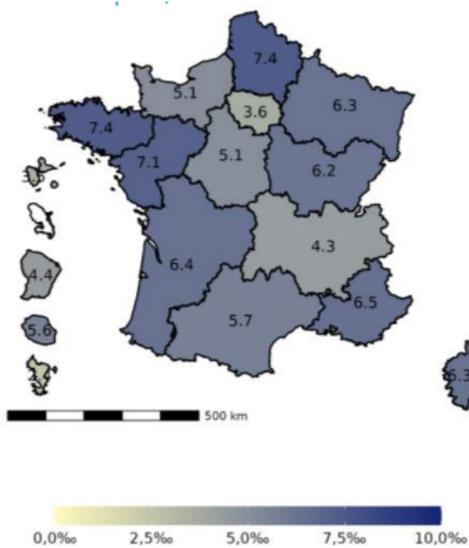


Figure n°6 : Part d'activité annuelle (/1 000 passages codés) des passages aux urgences pour geste suicidaire chez les 11 ans et plus, 2021

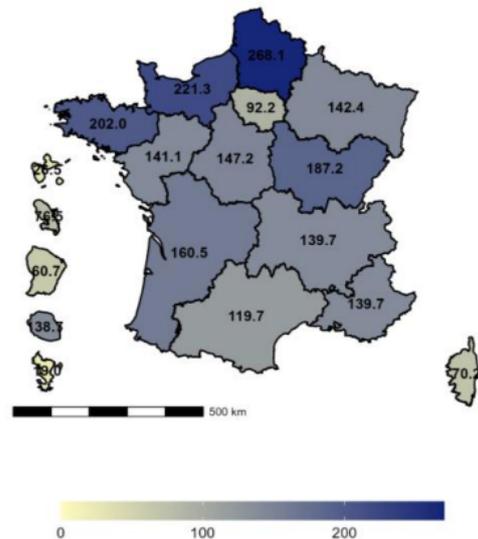


Figure n°7 : Taux d'hospitalisation annuel (/100 000 hab.) standardisé sur l'âge pour tentative de suicide chez les 10 ans et plus, 2021

Par ailleurs, on compte en moyenne dans notre pays, 4 suicides par arme à feu chaque jour, soit près de 1 500 suicides par an<sup>19</sup>.

Du fait des réglementations en vigueur sur le port et le transport d'arme à feu, les suicidants utilisent majoritairement des armes d'épaules<sup>20</sup>, avec lesquelles la face est préférentiellement visée lors de l'utilisation, en raison des dimensions de telles armes.

Dès lors, une étude approfondie des tenants et des aboutissants d'un tel acte semble parfaitement justifiée afin de développer des prises en charge adaptées et des moyens de prévention efficaces.

<sup>19</sup> données CépiDc - Inserm

<sup>20</sup> . Code de la sécurité intérieure, Partie réglementaire, Livre III : Polices administratives spéciales, Titre Ier : Armes et munitions, Chapitre V : Port et transport, Section 1 : Autorisation de port et de transport, Sous-section 1 : Règles générales (Articles R315-1 à R315-4). Légifrance

## 4. LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET LA TRAUMATOLOGIE BALISTIQUE

Si la chirurgie du visage existe depuis l'antiquité (avec notamment le lambeau indien, au II<sup>ème</sup> siècle de notre ère, pour réparer les amputations nasales des femmes adultères<sup>21</sup>), la chirurgie maxillo-faciale moderne trouve ses racines dans les traumatismes balistiques sévères observés durant la Première Guerre mondiale, où des milliers de soldats, surnommés les "Gueules cassées", ont subi des blessures dévastatrices du visage.

Ces traumatismes dégradant des structures anatomiques et des fonctions ont poussé les chirurgiens de l'époque, tel Hippolyte Morestin, Léon Dufourmentel et Johannes Esser à concevoir la chirurgie faciale dans une approche combinée organique et mécanique. Dès lors la réflexion de la reconstruction s'organisa autour de la restauration fonctionnelle en cherchant à combler les béances et immobiliser les fractures afin d'assurer la respiration, la mastication et la parole, tout en respectant la nécessité d'apporter du tissu vivant, grâce notamment à l'avènement des lambeaux tubulés et des lambeaux loco-régionaux<sup>22</sup>. Néanmoins limitée par les technologies de l'époque, ce n'est que dans les années 1970 que la reconstruction maxillo-faciale put développer son potentiel avec l'apparition des lambeaux libres<sup>23</sup>.

Aujourd'hui, cette approche de reconstruction faciale post-traumatique, notamment pour les blessures balistiques, est relativement standardisée. La première étape consiste

---

<sup>21</sup> Chari PS. Susruta and our heritage. *India J Last Sur* 2003; 36 : 4-13

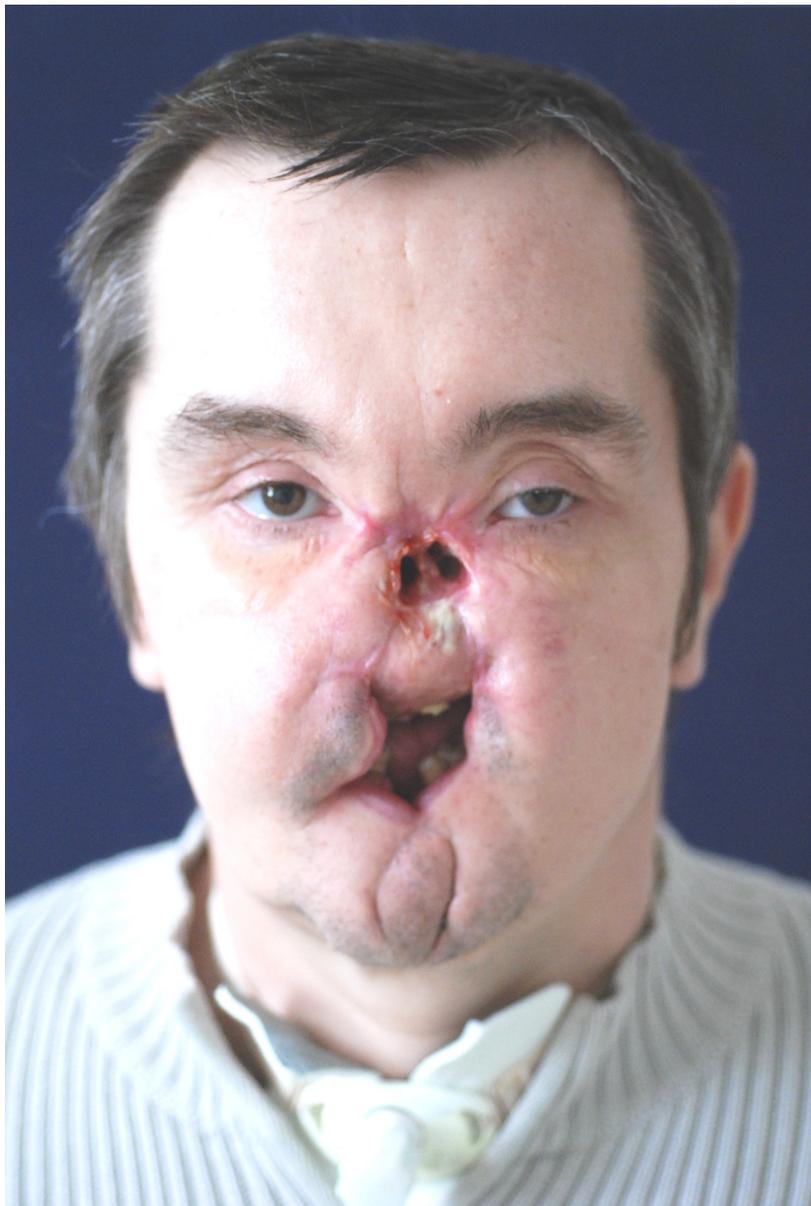
<sup>22</sup> Olivetto, M. (2020). *Réminiscence autoplastique* (Thèse de doctorat, Université de Picardie Jules Verne)

<sup>23</sup> Taylor, G. I., & Townsend, P. (1975). The free flap: reconstruction of defects of the face and jaw by microvascular anastomoses. *British Journal of Plastic Surgery*, 28(1), 98-102

toujours à stabiliser le patient (damage control), protéger les voies aériennes, contrôler l'hémorragie, rétablir une réduction anatomique des fractures et conserver le maximum de tissus vivants tout en respectant les pertes de substance pour éviter les rétractions cicatricielles et les ankyloses.

Dans un deuxième temps, le travail de reconstruction anatomique commence par la restauration des bases osseuses manquantes, avant d'aborder les parties molles, puis se terminer par l'amélioration du préjudice esthétique. Cette méthodologie respecte la séquence de l'intérieur vers l'extérieur, garantissant d'optimiser à la fois la fonctionnalité et l'apparence du visage.

Le travail de cette thèse ne porte pas à définir les temps et les délais chirurgicaux d'une reconstruction faciale après traumatisme balistique, mais elle s'intéresse au retentissement psychique et social des stratégies chirurgicales lourdes et parfois mutilantes entrepris dans ce parcours du combattant. Elle pose la question éthique de ce qui peut, pour certains, paraître de l'acharnement thérapeutique. Jusqu'où faut-il, et jusqu'où peut-on aller dans la reconstruction faciale des suicidants balistiques ?



Monsieur L.

## II. MATÉRIELS ET METHODE

### 1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'impact de la défiguration sur la qualité de vie des patients suicidants par arme à feu, et de déterminer la place que prend la chirurgie dans les mécanismes d'adaptation.

Les objectifs secondaires de notre étude visent dans un premier temps à quantifier les taux de mortalité et de récurrence de tentative de suicide, qu'elle soit avortée ou aboutie, par arme à feu ou bien au moyen d'un autre acte létal ; puis dans un second temps, à établir les caractéristiques épidémiologiques des patients avant le geste, les caractéristiques lésionnelles d'un traumatisme balistique facial volontaire, ainsi que les stratégies chirurgicales employées pour la reconstruction.

### 2. POPULATION ÉTUDIÉE

Pour répondre à nos questions, nous avons créé une cohorte de patients sur 20 ans - du 1 janvier 2004 au 1 janvier 2024 - pris en charge dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU d'Amiens. Pour être inclus dans la cohorte les patients devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- Avoir été victime d'un traumatisme balistique auto-infligé de la face
- Avoir bénéficié d'au moins 1 intervention chirurgicale à but reconstructif dans le service de chirurgie maxillo faciale du CHU d'Amiens
- Etre toujours en vie à la date du 1 janvier 2024
- Etre capable de communiquer de manière précise et détaillée en français

Le recueil des patients a été réalisé grâce à l'extraction des séjours avec un code CIM 10 des familles suivantes :

- W32 Décharge d'arme de poing
- W33 Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- W34 Décharge d'armes, autres et sans précision
- X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- X74 Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X93 Agression par arme de poing
- X94 Agression par fusil, carabine et arme de plus grande taille
- X95 Agression par des armes à feu, autres et sans précision
- Y22 Décharge d'une arme de poing, intention non déterminée
- Y23 Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille, intention non déterminée
- Y24 Décharge d'armes à feu, autres et sans précision, intention non déterminée
- Y35 Intervention de la force publique
- Y36 Faits de guerre

Avec un passage dans le service de chirurgie maxillo-faciale (CMF), ou un acte CCAM de CMF au cours du séjour. Chaque dossier papier et informatique a ensuite été lu et vérifié puis

comparé au registre des décès de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE).

Cette thèse a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Les photos des patients ont été anonymisées.

### 3. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Dans les dossiers médicaux des patients inclus dans la cohorte nous avons relevé :

- le nom, le prénom et la date de naissance qui ont par la suite fait l'objet d'une anonymisation,
- Les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, les traitements psychotropes prescrits avant le traumatisme,
- Le statut professionnel selon la nomenclature PCS 20 de l'INSEE<sup>24</sup>, le statut conjugal et le statut parental avant le geste,
- La date du traumatisme, l'âge au moment du traumatisme, l'arme employée lorsque celle ci était précisée,
- Le dosage des toxiques lors de l'arrivée aux urgences le jour du traumatisme,
- Les lésions anatomiques osseuses, nerveuses, musculaires et cutanées dues au traumatisme balistique,
- Le nombre et les indications opératoires de chaque intervention réalisée dans le cadre de la reconstruction post traumatique et le délai de réalisation par rapport au geste suicidaire,
- L'orientation du patient à la sortie de la première hospitalisation,
- Le temps écoulé depuis la première prise en charge chirurgicale.

---

<sup>24</sup> <https://www.nomenclature-pcs.fr/naviguer/naviguer-dans-la-pcs-2020>

Pour répondre aux objectifs secondaires de manière représentative, nous avons conduit une analyse épidémiologique rétrospective de l'ensemble des dossiers de la cohorte.

Pour répondre à l'objectif principal de la thèse (à savoir l'impact de la défiguration sur la qualité de vie des patients et le rôle de la stratégie chirurgicale dans les mécanismes d'adaptation mis en oeuvre), nous avons mené une étude prospective qualitative avec une approche par analyse interprétative phénoménologique, au moyen d'un unique entretien semi directif, conduit par un même chirurgien maxillo-facial et un même docteur en psychiatrie (spécialisée dans la défiguration), auprès des patients volontaires de la cohorte. La proposition d'intégration et les explications sur l'étude ont été faites lors des consultations habituelles pour ceux bénéficiants encore d'un suivi chirurgical, et par contact téléphonique pour ceux en fin de suivi. Chaque entretien s'est déroulé dans la bibliothèque du service de chirurgie maxillo-facial du CHU d'Amiens, en dehors du cadre des consultations médicales habituelles, et a été enregistré puis retranscrit afin de permettre une écoute et une analyse optimale des réponses. De même le langage corporel du patient lors de l'entretien a été pris en note.

