

Aspects psychologiques des fracas faciaux

L. Kosakevitch-Ricbourg

Correspondance :

L. Kosakevitch-Ricbourg,
Anesthésiste-Psychiatre,
Service de Chirurgie Maxillo-faciale
et Stomatologie,
Hôpital Jean Minjot, CHU Besançon,
25030 Besançon Cedex.
bricbourg@chu-besancon.fr

Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Jean Minjot, CHU de Besançon.

Summary

The anatomic lesions resulting from facial trauma have serious psychological implications. The topic can be divided into three parts. First, the psychological trauma begins by a simple conception of the psychic structure. Secondly, an external crust protects an inner structure whose role is to maintain a vital function and a pleasure function. Thirdly, the face materializes these two functions. Facial trauma totally disrupts the external crust with staggering psychic implications, releasing the archaic process of survival. After this initial event, a second step is required where the trauma is interiorized leading to a highly variable clinical course which involves recovery, disturbed memory, and a depressive syndrome. The clinical manifestations and possibilities for preventing the post-commotional syndrome are also discussed together with the psychological disorders implied with facial traumatism: disorders linked to the perception of the face, esthetic damage, neurological and sensorial disorders. The course is basically linked to the personality of the patient.

Keywords: Facial injuries, Psychology, Maxillofacial surgery.

Kosakevitch-Ricbourg L. Psychological aspects of facial trauma. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006;107:273-282.

Indissociables des blessures physiques, les perturbations psychologiques, associées à celles du traumatisme crânien, vont conditionner tout le vécu de l'accident et de ses suites, de manière indélébile. Les conséquences peuvent en être beaucoup plus sévères que l'atteinte organique elle-même. Le blessé devra accepter l'inacceptable, intégrer, puis dépasser son traumatisme. L'évolution sera longue (habituellement 2 à 5 ans) souvent en dents de scie, ponctuée par les interventions chirurgicales. De multiples facteurs vont s'intriquer, liés à sa

Résumé

Les perturbations psychologiques d'un traumatisme sont indissociables des blessures physiques. L'exposé est présenté en trois parties successives : le traumatisme psychique débute par une conception simple de la structure psychique ; une écorce extérieure protège une structure interne dont le rôle est de maintenir une fonction vitale et une fonction de plaisir ; la face matérialise ces deux fonctions. Le traumatisme va faire éclater l'écorce extérieure. Dans les premiers temps, existe une sidération psychique libérant des processus archaïques de survie. Dans un second temps, le traumatisme devra être digéré et l'évolution sera extrêmement variable : guérison, blessure mnésique, évolution vers une pathologie dépressive ou rarement un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). La deuxième partie présente le syndrome post-commotionnel avec ses manifestations cliniques et les possibilités de prévention. La troisième partie expose les troubles psychologiques spécifiques liés aux atteintes faciales : troubles liés à la perception du visage, atteinte esthétique, troubles neurologiques et sensoriels. L'évolution est moins liée à la réalité de l'atteinte faciale qu'à la personnalité du sujet.

Mots-clés : Traumatisme facial, Psychologie, Chirurgie maxillo-faciale.

pathologie, à sa personnalité et son entourage. L'accident ne touche jamais la victime seule, mais toute sa famille.

La chirurgie maxillo-faciale et la stomatologie traitent les blessures les plus intimes et les plus subtiles du corps humain. Le visage est le support de l'identité extérieure et intérieure, de la dignité et de la vie relationnelle. Il ne peut être lésé sans atteinte psychologique profonde.

Pour une meilleure compréhension nous diviserons ce texte en trois parties : le traumatisme psychique, le syndrome post-

commotionnel et les troubles psychologiques spécifiques liés aux atteintes faciales.

Le traumatisme psychique

Étymologiquement, il s'agit de la blessure de l'âme.

Structure psychique

Les conceptions psychiatriques sont trop variées en ce qui concerne la structure et la pathologie mentale et nous n'entrerons pas dans ces considérations, nous bornant à donner une base schématique, imagée et simple (peut-être simpliste), ne faisant appel à aucune théorie, pour permettre une approche clinique pratique du blessé.

Assimilons le « corps psychique » à une sphère, munie d'une armature extérieure qui assure son individualité et la protège du milieu extérieur, que nous appellerons le Réel. L'intérieur, régulé par l'individu selon ses mécanismes psychiques propres, assure son homéostasie interne.

L'écorce extérieure, plus ou moins rigide, déformable, adaptable, se fabrique au cours de la vie, dès la plus petite enfance. Des phénomènes psychiques vont former un écran, un « pare-choc » à l'encontre des excitations, préservant l'unité de l'individu. Cette écorce est plus ou moins solide et efficace selon les sujets. L'écorce assure plusieurs fonctions :

- le maintien de l'intégrité de l'individu, dans son unité physique, grâce à des processus vitaux de survie, et l'unité psychique de son identité. Elle met en jeu divers circuits physiologiques de protection, intimement liés aux mécanismes biologiques du stress ;
- elle filtre et adapte les stimuli extérieurs pour les rendre intelligibles et acceptables pour l'individu. Reliée à une mémoire traumatique, elle code les informations en vue d'une adéquation émotionnelle et comportementale avec les événements. Comme chacun sait : « chat échaudé craint l'eau froide » ;
- elle est l'interface entre la structure profonde et l'extérieur, elle assure une fonction tampon, donnant le temps et les possibilités à la structure interne de s'adapter aux événements ;
- sa fonction de relation avec l'extérieur la rend porteuse non seulement de l'identité profonde du sujet, mais aussi de son image, tant corporelle que psychique. Elle représente ainsi la « façade » de l'individu, qui, chez certaines personnalités mal structurées, tient lieu d'identité d'emprunt ;
- sa fonction symbolique est matérialisée par différentes régions et fonctions corporelles, où la face tient une place prépondérante. Porteur de l'identité, le visage est aussi l'image

extérieure de l'individu et le support de toute vie relationnelle. Son atteinte met toujours en jeu les mécanismes de défense les plus profonds.

