

Mémoire de fin d'études
DSAA Design d'illustration scientifique
École Estienne

Cassandra Vion
2018-2019

à visage dé construit

Avant-propos

— Et qu'est-ce que tu fais sinon dans la vie ?

— *Je suis étudiante en Illustration scientifique.
Je prépare mon diplôme cette année.*

— Cool ! Ça a l'air intéressant, c'est quoi ton sujet ?

— *Je suis en partenariat avec un chirurgien de l'Hôpital Necker
qui fait partie du service de chirurgie maxillofaciale et plastique.
Je vais illustrer une opération très particulière que leur équipe
pratique là-bas.*

— C'est spécifique dis donc. Il y a plein d'autres domaines
en sciences, pourquoi t'as choisi ça ?

— *Le milieu médical m'a toujours énormément intéressée,
j'étais d'ailleurs super heureuse d'avoir des cours d'anatomie
et de neuroanat quand je suis entrée dans la formation.
La promo de l'an dernier a réalisé un projet avec le même
chirurgien et une de nos profs d'atelier nous a expliqué qu'il avait
plein de propositions pour un éventuel stage, voire un sujet
de diplôme. J'ai sauté sur l'occasion !*

— Et cette opération, elle consiste en quoi ?

— *Eh bien... c'est une intervention de chirurgie cranio-faciale
pédiatrique qu'on appelle le monobloc et...*

— Ah ! C'est sur des enfants ? Dur...

— *Oui, c'est pas une opération fréquente mais elle est parfois
nécessaire pour corriger les malformations dues à certains
syndromes, comme celui de Crouzon.*

— Connais pas... qu'est-ce que c'est ?

— *Une maladie congénitale qui cause principalement
une craniosynostose, un mot barbare pour dire que les sutures
du crâne se sont soudées trop tôt. Du coup, le cerveau n'a plus
la place de se développer parce que, dans ce cas là, la face
ne grandit plus. Les signes les plus caractéristiques sont
des yeux assez exorbités, un front large et l'impression
d'une mâchoire prognathe.*

— Horrible... Pardon, enfin ça doit pas être facile à vivre.

— Pour sûr, mais au-delà de l'esthétique c'est surtout qu'il y a pas mal de risques vitaux lorsque l'enfant grandit, comme l'hypertension intracrânienne qui peut provoquer des lésions, ou le cervelet qui peut être carrément poussé vers la moëlle épinière. C'est là que l'intervention monobloc est intéressante. On va venir scier et détacher le front et la face du reste du crâne, puis poser des distracteurs au niveau des tempes, qui, après l'opération, seront actionnés chaque jour pour faire avancer la face d'un millimètre. Ça dure plusieurs semaines, pour permettre à l'os de se reformer progressivement...

— Et tu vas devoir assister aux blocs opératoires ?

— Bien sûr ! De toute façon c'est tellement spécifique qu'il n'existe pas vraiment d'illustrations sur le sujet pour l'instant.

— ... Je sais pas comment tu fais, moi j'y arriverais pas.

— Je comprends, je fais souvent face à des réactions plus extrêmes que ça tu sais ! Les gens sont facilement effrayés ou dégoûtés, c'est pas évident de parler de chirurgie.

— C'est surtout que là ça touche au visage... celui d'enfants en plus. Ils vont devoir construire leur identité autour de cette figure, c'est quand même une grosse responsabilité pour le chirurgien !

— C'est marrant que tu en parles, c'est justement tout ce que j'ai décidé d'aborder dans mon mémoire...



Les Yeux sans visage,
Georges Franju, 1960.

Introduction

Dans *Les Yeux sans Visage* de Georges Franju, Christiane ne peut supporter de croiser son reflet, que ce soit celui de son visage défiguré à la suite d'un accident ou celui du masque sans vie qui le recouvre. Tout la renvoie à cette figure altérée, cette identité à jamais perdue. L'ancienne Christiane n'est plus, et ne pourra plus jamais être, comme son père, éminent chirurgien, le lui fait bien comprendre. Après avoir simulé sa mort, il tente, à l'abri des regards, de lui greffer le visage de belles jeunes femmes enlevées par son assistante. Suite à de nombreux échecs, une des opérations semble enfin fonctionner, et ce visage qui ne lui appartient pas devient synonyme d'une toute nouvelle vie, sans espoir de retrouver, pour Christiane, son époux et son existence passée. L'acte chirurgical est ici fantasmé dans cet univers sombre, où le visage se transpose comme un simple masque d'un corps à l'autre, solution miraculeuse à tous les problèmes et immédiatement opérationnel sur le receveur.

Finalement, la greffe ne tiendra pas, et toutes les vaines tentatives du Docteur Génessier pour réhabiliter sa fille soulève de nombreuses questions autour du visage difforme et la nécessité d'y intervenir. Recouvrir une normalité physique serait ici la condition indispensable pour accéder au bonheur. Christiane est en effet dévastée par ce qui lui est arrivé, mais tout au long du film, c'est son père qui se montre le plus déterminé, voire obsédé, par ces interventions de reconstruction, qui ne sont pas même d'ordre vital. Le cas de sa fille devient un défi personnel, au détriment de son ressenti, car Christiane ne supporte plus la multiplication des opérations et exprime même le souhait que son père cesse ses expérimentations.