Lors des entretiens, les patients étaient soumis à 3 questionnaires (en annexe) validés en français qui sont :

- l'échelle HAD<sup>25</sup> pour le dépistage des troubles anxieux (A) et dépressifs (D), avec un score inférieur ou égal à 7 évoquant une absence de symptomatologie, un score entre 8 et 10 compris traduisant une symptomatologie douteuse, tandis qu'un score supérieur ou égal à 11 est en faveur d'une symptomatologie certaine,

---

<sup>25</sup> Zigmond AS, Snaith P: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983, 67: 361-370. 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

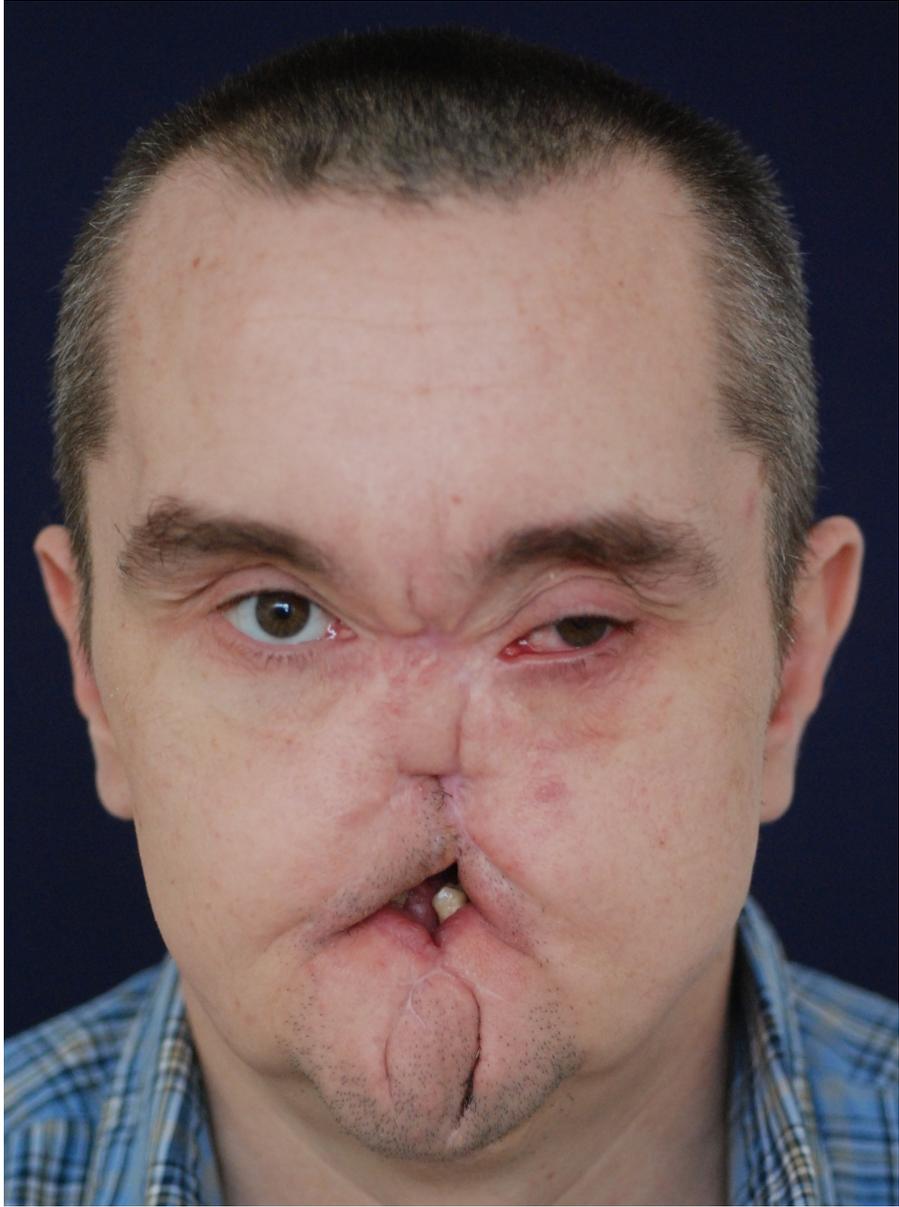
- l'échelle C4<sup>26</sup> qui évalue la continuité identitaire, avec un score optimal à 15. Plus le score est élevé et plus le patient perçoit une continuité de son identité et fait preuve d'adaptabilité.
- l'échelle FACT-MBIS/McGill<sup>27</sup> qui évalue les préoccupations liées à l'image corporelle lors de l'atteinte de la tête et du cou. L'échelle évalue l'image de soi avec un score maximal de 44 et l'inconfort social avec un score maximal de 40. Plus les scores sont élevés, plus les patients ressentent une bonne image d'eux-mêmes et une bonne intégration sociale.

Ces questionnaires permettent d'apporter un support quantitatif à l'analyse qualitative primaire de la qualité de vie des patients.

---

<sup>26</sup> Lampraki, C., Jopp, D. S., Spini, D., and Morselli, D. (2019). Social loneliness after divorce: Time-dependent differential benefits of personality, multiple important group memberships, and self-continuity. *Gerontology* 65, 275–287.

<sup>27</sup> Rodriguez AM, Frenkiel S, Desroches J, et al. Development and validation of the McGill body image concerns scale for use in head and neck oncology (MBIS-HNC): A mixed-methods approach. *Psychooncology*. Jan 2019;28(1):116–121.

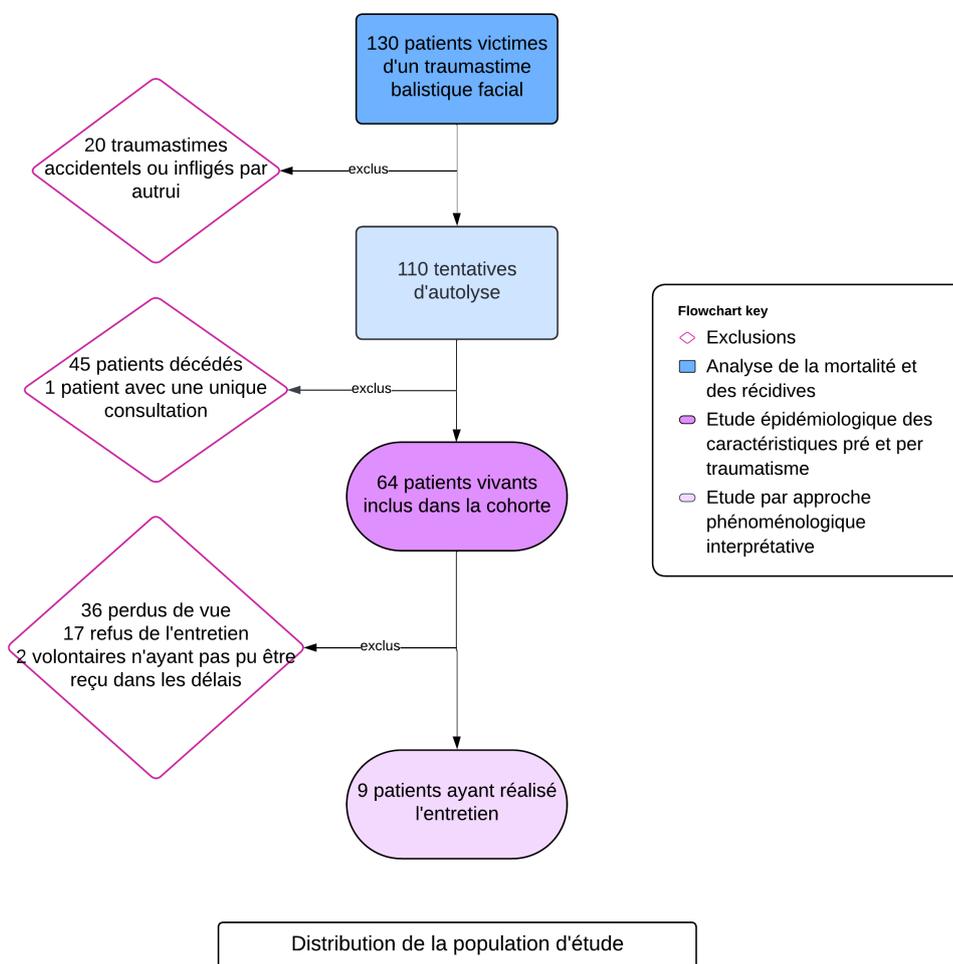


Monsieur L.

### III. RÉSULTATS

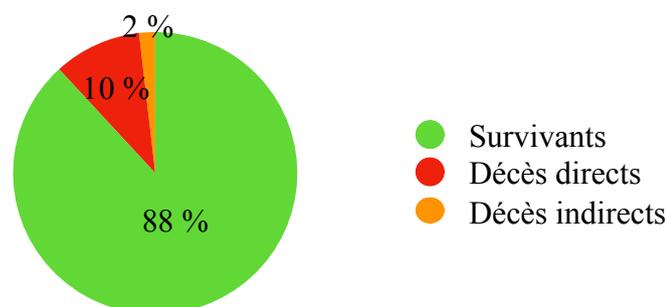
L'extraction des séjours selon les modalités décrites précédemment a donc conduit à examiner 130 dossiers de patients victimes d'un traumatisme balistique facial. Parmi eux, 20 étaient liés à une agression par autrui ou un accident et ont donc été exclus. Après confrontation des dossiers restants avec la base de données de l'INSEE, et vérification des critères d'inclusion, 64 patients ont été intégrés dans la cohorte.

Parmi ces 64 patients, 17 ont refusé de participer à l'entretien, 36 ont été perdus de vue et 11 ont accepté de nous raconter leur histoire. Cependant, 9 seulement ont pu être reçus dans les délais impartis à l'étude.

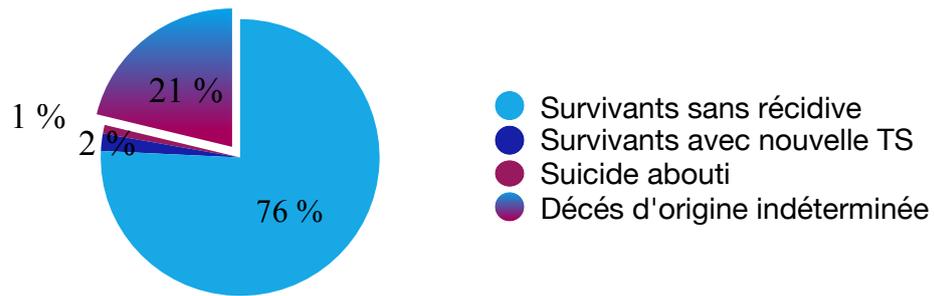


## 1. MORTALITÉ ET RÉCIDIVE

Sur les 45 décès recensés dans notre population originelle, 11 sont liés aux conséquences directes du traumatisme initial, lors de la prise en charge réanimatoire. Soit un taux de mortalité immédiat estimé à 10%. Deux patients sont décédés à distance du traumatisme mais en raison de complications post-opératoires de la reconstruction faciale et 1 seul patient a récidivé son geste (par pendaison) avec aboutissement. Deux autres patients ont renouvelé un acte suicidaire, par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), sans conséquence létale toutefois. Notons que les 2 patients ayant récidivés une tentative de suicide ne présentaient pas de défiguration majeure suite au traumatisme balistique. Le patient décédé par pendaison quant à lui, présentait une défiguration importante et de nombreux antécédents de TS. Enfin, 21 patients sont décédés d'une cause indéterminée mais néanmoins non reliée au traumatisme balistique. Nous avons seulement pu identifier 11 décès prématurés - c'est-à-dire avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans - parmi les 21 causes non étiquetées.



Graphique n°1 : Représentation de la mortalité en lien avec un traumatisme balistique auto-infligé de la face



Graphique n°2 : Représentation des récurrences d'acte suicidaire après un traumatisme balistique auto-infligé de la face

## 2. CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La population d'étude comporte 64 patients dont 92% sont des hommes, avec une moyenne d'âge à 45,7 ans au moment du traumatisme. Parmi les suicidants par arme à feu, on retrouve seulement 32 patients, soit la moitié, qui présentaient des antécédents psychiatriques connus, avec 26 victimes de troubles anxio-dépressifs et 24 luttant contre un alcoolisme chronique. Seulement 20% des patients avaient déjà fait une, voir plusieurs tentatives de suicide avant le geste par arme à feu. Les tentatives précédant le traumatisme balistique se comptent 3 par pendaisons, 4 par phlébotomies et 11 par intoxications médicamenteuses. Un seul patient dans notre cohorte a témoigné d'une crise suicidaire avec menace d'emploi d'une arme à feu avant de passer à l'acte quelques mois plus tard. Notons également que les 2 patients de la cohorte ayant récidivé une tentative de suicide après le traumatisme balistique ne faisaient pas partie des 13 patients ayant précédemment tenté à leur vie.

Concernant la vie sociale des suicidants par arme à feu, on retrouve dans notre population, 53 % de patients en couple et 42 % seuls au quotidien, répartis entre les célibataires (N=12), les patients en cours de séparation (N=11) et les veufs (N=4). Un peu plus de la moitié des patients (N=37) est parent d'au moins 1 enfant au moment du traumatisme.

Sur le plan professionnel, seulement 37,5% des patients étaient en activité avant le traumatisme. Parmi ceux sans emploi, on distingue les chômeurs (18,7%), les licenciés récents (4,7%), les retraités (15,6%) et les étudiants (3,1%). Aucun patient de notre cohorte n'était issu d'une catégorie socioprofessionnelle supérieure. La plus représentée des catégories chez nos patients est celle des indépendants (N=15), regroupant les artisans, les commerçants et les chefs de petites et moyennes entreprises. Les autres patients sont répartis parmi les ouvriers (N=5), les agriculteurs exploitants (N=2), les professions intermédiaires (N=2) et les employés (N=8).

Les caractéristiques épidémiologiques des patients de la cohorte sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques des patients ayant fait une tentative de suicide par arme à feu

	<b>Nombre de patients (N=64)</b>	<b>Remarques</b>
<b>Sexe</b>	Homme : 59 Femme : 5	
<b>Âge au moment du traumatisme</b>	17-86 ans Moyenne de 45,7 ans	Entre 17 et 20 : 4 Entre 21 et 30 : 7 Entre 31 et 40 : 11 Entre 41 et 50 : 15 Entre 51 et 60 : 17 Entre 61 et 70 : 4 Entre 71 et 80 : 5 > 81 : 1
<b>Antécédents psychiatriques</b>	32	Alcoolisme chronique : 24 Toxicomanie : 4 Trouble de la personnalité dépendante : 3 Syndrome anxio-dépressif : 26 Syndrome psychotique : 2 TS : 13
<b>Traitements psychotropes</b>	35	Anxiolytique : 14 Anti dépresseur : 15 Neuroleptique : 13 Thymorégulateur : 1 Hypnotique : 8 Traitement substitutif : 2
<b>Statut professionnel</b>	En activité : 32 Inactif : 12 Licencié récent : 3 Retraité : 10 Etudiant : 2 Non connu : 5	Ouvriers : 5 Artisans / commerçants / chefs d'entreprises : 15 Agriculteurs exploitants : 2 Professions intermédiaires : 2 Employés : 8
<b>Statut marital</b>	En couple : 34 Célibataire : 12 Séparé récent : 11 Veuf : 4 Non connu : 3	Parent d'au moins 1 enfant : 37

### 3. CARACTÉRISTIQUES DU TRAUMATISME

A l'arrivée aux urgences après le traumatisme, le dosage d'alcoolémie a été effectué pour 38 patients seulement et était positif pour 35 d'entre eux.

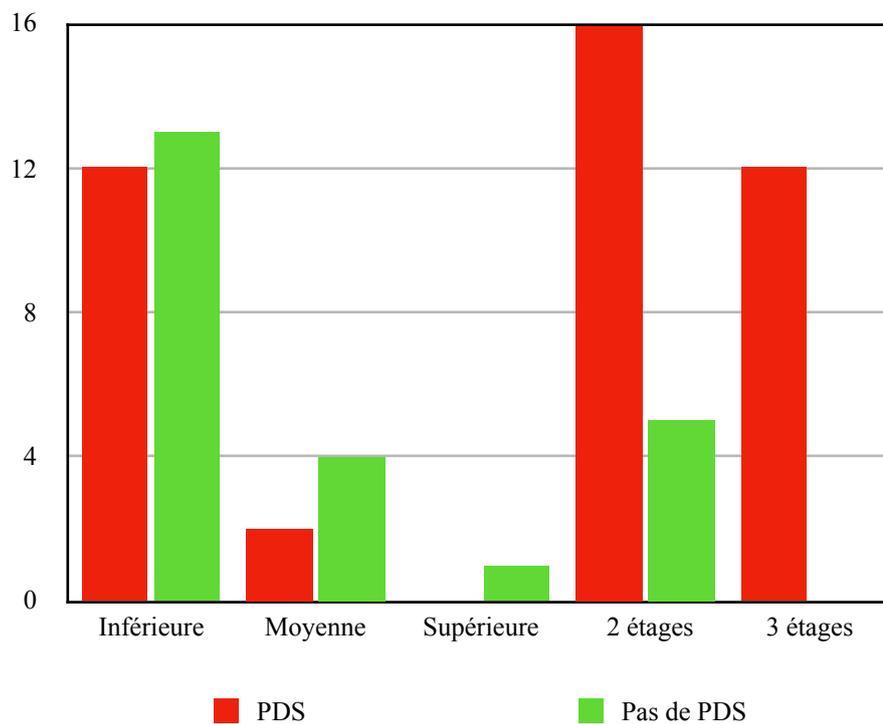
Quant à l'arme utilisée, elle n'est identifiée que pour 43,7% des patients. On retrouve l'utilisation d'armes de poing, parmi lesquelles figurent le flashball (N=2), le pistolet à grenaille (N=2) et le pistolet de tir sportif (N=2), ainsi que l'utilisation d'armes d'épaule qui comprennent le fusil de chasse (N=13), la carabine (N=5), la chevrotine (N=1) et le 22 long rifle (N=4).