Spontanément, la structure externe peut être fragilisée de diverses façons [1, 2]. Elle peut être rigide, cassante, avec des solutions de continuité. Sa rigidité extrême la rend peu adaptable et sa porosité la rend perméable au Réel qui peut faire facilement effraction dans l'individu. C'est le domaine de la psychose, le sujet se réfugie dans le délire. Elle peut être rigide, maintenant une bonne protection, mais manquant de souplesse adaptative. C'est le fait des personnalités fortes, longtemps bien adaptées en apparence tant que le milieu ambiant s'y prête, mais qui s'effondrent parfois définitivement à l'occasion d'un événement auquel elles n'ont pas la capacité de s'adapter. Ces cas sont illustrés par La Fontaine, dans la fable *Le Chêne et le roseau*. Elle peut être poreuse, fragilisée, fissurée, dépensant une énergie extrême pour se maintenir en état, elle se rompt sous l'effet d'un choc modéré. C'est la situation des personnes soumises à une pression extérieure trop forte, pendant trop longtemps (stress traumatique chronique). Enfin elle peut être inconsistante, immature, inefficace, c'est l'écorce fragile des personnes qui n'ont pas pu se structurer en affrontant les traumatismes correspondant à leur âge, soit qu'ils aient été trop « couvés », ou au contraire insuffisamment accompagnés.

La structure interne assure, schématiquement, deux fonctions :

- une fonction vitale, qui concerne le maintien de l'intégrité de l'écorce. Les métabolismes internes sont dirigés vers la réparation des gros dommages ;
- une fonction de plaisir qui, pour s'épanouir, nécessite d'abord l'intégrité de l'écorce. Il s'agit du plaisir au sens large, plaisir de la vie.

Ces deux fonctions étant, bien entendu, étroitement liées. La face matérialise aussi bien les fonctions psychiques vitales que les fonctions de plaisir, et tout particulièrement la bouche et les dents, première structure relationnelle de l'enfant. Profondément ancré dans la biologie, son fonctionnement est indissociable des phénomènes physiologiques. Au cours de son évolution phylogénique et personnelle, Psyché accomplit une maturation progressive qui l'individualise de Soma. Ses liens précis avec Soma sont affaire d'écoles. Mais en matière de traumatologie, prenons garde à ne jamais séparer Psyché de Soma, ils en dépendraient l'un et l'autre... Se manifestant par ses trois composantes émotionnelle, cognitive et comportementale, elle est structurée par le langage et comprend des processus conscients et inconscients. Pour assurer l'homéostasie du système, Psyché emprunte les chemins de son choix, ou, pour être plus précis, ceux qui sont à sa disposition. On peut

ainsi parler de « paysages internes » propres à la personnalité de chacun : plus ou moins tourmentés, à la circulation plus ou moins aisée, où des aménagements nouveaux seront plus ou moins onéreux pour l'économie du système. En cas de traumatisme grave, il faut pouvoir innover et réaménager son territoire, cela coûte de l'énergie et peut prendre beaucoup de temps. Parfois, cela s'avère impossible.

C'est ainsi qu'une atteinte du visage va d'abord mettre en jeu des mécanismes urgents destinés au maintien de l'écorce, que suivra une phase de réadaptation interne, toujours lente, à l'évolution souvent imprévisible.

Le traumatisme

L'individu passe son temps à s'adapter au milieu ambiant, l'aménageant, l'interprétant, filtrant les événements selon un code qui lui est propre. Il est assez juste de dire que la réalité extérieure n'existe pas pour Psyché, seule la réalité interne lui importe, sauf lorsqu'il n'est plus possible de composer avec ce Réel, parfois impitoyable.

« - Maman, je veux un bonbon

- Non, c'est l'heure du dîner

- Un tout petit, s'il te plaît... »

Une adaptation des deux sujets va suivre ce court dialogue, on peut en imaginer toutes les péripéties...

En traumatologie, plus aucun compromis n'est possible avec le Réel, Psyché est blessée en même temps que Soma.

Les blessures psychiques

Comme en traumatologie somatique, on peut distinguer diverses lésions et décrire les fractures primaires ou secondaires et les contusions de l'écorce. Par analogie avec les TC, on individualisera des troubles commotionnels de la structure interne caractérisés par leur évolution imprévisible.

Fracture primaire

C'est la confrontation directe avec la mort, la sienne ou celle d'autrui, dans sa réalité brute, sans interposition cognitive, ni verbale. Elle est marquée par la peur, l'imprévisible, l'effroi, l'impuissance et l'indicible. Dans la mesure où il n'existe pas de représentation psychique de la mort, elle ne peut être reliée à d'autres représentations.