L'œuvre de Franju nous permet d'introduire de nombreuses problématiques comme la dimension identitaire du visage, le regard porté sur une figure difforme ou encore la légitimité du chirurgien à décider pour le patient de la normalité à laquelle aspirer. Et que ce soit face à la défiguration ou la difformité innée, est-il possible de construire un visage ?

Il s'agira dans un premier temps de définir le visage et son rôle indispensable dans notre rapport à nous-même, à autrui et au monde, que ce soit ses fonctions physiologique, sociale et toutes les informations et idées qu'il peut véhiculer. Nous aborderons ensuite la difformité de la face sous ses différentes formes. Il sera intéressant de confronter les différents regards portés sur un visage difforme et le vécu de l'individu, mais également d'interroger la nuance entre anomalie et anormal pour justifier l'intervention chirurgicale. Il faudra néanmoins garder à l'esprit les limites d'une telle aspiration à la norme. Dans un troisième temps, il s'agira de revenir sur l'évolution de la chirurgie du visage, des avancées permises avec les gueules cassées jusqu'à la naissance de la chirurgie cranio-faciale grâce à Paul Tessier. Cette introduction nous mènera aux responsabilités actuelles du chirurgien, entre enjeux esthétique et thérapeutique, et à la transmission indispensable des progrès médicaux par le biais universel de l'illustration.

**Ce mémoire sera ponctué par des extraits
d'entretien avec mon partenaire,
le D^r Roman Hossein Khonsari qui travaille
au service de chirurgie maxillofaciale et
plastique de l'Hôpital Necker - Enfants Malades.**

Sommaire

«Je» suis un visage	8
Pôle de (re)connaissance	10
Ma figure façonnée	11
Ma face sensible	13
Mon visage et les autres	15
Reflet de l'être	18
Sacralisation	19
Recherche de soi	24
 Face au difforme	 28
Une difformité polymorphe	30
De multiples regards	33
Le tabou social	34
L'entourage démuni	37
L'individu en souffrance	39
Aspirer à la normalité	42
Anomalie et anormalité : une frontière difficile à établir	43
La dangerosité de la norme	45

Intervenir	48
Évolution des chirurgies « céphaliques »	50
Le crâne	51
La face	53
Briser les frontières	54
Illustrer pour transmettre	58
Une tradition à transcender	59
De nouveaux supports	62
Revaloriser la chirurgie	64
Conclusion	69
Remerciements	70
Restitution des œuvres	72
Bibliographie	74

«Je»

est

● un

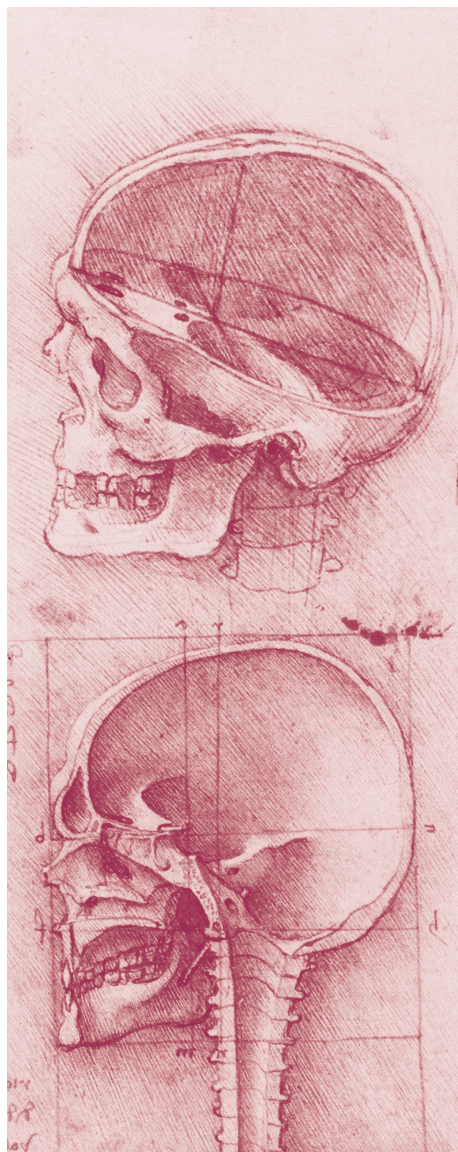
vis

Le visage est la partie la plus nue de notre corps
et dans la majorité des sociétés il est le seul
à ne jamais se couvrir. Je m'offre à voir aux autres
à travers lui. Mais qu'est-ce qui fait que, grâce à lui,
je me distingue d'autrui?

visage

Pôle de (re) connaissance

Les différents éléments du visage peuvent couvrir un large spectre de possibles et une multitude de combinaisons correspondant à autant d'individus. Toutes ces caractéristiques trouvent leur origine dans notre code génétique. Dès la conception, la fusion des gamètes de nos parents conditionne ce visage qui sera nôtre. Mais le visage est également façonné par la fonction. Il est le reflet combiné de notre hérédité et de notre histoire personnelle.



Crâne, vue latérale,
Léonard de Vinci, 1489.