D'un point de vue strictement balistique, le patient pointe l'arme sous son menton ou dans sa bouche vers le haut. L'atteinte anatomique des traumatismes balistiques volontaires de la face touche donc essentiellement le tiers inférieur et le tiers moyen du visage, avec des pertes de substances (PDS) à la fois osseuses et musculo-cutanées conséquentes (65,6% de patients concernés). Quant au tiers supérieur du visage, elle représente seulement 20,3% des localisations. Étonnamment, quelques soient les armes à feu utilisées, les lésions fracturaires sont parfois minimales (34,3%) avec des plaies sans perte de substance, sans conséquence fonctionnelle.

Ainsi dans notre cohorte, 39% des patients présentaient une atteinte isolée du tiers inférieur du visage, 9,3% une atteinte isolée du tiers moyen avec 1 patient ayant pointé l'arme sur son oreille (responsable d'une fracture condylienne et d'une plaie de l'oreille externe uniquement), et 1 seul patient avec une atteinte isolée du tiers supérieur puisqu'en ayant pointé l'arme sur son front (responsable d'une plaie sans atteinte osseuse sous jacente). De même, 32,8% des patients présentaient une atteinte de 2 étages (dont 2 patients seulement

avec des lésions des étages moyen et supérieur) et enfin 18,7% présentait des lésions sur les 3 étages de la face. Parmi ces derniers, 3 patients seulement présentaient une atteinte cérébrale, sans indication de prise en charge neurochirurgicale toutefois, tandis que 9 d'entre eux ont été victimes d'une plaie oculaire avec retentissement sur la fonction visuelle.

Graphique n°3 : Représentation des atteintes anatomiques après tir facial volontaire par arme à feu.



Dès lors, 40,6% des patients ont pu bénéficier d'une prise en charge chirurgicale dite « simple », c'est-à-dire faisant appel à un parage à minima associé à des sutures, complété par une ostéosynthèse des fractures si nécessaire, avec recours à un ou plusieurs lambeaux locaux et/ou greffe de peau/os. A contrario, 57,8 % de notre cohorte s'inscrit dans une stratégie de reconstruction complexe, établie sur plusieurs années, dont le but est de limiter les séquelles fonctionnelles et esthétiques, en ayant notamment recours aux lambeaux libres. Un seul

patient de notre cohorte n'a encore bénéficié d'aucune reconstruction après la prise en charge primaire, et est en attente de transplantation faciale intéressant les 2 tiers inférieurs du visage.

La moyenne du nombre d'interventions (toutes chirurgies confondues) dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale « simple » est estimée à 3 (intervalle de 1 à 7) contre 13 pour les reconstructions complexes (intervalle de 4 à 80).

A la sortie de la première hospitalisation après le traumatisme, 48 patients sont rentrés chez eux ou un proche avec une prise en charge psychiatrique en ambulatoire, contre 8 ayant nécessité un transfert en psychiatrie pour poursuite des soins.

#### 4. ENTRETIENS

Nous avons proposé à tous les patients non perdus de vue de la cohorte de participer aux entretiens. Force est de constater que sur les 17 refus, 3 patients seulement étaient en état de défiguration tandis que les 14 restants ne présentaient que très peu de séquelles esthétiques et aucune fonctionnelle. Nous avons donc interrogé 9 patients sur leur histoire de vie personnelle, de l'enfance jusqu'à aujourd'hui afin d'analyser les causes menant à un geste suicidaire par arme à feu et les conséquences de ce geste par la suite. Les caractéristiques épidémiologiques avant le geste suicidaire et les prises en charge chirurgicales de ces patients sont résumées dans le tableau 2.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sexe	H	H	H	H	H	F	H	H	H
Age	64	41	51	50	23	48	31	19	50 ans
Antécédents psychiatriques	OH - Sd dépressif	OH	1 IMV - Sd dépressif	Sd dépressif	OH	Sd dépressif	1 IMV	2 IMV - 1 phlébotomie - toxicomanie	OH
Statut marital	Marié	Marié	En couple	Séparé	Célibataire	En couple	Séparé	Célibataire	Séparé
Statut professionnel	Retraité	Artisan	Chômage	Employé	Chômage	Commerçante	Employé	Chômage	Auto-entrepreneur
Enfants	2	2	2	1	0	1	1	0	1
Atteinte anatomique	PDS inférieure et moyenne	PDS inférieure et moyenne	Atteinte des 3 étages - PDS inférieure et moyenne	PDS inférieure et moyenne	PDS inférieure et moyenne	PDS inférieure	Pas de PDS - atteinte tiers inférieur et moyen.	PDS inférieure et moyenne	PDS inférieure
Stratégie chirurgicale	Complexe	Complexe	Complexe	Complexe	En attente de transplantation	Complexe	Simple	Complexe	Complexe
Durée de suivi	2 ans	4 ans	2 ans	8 ans	5 ans	6 ans	5 ans	12 ans	14 ans
Etat de la reconstruction	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Nombre d'interventions	5	10	5	20	2	15	6	22	13

Tableau 2 : Caractéristiques épidémiologiques pré traumatisme et état chirurgical au moment des entretiens.

## A. Causes menant au geste suicidaire

Chaque patient est unique, par son histoire vécue ou subie, et par les émotions que celle-ci lui renvoie. Aussi il est évidemment difficile pour un regard extérieur d'identifier une cause plus qu'une autre qui conduirait un être vivant - inconnu de surcroît - à choisir l'annihilation. De même, quel Homme peut prétendre trouver une seule et unique explication à un choix qu'il aurait pris à un moment donné de sa vie ? Toutes nos décisions relèvent d'une concordance de faits, d'un croisement d'émotions et d'un jugement immédiat.

Ainsi cette réflexion s'illustre très bien pour nos 9 patients, qui à la question « qu'est ce qui vous a conduit à prendre une arme ce jour là ? » répondent tous une influence multifactorielle. Néanmoins, parmi toutes les histoires que nous avons recueillies, il ressort des points communs qui se cumulent avec le temps pour ne mener qu'à un vécu abandonnique ressenti comme insurmontable.

- Concernant le contexte familial

Les patients 1 et 8 ont été élevés par d'autres personnes que leurs parents biologiques et n'avaient plus de contact avec ni leurs géniteurs, ni leurs figures éducationnelles depuis plusieurs années avant le geste suicidaire. De manière similaire, les patients 1, 2 et 3 rapportent une rupture de lien avec leur fratrie depuis plusieurs années.

Les patients 2, 3, 5, 7 et 9 sont issus de familles nombreuses (plus de 3 enfants) mais, à l'exception du 3, ils ont fait face au deuil d'un de leur parent de manière précoce (avant 30 ans). Pour les patients 2 et 9, le parent en question est décédé dans les suites d'un cancer des

voies aéro-digestives supérieures, confrontant donc nos patients à des maladies défigurantes. Les similitudes entre le patient balistique et le père malade sont d'ailleurs spontanément mises en évidence par le patient 9 qui nous dit : « *Quand je revois les photos de mon père, et moi au début de mes opérations, la ressemblance est très flagrante.* » De plus, les patients 7 et 9 ont également évolué au sein de familles ayant affronté le décès d'un enfant de la fratrie.

Le patient 4 quant à lui, a grandi privé d'une soeur et d'une mère lors de la séparation de ses parents à l'âge de 9 ans : « *Je me souviens comme si c'était hier. Mon père pleurait en nous serrant mon frère et moi sur le lit et répétait : maman, elle est partie* ».

Enfin pour la patiente 6, la situation familiale se résume par une compétition permanente avec une soeur de 10 ans sa cadette : « *Tout ce que ma soeur faisait c'était bien et moi rien n'allait. Je me suis toujours sentie le vilain petit canard* ».

Par ailleurs, les patients 1, 2, 4, 5, 7 et 9 expriment un attachement particulier à la figure paternelle avec toutefois un sentiment d'absence chronique liée à une surcharge de travail : « *J'ai continué à travailler avec mon paternel. Travailler, toujours travailler, travailler.* » nous dit monsieur B. Tandis que monsieur M. nous raconte « *J'adorais mon père, malgré le fait qu'il était dur avec moi. Il n'était jamais content. Fallait toujours faire plus.* »

- Concernant la situation amoureuse

Les patients 2, 3, 4, 7 et 9 étaient en cours de séparation pendant la période entourant le traumatisme. Parmi eux, on retrouve 2 histoires passionnelles et dramatiques telles celle de monsieur D. quittant son épouse et sa fille pour retrouver son amour de jeunesse quelques

mois seulement. Ou bien monsieur B. en concubinage avec une femme de moitié son âge. Cette relation, désapprouvée par l'entourage, constitue un point de rupture totale pour le patient avec l'ensemble de sa famille, et en particulier avec ses enfants, issus d'un précédent mariage. Dès lors, ce patient avait construit son équilibre autour d'une seule et même personne. Equilibre néanmoins précaire puisque cette relation tumultueuse touchait à sa fin peu de temps avant le geste. L'histoire est quelque peu similaire pour le patient 7 dont la rupture compliquée entraîna un obstacle dans le maintien des relations avec son fils, source de préjudice moral important pour notre patient.

Nous avons également constaté que les partenaires des patients 2, 7 et 9, dont ils venaient de se séparer avant le geste, avaient toutes été rencontrées pendant la période de deuil du parent disparu, au début de l'âge adulte. Il semblerait alors que la rupture amoureuse deviendrait, en plus, une source de reviviscence de ce deuil en parti comblé par l'affection de la relation.

La patiente 6 était en couple depuis plusieurs années après un divorce cordial mais supportait mal les séparations répétées et forcées par les déplacements professionnels de longue durée de son conjoint.

Le patient 5, jeune adulte, en deuil d'un parent, éprouvait un attachement particulier pour une jeune femme, sans réciprocité.

Le patient 8 quant à lui, enfant adopté puis rejeté par ses tuteurs, nous rapporte avoir subi des attouchements non consentis et répétés, et n'entretenait presque qu'aucune relation sociale extérieure.

- Concernant la situation professionnelle

Aucun des patients que nous avons interrogés n'est issu d'une classe sociale dite « haute ». Ils n'ont pas fait de longues études et ont pour la plupart commencé à travailler très tôt. Les patients 1, 2, 4 et 5 travaillaient au côté de leur père avant même la majorité.

Si les corps de métier sont assez différents entre nos patients, et que certains, comme les patients 2 et 9, gagnaient très bien leur vie, il ressort toutefois dans leurs discours une forme d'épuisement professionnel.

Pour les patients 2, 3, 4, 7 et 9 cette fatigue s'exprime dans la répétition des tâches quotidiennes et des horaires envahissants sur le temps personnel nécessaire à leur épanouissement.

Pour le patient 5, en recherche d'emploi, cette fatigue s'exprime dans la difficulté à obtenir un contrat stable.

Pour le patient 1, en retraite, c'est l'ennui qui prédomine tandis que sa femme est encore en activité. Cette inactivité est surtout source de rumination pour Monsieur F., dont le deuil récent d'un frère, pourtant absent depuis plus de 20 ans, marque un bouleversement inattendu pour notre patient et entraîne la reprise d'une consommation importante d'alcool.

- Pathologies psychiatriques

L'ensemble de nos patients présentaient avant leur traumatisme au moins un trouble psychiatrique identifié. A l'exception de la patiente 6, tous les autres luttèrent à ce moment là contre une addiction à l'alcool. Pour les patients 1, 3, 5, et 7 cette addiction est clairement reliée à un facteur déclenchant identique : le décès d'un parent. Pour les patients 2, 4, 8 et 9 la

consommation excessive s'inscrit plutôt dans une exposition chronique familiale, débutant à l'adolescence et se majorant progressivement au fur et à mesure des déceptions de leur vie.

Les patients 4 et 8 présentaient également une addiction au cannabis.

Par ailleurs, les patients 3, 4, 5, 6 et 7 présentaient un syndrome dépressif caractérisé, relié au même facteur déclenchant que la surconsommation d'alcool pour les patients 3, 5 et 7.

Seule la patiente 6 bénéficiait d'un suivi psychiatrique tandis que les patients 3, 4 et 7 étaient suivis par leur médecin généraliste. Ces 4 patients étaient traités par anti-dépresseurs et hypnotiques.

Parmi nos patients, on en compte 3 qui ont réalisé au moins une tentative de suicide avant le geste balistique. Les patients 3 et 7 par IMV quelques mois avant le geste et le patient 8 à 3 reprises lors de l'adolescence par IMV et phlébotomies. Au moment des entretiens, les traces de scarifications sont encore visibles sur les bras de ce patient particulièrement isolé socialement avant le geste.

## B. L'acte

Le temps écoulé entre le geste balistique et la réalisation de nos entretiens varie de 2 ans pour les plus récents à 14 ans pour le plus ancien. Toutefois, la date de l'acte et le déroulement des événements restent pour chacun des patients un instant ancré dans leur histoire (beaucoup plus que celle d'une autre TS pour les patients concernés) et cette date peut être rappelée précisément sans le moindre effort de réflexion. Tous, spontanément, commencent leur histoire par : c'est arrivé tel jour, à telle heure, à tel endroit. De la même

manière qu'une date de naissance définit notre identité sur les papiers administratifs, la date du traumatisme semble définir l'identité de nos patients.

Pour les patients 1, 2, 5 et 9, cette date est liée à un « anniversaire » émotionnel, de la perte d'un proche. S'ajoute à cette reviviscence un facteur déclenchant, différent selon les 9 patients, mais représentant un « trop plein » pour chacun d'entre eux. Cet événement, plus qu'une simple déception, représente un énième point de rupture dans la vie du patient et survient quelques jours ou semaines avant le geste suicidaire. Il pourrait être à l'origine d'un défaut de liens auxquels « se raccrocher » et déclencherait une souffrance empreinte de honte, et de solitude. Pour les patients 2, 3, 4, 5, 6 et 9 ce facteur déclenchant est associé à une déception amoureuse, pour le patient 7 il s'agit de l'impossibilité de voir son enfant, pour le patient 8 un énième rapport non consenti et pour notre premier patient, le geste est relié au décès de son frère.

Bien qu'entrepris dans un contexte sociopsychologique éprouvant de manière chronique, le geste suicidaire par arme à feu ne s'inscrit pas pour autant dans une démarche préméditée chez nos patients. Même chez les patients 3, 7 et 8, qui avaient déjà attenté à leur vie précédemment, et donc déjà mûri un désir de mort, la réflexion sur l'utilisation d'une arme à feu n'est décrite que comme soudaine, brutale, s'imposant à l'esprit dans un moment d'ultime détresse : « *J'ai jamais pensé le faire, même la veille. Je me suis juste levée un jour, il devait être 16h30 / 17h, et je me suis dit : j'en ai marre. Faut que ça s'arrête.* » nous raconte la patiente 6.

Néanmoins cette démarche nécessite tout de même une certaine volonté prolongée puisqu'il faut trouver l'arme, la sortir de son coffre, la charger et trouver le courage de tirer. Les patients 1, 2, 3, 4, 7 et 9 ont utilisé une arme déjà en leur possession. Les patients 5, 6, et

8 ont cherché et utilisé celle d'un proche. Le patient 7, tireur sportif, a même dû fabriquer de ses mains la balle qu'il a utilisée. Cette motivation est entretenue pour tous nos patients, à l'exception de la 6, par une consommation aigue et importante d'alcool avant de prendre la décision d'atteinte à leurs jours.

Cependant, bien qu'étant un acte avoué et assumé de tentative de suicide, tous les patients préfèrent spontanément parler « *d'accident* » ou de « *bêtises* » pour le patient 8. Le geste apparait ainsi et est décrit comme dissocié de la volonté profonde du patient. « *Je suis heureux et pourtant, pourquoi j'ai fait ça ? Je visualise, mais je ne sais pas comment j'ai pu faire ça.* », nous raconte le patient 1.