Cette intrusion brutale du Réel, violente et incompréhensible, brise la structure externe, s'incruste dans le psychisme, comme un corps étranger, et y séjourne plus ou moins longtemps, entraînant une désorganisation plus ou moins profonde et durable, nécessitant une restructuration ultérieure.

Dans un premier temps, les mécanismes de protection physiologique sont dépassés et la sidération psychique initiale libère des processus archaïques de survie par l'intermédiaire des circuits neuro-biologiques du stress. Cette phase immédiate du stress péri-traumatique est de courte durée, de quelques minutes à quelques heures.

Dans un second temps, les structures profondes interviendront pour intellectualiser et intégrer le traumatisme dans la continuité de vie du sujet, par un processus lent de « digestion », à l'évolution extrêmement variable. Parallèlement à la fracture existe un certain degré de commotion de la structure interne, dont l'importance est difficile à déceler au début. L'évolution dépendra en partie de la gravité du fracas externe, mais surtout de l'organisation de la structure interne concernant la personnalité du sujet et son potentiel de vitalité psychique.

Ainsi, les éléments du pronostic seront donnés par l'analyse des circonstances du traumatisme et de son intensité, de l'importance du stress traumatique et l'examen de la personnalité.

Le traumatisme psychique ne guérit pas totalement, dans la mesure où il laisse une séquelle mnésique dans la mémoire traumatique qui pourra resurgir ultérieurement. Il peut évoluer aussi vers un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ou une pathologie dépressive.

La fracture secondaire

Elle correspond à une fissuration progressive et non un éclatement, d'origine interne. La blessure, essentiellement somatique au départ, s'accompagne d'un traumatisme psychique léger ou rapidement résolutif. Ce sont la gravité des lésions périphériques associées, du traumatisme crânien, l'importance des dégâts faciaux, et plus encore leur portée symbolique ou esthétique, qui vont rompre l'armature psychique du sujet, portant atteinte à son identité, son image et sa vie relationnelle.

La fracture se produit rapidement ou progressivement, sur quelques mois ou années, et atteste de l'impossibilité d'intégrer le traumatisme dans l'économie psychique du sujet. Ses ressources profondes sont dépassées et l'évolution se fait vers une pathologie psychiatrique, psychosomatique ou addictive.

Les contusions psychiques

Elles sont constantes dans tout traumatisme facial... L'importance de la blessure est extrêmement délicate à apprécier au début, et la difficulté du diagnostic repose essentiellement sur le phénomène d'intersubjectivité.

La particularité de ces contusions est d'être souvent méconues, voire méprisées par le corps médical et judiciaire, ce qui constitue un traumatisme secondaire parfois plus important.

En pratique, si la fracture primaire est directement liée à l'accident lui-même, les fractures secondaires sont souvent liées à des facteurs associés aggravants qui parfois vont créer à eux seuls le psycho-traumatisme. Ce sont :

À la phase initiale :

- les blessures associées au fracas facial ;
- les dommages esthétiques : la terreur de la défiguration, la crainte de la cécité...
- l'intervention des secours sur les lieux de l'accident : peur de ne pas être retrouvé, attente des secours, désincarcération, mort ou blessure d'un proche...
- une mention particulière pour les modalités du transport : certains patients transitent par plusieurs hôpitaux avant d'arriver à bon port : « *j'étais un cas désespéré, on ne pouvait pas me soigner, j'allais mourir* » ;
- des paroles maladroites des témoins ou soignants : « *il a plus de visage* », « *oh quelle horreur !* », « *s'il s'en sort ce sera un miracle* », ou au contraire « *on a vu pire que vous* »...
- le séjour en réanimation est souvent vécu comme un traumatisme.

Les attaches : Claude dira : « je me croyais dans un camp, on faisait des expériences sur moi ». Cette notion de tortures est rapportée assez fréquemment par les patients.

Le blocage inter-maxillaire, l'intubation, la trachéotomie et les soins de trachéotomie (l'aspiration est vécue comme un étouffement ou un arrachement). Selon Meftah : « Le directeur de l'hôpital venait m'étouffer avec une capsule de bière, il était avec son pitbull ».

Les délires en réanimation, où se mêlent la réalité avec des restes de drogue, le traumatisme crânien et la sédation. Les patients en gardent des souvenirs précis, consolateurs ou terrifiants. Des expériences de dédoublement, d'au-delà : « J'ai vu Saint-Pierre, il avait une grande barbe, il m'a dit de revenir vers mes enfants », des visions de tunnel, de lumière, de personnages morts...

À titre d'exemple, citons le récit dans un style humoristique que nous en fait Romain P.

« Je prends un bain de soleil, allongé sur le rebord d'une fenêtre au cinquième et dernier étage d'un HLM, tout en sirotant un second whisky-café. Il est 10 heures du matin, le 5 février. Les enfants jouent dans la cour de l'école, en bas. Je perds l'équilibre, et je me suspends quelques secondes durant à ce rebord mais je lâche...