Ma figure façonnée

Notre crâne abrite le centre opérationnel de notre corps: indispensable à notre fonctionnement, le cerveau est à l'origine de tout influx nerveux contrôlant notre système végétatif ou conscient. En guise de protection, il est recueilli dans la boîte crânienne. Elle est composée d'une voûte, ensemble de plaques osseuses séparées à la naissance par des fontanelles qui en permettent la croissance, et d'une base formée de trois fosses crâniennes, où de nombreux orifices laissent passer l'innervation du visage et la vascularisation du crâne. En avant de cette cavité se trouve le massif facial, composé de 14 os, la majorité étant pairs et symétriques. Ces deux zones sont soudées, mis à part la mandibule, et l'ensemble de cette ossature a des rôles à la fois structurels et fonctionnels.

Cette **charpente osseuse** est le premier élément structurant de la physionomie de notre visage. La reconstitution faciale à partir d'un crâne et d'une simulation des tissus mous est d'ailleurs un outil utilisé en paléanthropologie ou encore en médecine légale lorsque d'autres moyens d'identification restent sans succès. Des os zygomatiques protubérants ou encore une mandibule proéminente conditionnent respectivement des pommettes saillantes et un menton volontaire. Le crâne présente également des caractères sexués, comme une arcade sourcilière et une mâchoire plus prononcées chez les hommes, un front plus vertical et des orbites plus larges chez les femmes. Ainsi notre ossature faciale est une base de notre singularité morphologique.

***L'homme tend vers le singe,
la femme vers l'enfant.***

Commentaire de Philippe Comar, professeur de morphologie aux Beaux Arts de Paris, à propos de la morphologie du front chez l'adulte.



*Myologie complète en couleur,
Gautier Dagoty, 1746.*

Par dessus ce squelette viennent s'insérer plus d'une quarantaine de **muscles** dont l'épaisseur façonne davantage nos traits. Aux muscles squelettiques, responsables entre autres des mouvements de la mâchoire, s'ajoutent de nombreux muscles peauciers qui, comme

Pôle de (re)connaissance



leur nom le laisse deviner, s'attachent sur la couche profonde de la peau et se répartissent autour des orifices du visage pour former bouche, narines et paupières. Ce sont ces insertions sous-cutanées qui confèrent au visage sa richesse expressive. Leur action peut être volontaire ou réflexe et permet les différents degrés d'ouverture ou d'occlusion de ces organes, mais aussi l'élévation ou l'abaissement de plusieurs composants du visage, comme les sourcils. À ce volume musculaire qui meut notre figure se superposent des localisations graisseuses, sous cutanées mais aussi profondes, comme les joues dont la masse complète le dessin de notre visage.

Enfin, le tégument, dernière couche de tissus constituant la principale barrière face aux menaces extérieures, est composé de l'épiderme et des poils. Au-delà de leur fonction **protectrice**, leur épaisseur, leur coloration et leur concentration sont variables sur les différentes zones du visage et d'un individu à l'autre. La liste des éléments contribuant à notre individualité physique est encore longue: grains de beauté, taches de rousseur, forme et couleur de nos yeux ou de nos lèvres, sans compter que la longueur et le type de cheveux, la présence ou non de barbe peuvent modifier considérablement notre perception morphologique de la face. Le temps marque également son **empreinte** sur notre figure et la vieillesse s'accompagne de rides formées par les lignes de tension des muscles peauciers.

En définitive, notre visage est un organe composé de différents modules dont les multiples paramètres offrent à chaque individu une apparence unique. Mais l'importance de cette face ne se résume pas à sa morphologie et ses fonctions sont nombreuses et indispensables au développement de l'Homme.



1965 - ∞,
Roman Opalka,
1965-2011.

Ma face sensible

Au-delà du rôle physiologique que tient l'ensemble des os, tissus et organes de notre visage, celui-ci est un outil indispensable à notre rapport au monde. Il est un pôle essentiel de réponse à nos besoins vitaux mais accueille également les organes phares de quatre de nos sens : l'odorat, l'ouïe, le goût et la vue. Et si le toucher est un sens mineur de la face et que les mains en sont les principales interfaces, la finesse de l'épiderme du visage en fait pourtant une zone particulièrement sensible et même érogène. Ces appareils sensoriels, logés dans les cavités osseuses, maintenus et mus par nos muscles et ligaments, se trouvent géographiquement au plus proche du cerveau, qui en reçoit l'influx nerveux et en interprète les signaux sensoriels.

Premiers outils de notre spatialisation dans l'environnement, nos deux yeux accueillent le sens de la **vision** et nous permettent d'appréhender, grâce aux nombreux récepteurs logés dans leur rétine, les couleurs, formes et mouvements de ce qui nous entoure. En effet, la lumière traverse l'œil pour atteindre les cônes et bâtonnets qui traduisent l'information lumineuse en signal nerveux et que le nerf optique dirigera vers l'arrière du cerveau. Les globes oculaires, dont la mobilité est assurée grâce aux six muscles oculomoteurs de chaque œil, sont aussi très fragiles et nécessitent une lubrification constante dont se chargent les glandes lacrymales. Paupières et cils constituent enfin une barrière indispensable face aux agressions lumineuses et résiduelles.