Par ailleurs, on retrouve dans leur démarche suicidaire une volonté de démonstration inconsciente. Les patients 1, 2, 3, et 6 ont réalisé le geste chez eux, en présence de leurs proches. Les patients 4 et 9 ont tiré dans un espace public, près de leur domicile. Le patient 5 a prévenu et attendu l'arrivée des secours avant de tirer. Le patient 7 était seul chez lui au moment du traumatisme mais n'a pas cherché à contacter les secours en premier, il a appelé sa conjointe, puis son ex-conjointe.

### C. Prise en charge chirurgicale

La prise en charge à J0 des patients 4 et 6 a été effectuée dans des services de chirurgie maxillo-faciale autres que celui d'Amiens mais suit le modèle stratégique d'un traumatisme grave de la face, précédemment décrit dans l'introduction. Les interventions effectuées par les patients et les délais chirurgicaux sont reportés dans le tableau 3.

Tableau n°3 : Atteintes anatomiques et prises en charge chirurgicale des patients interviewés.

Patient	Délai depuis le traumatisme	Lésions anatomiques	Chirurgies effectuées	Chirurgies en attente
1	2 ans	PDS médiane : maxillaire, mandibulaire, nasale et labiale supérieure et inférieure.	J0 : parage - suture- ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M1 : lambeau de grand dorsal avec palette cutanée M2 : lambeau de péroné avec palette cutanée M6 : lambeau de Converse M7 : plastie labiale pour correction fonctionnelle	Implants mandibulaires
2	4 ans	PDS médiane : maxillaire, mandibulaire, labiale inférieure	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M1 : lambeau de serratus et côte M3 : lambeau de péroné avec palette + lambeau antébrachial avec tendon de long palmaire A1 : prothèses d'expansions A2 : implants mandibulaires A3 - A4 : 5 plasties labiales	Nouveaux implants mandibulaires
3	2 ans	PDS médiane : Palpébrale inférieure bilatérale, nasale, maxillaire, mandibulaire, linguale, labiale supérieure et inférieure. Atteinte rétinienne bilatérale avec baisse d'acuité visuelle mais conservation des globes oculaires.	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M2 : lambeau de scapulum et serratus M4 : lambeau de péroné avec palette et soléaire M18 : remodelage secondaire du lambeau de péroné - commissuroplastie avec fascia lata	Rhinopoièse de Burgett
4	8 ans	PDS médiane : Palpébrale inférieure bilatérale, nasale, maxillaire, mandibulaire, labiale supérieure et inférieure	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M2 : lambeau de péroné avec palette A1 - A8 : plasties palpébrales, greffe de muqueuse palatine, prothèses d'expansions, plastie nasales, greffe osseuse maxillaire, lipofilling, lambeau frontal (x2), implants mandibulaires A5 : lambeau antébrachial	Plastie nasales et labiales
5	5 ans	PDS médiane : Palpébrale inférieure bilatérale, maxillaire, mandibulaire, linguale, nasale, labiale supérieure et inférieure	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie	Attente de transplantation faciale

6	7 ans	PDS médiane : Mandibule, lèvre inférieure	J0 : parage - suture - fixateur externe - cicatrisation dirigée - trachéotomie M1 : lambeau de péroné avec palette A3 : lambeau de gracilis puis lambeau antébrachial A1 - A7 : 11 interventions (plasties locales, prothèses d'expansions, ostéotomie de recul de la mandibule)	Implants mandibulaires
7	5 ans	Fracture non déplacée de la paroi antérieure du sinus frontal, Fracture comminutive alvéolaire maxillaire et mandibulaire gauche Plaie linguale sans PDS	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - blocage - cicatrisation dirigée - trachéotomie A1 : fermeture de communication bucco-sinusienne A5 : greffe d'apposition maxillaire	Implants maxillaires
8	12 ans	PDS médiane : alvéolaire maxillaire, mandibulaire, labiale supérieure et inférieure	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M1 : lambeau de crête iliaque avec palette M2 : lambeau de péroné avec soléaire et palette M4 : nouveau lambeau de péroné avec soléaire et palette M8 : lambeau antébrachial + greffe costale A3 : 2ème lambeau antébrachial A1-A11 : lipofilling, prothèses d'expansions et multiples plasties locales	Implants mandibulaires
9	14 ans	PDS gauche : mandibulaire, lèvre inférieure et jugale	J0 : parage - suture - ostéosynthèse - cicatrisation dirigée - trachéotomie M1 : lambeau antébrachial M2 : lambeau de crête iliaque avec palette M4 : lambeau de serratus greffé et côte A1 - A14 : plasties locales, prothèses d'expansions, lipofilling, lambeau d'Abbé-Estlander, greffe de peau	Implants mandibulaires

Les patients 8 et 9 ont tout deux subi des échecs chirurgicaux importants par nécrose d'un lambeau iliaque ajoutée à la nécrose d'un lambeau de péroné pour le patient 8. De même, la patiente 6 a dû affronter la nécrose du lambeau de muscle gracilis.

## D. Séquelles sensitives et fonctionnelles

Le patient 7, dans le groupe « reconstruction simple », ne présente aucune séquelle concernant la phonation, la mastication et la ventilation. De même, la vue, l'ouïe, le goût et le toucher ne sont pas modifiés par rapport à l'état antérieur. Cependant le patient décrit une perte quasi totale de l'odorat et des douleurs linguales paroxystiques.

Le patient 5, dans le groupe absence de reconstruction, est porteur d'une trachéotomie, néanmoins bouchée en permanence, et procède à une ventilation buccale stricte. L'alimentation se fait par l'orifice de gastrostomie et seuls les liquides peuvent être déglutis. La phonation est possible mais l'articulation est altérée, obligeant le patient à modifier ses choix de mots pour faire des phrases. Cependant la compréhension orale pour l'interlocuteur est tout à fait possible aujourd'hui, y compris au téléphone, lorsque la qualité du son peut être altérée. Bien que cette compréhension n'ait pas toujours été facile, le patient seul, sans soutien orthophonique ou kinésithérapeutique, a fait preuve d'une grande détermination et de persévérance pour rétablir ses capacités de communication. Concernant la vue et l'ouïe, elles ne sont pas modifiées, mais le goût et l'odorat sont grandement diminués et nécessitent d'être particulièrement prononcés pour être perçus. Le toucher quand à lui est absent sur la zone détruite.

Parmi les patients dans le groupe « reconstruction complexe », aucun ne présente de trouble de la ventilation. Et tous ont des difficultés d'articulation, obligeant une adaptation du lexique choisi lors des discussions et un ralentissement du discours. Cependant les paroles restent intelligibles et compréhensibles. De même, tous les patients ont une alimentation orale

mixée ralentie avec fuite de salive et du bol alimentaire, plus ou moins marquée selon les patients.

Concernant le goût et l'odorat, les patients 2, 3, 4 et 8 expriment une diminution importante de ces sens. Les perceptions pour le patient 3 semblent se limiter « aux mauvaises odeurs » et aux goûts sucrés. Les patients 1, 6 et 9 ne rapportent pas de modification de ces sens. Par ailleurs, aucun patient ne présente de déficit auditif et seul le patient 3 présente un déficit visuel lié au traumatisme. Le patient perçoit encore les formes et les couleurs mais ne voit aucun détail. Concernant le toucher, seule la patiente 6 explique avoir récupéré une sensibilité complète de la zone reconstruite.

Les patients ne rapportent pas de séquelles particulières quant aux sites donneurs des lambeaux si ce n'est le préjudice esthétique : « *Mon corps est marqué, mais mon visage c'est la priorité* » explique la patiente 6, tandis que le patient 2 nous raconte : « *Quand on m'a pris le péroné, j'avais peur de ne plus pouvoir faire de ski. J'ai un bon niveau et j'aime ça. Mais j'y suis retourné et ça m'a pas posé de problème. Même avec les prothèses d'expansion j'allais au ski.* »

## E. Prise en charge psychiatrique

Tous les patients ont bénéficié d'entretiens psychiatriques lors de leur première hospitalisation après le traumatisme. Les patients 1, 2, 3 et 6 ont bénéficié en plus d'un traitement anxiolytique et antidépresseur durant les premiers mois suivant le geste. Seuls les patients 3 et 6 poursuivent leur traitement. En revanche, à l'exception du patient 2, les patients poursuivent encore actuellement le suivi psychologique.

Les patients 4, 5, 7, 8 et 9, quant à eux, refusent les traitements médicamenteux. Les patients 4 et 8 se sont également opposés à la poursuite d'un suivi psychologique après la sortie de la première hospitalisation. Cependant les patients 7 et 9 ont prolongé d'eux-mêmes les consultations psychiatriques pour une durée respective de 2 et 3 ans.

Concernant les comportements addictifs à l'alcool, les patients 1 et 9 uniquement ont bénéficié d'une hospitalisation en unité d'addictologie. Les patients 1 et 2 poursuivent leur surconsommation encore aujourd'hui tandis que les patients 4 et 7 semblent avoir rétabli un contrôle de cette consommation. Les patients 3, 5, 8 et 9 sont tous sevrés de leur dépendance. Ce sevrage dure depuis le traumatisme pour les patients 3 et 5 et est effectif depuis 3 ans pour le patient 8 et 10 ans pour le patient 9. Le patient 8 mérite une attention particulière de par son autonomie dans ce processus : « *Je me droguais, je fumais, je buvais, je voulais me déconnecter du réel. J'ai trouvé un moyen de continuer après ma bêtise, car c'était trop dur d'arrêter. Et puis du jour au lendemain, j'ai tout arrêté. Tout seul.* »

A la sortie de la première hospitalisation, tous les patients sont rentrés chez eux ou chez un proche avec présence d'un accompagnant au quotidien. Notons que dans le cas du patient 8, totalement isolé socialement, l'accompagnant en question s'avérait être la personne qu'il décrit aujourd'hui comme son agresseur. Seule la patiente 6 a été hospitalisée dans un service conventionnel de psychiatrie dans les semaines suivant le traumatisme.

Aucun patient reçu dans les entretiens n'a renouvelé de geste suicidaire après le traumatisme balistique.

## F. Évolution sociale

Un acte suicidaire, quel qu'il soit, est un bouleversement pour le patient lui-même et pour son entourage. Mais lorsqu'il s'inscrit dans une scène aussi violente que le traumatisme balistique, les remaniements sociaux sont primordiaux. Ainsi, dans les suites directes de la défiguration, on observe un regroupement familial précoce et intense émotionnellement pour l'ensemble de nos patients, à l'exception de notre patient 8, dont les parents adoptifs n'ont pas été un soutien dans l'épreuve. Les autres familles, quant à elles, ont tenté pendant la première hospitalisation de recréer des liens parfois brisés depuis longtemps, tel pour notre patient 3 en rupture de contact avec ses enfants et ses soeurs avant le geste, du fait de sa compagne plus jeune.

Néanmoins, cette « lune de miel » relationnelle ne perdure pas et l'évènement devient source soit de stabilité, soit de rupture. Notre patient 3, dès lors, a pu rétablir un lien durable avec ses enfants mais n'a plus la moindre nouvelle de sa fratrie. De même les patients 1, 2, 4, 6, 7, et 9 ont bénéficié d'un soutien familial solide et permanent. Cependant, tous ont éprouvé des difficultés de communication avec leurs enfants, qui développaient pour beaucoup des troubles du comportement réactionnels. Ainsi l'un des fils de notre patient 2 refuse de garder contact avec son père et semble sujet à des consommations de toxiques, tandis que l'autre fils éprouve des difficultés scolaires. De même, les filles respectives de nos patients 4 et 6 semblent avoir affronté quelques difficultés sociales à travers plusieurs changements d'établissements scolaires, et ont été demandeuses d'une psychothérapie dans les suites du traumatisme.

Le patient 5, sans reconstruction apparente pour le moment, s'est également vu « trier » les liens qu'il souhaitait maintenir dans sa famille et ses amis. Il affiche désormais

une certaine intolérance face à une non réciprocité de la générosité dont lui estime être capable de faire preuve dans ces relations.

Ainsi, le geste attire la sympathie et le soutien des proches mais éloigne les relations superficielles. « *Il y a beaucoup de gens que j'ai effacé. La famille, les amis, ils sont tous partis* », nous dit la patiente 6 après avoir rompu les contacts avec sa soeur. A contrario, le patient 9, en fin de reconstruction complexe, nous a longuement parlé de son groupe d'amis avec qui il voyage et partage beaucoup de temps.

Concernant les relations amoureuses, les patients 1 et 6 qui étaient déjà en couple, ont pu poursuivre leur relation. La patiente 6 (autrefois déstabilisée par les absences professionnelles prolongées de son conjoint) s'est même mariée avec son partenaire de l'époque, 4 ans après le début de sa reconstruction complexe. Les patients 2, 3, et 4, qui étaient en cours de séparation, ont éprouvé des difficultés à achever leur rupture. L'une d'elle a connu nombre de rebondissements judiciaires et émotionnels mais chaque patient a ensuite pu expérimenter de nouvelles relations amoureuses quelques mois seulement après le traumatisme. Le patient 5, de même, entretient, développe et cherche des relations affectives, épistolaires essentiellement. La patient 7 qui était en couple mais dont la garde de son fils lui était refusée, a pu rétablir une garde partagée et a développé 2 autres relations amoureuses après son geste. Il s'estime aujourd'hui heureux avec sa compagne et l'enfant de celle-ci.

Il en va de même pour le patient 8, isolé au départ, car rejeté par sa famille adoptive et abusé par la suite, qui a pu s'éloigner de son environnement délétère et se créer un foyer. Il s'est marié avec une femme rencontrée précocement dans le processus de reconstruction et est aujourd'hui père de 3 enfants.

Parmi les patients qui avaient une activité professionnelle (6 patients), 4 ont repris leur travail d'origine (patients 2, 4, 7 et 9). Les patients 3 et 5, qui présentent les défigurations les plus importantes, sont en cours de formation professionnelle et ont acquis une certaine autonomie dans la vie quotidienne. « *Je ne vais pas rester comme un handicapé à rien faire. Je veux reprendre une vie professionnelle et avancer.* » explique le patient 3.

Dans les relations extérieures, tous les patients évoquent des difficultés à créer de nouveaux liens solides. « *Une relation doit être entière. Sinon ça ne sert à rien* » nous ont dit les patients 3 et 5. Ils expliquent ces difficultés par leur apparence physique qui attire les regards des inconnus mais repousse les interactions. Pour cette exacte raison, les patients 2, 3, 4, 5 et 8 expriment un sentiment de solitude mais qui apparaît choisie et non pas subie à la différence de l'isolement antérieur. « *La nature c'est ce qui me sauve. Je chasse, je pêche, je vais aux champignons. Je suis seul mais je suis bien.* » (patient 4). Ils évitent les situations trop exposantes mais ne s'enferment pas pour autant. Tous les patients vont à la salle de sport, à la plage, en voyages. La reprise des sorties est néanmoins corrélée avec la reconstruction fonctionnelle de base. « *Les premières années j'étais très casanié. Je restais à la maison, je continuais à boire, pour oublier. Jusqu'à ce que j'ai une bouche.* » (patient 9). Le lieu qui demande le plus de temps d'adaptation reste le restaurant. Et les patients 1, 3 et 5 refusent encore de manger en public.