Coma... Je me rends auprès d'un chirurgien esthéticien afin de réajuster mon nez légèrement déformé pendant la chute. Le chirurgien en question est un ivrogne. Je passe la nuit en sa compagnie, ainsi qu'avec des amis. C'est glauque ! Nous sommes dans une cité lugubre. Des jeunes paumés lancent des feux

d'artifices indescriptibles avec des mots, des bougies qui crèvent les vitres, des feux envahissant tout le ciel. Enfin, je vais sur la table d'opération. On me retourne la peau du visage, les heures passent. Bien plus tard, on veut me casser une lourde chaise sur le dos afin de clore l'opération. Épouvanté, je refuse. On veut me faire fumer du kif afin de faire passer le coup, mais je refuse toujours. Le chirurgien m'explique que l'on doit impérativement m'arracher une côte afin de la greffer sur mon visage. Je refuse encore. Je suis plus que laid, vraiment monstrueux, à en faire pleurer de rire, mais tant pis. Je quitte l'endroit.

Je me retrouve au SAMU. Je suis considéré comme un fou. Ce que je ne sais pas, c'est que je suis le premier rôle dans un film de Bukowski. Sur mon lit, des chiens de toutes sortes vont et viennent. De leur gueule ouverte jusqu'à l'éventrement, des larves rongieuses sortent. Je m'en saisis et les envoie contre le mur afin de faire un trou et m'échapper. Ma tentative d'évasion échoue car le metteur en scène, préalablement caché sous mon lit, surgit. Appuyant sur un bouton, il m'empêche décidément d'avancer. On n'arrête pas de me piquer avec des drogues inconnues et surpuissantes. Si j'arrête d'en prendre, mon cerveau se transforme en bouillie.

J'ai vécu des centaines d'autres histoires mais impossible de toutes les relater.

Convalescence... Je peux de nouveau parler, grâce à une trachéotomie avec canule vocale, bien que j'aie la mâchoire bridée. Je demande soudain à mes parents de me procurer absolument de la drogue dure.

Ils s'interrogent puis rient. Ils comprennent que je réchappe tout juste d'un délire. »

Précisons que Romain est auteur de pièce de théâtre et comédien. À court terme :

- les interventions chirurgicales, la prise de conscience de dégâts irréversibles, immobilisations, l'affolement familial ;
- les premières confrontations au miroir : « *je suis un monstre* ».

Le stress traumatique [3-8]

Terminologie

Selon le *Robert*, le stress est un emprunt à l'anglais qui a d'abord signifié épreuve, affliction, puis couramment « pression, contrainte, surmenage »... La notion de stress, proposée en anglais par l'endocrinologue canadien Hans Selye en 1936 appartient d'abord au domaine de la biologie et de la psychologie. En français, le mot désigne la réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation.

En psycho-traumatologie, les auteurs francophones insistent sur la nécessité de bien distinguer stress et traumatisme [3].

Le stress péri et post-traumatique

Le stress est la réaction psycho-comportementale et biologique au traumatisme psychique.

- La réaction biologique : elle se fait en deux temps, elle est responsable de manifestations neurovégétatives intenses. La première réponse à l'agression est une activation du système nerveux. La libération d'adrénaline par la médullo-surrénale est immédiate, avec ses signes neurovégétatifs : tachycardie, sudation, pilo-érection et anxiété. Une redistribution de la masse sanguine vers le cerveau et les muscles rend compte de la vasoconstriction périphérique et de la sensation de froid. Les réponses hormonales (contre agression) mettent en jeu l'axe hypothalamo-hypophysaire (CRF et ACTH) entraînant la libération des glucocorticoïdes surrénaliens. L'activation de divers systèmes de neurotransmetteurs (sérotonine, acétylcholine, GABA) va moduler à leur tour la réponse à l'agression (comme facilitateurs ou inhibiteurs) et activer les récepteurs périphériques et centraux. La sécrétion d'endorphine inhibe la douleur dans un premier temps. L'activation des différentes structures cérébrales (principalement le complexe amygdalo-hippocampique) va permettre une adaptation psychique et comportementale ou au contraire, conduire à un état de désorganisation.

- Les réactions psychologiques comportementales immédiates : le comportement peut être parfaitement adapté : « *j'ai sorti mon fils de la voiture, je sentais rien... j'ai eu mal dans l'ambulance* ». Mais il existe toujours un état modifié de conscience. Il peut être vécu comme un état d'extrême lucidité supérieure à la normale, permettant d'accomplir les gestes utiles, ou comme : « *un trou noir, j'entendais tout mais j'étais pas là* ». Souvent il peut s'agir d'un état de dissociation péri-traumatique : « *il y avait le SAMU, c'était comme dans un film* », « *je voyais ce qu'ils me faisaient, mais j'étais à côté* », « *j'avais pas mal, c'était pas moi* ».

L'état modifié de conscience s'accompagne d'une distorsion du temps, de l'espace et des perceptions, propres aux états hypnotiques : les événements se déroulent au ralenti ou au contraire avec perte de la notion de temps, perte de la notion d'environnement où seuls certains détails sont perçus, modification des perceptions corporelles, des bruits...

La durée et l'intensité de ces troubles sont très variables.

Trouble, état de stress aigu : les critères diagnostiques du DSM- IV [9]

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés

de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) *des symptômes dissociatifs* suivants :

- 1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
- 2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex : « *être dans le brouillard* ») ;
- 3) une impression de déréalisation ;
- 4) une impression de dépersonnalisation ;
- 5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex. : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestation d'une activation neurovégétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

PSTD/ESPT

Au-delà de 3 mois d'évolution, on considère qu'il s'agit d'un état chronique, le PTSD (*post-traumatic stress disorder*) ou ESPT (état de stress post-traumatique).