Également doubles, les oreilles nous apparaissent comme des excroissances cartilagineuses se situant de part et d'autre de notre face. Elles sont les organes phares de l'**ouïe**. Composée du pavillon et du conduit auditif, l'oreille externe fait office de cornet acoustique pour recueillir, intensifier et conduire les ondes sonores vers le tympan, situé dans l'oreille moyenne. Ici, le marteau, l'enclume et l'étrier, trois os minuscules forment la chaîne ossiculaire qui transmet les vibrations du tympan jusqu'à l'oreille interne. Cette dernière accueille la cochlée et ses cellules ciliées, traductrices des mouvements des stéréocils en signal nerveux, mais aussi le vestibule et les canaux semi-circulaires, responsables de l'**équilibre** de notre corps, qu'il soit immobile ou en mouvement.

En plein milieu de notre face, le nez prend racine sur l'os nasal et se prolonge vers le bas et l'avant en une structure cartilagineuse. Cette protubérance pyramidale centrale accueille le sens de l'**odorat**, mais joue surtout un rôle primordial dans notre **respiration**. Sa forme n'est d'ailleurs pas hasardeuse et permet au nez d'humidifier et réchauffer l'air extérieur avant qu'il n'atteigne nos poumons. Les deux fosses nasales sont tapissées de muqueuses et de poils qui interviennent essentiellement

dans la protection immunitaire et agissent comme un filtre des particules présentes dans l'air. En arrière de la cavité nasale se trouve l'organe olfactif qui détecte les substances chimiques volatiles qui nous entourent. Ses nombreux récepteurs traversent la lame criblée vers le bulbe olfactif, directement en regard du cerveau.

En poursuivant notre chemin vers le bas du visage, nous atteignons enfin les lèvres qui délimitent, en avant, la cavité buccale. Celle-ci, en communication avec la cavité nasale, est une interface respiratoire secondaire. Mais la bouche, tapissée de muqueuses, est surtout le lieu de l'**alimentation** et du **goût**. À l'intérieur sont logées les arcades dentaires maxillaire et mandibulaire, essentielles à la mastication des aliments. En arrière et sur le plancher buccal se fixe la langue, qui fonctionne de pair avec notre dentition pour déplacer et mâcher correctement la nourriture avant d'en permettre la déglutition. La langue est recouverte par les papilles gustatives, récepteurs des saveurs, qui sont regroupées en une dizaine de milliers de structures sphériques. Si 75 % de ces bourgeons gustatifs sont localisés sur la face dorsale de la langue, le reste est distribué entre le palais mou, le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage.

De nombreuses substances chimiques peuvent stimuler nos récepteurs gustatifs mais nous reconnaissons principalement le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Pourtant, il existe une cinquième saveur de base, peu connue par les occidentaux, le glutamate, que les japonais nomment umami ou «goût savoureux».

Notre perception du goût est intimement liée à l'odorat qui permet de capter de nombreuses subtilités aromatiques par rétro-olfaction. Goût et odeur sont d'ailleurs traités dans la même zone corticale, en avant du cerveau.

Ainsi, de nombreuses fonctions **vitales** et **sensorielles** sont assurées par les organes de notre face, sans cesse sollicités dans notre vie quotidienne. Ces attributs sont alors indissociables de l'idée que nous nous faisons du visage, leur altération ou leur absence causant de lourds handicaps voire des problèmes vitaux. Outre leur rôle physiologique, leurs variations morphologiques multiplient les possibles formes que prend la figure. Le nez à lui seul peut être identitaire : épaté, retroussé, court ou aquilin, cet appendice se trouve si grand dans la pièce d'Edmond Rostand qu'il en a fait la célébrité de son personnage, Cyrano de Bergerac.



Homunculus sensoriel
de Penfield.

**Visage et discours sont liés.
Le visage parle.**

Emmanuel Lévinas, *Éthique et Infini*, Le livre de Poche, biblio essais, 1982, p. 82.



L'Horreur dans *Expression des passions de l'âme*, Charles Lebrun, 1727.

Mon visage et les autres

Si le visage est le centre de réception d'une multitude d'informations du milieu extérieur, il a aussi pour rôle d'en émettre. Il est notre principale **interface** dans le rapport à l'autre et l'organe de la communication par excellence. Le philosophe Emmanuel Lévinas (1906-1995) estime que « la meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne pas même regarder la couleur de ses yeux »¹. Envisager la face de l'autre comme l'ensemble d'un nez, d'un front, d'une bouche c'est déjà se tourner vers autrui comme vers un objet. En effet, la perception semble en premier lieu dominer notre rapport à la figure, « mais ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas »². Pour Lévinas, il n'a besoin d'aucun contexte pour être signifiant de l'humanité de l'autre. Ce dernier n'est plus un personnage limité à son nom, sa fonction ou profession dans un lieu donné, sa façon de s'habiller ou les informations présentes sur sa carte d'identité qui ne prennent sens que dans leur contexte. Ici « le visage est sens à lui seul »³ et devient le premier rempart éthique de notre relation à autrui : en reconnaissant l'humanité de l'autre à travers ce visage, « tu ne tueras point » devient son premier commandement.