Certains patients (1, 2, 3 et 5), pour parer aux regards intrusifs, utilisent des masques en tissus, dont le port s'est banalisé depuis l'ère du covid, et leur permet de passer presque inaperçus. Cependant peu d'entre eux reconnaissent cette fonction au masque, arguant que le regard des autres ne les dérange pas, et la plupart préfère justifier, non sans véracité, que son port permet d'éponger la salive qui peut parfois s'écouler importunément. Les patients 4 et 6

ont également porté un masque dans les premières années de la reconstruction mais s'en sont affranchis aujourd'hui. Pourtant la patiente 6 nous avoue continuer à porter son masque lorsqu'elle est de passage dans sa ville d'origine : « *Dans cette ville, j'ai peur que quelqu'un que je connaissais avant le geste me reconnaisse. Ceux que je fréquente aujourd'hui ils savent, ça ne me gêne pas. Mais je ne saurais pas expliquer à quelqu'un d'avant.* » De la même manière, les patients 2, 4, 7, 8 et 9 portent la barbe pour masquer leurs cicatrices. Pourtant, tous répètent régulièrement « *le regard des autres je m'en fou* », ou « *on s'habitue, c'est comme ça.* » mais le regard qui les effraie réellement, reste celui des enfants. « *Ils sont là, ils sont innocents, alors je leur dis que j'ai eu un accident* » (patient 4). Ainsi le patient 8 portait un masque dès la naissance de ses enfants « *j'avais peur qu'elle me voit et qu'elle ait peur. Donc je préférais mettre un truc amusant autour de ma bouche et j'ai commencé à l'enlever tout doucement.* » Cette inquiétude est récurrente dans tous les entretiens, et se raccroche peut-être à l'adage « la vérité sort de la bouche des enfants ». Nos patients semblent traduire que si les enfants sont apeurés par leur visage c'est bien qu'eux-mêmes sont effrayants. Or, quoi de plus effrayant que le monstrueux ? Dès lors nos patients évitent la confrontation avec l'enfant sans doute pour se protéger eux-mêmes d'une identification monstrueuse, mais également pour protéger l'enfant d'une confrontation avec la mort, puisque nos patients relient leur visage au désir de mort, véritable tabou en opposition avec la jeunesse.

## G. Séquelles émotionnelles

Chaque patient exprime du regret pour le geste suicidaire. Néanmoins ce regret est pour tous tourné vers la douleur infligée aux proches et non pas en rapport avec la vie qu'ils menaient avant. « *Je regrette parce que ma fille s'est sentie coupable, j'ai eu peur qu'elle*

*fasse une dépression aussi.* » (patiente 6) . « *Elle est trop gentille pour moi* (en parlant de sa femme), *je ne sais pas comment j'ai pu lui faire ça* » nous dit le patient 1 en évoquant non seulement son geste mais également son addiction à l'alcool, dont il peine à sortir. Nombre d'entre eux sont d'ailleurs submergés par l'émotion à l'évocation de leur relation avec leur proches (patients 1, 2, 3, 4, 6 et 9). Ainsi, aucun d'entre eux ne parle du manque de sensations, ni du manque de relations sociales. Au contraire, ils semblent soulagés d'avoir vu un tri s'effectuer dans leurs échanges interpersonnels. « *Je faisais beaucoup confiance à des personnes que je ne connaissais pas, et j'ai toujours pris des coups de poignards. Maintenant je sais sur qui je peux compter.* » nous expliquent les patients 4 et 5.

Dès lors, les patients se sentent redevables envers « *ceux qui sont restés malgré tout* » (patiente 6). Le patient 9 notamment rétorque « *il était vraiment temps que j'arrête d'embêter le monde. Je me suis rendu compte à quel point j'étais bien entouré. La famille, les amis, les proches, c'est important. Dès que je peux leur faire plaisir, maintenant on en profite.* » Cette reconnaissance se traduit aujourd'hui par une grande générosité à la fois matérielle mais aussi émotionnelle pour les patients et leur entourage. Certains patients (3 et 8) sont si redevables et façonnés par leurs proches qu'ils portent les personnes qu'ils aiment et qui les soutiennent sur leur peau au travers de tatouages, bien réfléchis pour ne pas être endommagés par les chirurgies reconstructrices.

En revanche, les patients ressentent une honte omniprésente vis à vis du regard inconnu sur leur visage. « *Je ne pensais pas pouvoir être aimé dans cet état là* » nous confie le patient 8. Cette observation du patient sans doute autrefois le plus isolé de la cohorte, exprime bien cette peur, que tous relatent, de pas pouvoir être acceptés tel qu'ils sont. « *Je bave tout le temps, c'est repoussant pour les autres, ça me met mal à l'aise.* » explique également le patient 2. Le regard des enfants en particulier est source de peur et de questionnements

répétitifs comme nous l'avons vu plus haut. Le patient 8 nous raconte alors : « *Une fois un petit garçon m'a dit dans un ascenseur : regarde maman le monsieur il est méchant, en pointant mon visage du doigt. C'est là où on se pose des questions.* » La question du monstrueux et de l'association entre l'esthétique et le jugement de caractère est donc bien présente dans le quotidien des patients.

Curieusement cette honte ne semble pas prendre autant d'importance dans leur propre regard sur eux-même : « *Quand je me vois dans le miroir, ça me dérange pas, je suis habitué.* » (patient 3, encore en phase précoce de reconstruction de sa grande défiguration), « *Tant que je peux manger, ça me dérange pas, le reste c'est surtout pour les autres* » (patient 1). « *Mon visage n'est plus comme avant, mais aujourd'hui, on peut dire que je suis belle.* » rajoute la patiente 6 en nous montrant les photos de son mariage. De plus, aucun d'eux ne souhaite inspirer la pitié. « *Les personnes après ont de la pitié et j'aime pas. Après ils changent de comportement et j'aime pas. Ils vont me parler comme si j'étais en déprime totale* » (patient 8) ou bien « *je suis comme tout le monde, je ris, je danse, je sors avec mes copines. Je suis normale.* » (patiente 6). Ce qui ressort de ces discours est d'abord une forme d'acceptation de tous nos patients vis à vis de leur visage au quotidien. En revanche, ils traduisent également une certaine désapprobation envers les étrangers, qui sont souvent choqués par leur apparence. Pourtant une partie de nos patients ne peut s'empêcher de porter un masque à l'extérieur malgré leurs volonté de s'assumer.

On retrouve également tout au long des entretiens, une forme de reconnaissance pour l'évènement. La défiguration, bien que difficile à accepter dans les 2 ou 3 premières années (selon les patients 2, 3, 4, 6, 8 et 9), n'est pas vécue comme une punition, mais comme un renouveau. : « *J'en suis sorti plus fort. J'ai une deuxième chance, faut pas la gâcher* » (patient 7), « *Derrière on se dit : ma vie elle est ruinée. Et en fait non, des fois c'est*

*une nouvelle vie.* » (patient 8), « *Je me souviens d'avoir vu mon visage dans la glace et de m'être dit : j'ai eu de la chance* » (patient 9), « *Si j'avais pas fait ce que j'ai fait là (en parlant du geste), je ne serais plus en vie.* » (patient 5). Dans cette dernière citation, le patient en attente de transplantation faciale nous explique que son mode de vie antérieur l'aurait tué, et que le geste fut pourvoyeur des changements nécessaires pour rétablir un équilibre. Cette hypothèse de sentiment de gratitude pour une seconde vie, que tous expriment, est appuyé par la date du traumatisme que tous également, peuvent se remémorer telle leur date, non pas de naissance, mais de renaissance.

Notons pour finir que les patients 1, 2, 3, 4, 7, 8 et 9 rapportent suite au traumatisme une facilitation de l'expression émotionnelle : « *Avant c'est vrai que je n'extériorisais pas assez, je m'exprimais pas beaucoup. La différence maintenant c'est que dès que j'ai quelque chose, je le dis de suite.* » (patient 4). Tous tiennent des propos similaires et reconnaissent que leurs difficultés de communication précédant le geste a agi comme un catalyseur conduisant, au sens figuré comme un sens littéraire, à l'explosion de leur visage émotionnel. Ainsi la renaissance du visage leur offrirait également une nouvelle possibilité d'expressivité. Bien plus qu'une possibilité, c'est aussi une nécessité. Puisque leur visage manquant constitue désormais une lecture partielle pour l'interlocuteur, ils savent devoir développer une communication plus détaillée, plus élaborée, afin de maintenir un environnement social favorable à leur évolution.

## H. Ressenti sur l'environnement chirurgical

Pour tous les patients excepté le 7, il existe une certaine familiarité avec leur(s) chirurgien(s). Les patients les appellent tantôt par leur titre, tantôt par leur prénom, comme s'ils étaient partagés entre le respect de l'autorité et l'affection d'une personne en qui ils ont confiance. Cette confiance accordée est entretenue et renouvelée régulièrement : le patient 4 apporte du fromage et de la charcuterie pour toutes les équipes à chaque hospitalisation, tandis que le patient 1 passe dire bonjour dans le service même lorsqu'il n'est pas convoqué.

Tous apprécient le regard inclusif des soignants du service de chirurgie maxillo-faciale: « *j'ai été bien accueilli et bien entouré. Pas de jugement. Pas comme quand je suis allé aux urgences pour ma première tentative* » explique le patient 7. Au delà de ne pas être stigmatisante, la présence des infirmière.s est également pour tous les patients une source de réconfort. « *L'infirmière était super gentille. Elle m'appelait par mon prénom. C'était chaleureux.* » (patient 1), « *Elles m'ont énormément aidé. Je passais mes soirées avec les filles. Elles ont eu un rôle de psychologue et de maman poule. J'étais énormément soutenu par l'équipe* » (patient 8). Les soins et les attentions répétées des équipes soignantes semblent s'inscrire dans une routine rassurante, source de stabilité pour les patients alors en pleine déconstruction identitaire. Les infirmières occupent une place quotidienne importante (bien plus présente que celle du chirurgien) et qui prend d'une certaine manière la position vacante des liens sociaux manquant avant le traumatisme. Elles ont également une oreille attentive, à l'écoute des plaintes physiques comme psychiques, et qui apparaît peut-être plus spontanée aux patients qu'un entretien médical avec le chirurgien ou le psychiatre.

A propos des interventions en elles-mêmes, les patients racontent ne pas avoir toujours compris la technique, l'intérêt et les risques encourus. Et tous, sans vouloir les détails chirurgicaux, réclament des explications plus précises sur la succession des interventions. De plus, les patients 2, 3, 4, 6, 8 et 9 nous racontent prendre leurs visages en photos après les étapes chirurgicales jugées importantes, puis les regarder de temps en temps « *pour se rappeler le chemin parcouru.* » Ils s'empresent alors de nous montrer spontanément leurs portraits successifs avec fierté. De la même manière que nous sortons parfois les albums photos de famille, pour porter un regard nostalgique à ceux que nous avons été, les patients de notre cohorte chercheraient à immortaliser leur ascension au lieu de la cacher pour l'oublier.

Par ailleurs, tous ont exprimé le souhait de rencontrer d'autres patients victimes d'un traumatisme balistique auto-infligé. « *J'aimerais bien rencontrer des gens qui ont vécu la même chose que moi. Pas avec le même visage. C'est mon visage, je sais que personne n'a le même que moi. Il est fait pour moi. Mais des gens comme moi.* » tente de nous expliquer le patient 3. Ainsi les patients apparaissent bien conscients que malgré l'existence de techniques chirurgicales décrites et reproductibles, les résultats sont aussi différents pour chaque patient que le sont les sculptures d'un même artiste. Il transparait également dans leurs propos cette notion de fabrication du visage, où celui-ci n'est plus acquis par la biologie et la génétique mais bien créé et personnalisé pour le porteur des traits.

## I. Échelles HAD, C4 et FACT-MBIS/McGill

Les résultats de l'échelle HAD soumis aux patients lors des entretiens nous ont permis de dépister un syndrome anxieux chez les patients 1 et 8 mais une absence de syndrome dépressif chez l'ensemble de notre échantillon et ce malgré une longue histoire de symptomatologie dépressive avant le traumatisme, notamment pour les patients 4 et 6.

En ce qui concerne le questionnaire C4, les scores les plus élevés (correspondants à une continuité identitaire favorable) se retrouvent dans le groupe « absence de reconstruction » (15) et le groupe « reconstruction complexe » (11 - 15), tandis que dans le groupe « reconstruction simple » le score ne dépasse pas la moyenne (6).

De même l'analyse des scores pour l'échelle FACT-MBIS/McGill montre que les résultats les plus optimistes concernant l'image de soi et l'inconfort sociale se retrouvent dans le groupe « reconstruction complexe » (image de soi variant de 21 à 44 et inconfort social de 24 à 40). Étonnement, la valeur la plus péjorative de l'image de soi ne se retrouve pas dans le groupe « absence de reconstruction » (25) mais dans le groupe « reconstruction complexe » (21) . Par ailleurs, l'inconfort social semble équivalent entre les groupes « absence de reconstruction » (36) et « reconstruction simple » (35).

Les résultats de chaque score pour chaque patient sont répertoriés dans le tableau n°4.

Tableau 4 : Scores obtenus pour chaque patient sur les échelles HAD, C4 et FACT-MBIS/McGill

Patients	HAD	C4	FACT-MBIS/McGill	Stratégie chirurgicale
1	A : 11 D : 7	15	Image de soi : 24 Inconfort social : 30	Complexe
2	A : 7 D : 6	11	Image de soi : 37 Inconfort social : 31	Complexe
3	A : 9 D : 4	14	Image de soi : 35 Inconfort social : 31	Complexe
4	A : 3 D : 3	11	Image de soi : 44 Inconfort social : 38	Complexe
5	A : 6 D : 8	15	Image de soi : 25 Inconfort social : 36	Absence de reconstruction
6	A : 5 D : 2	13	Image de soi : 41 Inconfort social : 37	Complexe
7	A : 5 D : 0	6	Image de soi : 41 Inconfort social : 35	Simple
8	A : 15 D : 8	13	Image de soi : 21 Inconfort social : 24	Complexe
9	A : 3 D : 0	11	Image de soi : 43 Inconfort social : 40	Complexe

Pour rappel :

- Interprétation HAD :

< 7 : pas de symptomatologie,

8 < N < 10 : doute sur la symptomatologie anxieuse ou dépressive,

11 et plus : symptomatologie certaine.

- Interprétation C4 (continuité et changement) :

Score variant de 0 à 15,

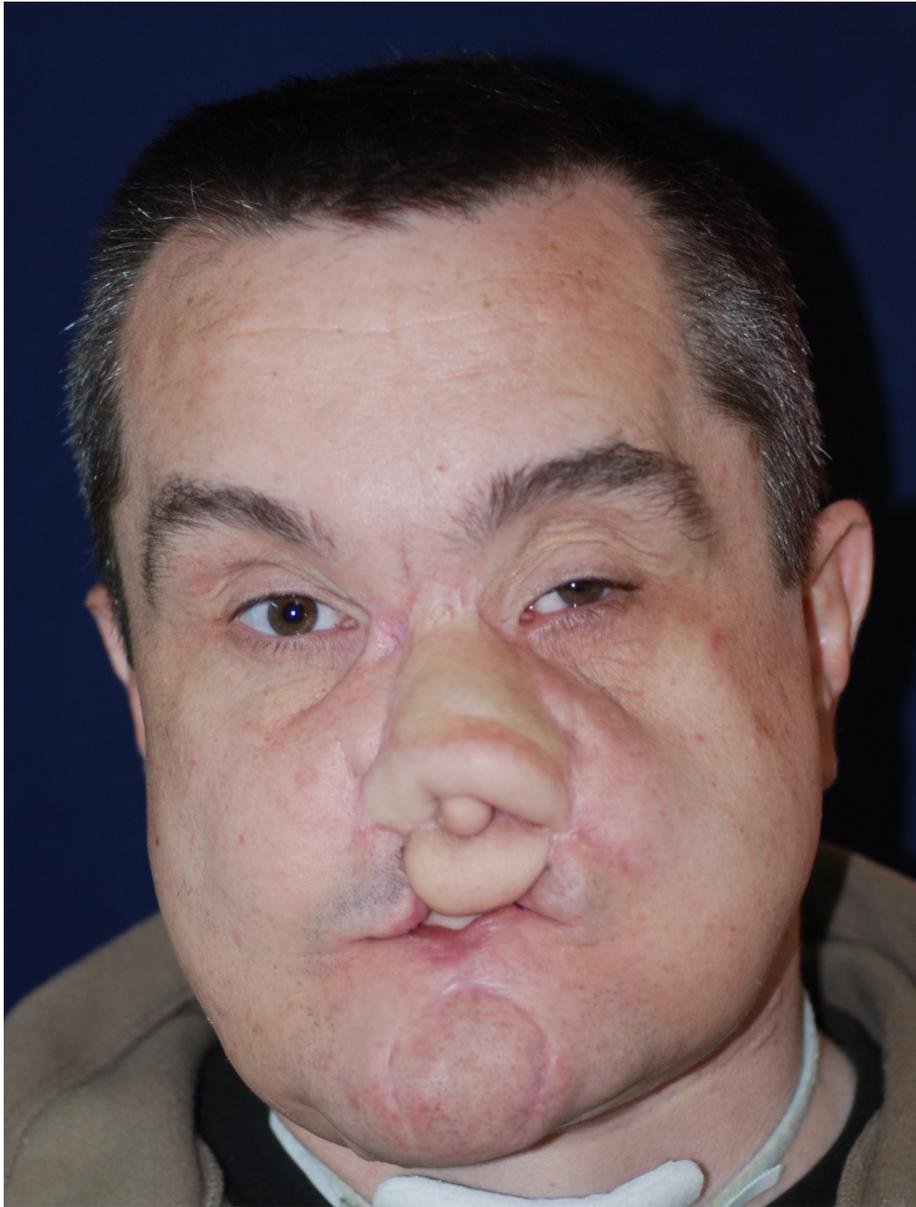
Plus le score est élevé, plus il existe une continuité d'identité et une capacité d'adaptabilité.