Dans les cas plus favorables qui sont de loin les plus fréquents

La guérison survient spontanément en dehors de facteurs de gravité, souvent après une phase de régression psychique ou de repli sur soi.

Les facteurs de risques sont :

- les blessures physiques, particulièrement du visage,
- les réactions de l'entourage et les démêlés judiciaires,
- les facteurs de gravité des syndromes dissociatifs.

Ailleurs, l'évolution se fera vers une pathologie psychiatrique, dépressive, psycho-somatisme ou conduites addictives.

En pratique :

- Les états de stress aigus ne concernent que les fracas faciaux au traumatisme crânien léger. Les signes neuro-végétatifs, non spécifiques sont rapidement résolutifs sous sédation, dès la phase de transport.

- La reviviscence de l'événement traumatique et l'évitement, signes spécifiques, représentent psychologiquement, des tentatives de guérison. Le sujet revit son traumatisme, inlassablement, comme un disque rayé, espérant le « métaboliser ». Quant à l'évitement, il représente une fuite. Ces deux symptômes peuvent se retrouver dans les fracas faciaux au sortir de réanimation, mais généralement sous forme atténuée ; il faut donc impérativement les rechercher et les traiter sinon on peut être stupéfait de leur persistance 10 ans après.

- Cependant, il ne s'agit pas dans ces cas de véritables PTSD selon les critères du DSM-IV. Ce syndrome impressionnant est heureusement rare. Bien que certaines études avancent des chiffres jusqu'à 40 % dans les AVP [3] cela ne correspond absolument pas à notre pratique.

- Un sujet, très controversé, concerne la possibilité de survenue de PTSD après un coma. De nombreux auteurs pensent que le coma effaçant le souvenir du traumatisme, protège du syndrome ; d'autres avancent la théorie de l'existence de deux mémoires traumatiques différentes selon la structure neuro-anatomique mise en jeu [10]. Pour notre part, nous avons observé que dans les TCG le coma jouait effectivement un rôle protecteur, mais ne préserve pas d'un syndrome dépressif sévère ultérieur.

Cependant, nous avons également vu un fracas facial associé à un TCG, victime d'une tentative d'homicide volontaire par barre à mine, resté 2 mois avec des troubles de conscience, retrouver quelques souvenirs éclairés avec constitution retardée d'un syndrome de stress aigu. Ses souvenirs fragmentaires ont néanmoins permis d'identifier l'agresseur.

- On observe aussi des traumatisés crâniens, présentant une amnésie totale de l'accident et des heures précédentes, rester immobiles à la sortie de réanimation, le regard fixe, en proie à une anxiété confiant à l'état de panique : « *je pense à l'accident* ».

Le syndrome post-commotionnel

Le fracas facial peut être associé à un TCG mais plus souvent à un TCM ou un TCL. Les lésions cérébrales correspondent alors à des lésions axonales diffuses

Les conséquences neuropsychologiques des altérations cérébrales diffuses sont cognitives, neuropsychologiques et comportementales.

Le ralentissement de la vitesse de l'information se traduit à plusieurs niveaux :

a. Primaire

- Désordres attentionnels
- Diminution de l'empan
- Troubles de la concentration
- Difficultés pour suivre
- Troubles de la mémoire de travail
- Lenteur des réponses

b. Efficience intellectuelle et cognitive

- Discrets troubles de la communication
- Troubles de la mémoire
- Discret manque de fiabilité
- Conséquences neuropsychologiques

c. Altération émotionnelle

- Anxiété
- Fatigue
- Irritabilité
- Perplexité
- Réponses phobiques
- Dépression
- Désintérêt
- Manque d'estime de soi

d. Modifications comportementales

- Apparition de traits obsessionnels compulsifs
- Retrait social

La moitié des traumatismes crâniens vus aux urgences avec le diagnostic de TCL vont développer un syndrome post-commotionnel.

L'histoire naturelle des TCL est celle d'une évolution spontanément régressive en 3 mois. Une sous-population, la « malheureuse minorité », estimée à 20 %, évoluera différemment. Notre capacité à prédire ceux qui feront partie de tel ou tel groupe est faible (définition imprécise, classification insuffisante).

En cas de traumatisme crânien léger, lorsque la récupération ne survient pas dans les 3 mois, on doit rechercher d'autres facteurs. Ils sont de trois ordres :

- le blessé ne présente pas un traumatisme crânien léger mais modéré (PTA = 1-24 heures) ;
- le délai de récupération peut être dû à un syndrome post-commotionnel, à des désordres émotionnels ou les deux plutôt qu'à des troubles cognitifs ;
- des facteurs préexistants peuvent interagir avec le traumatisme tels que des traumatismes antérieurs, des troubles neurologiques, un faible niveau d'instruction, l'âge, l'éducation, la capacité d'adaptation émotionnelle.

D'autres facteurs postérieurs au traumatisme peuvent agir sur les performances aux tests (douleurs, médicaments) et la récupération.

Dans le fracas facial, de multiples facteurs aggravants vont contribuer à pérenniser le SPC : le stress traumatique, les lésions périphériques, les atteintes faciales, les douleurs.