L'expression de nos **émotions** est la première forme de dialogue qu'offre notre face, à travers les multiples mouvements que permettent les muscles peauciers précédemment cités. Nous captons quotidiennement les variations des visages qui nous entourent et y sommes tellement accoutumés qu'elles prennent sens en toutes circonstances. Ces émotions sont le manifeste de nos ressentis et la synthèse de toutes les informations que le corps peut recevoir : un mauvais repas nous fera grimacer, la douleur nous fera pleurer, la bouche sourit, les yeux se plissent ou s'écarquillent, les sourcils froncent. Certaines réactions sont si spontanées que nous cherchons à les masquer et les contrôler pour qu'elles ne puissent nous trahir

1. Emmanuel Lévinas, *Éthique et Infini*, Le livre de Poche, biblio essais, 1982, p. 79.

2. *ibid.* p. 80.

3. *ibid.* p. 81.



The Vexed Man,
Franz Xaver Messerschmidt, 2015.

face à l'autre. L'empathie assure l'universalité de ces manifestations et nous permet d'enrichir cet échange avec l'autre.

La diversité de nos **expressions** est permise par la décomposition de notre visage en plusieurs parties motrices plus ou moins indépendantes les unes des autres. La plus infime modification peut changer l'impression globale de notre figure. En effet, le psychologue américain Paul Ekman (1934) a mis en évidence 43 muscles faciaux offrant environ 10 000 combinaisons expressives, dont 3 000 porteuses de sens. Dès lors qu'elles sont volontaires, ces expressions deviennent un second niveau de compréhension du langage oral. Ce langage physique le complète, le nuance, l'intensifie ou peut même s'y opposer pour faire naître les subtilités de l'ironie. D'ailleurs, pour Deleuze (1925-1995) et Guattari (1930-1992) « le visage est un véritable porte-voix »⁴. Un individu privé d'expressions se voit amputé d'une part de la complexité et de la sensibilité de sa capacité de communication. En définitive, on lit sur notre visage comme dans un livre ouvert.

Si les lèvres sont un outil indispensable de notre expressivité, la bouche est surtout le lieu de la phonation et du discours. La voix naît de la respiration : l'air en provenance de nos poumons traverse le larynx où se situent nos cordes vocales et dont la vibration produit le son. Cage thoracique, cavités nasale et buccale sont les caisses de résonance de ces sonorités dont les lèvres et la langue permettent l'articulation. Dans la construction du **langage oral**, les différentes voyelles naissent du degré d'ouverture de la bouche, tandis que les consonnes proviennent de l'interaction de la langue avec le palais, les dents et les lèvres. Les syllabes deviennent mots, les mots deviennent phrases et le discours prend forme. La subtilité de la prononciation implique de nombreux autres éléments du visage comme les joues, la mâchoire et la salive. Une anomalie de tous ces outils de la parole, si petite soit-elle, peut interférer avec cette mécanique et certaines malformations peuvent être assez importantes pour altérer l'aptitude d'un individu à parler correctement, voire le priver de parole.

4. G. Deleuze et F. Guattari, *Mille Plateaux*, « Visagéité, année zéro », Les Éditions de Minuit, 1980, p. 220.

Si certains défauts de prononciation dus à un mauvais apprentissage ou à des malformations peu sévères peuvent être réglés grâce à l'orthophonie, certaines malformations plus graves comme les fentes labio-palatines, plus connues sous le nom de « bec de lièvre », nécessitent des interventions chirurgicales pour permettre à l'enfant de recouvrir ses capacités de prononciation et d'articulation.

En définitive, le visage est une des interfaces les plus riches de notre corps. Outil de reconnaissance et d'individualité physique, il est notre liaison au monde extérieur : nous recevons et donnons à travers lui. Le discours, l'empathie et notre richesse expressive, même nos traits physiques nous intègrent dans la société, à différents groupes familiaux, ethniques ou générationnels. Sans visage, nous sommes privés de notre capacité de contact et d'échange avec les individus qui nous entourent : l'altération de la face est une condamnation à l'isolement. La « pauvreté essentielle » du visage⁵ en fait la partie la plus nue de notre corps. Nue car offrant l'accès à notre intériorité : la figure est lieu principal de notre individualité et véhicule, au regard des autres, l'identité de l'être.



Fente labio-palatine unilatérale.

5. Emmanuel Lévinas, *Éthique et Infini*,
Le livre de Poche, biblio essais, 1982, p. 79.

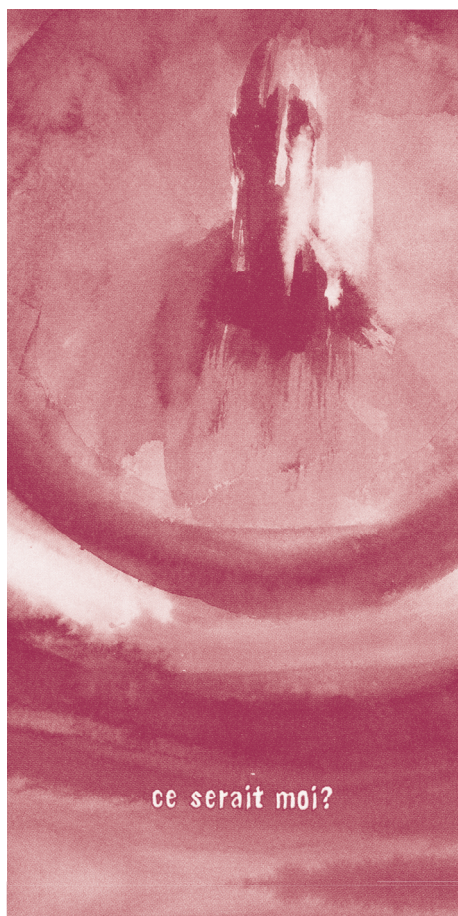


... cette silhouette douteuse,

*Dernière Bande,
Alex Barbier, 2014.*

Reflet de l'être

Cicéron qualifiait le visage comme
« miroir de l'âme ». Mais dans quelle mesure
reflète-t-il réellement notre intériorité, notre
caractère, et si l'on peut lire sur notre figure
comme dans un livre ouvert, comment
se protéger des regards portés sur nous ?



ce serait moi ?