- Interprétation FACT-MBIS/McGill :

Image de soi variant entre 0 et 44,

Inconfort social variant entre 0 et 40,

Plus le score est élevé, plus le patient se sent bien sur la question.



Monsieur L.

## IV. DISCUSSION

### 1. DE L'ORIGINE DU TRAUMATISME

Dans notre cohorte de 64 patients, seulement la moitié d'entre eux semblent exposés à des difficultés d'ordre professionnel, marital ou financière. De même, seule la moitié est en proie à des pathologies psychiatriques. Cette donnée, représentée sur la totalité de notre échantillon dans les entretiens, relève probablement d'un biais de sélection. En effet, il apparaît évident qu'une personne attendant à ses jours présente au moins une pathologie psychiatrique, qui n'a peut-être simplement pas été diagnostiquée officiellement. Néanmoins, ces statistiques générales, basées sur une catégorisation nosologique et sociale primaire, rejoignent les études de la littérature<sup>28,29</sup> mais n'offrent aucune précision quand à l'origine d'un choix aussi violent que celui de se donner la mort par destruction de la face. D'après ces observations, n'importe quel citoyen confronté à une situation précaire pourrait, à un moment donné de sa vie, choisir un tel recours s'il se sentait acculé. Or, la réponse sur l'origine mais également sur l'acceptation des conséquences se trouve dans l'histoire de vie complète des patients. Dans nos entretiens, bien qu'issus de milieux sociaux différents, bien qu'ayant des professions variées et des relations amoureuses répondant à des schémas divers, tous nos patients partagent un trait commun : celui d'une enfance adverse<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Humeau, M., & Senon, J.-L. (2008). Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. *L'Encéphale* 34, 459—466.

<sup>29</sup> Gault, S., Vialleton, C., Godey, B., Millet, B., & Eudier, F. (2006). Tentatives de suicide par armes à feu avec destruction du visage : étude clinique et psychopathologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 164, 304-312

<sup>30</sup> Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

Chacun de nos patients a été exposé, dès l'enfance, soit à la perte d'un membre de sa famille proche, soit à un délaissement parental. Parfois la combinaison des deux faits. Dès lors, il existerait pour ces enfants un vécu abandonnique chronique à l'origine de comportements compensateurs destinés à combler un vide. De là découleraient les addictions à l'alcool, les mariages avec le partenaire rencontré dans un moment de deuil, l'enchaînement de relations instables, et surtout, un défaut de construction identitaire.

Ces enfants qui n'ont pas suffisamment ressenti le regard de leur parents sur eux ne peuvent s'envisager, au sens où il n'ont pas été vus - définition même du *visus* - dans leur individualité. Élevés dans des modèles familiaux stricts et séquencés (par exemple, à 18 ans il faut travailler, à 20 ans se marier, puis acheter une maison et avoir un enfant), nos patients ont basé leur identité sur la copie d'une figure d'autorité devenue absente et alors figée dans une idéalisation. Mais, puisque leur visage social, ne correspond pas au modèle, leur identité leur apparaît décontextualisée, falsifiée. Une vie sans existence. Le visage physique, lien immuable, anatomique et génétique, entre le patient et son modèle, devient alors opposé au visage vécu. La frontière entre être et paraître se creuse, et le visage devient masque. Le masque du « par-être » comme para fonction de l'être, le masque de ce que le patient pense devoir être. Une façade copiée mais inerte, sans perspective ni d'évolution ni d'adaptation, à l'image de leur identité figée. De cette dissociation intrapersonnelle naîtrait une honte profonde et inconsciente : celle de ne pas mériter son visage.

Par cette honte, nos patients peineraient à trouver leur place, non seulement dans leur famille, mais aussi dans la société. Parce qu'ils ne s'envisagent pas, nos patients ne peuvent être dévisagés et donc ne peuvent rencontrer l'Autre dans un rapport d'échange et de confiance mutuelle. Ne pas connaître son visage, c'est être exclu. Comment s'identifier, se rattacher à un groupe ou une catégorie socioculturelle quand le patient ignore qu'il en existe d'autres que celle de son modèle ?

Tous, dans des genres différents, présentent des personnalités émotives et passionnelles mais tous éprouvent des difficultés de communication et se sentent incompris, décrits par leurs proches comme « renfermés ». Pourtant nos patients persistent inlassablement dans cette quête d'identité, ils luttent, comme tant d'autres, pour se trouver eux-mêmes, se construire des contextes d'identification. Jusqu'au point de rupture, qui fait « tomber le masque ». Un événement intercurrent dans un équilibre précaire, différent pour chacun d'entre eux, mais qui réveillerait cette honte profondément ancrée de n'être pas vraiment soi, de n'être pas reconnu, ni même visible. La honte, comme l'explique C. André c'est « l'envie de disparaître aux yeux d'autrui ». Il s'agit d'un sentiment nécessaire dans l'intégration des normes sociales, et elle varie du simple malaise passager à la culpabilité persistante. La honte est surtout une blessure de l'estime de soi, pas seulement de son comportement : on se culpabilise de ce que l'on a fait, mais on a honte de ce que l'on est.<sup>31</sup> Ainsi, lorsque cette honte devient trop envahissante, de même que la peur peut l'être dans les pathologies phobiques, l'émotion devient dévastatrice. Bien qu'il n'existe pas de « maladie de la honte » la tentative de suicide par arme à feu, semble être reliée à un ressenti accru et déréglé de cette émotion. Dès lors, pour nos patients, la destruction des contextes identitaires leur ferait « perdre la face ». La métaphore devient alors réalité. Ce sentiment explique également la volonté de démonstration du geste observé chez chacun de nos patients. En exposant volontairement leur auto-destruction aux yeux des Autres, ceux qui ne trouvent pas leur place dans la vie, cherchent peut-être à être vus pour se sentir exister dans la mort.

---

<sup>31</sup> André, C. (2017, octobre). *Cycle sur la vie intérieure*. [Podcast audio]. France Culture.

## 2. DE LA MONSTRUOSITÉ

Le choix d'une arme à feu pointée sur le visage n'est pas une coïncidence. Il s'établit dans ce que C. Demeule appelle une « monstrification », destinée à rendre son visage volontairement monstrueux pour inscrire, à même le corps, une monstruosité ressentie intérieurement<sup>32</sup>. Nos patients ne voient dans leur visage vécu que ce que Dorian Gray observait dans son portrait : « Ce portrait serait pour lui le plus magique des miroirs. Comme il lui avait révélé son corps, il lui révélerait son âme. »<sup>33</sup>. En pleine crise identitaire, sans moyen de retrouver comment « faire face », la seule option possible semble être l'annihilation du support principal de cette identité avec laquelle ils ne sont pas en accord.

Ce raisonnement expliquerait pourquoi les patients s'accommodent assez bien de leur défiguration, ainsi que des séquelles esthétiques chirurgicales de l'ensemble du corps, comme ils l'ont explicité et comme le montre les scores obtenus sur l'échelle FACT-MBIS/McGill concernant l'image de soi mais également l'absence de syndrome dépressif résiduel sur l'échelle HAD. Là où les patients sans trouble identitaire, se sentent étrangers à eux-même, dévorés, dépossédés par une défiguration malade ou accidentelle qui ne leur renvoie qu'une caricature de ce qu'ils ont été<sup>34</sup>, les patients balistiques volontaires voient leur difformité répondre d'une certaine manière à leur fonctionnement mental. C'est pourquoi aussi, dans les premiers temps chirurgicaux en tout cas, les patients sont peu demandeurs d'amélioration esthétique. En s'appropriant les stigmates de la défiguration, le suicidant balistique peut

---

<sup>32</sup> Demeule, C. (2015). Enjeux psychiques des tentatives de suicide par arme à feu : L'explosion faciale comme renaissance paradoxale. *Recherches en psychanalyse*, 2015/2(20), 140-149.

<sup>33</sup> Wilde, O. (1890). *Le Portrait de Dorian Gray*. Paris : Éditions Folio Classique, p. 204

<sup>34</sup> Marin, C. (2014). Le visage d'une autre. Dans *La maladie, catastrophe intime* (pp. 39-48). Paris : Éditions de l'Iconoclaste

entrevoir un potentiel de reconstruction non pas uniquement physique mais également psychique<sup>35</sup>.

Dans ce sens, on s'aperçoit en corrélant l'histoire sociale post traumatique et l'histoire chirurgicale de nos patients, qu'il existe une déconstruction identitaire contemporaine de la reconstruction fonctionnelle. En effet, de par la violence particulière du geste suicidaire, un remaniement fondamental des relations sociales s'observe dans les suites directes du traumatisme. La culture populaire de nos sociétés modernes regorge et raffole de figures imaginaires monstrueuses (vampires, zombies, extraterrestres, etc), omniprésentes, mais la confrontation au visage qui n'est plus, se doit de rester, justement, de l'ordre de l'imaginaire. Le remodelage relationnel autour de nos patients s'explique alors par deux phénomènes nous semble-t-il. Le premier se rattache à la monstruosité physique, qui renvoie à la question de l'appartenance au genre humain. Le patient défiguré se situe à la limite de l'inhumain, du jugement moral, des règles biologiques, du réel et même du vivant. Mais ce qui choque sans doute le plus, reste que le visage défiguré conserve malgré tout un semblant de forme humaine, qui renvoie le lecteur à sa propre monstruosité, ses travers inavouables<sup>36</sup>. La deuxième explication à la rupture de certaines relations se rattache au désir de mort. Pour le regard extérieur, faire un choix de mort, relève d'un fonctionnement mental contre-instinctif et repoussant. Le suicidant balistique devient alors « mort-vivant » et ne cesse de confronter son interlocuteur à la fragilité et la précarité de toute vie. La mort est en effet un sujet tabou dans notre société actuelle. Bien qu'elle soit une expérience universelle, elle est souvent reléguée à l'arrière-plan, entourée de silence et d'évitement, cachée de l'espace public ou

---

<sup>35</sup> Demeule, C. (2015). Approche psychologique du stigmaté et de la monstruosité en chirurgie maxillo-faciale. *Champ psy*, 2015/2(68), 25-37. Paris : Éditions L'Esprit du temps

<sup>36</sup> Demeule, C., 2004. Le monstre à visage découvert. Médecine, psychanalyse, anthropologie – *Champ psychosomatique* 35, 23–39.

privé pour s'exiler dans les hôpitaux. Par pudeur ou par peur on préfère souvent parler de personne décédée, disparue ou perdue plutôt que d'utiliser le terme exact. Aussi le patient victime d'un traumatisme balistique auto-infligé se voit attribué malgré lui ce portrait de « passeur de mort », tel Charon sur le Stix, oscillant entre les vivants et les morts. Cette image, qui lui « colle à la peau » pourrait expliquer son malaise face au regard des enfants. Les enfants représentent dans notre société, le culte de la jeunesse et de l'avenir, en opposition totale avec la fin de vie. Soutenir leur regard s'assimile peut-être pour nos patients à voler l'innocence d'une vie qui a encore tout à espérer et découvrir, alors qu'eux ne portent que les traits de la honte et du désespoir.

Ainsi le visage monstrueux, en brisant les liens superficiels tout en raccommoquant les liens effacés, permet de définir de nouvelles attentes sociales et de nouveaux groupes identitaires bénéfiques pour le rétablissement psychique. La brutalité de l'acte agit comme le déclencheur de comportements nécessaires au rétablissement d'un équilibre. En démasquant leur honte originelle, les patients se libèrent, et celle-ci devient le levier de leur reconstruction identitaire, guidée par la reconstruction anatomique.

### 3. DU MASQUE

La défiguration apparaît dès lors comme restructurante de l'identité du patient suicidant en redéfinissant non seulement ses attentes personnelles mais également la nature de ses liens avec ses proches. La refiguration quant à elle, à travers les actes de chirurgies successives, permet d'établir un nouveau visage reliant le sujet à son environnement. Toutefois, puisque le patient balistique délabré ne peut retrouver un visage « normal », doué d'une mobilité émotionnelle optimale, son masque social disparaît. Il ne donne plus à voir à

l'Autre que ce qu'il ressent être. Cette exhibition du mal-être, simplifie grandement les démarches relationnelles de nos patients et expliquerait pourquoi l'inconfort social n'est que faiblement rapporté et mesuré sur les scores de l'échelle FACT-MBIS/McGill. Parce que le sujet se sait désormais stigmatisé par son handicap<sup>37</sup>, parce qu'il sait susciter l'attention indiscreète qui le pousse à l'écart de la société, il sait tout autant que « ceux qui restent » représentent des piliers identitaires.

Par ailleurs, les patients défigurés sont contraints tout au long de leur parcours de reconstruction de faire preuve d'ingéniosité pour contourner d'abord les problèmes d'alimentation puis de phonation et enfin d'expression faciale. Affronter l'immobilité émotionnelle de leur chair, les oblige à développer une communication différente, plus verbale et paradoxalement plus expressive, afin de maintenir et développer les relations sociales nécessaires à leur évolution. Cette adaptabilité acquise leur permet de faire « tomber le masque » de personnalité introvertie. En ouvrant littéralement leur visage à l'Autre, ils ont aussi libéré leur parole et se sentent désormais écoutés. Acquérir de nouveaux moyens d'explicitation qui ils sont et ce qu'ils ressentent leur permettraient de recréer un lien entre leur nouveau visage anatomique et leur visage social.

#### 4. DE LA PLACE DE LA CHIRURGIE

Lorsque le patient suicidant balistique arrive dans le service de chirurgie maxillo-facial, déconstruit physiquement et psychiquement, le corps soignant se voit endosser une fonction maternante. En effet, le regard attentionné du chirurgien et de toute l'équipe qui l'entoure s'inscrit dans une normalisation de la défiguration, qui soustrait au patient le poids

---

<sup>37</sup> Le Breton, D. (2010). La défiguration : un handicap d'apparence. Dans *Des visages* (pp. 296-311). Paris : Éditions Métailié

d'un jugement péjoratif et l'encourage à « faire face ». Le chirurgien devient alors figure d'autorité permettant de façonner un nouveau visage.

Ainsi, les interventions successives, répétées, lourdes, prolongées, parfois délabrantes, deviennent une véritable échelle de projection pour le patient. La vie des suicidants défigurés s'organise autour et est rythmée par les chirurgies. Dès lors, les échecs potentiels et les séquelles sont pleinement acceptés comme partie intégrante du processus de guérison global. Chaque étape chirurgicale s'accompagne d'un renouveau, une nouvelle pièce de puzzle identitaire pour le visage en construction. L'investissement de tant d'énergie, de moyens, et de temps par l'ensemble du service de chirurgie offre au patient une revalorisation narcissique par cette attention privilégiée. De plus, il existe une gratification réciproque lorsque le chirurgien, satisfait de l'évolution des reconstructions, renvoie au patient une image de reconnaissance.