En pratique, lors du traumatisme crânien, les lésions axonales sont responsables de signes spécifiques neurologiques transitoires et de signes psychologiques non spécifiques. Ces derniers sont identiques aux désordres psychologiques liés aux facteurs aggravants. Il s'ensuit une intrication de tous ces éléments qui vont s'auto-entretenir mutuellement et former ce tableau clinique particulier des fracas faciaux où chacun des facteurs devra être traité séparément. Il faudra donc :

- réduire précocement les symptômes post-commotionnel physiques, cognitifs et émotionnels,
- expliquer leur cause de façon réaliste,
- suggérer des pistes pour adapter les styles de vie et l'environnement pour réduire les problèmes,
- aider à identifier les signes de stress et les façons de les réduire,
- encourager l'utilisation de stratégies de compensations provisoires pendant la période de récupération,
- renforcer massivement la vraisemblance d'une évolution vers une récupération totale.

La conduite à tenir face aux blessés sera d'informer, expliquer, rassurer et évaluer.

- Informer : dire ce qu'est un traumatisme crânien.
- Expliquer et rassurer : « Vos problèmes sont le reflet d'une efficacité mentale moindre mais transitoire. Vous n'êtes pas devenu stupide. Vos réactions sont des réponses naturelles à l'expérience nouvelle que vous faites de votre inefficacité mentale. »
- Évaluer : les fonctions attentionnelles, les troubles de l'humeur, l'anxiété, les facteurs pré-traumatiques, les capacités de coping.

Des études prouvent l'efficacité de cette méthode : nous présentons au *tableau I* le pourcentage de TCL présentant des symptômes 6 mois après le TC, ayant bénéficié ou non d'informations précoces.

Tableau I
Pourcentage de TCL présentant des symptômes 6 mois après le TC, ayant bénéficié ou non d'informations précoces.

Symptômes	Groupes contrôles	Traités (informés)
Céphalées	86 %	44 %
Fatigue	82 %	47 %
Mémoire	80 %	38 %
Concentration	80 %	29 %
Anxiété	58 %	38 %
Dépression	56 %	27 %
Vertiges	50 %	36 %

En conclusion, le traumatisme crânien ne doit jamais être sous-estimé mais traité précocement.

Nous remercions le professeur Pierre North de l'enseignement qu'il a diffusé lors du DU des traumatisés crâniens et qui nous a permis d'écrire ce chapitre.

Les troubles psychologiques spécifiques liés aux atteintes faciales

On n'observe jamais d'atteinte faciale sans souffrance psychique associée. Même pour les petites lésions, il y aura toujours un temps de « digestion » et un temps d'adaptation. Dans les traumatismes graves, l'adaptation peut être très longue et passer par une phase suicidaire immédiate ou après un temps de latence, quand la tentative d'intégration échoue ou à la suite d'un abandon : « *il veut plus de moi* ». La notion de défiguration est variable selon les individus, mais en dehors des problèmes identitaires et narcissiques que l'on conçoit parfaitement, la notion de laideur physique renvoie à la laideur morale, et fait remonter à la surface toute une trame enfouie de fautes et culpabilités : « *ça se voit* ». Dans la majorité des cas, la blessure psychique sera sensiblement proportionnelle à l'atteinte somatique, sauf en cas de dommage esthétique, lésions dentaires, troubles neurologiques et sensoriels, où elle peut être incomparablement supérieure.

Les troubles liés à la perception du visage

Au début, ils sont constants.

La perte de soi

Les troubles de perception du visage sont toujours présents, de survenue brutale, d'intensité variable (parfois majeure), dont l'origine peut être : des modifications de structure morpholo-

gique, (œdème parfois impressionnant, fractures, matériel d'ostéosynthèse, pertes dentaires, blocage inter-maxillaire), des troubles neurologiques et sensoriels (douleurs, troubles sensitifs, anosmie, troubles visuels, angoisse de mort). Ces troubles peuvent être perçus, selon l'intensité et la personnalité du blessé, comme une perte de Soi, avec un sentiment d'étrangeté, d'être dépossédé de soi, angoisse de mort, perte de contact avec le Réel.

Les atteintes visibles du visage

Elles sont perçues comme une perte de l'image de soi, dévalorisante et anxiogène. Il s'agit d'une profonde blessure narcissique : « *Je suis défiguré* » avec angoisse de mort et de castration.

Les atteintes symboliques

Elles peuvent exister dans tout traumatisme facial, mais se rencontrent plus souvent dans les petites lésions (fracture du nez) ou dans la chirurgie esthétique. Le dommage est minime ou inexistant, mais le sujet ne se reconnaît plus. Ces troubles apparaissent précocement ou secondairement, pouvant prendre une forme délirante d'allure psychotique.

L'atteinte esthétique

Les atteintes unilatérales donnent l'aspect du « bon et mauvais côté », renvoyant à une problématique de bien et de mal, pouvant occasionner des troubles du registre du dédoublement de la personnalité.