Sacralisation

Le visage est le siège de notre individualité, ce par quoi la société nous reconnaît. Ce n'est pas sans raison que notre carte d'identité associe un nom, un lieu, une date, une nationalité à notre portrait. Il s'agit de catégoriser, mais aussi de multiplier les éléments nécessaires à nous différencier des autres individus et de synthétiser ces informations sur notre face.

C'est d'ailleurs tout l'enjeu actuel de la biométrie : associer une base de données à un visage, une empreinte pour fluidifier les passages frontaliers, faciliter l'identification criminelle ou encore nous proposer d'être automatiquement reconnu sur les publications des réseaux sociaux, parfois contre notre gré. Ainsi le visage ne serait plus seulement siège de notre individualité physique mais aussi porteur de notre histoire, favorisant la porosité entre nos vies privée et professionnelle, faisant de nous un ensemble de données indissociables : notre identité.



Togato Barberini, patricien romain avec les images de ses ancêtres, 1^{er} siècle av. J.-C.

L'histoire du portrait est fortement liée à celle de la représentation de l'individu. Les plus anciennes représentations peintes connues, datant du 11^e siècle, sont les portraits du Fayoum, découverts sur le site du même nom en Égypte.

Réalisés fidèlement du vivant des modèles sur des planchettes de bois, ils étaient ensuite déposées sur leurs momies : il s'agissait d'établir un lien entre la présence physique et l'absence de la mort. Ces portraits funéraires n'étaient pourtant pas destinés à être vus par le public et relevaient du monde spirituel. En Grèce antique, le portrait avait pour rôle de perpétuer le **souvenir** des grands hommes de la cité, souvent idéalisés et immortalisés dans une jeunesse et une beauté éternelles. Dans l'Empire romain, le portrait avait souvent une fonction politique : statues et bustes destinés aux lieux publics ou encore monnaie à l'effigie de l'empereur assuraient auprès de la plèbe leur influence. Les *images* quant à elles, masques en cire directement moulés sur la face des morts, étaient l'apanage des familles riches, portées par les proches à l'avant du cortège funéraire. Il s'agit pour la famille de conserver une représentation fidèle du défunt. Le portrait permet, quoi qu'il en soit, de transmettre l'image d'une personne aux générations futures.



Momies complètes avec deux portraits de petites filles, 1^{er} siècle ap. J.-C.

Avec l'expansion du christianisme, l'idée de l'individu est peu à peu rejetée et une distance avec le réel est mise en place. Si les puissants sont toujours représentés, la ressemblance physique n'est plus privilégiée et les attributs propres à leur fonction, comme le sceptre ou la couronne, sont les seuls moyens de leur identification.

Dans l'art occidental, c'est au Quattrocento, près d'un millénaire plus tard, que l'art du portrait renaît et s'épanouit. Les portraits de mécènes accompagnant les icônes se multiplient, mais c'est surtout la nouvelle classe bourgeoise qui souhaite laisser son image à la postérité. Le mouvement humaniste reconnaît l'**individu** en tant que tel et l'essor économique de certaines régions du monde permettent la diffusion de cette nouvelle conception du portrait. On exige alors de l'artiste que le portrait réalisé reflète la singularité du modèle dans son rapport avec le spectateur.

La vierge du chancelier Rollin, réalisée vers 1435 par le peintre de la Renaissance flamande Jan Van Eyck, illustre parfaitement ce regain d'intérêt pour la figure de l'individu. Le donateur en position de prière fait face à la Vierge, tous deux aux proportions égales contrairement aux anciennes icônes où la taille du personnage traduisait son importance. Les deux figures sont en dialogue et occupent le même espace.

Par la suite, le portrait se développera en de nombreux sous-genres : portrait intime, d'apparat, de groupe, caricature, portrait allégorique, psychologique ou encore autoportrait. La photographie, inventée au milieu du XIX^e siècle, se verra immédiatement appliquée à l'art du portrait. Mais le procédé physico-chimique n'assure pas à lui seul que la photographie produite soit un portrait, et c'est la mise en scène de l'artiste et sa capacité à diriger le sujet qui permettra d'évoquer pleinement la personne représentée.



La Vierge au chancelier Rolin,
Jan Van Eyck,
vers 1435.

Bien qu'uniquement visuel, le portrait peut rendre très sensible la personnalité intérieure du modèle, par de nombreux indices tels que la pose, l'expression de la physionomie.

Étienne Souriau.