La chirurgie, par la reconstruction d'un visage, devient le support matériel à l'espoir de se construire une nouvelle identité. Aussi on constate que malgré quelques déceptions et lassitudes quant aux résultats, les patients ne demandent que rarement d'arrêter les chirurgies reconstructrices. On se demande alors si leur existence et leur identité ne reposent pas sur ce processus de réparation permanente. Cette interrogation pourrait expliquer les résultats paradoxaux au questionnaire C4, où le patient le moins défiguré, ayant donc subi le moins d'interventions, présente une continuité identitaire médiocre, quand tous les autres semblent en harmonie avec leur nouvelle identité de « défiguré ».

## 5. DE LA RECIDIVE

Si le taux de récurrence s'avère si faible pour un acte aussi violent et destructeur, c'est bien que les patients suicidants balistiques ne veulent plus mourir. Ils veulent renaitre. Dès lors le traumatisme devient le vecteur d'une reprise en main identitaire. Par l'explosion de leur visage, les patients chercheraient à tuer leur passé, leurs liens pathologiques, en laissant une chair vierge, à resculpter pour se redéfinir. On peut faire le parallèle avec la pratique des tatouages<sup>38</sup> (dont sont d'ailleurs porteurs deux de nos patients), dans une version plus radicale. Ceci expliquerait pourquoi les rares récurrences de tentative de suicide observées dans notre cohorte concernent principalement des patients sans défiguration majeure. Ceux qui n'ont pu achever leur déconstruction, ceux dont les relations n'ont pu être réorganisées, façonnées à nouveau, se retrouvent en situation d'échec de reconstruction non pas physique mais identitaire. La rupture avec la société persiste et s'agrandit, sans perspective de stabilité et la récurrence surviendrait au décours.

En endossant un rôle de tuteur identitaire, la chirurgie avec ses hospitalisations itératives et prolongées encourage le sentiment d'appartenance, et il apparaît nécessaire alors de développer et d'entretenir ce sentiment pour les patients, tout au long du parcours de reconstruction. Le patient doit se sentir inclus dans le processus de guérison et de chirurgie. Une attention particulière doit donc être portée à l'explication des actes techniques, des délais interventionnels, des complications, des différentes stratégies possibles. Le patient doit comprendre qu'il est décideur de son visage, tout en étant guidé et soutenu dans son autonomisation.

---

<sup>38</sup> Zakhour, S., & Tarazi-Sahab, L. (2019). Le tatouage et ce qu'il révèle : Une dimension psychologique. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 20(3), 330-332

Cette idée implique que pour les patients ne présentant que peu de séquelles physiques, et ne relevant donc pas d'un suivi chirurgical prolongé, l'accent soit porté sur la prise en charge psychiatrique. Ces patients ne doivent pas être délaissés pour des profils jugés plus graves car plus difformes. Les moins marqués sont peut-être les plus à même de recommencer. Cette remarque relève d'une observation supplémentaire : les patients qui ont refusé de participer aux entretiens sont en grande majorité sans séquelles. Chacun d'entre eux à fait preuve d'agitation et d'une attitude fuyante à la moindre évocation que l'on puisse écouter leur histoire. Car chez eux, la honte perdure, et s'amplifie sans perspective de déconstruction identitaire et donc peut-être sans espoir de construction nouvelle.

De même, les groupes de paroles réclamés par les patients lors des entretiens pourraient être une piste pour développer les processus de construction identitaire. Cette pratique n'est pas vraiment encouragée dans les services de chirurgie, pour pallier notamment aux comparaisons excessives, sources de déception systématique pour les patients, en raison du caractère unique et non reproductible d'une chirurgie reconstructrice, à l'image d'une oeuvre artistique. Néanmoins les patients apparaissent relativement conscients de cette problématique et notre avis est que cette demande relève plutôt d'une recherche de groupe social auquel s'intégrer. Un groupe lié par cette honte excessive de ne pas avoir su « faire face », un groupe s'inscrivant dans un regard dénué de préjugés, où l'Autre est un miroir de l'évolution en cours.

La clinique des patients victimes d'un traumatisme balistique de la face volontaire relève d'une médecine contre intuitive où il ne faut pas considérer le patient « comme si nous étions à sa place », car nous avons un visage que nous acceptons, tandis que le leur reste à écrire. Aussi faut-il leur laisser le temps et les clefs pour se dévoiler à eux-mêmes et aux autres.

## 6. DE L'ÉTUDE

Cette étude comporte peu d'entretiens, ce qui peut être limitant quant aux résultats que nous avançons. Néanmoins, de tels patients sont difficilement abordables, et pour recueillir les témoignages si complets qu'ils ont partagés avec nous, il faut les convaincre et leur donner confiance, bien plus que pour une consultation médicale traditionnelle. Insister de manière trop prononcée auprès de ceux qui ne sont pas prêts à se dévoiler avec autant d'intimité relèverait d'une intrusion délétère pour leur équilibre déjà fragile.

De plus, les entretiens duraient entre 1h et 1h45 et représentaient un effort de concentration important et une épreuve émotionnelle tant pour le patient que pour nous-mêmes. Entendre leur histoire c'est aussi les encourager à l'approfondir, la décortiquer, l'imaginer et la ressentir en même temps qu'eux. B. Weber a écrit dans son *Encyclopédie du savoir relatif et absolu* : « Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous voulez comprendre et ce que vous comprenez, il y a neuf possibilités de ne pas se comprendre. »<sup>39</sup> Dès lors, chaque rencontre demande un travail d'analyse et de raisonnement conséquent, afin de ne pas se méprendre sur l'interprétation que l'on peut en tirer. D'autant plus que le fonctionnement mental de tels patients vient en opposition avec nos propres raisonnements.

Cependant, nous avons pu recevoir les patients de manière rapprochée, les uns après les autres. Cette continuité analytique a été particulièrement bénéfique pour mettre en évidence les points communs de ces patients si différents de prime abord. Des portraits individuels qu'ils nous ont dépeints, se dégage rapidement un portrait commun, qu'il n'est pas possible de saisir dans les consultations décousues. En effet, d'ordinaire ces patients sont

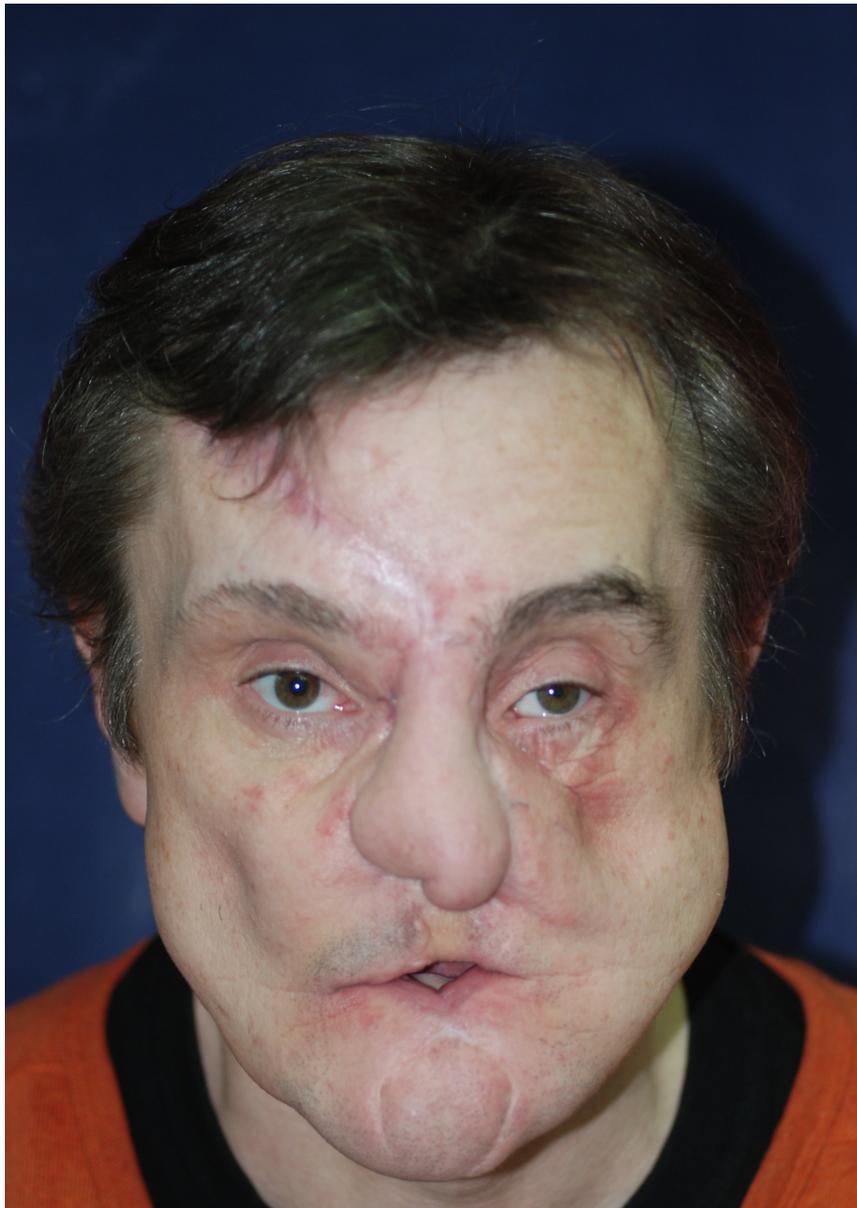
---

<sup>39</sup> Werber, B. (1993). *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu*. Albin Michel

suivis par leur chirurgien et leur psychiatre, différents pour les uns et pour les autres et finalement, peu de soignants sont confrontés à ces personnalités de façon récurrente. La première rencontre avec un suicidant par arme à feu est toujours marquante, presque déstabilisante. Le soignant s'attend à devoir affronter une détresse physique et psychique si intense et si décalée de son propre vécu, qu'elle effraie d'avance par ce qu'on imagine d'incompréhensible et d'insurmontable. Pourtant il n'en est rien, et le soignant, sans savoir l'expliquer, est saisi par la résilience apparente de ces patients qui ont pourtant toutes les raisons d'exprimer une violente souffrance.

Ainsi la force de notre étude réside dans ces entretiens approfondis et rapprochés avec les mêmes soignants, dont les regards sont complémentaires. La réalisation des échelles HAD, C4 et FACT-MBIS/McGill apporte un support à l'étude qualitative mais il existe tout de même une discordance entre les scores obtenus et les propos rapportés. Après confrontation entre analyse quantitative et qualitative pour chaque patient, il nous semble que les scores relèvent peut-être parfois plus de la vision d'eux-mêmes que les patients aimeraient, ou du moins pensent, atteindre en fin de reconstruction, plutôt que celle réellement vécue et ressentie. Aussi une compréhension fine et sensible de ces patients ne peut se faire sans l'analyse qualitative.

Bien qu'ayant un faible effectif cette étude offre une vision détaillée de patients particulièrement complexes et tente de mettre des mots sur cette sensation dérangeante et surprenante de la rencontre avec le suicidant balistique facial. Très peu d'études dans la littérature porte sur le sujet car on comprend bien dès lors l'énergie, le temps, la patience et l'empathie qui faut pour approcher la subtilité de leur vérité.



Monsieur L.

## V. CONCLUSION

Cette étude constitue une rencontre clinique et humaine entre 3 protagonistes en quête d'identité. Le patient défiguré, qui cherche comment se réenvisager, épaulé par 2 architectes : le psychiatre pa(e)nseur de l'esprit et le chirurgien pa(e)nseur de la chair. Ce travail offre une perspective non pas de reconstruction mais de co-construction<sup>40</sup>, où les regards des bâtisseurs se croisent, se répondent, et s'alimentent les uns les autres pour aboutir à un portrait, unique et singulier, émotionnel et anatomique, en accord avec celui qui le porte. Le processus de co-construction amène le sentiment de résilience, cette idée de donner un sens à l'invisageable, pour faire « bonne figure ». Le patient guidé devient sculpteur de son visage, peintre de son portrait, créateur de son individualité et l'acte manqué permet de voir mourir une figure pour ressusciter un visage. La volonté de mort initiale laisse place au désir de renaissance, la défiguration n'est alors pas un échec mais une véritable libération, une résurrection de ce qui méritait encore de vivre. Il ne s'agit donc pas ici de portraits de suicidés mais bien de portraits de ressuscités.

En s'affranchissant des identités nosologiques psychiatriques et chirurgicales, parfois trop sectorisantes<sup>41</sup>, ce travail propose d'aborder les patients dans leur complexité hétérogène pour comprendre et trouver les réponses adaptées à leur souffrance si explicite. Les auto-portraits variés qu'ils nous donnent à voir individuellement permettent curieusement de dégager des ressemblances frappantes, des traits de caractère et de vécu communs, aboutissant en fin de compte à un portrait unique, sensible, partagé par tous mais caché aux yeux d'autrui.

---

<sup>40</sup>Kaladgew, S., & Plagnol, A. (2013). Aspects de la co-construction de sens dans une unité hospitalière tête-cou. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 372-377

<sup>41</sup> Martin, E. (2015). L'identité nosologique en question. *Le Philosophoire*, 43, 115-133

Grâce à l'analyse quantitative complémentaire de celle qualitative, notre étude permet de nommer ce que le chirurgien maxillo-facial observe et ressent instinctivement en côtoyant ces patients particuliers. Une inclusion plus large mériterait d'être poursuivie pour étayer nos résultats. De même, une étude de l'évolution des scores, et des entretiens approfondis, tout au long du parcours chirurgical serait bénéfique pour décrypter plus en précision le rôle des stratégies chirurgicales dans la conquête identitaire. Mais la force de l'étude réside dans le partenariat inédit psychiatre/chirurgien et l'analyse qualitative approfondie et intime de chaque histoire. Ces rencontres offrent une réponse à la question éthique des moyens mis en oeuvre pour soigner les patients suicidants défigurés. Loin d'être un acharnement thérapeutique, la chirurgie de reconstruction faciale agit comme un guide matériel et temporel pour ces patients en quête d'eux-mêmes, et leurs permet de trouver un nouveau souffle. Leur résilience, parfois prise à tort pour de la passivité ou de l'indifférence, s'intègre en réalité dans un processus d'identification évolutive. On comprend alors l'importance de rendre ces patients actifs dans leur parcours de soins et leur projet thérapeutique, jusqu'à ce que de l'état de vivants, ils passent à l'état d'existants. La chirurgie s'arrête là où commence l'identité du ressuscité, là où son visage fait sens.

" J'ai eu longtemps un visage inutile,  
Mais maintenant,  
J'ai un visage pour être aimé,  
J'ai un visage pour être heureux. »

Paul Eluard - Poème pour la paix, 1918

# Bibliographie

- [1] Calvet, L.-J. (2024). La sociolinguistique. Chapitre III : Comportements et attitudes (pp. 43-61). Presses Universitaires de France.
- [2] Godart-Wendling, B. (2020). La langue, un ciment vers l'identité ?. Dans J. Gayon, V. Courtier-Orgogozo, A. Nicoglou, G. Pontarotti, S. Troubé, F. Villa, & J. Weitzman (dir.), L'identité. Dictionnaire encyclopédique (Folio Essais). Folio. hal-03096613.
- [3] Harari, Y. N. (2015). Sapiens : une brève histoire de l'humanité (pp. 11-83). Paris : Albin Michel.
- [4] Auroux, S. (2018). Chapitre I. Langage et humanité, dans la philosophie du langage (pp. 7-30). Presses Universitaires de France.
- [5] Flahault, F. (2003). De la face au visage. *Les Cahiers de Médiologie*, 2003/1(15), pp. 33-40. Éditions Gallimard.
- [6] Maury, L. (1993). Les émotions de Darwin à Freud. *Philosophies* (pp. 5-17). Presses Universitaires de France.
- [7] Delaporte, F., Fournier, E., & Devauchelle, B. (2010). *La Fabrique du visage* (pp. 31-68). Brepols.
- [8] Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants Across Cultures in the Face and Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 124-129.
- [9] Du, S., Tao, Y., & Martinez, A. M. (2014). Compound Facial Expressions of Emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(15), E1454-E1462.
- [10] Little, A. C., Jones, B. C., & DeBruine, L. M. (2011). Facial Attractiveness: Evolutionary Based Research. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366(1571), 1638-1659.
- [11] Amadiou, J.-F. (2005). Chapitre 5 : Vie professionnelle : l'inavouable vérité. *Le poids des apparences* (pp. 98-149). Éditions Odile Jacob.