Les lésions touchant les endroits stratégiques de la mimique (pourtour des yeux, zone buccale, certaines atteintes frontales) affectent la mimique faciale. Or il s'agit d'un mode de communication et elle entre dans les stratégies de séduction. Il ne s'agit pas uniquement de séduction sexuelle, cela va bien au-delà. Pendant un temps variable, le sujet a la sensation qu'il ne peut plus communiquer. Il croit que tout le monde le dévisage, il a honte de lui et se cache. On rapprochera de ces cas les atteintes « phare » du nez et les lésions dentaires. On a vu des cas suicidaires pour des atteintes d'incisives supérieures. Peut intervenir aussi une notion « d'amputation ». En effet, (comme parfois après une simple extraction dentaire, d'ailleurs) le sujet peut percevoir « *la mort dans ma bouche* ». N'oublions pas que la zone buccale est le premier lieu d'expérience à la fois du besoin vital et du plaisir à la vie.

Les axes de symétrie sont perturbés particulièrement dans les fractures maxillo-malaires, de l'arcade zygomatique et du cadre orbitaire. Lors de notre étude rétrospective sur les fracas faciaux, nous avons été frappés par la discordance fréquente

entre l'aspect esthétique « objectif » satisfaisant et les plaintes des patients. Elles sont même parfois étranges et portent à réflexion. Prenons comme exemple M. V., 9 neuf ans d'évolution, de nombreuses ré-interventions, son état est jugé bon. Il le confirme lui-même d'ailleurs, tout en ajoutant : « *mais tous les matins, faut réapprendre à s'aimer* ». Nous pensons que la structure identitaire est liée à la structure du squelette dans le processus de personnalisation [11] et elle comprend des zones vulnérables touchant aux axes de symétrie. Même après réparation satisfaisante, la blessure psychique reste présente et fait dire au patient : « *oui, c'est bien, mais ce n'est pas moi* ». Nous l'avons vérifié en hypnothérapie [12], lorsqu'il s'agissait pour le patient, de faire la paix entre le Moi Droit et le Moi Gauche.

Enfin, l'atteinte esthétique peut atteindre en profondeur l'identité du sujet dans un processus inconscient d'identification familiale : « *ce n'est plus moi* ». Ces cas méritent une attention particulière, surtout lorsque objectivement, le dommage semble minime, voire inexistant. Nous citerons pour exemple le cas d'une jeune femme au nez particulièrement disgracieux, victime d'un accident de la circulation où le responsable prend la fuite, sans lui porter secours, et elle reste bloquée dans son véhicule. Elle souffre d'une légère fracture du nez non déplacée, mais qui est très hémorragique. Il s'ensuit un grand état d'anxiété, son nez est « épouvantable » et elle va trouver un plasticien. Le résultat est moyen, l'anxiété s'accroît : « *il m'a ratée* », et elle s'adresse à un autre praticien. Le résultat est parfait, mais la jeune femme sombre dans un état quasiment psychotique, et porte plainte contre le premier plasticien : il lui a retiré le nez de sa grand-mère (qu'elle détestait d'ailleurs, mais ce nez disgracieux signalait son appartenance au clan familial). Par contre, elle ne garde aucune rancune contre le responsable de l'accident, qui a été retrouvé. Bien que cela soit hors propos, nous évoquerons la possibilité de ces phénomènes dans les demandes de chirurgie esthétique qui tournent à la catastrophe malgré le bon résultat.

Chez la personne âgée, la profondeur de la blessure psychique liée aux atteintes esthétiques est régulièrement sous-estimée, alors qu'il s'agit d'un problème vital : « *ma petite fille ne voudra plus m'embrasser* ». Ce fait est d'autant plus facilement méconnu qu'une grande pudeur retient toute plainte ou demande. « *S'excusant déjà de n'être pas plus loin* », comme dans la chanson de Jacques Brel, le sujet laisse son sort suspendu au verdict familial.

Mme B., confuse d'être surprise, camoufle subrepticement une petite trousse de maquillage sous son drap, juste avant « *l'heure des visites* ». Le regard humide, mais la bouche timidement souriante, elle avoue : « *c'est l'art d'accommoder les restes* ».

Elle attend chaque jour une visite de son fils... visite qui n'est jamais venue.

Les troubles neurologiques

Nous n'envisagerons pas ici les troubles moteurs, qui sont évidents, mais les atteintes sensitives. Qualifiés de « simples paresthésies », ils sont perçus en permanence et perpétuent le traumatisme initial « *mon visage est mort* », « *je vis avec la moitié de mon visage* », « *c'est comme une toile d'araignée, je les enlève sans cesse de ma figure* », « *j'ai toujours mon mouchoir à la main, je sens mon nez qui coule. Je regarde dans la glace pour voir que c'est pas vrai* ». Il faut parfois bien du temps pour s'y habituer.

Les paresthésies et les douleurs neuropathiques, en dehors de la difficulté parfois du traitement médical, entretiennent, elles aussi le traumatisme psychique, le syndrome post-commotionnel (SPC) et attisent la haine : « *il dort bien lui, c'est l'assurance qui paie, moi, je suis foutue* ».

Le danger de ces douleurs est de favoriser un ancrage somatique aux troubles psychiques.

Les troubles sensoriels

Les troubles visuels et auditifs ne seront pas abordés pour se pencher uniquement sur les anosmies. Elles sont plus fréquentes qu'on ne le pense mais diversement vécues. Lorsqu'elle est complète, le sujet « mange du plâtre » et se trouve coupé du monde ambiant par la perte des repères olfactifs, ce qui réduit bien entendu les plaisirs de la vie. Mais la blessure psychique est plus subtile, donnant une sensation de trouble de communication : « c'est comme un silence », pouvant être vécue sur un mode insécurisant : « je sens plus le danger ». On connaît le rôle de l'odorat chez l'animal, tant sur le plan vital que sexuel, et l'analyse magistrale qu'en fait Patrick Suskind dans son roman *Le parfum* [13].