Au-delà de l'apparence, le portrait répond à une volonté de faire transparaître le caractère d'une personne ou encore révéler le regard et les sentiments que le portraitiste peut porter sur elle. Le portrait n'est alors plus nécessairement



*L'un des signes de l'amour est
notre passion à regarder le visage aimé.
L'émotion première, au lieu
de l'amenuiser, se prolonge,
augmente en frémissant. Un regard
devient le fil d'Ariane qui nous conduit
au cœur de l'autre.*

Anne Philipe citée par David Le Breton
lors de son intervention à l'Université de Technologie
de Compiègne, 26 mai 2015.



*Les Amants I,
René Magritte, 1928.*

ressemblant et devient une interprétation
qui cherche à livrer le caractère, la vie intérieure
du sujet. Le visage est idéalisé comme support
ultime de notre **personnalité**.

Pour David Le Breton (1953), la figure est
le « lieu du sacré dans le rapport de l'humain
à soi et à l'autre ». Il décrit un appel, un **mystère**
de notre visage pour l'être aimé. L'attention
portée au visage par les amants relèverait
du mouvement d'un désir toujours renouvelé.
Le temps de la séparation d'un couple peut
d'ailleurs être vu, selon lui, comme la profanation
du sacré au fil de la vie quotidienne. Car le visage
aimé a quelque chose d'inaccessible, et c'est
le fantasme d'accéder à l'intériorité de l'autre qui
nourrit cet intérêt. Lorsque ce mystère n'est plus
présent, le visage de l'autre revêt une banalité
qui nous en détache.

L'attachement sentimental porté au visage
prend également sens dans le cadre familial :
les ressemblances entre parents matérialisent
l'appartenance à un tout indissociable.
Cette connexion n'est pourtant pas l'apanage
des liens de sang et l'acte de reconnaître
un enfant à sa naissance est lourd de sens :
la décision est prise de l'intégrer au noyau
familial. Les albums de famille sont un bel
exemple de cette sacralisation du visage
de nos proches, un lien sans cesse renouvelé
et immortalisé sur papier. Mais si la figure revêt
une telle importance dans l'**affection** portée
à l'individu, elle n'en est qu'une meilleure
interface pour nuire à autrui.

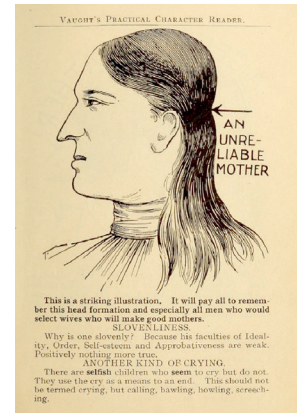
Atteinte

Comme il est le principal portail vers notre intériorité, le visage est la cible de nombreuses attaques pour qui veut rabaisser, exclure voire détruire l'individu. Lévinas le présente comme «exposé, menacé, comme nous invitant à un acte de violence. En même temps, le visage est ce qui nous interdit de tuer»¹.

Et si notre individualité semblait faire notre valeur aux yeux des autres, la différence peut être une première raison de **rejet**. Des traits nous associant à une catégorie sociale, à une communauté, peuvent en effet être autant source d'intégration que d'isolement. Le jugement au faciès est un problème encore très actuel pour de nombreux groupes, qu'ils soient générationnels ou ethniques. Deleuze et Guattari présentent cette problématique ainsi : «Du point de vue du racisme, il n'y a pas d'extérieur, il n'y a pas de gens du dehors. Il n'y a que des gens qui devraient être comme nous, et dont le crime est de ne pas l'être»². Parce qu'autrui ne me ressemble pas, je l'inclus dans une catégorie dépréciative. Les caractères physiques deviennent porteurs de ce rejet, souvent à tort : avec la montée du nazisme, les portraits caricaturaux de Juifs au long nez crochu devaient mettre en garde la population contre un ennemi reconnaissable. De tels amalgames provoquent une exclusion quasi-automatique de l'individu.

Certaines formes de visage peuvent parfois nous évoquer des caractères subjectifs : un visage rond sera associé inconsciemment à une personnalité douce par exemple. Pour la **physiognomonie**, il s'agissait d'expliquer et justifier scientifiquement ce fait pourtant purement psychologique. Cette méthode pseudo-scientifique, qui connut un essor au XIX^e siècle, était donc fondée sur l'idée que le dehors symbolisait le dedans, que le visage et le corps pourraient exprimer des vices cachés du sujet. Il s'agissait de considérer la figure comme un tout géométrique et bien défini, où toute irrégularité était étudiée et traduite en trait de caractère. Mesurer les différents angles du visage permettait la «mathématisation» du sujet et d'ainsi prétendre à une certaine objectivité pour définir la personnalité de l'individu. La physiognomonie a surtout été considérée comme un outil potentiel dans la lutte contre la criminalité : tel nez signifiait que l'on faisait face à un voleur par exemple.

Cacher son visage semble un bon moyen d'outrepasser de tels *a priori* et d'exprimer sa véritable personnalité. Mais si le masque permet d'échapper au regard des autres, c'est également aux interdits de la société et à la justice qu'il nous extrait. Selon David Le Breton, le visage est ce «fragment essentiel



Une mère non fiable selon le *Vaughn's Practical Character Reader*, L. A. Vaughn, 1902.