- [12] Delaporte, F., Fournier, E., & Devauchelle, B. (2010). *La Fabrique du visage* (pp. 123-133). Brepols.
- [13] Cardan, H. (1658). *La métoscopie*, livre second. Thomas Jolly Libraire Iuré.
- [14] L'écuyer, R. (1975). *Le concept de soi*. Paris : Presses Universitaires de France.
- [15] Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43, 101-114. Paris : Éditions Association Le Lisible et l'illisible.
- [16] Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. Dans C. Halpern (dir.), *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société* (pp. 28-36). Auxerre : Éditions Sciences Humaines.
- [18] Santé publique France. (2023, février). Idées et conduites suicidaires. *Bulletin de santé publique*.
- [20] Code de la sécurité intérieure, Partie réglementaire, Livre III : Polices administratives spéciales, Titre Ier : Armes et munitions, Chapitre V : Port et transport, Section 1 : Autorisation de port et de transport, Sous-section 1 : Règles générales (Articles R315-1 à R315-4). *Légifrance*.
- [21] Chari, P. S. (2003). Susruta and our heritage. *India Journal of Last Surgery*, 36, 4-13.
- [22] Olivetto, M. (2020). *Réminiscence autoplastique* (Thèse de doctorat, Université de Picardie Jules Verne).
- [23] Taylor, G. I., & Townsend, P. (1975). The free flap: Reconstruction of defects of the face and jaw by microvascular anastomoses. *British Journal of Plastic Surgery*, 28(1), 98-102.
- [25] Zigmond, A. S., & Snaith, P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- [26] Lampraki, C., Jopp, D. S., Spini, D., & Morselli, D. (2019). Social loneliness after divorce: Time-dependent differential benefits of personality, multiple important group memberships, and self-continuity. *Gerontology*, 65(3), 275-287.
- [27] Rodriguez, A. M., Frenkiel, S., Desroches, J., et al. (2019). Development and validation of the McGill body image concerns scale for use in head and neck oncology (MBIS-HNC): A mixed-methods approach. *Psychooncology*, 28(1), 116–121.

- [28] Humeau, M., & Senon, J.-L. (2008). Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. *L'Encéphale*, 34, 459–466.
- [29] Gault, S., Vialleton, C., Godey, B., Millet, B., & Eudier, F. (2006). Tentatives de suicide par armes à feu avec destruction du visage : étude clinique et psychopathologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 164, 304-312.
- [30] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- [31] André, C. (2017, octobre). *Cycle sur la vie intérieure*. [Podcast audio]. France Culture.
- [32] Demeule, C. (2015). Enjeux psychiques des tentatives de suicide par arme à feu : L'explosion faciale comme renaissance paradoxale. *Recherches en psychanalyse*, 2015/2(20), 140-149.
- [33] Wilde, O. (1890). *Le Portrait de Dorian Gray*. Paris : Éditions Folio Classique, p. 204.
- [34] Marin, C. (2014). Le visage d'une autre. Dans *La maladie, catastrophe intime* (pp. 39-48). Paris : Éditions de l'Iconoclaste.
- [35] Demeule, C. (2015). Approche psychologique du stigmaté et de la monstruosité en chirurgie maxillo-faciale. *Champ psy*, 2015/2(68), 25-37. Paris : Éditions L'Esprit du temps.
- [36] Demeule, C. (2004). Le monstre à visage découvert. *Médecine, psychanalyse, anthropologie – Champ psychosomatique*, 35, 23–39.
- [37] Le Breton, D. (2010). La défiguration : un handicap d'apparence. Dans *Des visages* (pp. 296-311). Paris : Éditions Métailié.
- [38] Zakhour, S., & Tarazi-Sahab, L. (2019). Le tatouage et ce qu'il révèle : Une dimension psychologique. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 20(3), 330-332.
- [39] Werber, B. (1993). *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu*. Albin Michel
- [40] Kaladgew, S., & Plagnol, A. (2013). Aspects de la co-construction de sens dans une unité hospitalière tête-cou. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 372-377.
- [41] Martin, E. (2015). L'identité nosologique en question. *Le Philosophoire*, 43, 115-133.

# Figures

## **Figure n°1 :**

Photo accompagnant le mémoire de Duchenne - *Le pleurer* - extraite de Delaporte, F., Fournier, E., & Devauchelle, B. (2010). *La Fabrique du visage* (p. 93). Brepols.

## **Figure n°2 :**

Planche anatomique des muscles intervenant dans la mimique faciale - extraite de Netter, F. H. (2011). *Atlas d'anatomie humaine* (p. 24). Elsevier Masson.

## **Figure n°3 :**

Émotions et expressions faciales, (A) neutre, (B) heureux, (C) triste, (D) effrayé, (E) en colère, (F) surpris, (G) dégoûté, (H) joyeusement surpris, (I) joyeusement dégoûté, (J) tristement effrayé, (K) tristement en colère, (L) tristement surpris, (M) tristement dégoûté, (N) effrayé et en colère, (O) effrayé et surpris, (P) effrayé et dégoûté, (Q) en colère et surpris, (R) en colère et dégoûté, (S) dégoûté et surpris, (T) consterné, (U) haine, et (V) émerveillé - extraite de Du, S., Tao, Y., & Martinez, A. M. (2014). Compound facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(15), E1454-E1462.

## **Figure n°4 :**

Giovanni Battista della Porta, *De Humana physiognomonie libri IV*, Vico Equense : Josephus Cacchius, 1586 - extraite de Delaporte, F., Fournier, E., & Devauchelle, B. (2010). *La Fabrique du visage* (p. 133). Brepols.

## **Figure n°5 :**

Illustration de la métoposcopie de H. Cardan, *La métoposcopie*, livre second. Thomas Iolly libraire Juré, 1658.

## **Figure n°6 :**

Part d'activité annuelle (/1 000 passages codés) des passages aux urgences pour geste suicidaire chez les 11 ans et plus, 2021 - extraite de Santé publique France. (2023, février). *Idées et conduites suicidaires*. Bulletin de santé publique.

## **Figure n°7 :**

Taux d'hospitalisation annuel (/100 000 hab.) standardisé sur l'âge pour tentative de suicide chez les 10 ans et plus, 2021 - extraite de Santé publique France. (2023, février). *Idées et conduites suicidaires*. Bulletin de santé publique.

# Annexe

## Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

### 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

### 5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

### 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

### 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

### 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

### 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

### 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

### 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

### 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

### 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

**Échelle FACT/McGill des préoccupations relatives à l'image corporelle –  
Version cancer tête et cou (FACT-MBIS)**

Les questions suivantes portent sur les changements dans votre corps **QUI DÉCOULENT de votre cancer tête et cou et/ou des traitements QUE VOUS AVEZ REÇUS**, incluant

- 1) les changements dans votre apparence physique;
- 2) les changements dans les fonctions de votre corps (par exemple, parler, manger, avaler);
- 3) les changements dans vos sens (par exemple, la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût).

Les gens réagissent différemment à ces changements. Veuillez cocher le chiffre qui représente votre degré d'accord, **AU COURS DES DERNIÈRES DEUX SEMAINES INCLUANT AUJOURD'HUI**, avec les énoncés qui suivent. Il est important de répondre à toutes les questions. Si vous avez l'impression que des questions se répètent, c'est que nous voulons être certains de bien couvrir votre expérience.

<b><u>IMAGE DE SOI</u></b>		<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moye n- nemen t</b>	<b>Beau- coup</b>	<b>Énorm é-ment</b>
MBI5	J'ai peur d'être rejeté(e) en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4
MBI10	Les changements dans mon corps m'embarrassent quand je parle à des gens que je connais peu ou pas.....	0	1	2	3	4
MBI12	Je me sens diminué(e) comme personne en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4
MBI13	Je suis embarrassé(e) de parler, manger ou boire en public en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4
MBI14	J'évite les situations qui impliquent de parler, manger ou boire en public parce que je suis gêné(e) de mon apparence .....	0	1	2	3	4
MBI16	Je m'isole d'autres personnes en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4
MBI17	Je me sens sans valeur quand je pense aux changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4
MBI18	J'ai honte des changements dans mon apparence, mes fonctions et/ou mes sens .....	0	1	2	3	4
MBI19	Je fuis le regard des autres en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4

**Échelle FACT/McGill des préoccupations relatives à l'image corporelle –  
Version cancer tête et cou (FACT-MBIS)**

MIE 20	Je crains que des inconnus me perçoivent négativement en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4
MIE 21	Je me sens inconfortable quand des inconnus me posent des questions par rapport aux changements dans mon corps (apparence, fonction et/ou sens).....	0	1	2	3	4

Les gens réagissent différemment à ces changements. Veuillez cocher le chiffre qui représente votre degré d'accord, **AU COURS DES DERNIÈRES DEUX SEMAINES INCLUANT AUJOURD'HUI**, avec les énoncés qui suivent. Il est important de répondre à toutes les questions. Si vous avez l'impression que des questions se répètent, c'est que nous voulons être certains de bien couvrir votre expérience.

**INCONFORT SOCIAL**

		Pas du tout	Un peu	Moye n- nemen t	Beau- coup	Énorm é-ment
MIE1	Je suis embarrassé(e) par les changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) lorsque je suis en public.....	0	1	2	3	4
MIE2	Les changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) me gênent quand je rencontre de nouvelles personnes.....	0	1	2	3	4
MIE3	Les changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) ont diminué ma confiance en moi.....	0	1	2	3	4
MIE4	Je crains que des personnes fassent des commentaires par rapport aux changements dans mon corps (apparence, fonction et/ou sens) lorsque je sors en public.....	0	1	2	3	4
MIE5	Je crains que des inconnus me fixent en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4
MIE7	Je me sens inconfortable de sortir en public lorsque les changements dans mon corps ne sont pas cachés.....	0	1	2	3	4
MIE8	Je me sens en détresse quand je me vois dans un miroir ou voit mon reflet, en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4
MIE9	J'ai peur que certaines personnes refusent d'être autour de moi en raison des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens).....	0	1	2	3	4

**Échelle FACT/McGill des préoccupations relatives à l'image corporelle –  
Version cancer tête et cou (FACT-MBIS)**

MBI 11	Je suis mal à l'aise quand je pense que d'autres personnes se rendent compte des changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4
MBI 15	Je suis inquiet(e) de la réaction des enfants aux changements dans mon corps (apparence, fonctions et/ou sens) .....	0	1	2	3	4

C4 <b>Continuité et changement</b>					
	ne corres- pond pas du tout		corres- pond complète- ment		
	1	2	3	4	5
Je suis la même personne que j'ai toujours été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le temps, beaucoup de choses ont changé, mais je suis toujours la même personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis à présent une personne différente que par le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Résumé

Mots-clefs: traumatisme balistique, suicide, tentative, défiguration, chirurgie faciale, adaptation psychologique, identité

## Introduction

Les traumatismes balistiques volontaires de la face sont des défis chirurgicaux, relationnels et émotionnels majeurs pour les patients, comme pour les soignants. La destruction du visage affecte non seulement l'apparence mais aussi le sentiment d'identité et l'intégration sociale. Cette étude vise à évaluer l'impact de la défiguration sur la qualité de vie des suicidants par arme feu et le rôle de la stratégie chirurgicale dans les mécanismes d'adaptation élaborés par les patients.

## Matériels et Méthode

Une cohorte de 110 patients, ayant été victimes d'une tentative de suicide par arme à feu, et traités au CHU d'Amiens entre 2004 et 2024, a été analysée. Les données recueillies ont permis de mesurer les taux de survie et de récurrence ainsi que de réaliser une étude épidémiologique des caractéristiques pré et per traumatisme. Puis l'étude a été complétée par 9 entretiens semi-directifs, menés par un binôme psychiatre/chirurgien afin d'éclairer les origines et les suites d'un geste si radical. Cette étude qualitative a été appuyée par des échelles quantitatives : HAD, C4, FACT-MBIS/McGill.

## Résultats

Le taux de récurrence suicidaire était seulement de 3%, avec une mortalité immédiate de 10%. Parmi les survivants, 57,8% ont subi des reconstructions faciales complexes et lourdes. Les entretiens révèlent que les traumatismes familiaux précoces sont le point de départ d'un défaut de construction identitaire, amplifié par une honte primaire et déréglée qui conduit le patient à vouloir tuer sa figure pour voir ressusciter un visage à se réapproprier. Les scores obtenus sur les échelles mettent en avant une bonne adaptation individuelle et sociale malgré le handicap.

## Discussion

Les résultats montrent que la défiguration permet de remodeler l'environnement social préalablement instable et s'avère donc une étape décisive dans le processus de reconstruction identitaire. Par ailleurs la chirurgie agit comme un tuteur et permet de guider le patient dans son développement en créant un environnement sécurisant. Étonnamment, les patients ayant peu de séquelles faciales semblent moins enclins à se renouveler que ceux en état de défiguration majeure, peut-être parce que le phénomène de déconstruction/reconstruction n'a pu s'achever.

## Conclusion

La clinique des patients suicidants par traumatisme balistique de la face est contre-intuitive car notre étude permet de mettre en évidence une amélioration de la qualité de vie paradoxale des patients défigurés. Le parcours chirurgical leur permet notamment de se réenvisager progressivement, au sens propre comme au sens figuré.

## Abstract

Keywords: ballistic trauma, suicide, attempted, disfigurement, facial surgery, psychological adaptation, identity

## Introduction

Voluntary ballistic facial injuries present major surgical, relational, and emotional challenges for both patients and caregivers. The destruction of the face affects not only appearance but also the sense of identity and social integration. This study aims to assess the impact of disfigurement on the quality of life of individuals who attempted suicide by firearm and the role of surgical strategies in the adaptation mechanisms developed by these patients.

## Materials and Methods

A cohort of 110 patients who survived a suicide attempt by firearm and were treated at the Amiens University Hospital between 2004 and 2024 was analyzed. The data collected allowed for the measurement of survival and recurrence rates as well as an epidemiological study of pre- and peritraumatic characteristics. The study was then supplemented by nine semi-structured interviews conducted by a psychiatrist-surgeon team to shed light on the origins and aftermath of such a radical act. This qualitative study was supported by quantitative scales: HAD, C4, and FACT-MBIS/McGill.

## Results

The suicide recurrence rate was only 3%, with an immediate mortality rate of 10%. Among survivors, 57.8% underwent complex and extensive facial reconstructions. The interviews revealed that early family trauma was the starting point for a flawed identity construction, amplified by a deep-seated and disrupted sense of shame, leading the patient to seek to "kill" their face in order to resurrect a visage they could reclaim. Scores on the scales highlighted good individual and social adaptation despite the disability.

## Discussion

The results show that disfigurement allows for the reshaping of a previously unstable social environment, becoming a decisive step in the identity reconstruction process. Furthermore, surgery acts as a guide, helping the patient in their development by creating a secure environment. Surprisingly, patients with fewer facial sequelae seem less inclined to reinvent themselves than those with major disfigurement, perhaps because the process of deconstruction/reconstruction could not fully conclude.

## Conclusion

The clinical profile of patients who attempt suicide by ballistic facial trauma is counterintuitive, as our study highlights a paradoxical improvement in the quality of life for disfigured patients. The surgical journey allows them to progressively reimagine themselves, both literally and figuratively.