Elle peut être aussi frappée par le déni, le sujet ne veut pas savoir. M. L. est péremptoire : « moi je sens rien du tout avec le nez même quand ça brûle mais je sens très bien le goût. Si, il faut me croire ». Son fils s'écrit alors : « mais pourquoi toujours reprocher à la mère de mal cuisiner, c'est très bon ce qu'elle fait » « ça, mon fils, c'est parce que la femme doit faire de bons petits plats pour son mari, c'est son devoir. Elle s'occupe pas assez de moi ».

L'évolution

À notre sens elle est moins liée à la réalité de l'atteinte faciale qu'à la personnalité du sujet et particulièrement à la bonne structuration de son identité de base. L'équilibre de l'individu

est lié à la sensation de stabilité, et par là de sécurité, qu'il perçoit de son environnement. Il dépend de son identité intrinsèque et de la reconnaissance qu'il reçoit de ses semblables.

L'identité de base est ancrée dans la biologie et les perceptions corporelles. Se développant au cours de la vie par un processus nommé *personnation* [14], c'est la faculté qu'a l'individu à se percevoir lui-même comme existant, dans un processus de continuité, et qui assure sa stabilité. Solidement établie, elle reste indépendante de l'image extérieure que le miroir ou ses semblables lui renvoient. Subissant des aménagements nécessaires au cours des crises existentielles naturelles : puberté, grossesse, vieillissement..., elle est mise à rude épreuve lors des traumatismes, particulièrement ceux qui touchent la face. On sait que symboliquement, le visage est porteur de l'identité. Cette identité intrinsèque est faiblement structurée chez bon nombre d'individus. À la perception de soi, se substitue l'image de soi [15] : l'image scopique du miroir et les identités d'emprunt : « *je suis belle* », « *je suis chef d'entreprise* »... C'est ainsi que l'on s'étonne parfois de l'impact déstructurant de certains traumatismes qu'on juge modérés, particulièrement faciaux, et de l'effet dévastateur qu'ils produisent.

L'autre facette de l'identité est la reconnaissance par les semblables (et de la famille proche dans l'enfance), où l'individu se structure selon un processus de *personnalisation*, qui va lui conférer son statut de personne humaine, avec sa dignité. Cette dignité humaine est parfois fragile, voire absente dans certaines structures, et se confond avec le statut social. Là encore, le visage est porteur de l'identité humaine, et le sujet se déstructure lorsqu'il « *perd la face* ».

Certaines personnalités sont dépourvues d'identité propre et leur conception de la dignité humaine est inappropriée. Ces individus confondent la stabilité identitaire que confèrent les relations interhumaines avec la garantie des institutions. Ils vivent sur un mode paranoïaque toute atteinte à leur personne et à leurs droits, et on les rencontre en expertise, au cours d'interminables péripéties judiciaires.

Enfin, quelle que soit la solidité de notre ancrage identitaire, nous sommes tous sujets à la voir basculer. Nul n'échappe aux pressions extérieures, identité et dignité sont sans cesse remises en question. Pour notre stabilité, nous aspirons à « *être compris* » et « *être reconnus* » par nos semblables, qui nous permettent ainsi une lecture intelligible des faits de notre vie. C'est ainsi que la reconnaissance du traumatisme psychologique par le médecin sera un facteur d'évolution favorable pour la victime. Pour se reconnaître eux-mêmes, la plupart des individus ont besoin d'être reconnus par l'autre, afin de pouvoir assurer leur processus de restructuration.

Conclusion

Les troubles psychologiques et cognitifs ne doivent jamais être sous-estimés ni négligés dans les fracas faciaux. Cela nécessite une prise en charge spécifique, indissociable du traitement chirurgical. Tout l'avenir du patient en dépend.

Références

1. Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. Privat Ed, Toulouse, 1979.
2. Bergeret J, Reid W. Narcissisme et états limites. Collection : Inconscient et culture. Dunod Ed, Montréal, 1986.
3. Jehel L, Lopez G. Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement. Dunod Ed, Paris, 2006.
4. Audet J, Katz JF. Précis de victimologie. Maloine Ed, Paris, 1995.
5. De Clercq M. Les traumatismes psychiques. Masson Ed, Paris, 2001.
6. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob, Ed, Paris, 1999.
7. Lopez G, Bornestein. Victimologie clinique. Maloine Ed, Paris, 1995.
8. Thurin JM, Baumann N. Stress, pathologies et immunité. Medecine science Flammarion Ed, Paris, 2003.
9. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson Ed, Paris, 2003.
10. McMillan TM. Post traumatic stress disorder after minor traumatic brain injury. *In*: Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers. Solal Ed, Marseille, 2004:105-14.
11. Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil Ed, Paris, 1984.
12. Erikson MH. Ma voix t'accompagnera. Hommes et groupes Ed, Paris, 1986.
13. Suskind P. Le parfum. Histoire d'un meurtrier. Poche Ed. Paris.
14. Racamier PC. De psychanalyse en psychiatrie. Payot Ed, Paris, 1979.
15. Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fondation du Je. *In* : Écrits, Seuil Ed, Paris, 1966: 93-100.