1. Emmanuel Lévinas, *Éthique et Infini*, Le livre de Poche, biblio essais, 1982, p. 80.

2. G. Deleuze et F. Guattari, *Mille Plateaux*, «Visagéité, année zéro», Les Éditions de Minuit, 1980, p. 218.

du corps qui rend possible le lien social à travers la responsabilité et la reconnaissance dont il dote l'individu dans sa relation au monde». Dès lors qu'il n'existe plus, l'individu n'a plus à rendre compte de ses actes. La dissimulation du visage permet alors de lever les règles morales que l'on doit initialement respecter. Ainsi, le masque absorbe le visage et devient une surface de projection où l'individu ne peut être reconnu, lui laissant une liberté sans limites éthiques.

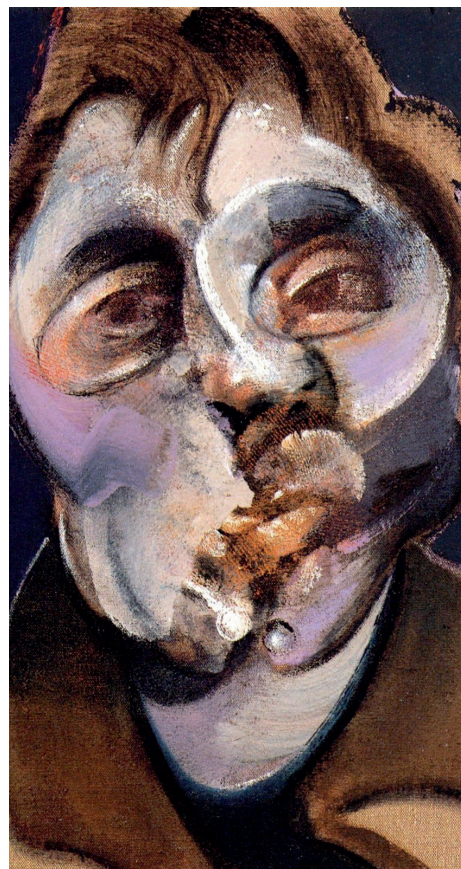
Dans *La face d'un autre* de Kôbô Abé, le personnage principal, défiguré suite à un accident, se construit un masque pour tenter de retrouver la complicité de sa femme. Lorsqu'il prend pour la première fois le métro avec ce nouveau visage, il ne rêve que de viol et prend conscience de tout ce qu'il peut désormais faire impunément.

Séparer l'individu de son visage c'est donc lui ôter toute responsabilité mais aussi le priver de son humanité et par là même de ses droits. Profaner, souiller la figure revient en effet à **éliminer** l'individu, lui refuser sa singularité. «Perdre la face», «Faire mauvaise figure», «se faire casser la figure» sont autant d'expressions renvoyant à la fragilité du visage. Réduit au terme de «tronche», de «gueule», «face de rat», c'est une véritable destitution de l'humanité de l'individu: il est réduit au rang d'animal. Rabaisser l'autre en lui ôtant ce qui fait principalement son identité, c'est supprimer les obstacles à la torture, au meurtre. Celui qui n'a plus son statut humain, celui qui n'est plus mon égal peut souffrir sans que j'en aie le moindre scrupule. Aussi, les nombreuses femmes au visage vitriolé par des hommes, en Inde par exemple, se voient refuser leur apparence humaine à jamais, car si elles ne peuvent leur appartenir, elles n'appartiendront plus à personne d'autre.

Altérer le visage, dans le cas de Francis Bacon, c'est aussi exprimer à travers l'image un mal-être, une **souffrance intérieure. Dans ses nombreux autoportraits, le peintre britannique se représente sous des traits déformés, écorchés, maladifs, entre peau cyanosée et chairs à vif. L'expressivité et la violence transparaissent également dans son geste pictural. «Ma peinture est le reflet de ma vie.» En effet, cette exploration de son propre visage peut faire écho à sa santé fragile et au malaise qui a pu le ronger après avoir été chassé de chez lui, à seulement 16 ans, par son père, suite à la révélation de son homosexualité. Son esprit torturé le mena même en 1944 à détruire une bonne partie de ses œuvres antérieures.**



Still Life: Margaret Thatcher,
David LaChapelle,
2012.



Self-Portrait,
Francis Bacon, 1969.

Recherche de soi

Si le visage est la fenêtre par laquelle les autres peuvent nous cerner et nous atteindre, peut-il arriver de remettre soi-même en question son propre visage ? Si l'on ne peut s'y confronter que face au miroir, il peut ne pas correspondre à l'image que l'on se fait de soi-même ou que l'on souhaite renvoyer. Il s'agirait alors de l'adapter, le modifier, que ce soit pour intégrer une communauté ou au contraire se marginaliser, ou encore répondre à un mal-être, un sentiment d'incohérence entre physique et mentalité. À travers cette modification corporelle, c'est l'épanouissement de son identité à laquelle l'individu semble aspirer.

Si le maquillage ou la coiffure sont des moyens d'expression de la personnalité, ils ne restent que des artifices temporaires. L'intervention sur la peau, les chairs ou même les os offre une modification permanente de notre apparence et peut prendre de nombreuses formes : piercings, tatouages, implants, scarification ou encore chirurgie esthétique. Ces modifications répondent souvent à un désir ou une nécessité d'**intégration** : c'est le cas de plusieurs pratiques d'ordre culturel, ethnique ou religieux à travers le monde. Il peut s'agir alors d'immortaliser sur la peau des exploits, un statut, des facultés ou encore protéger et favoriser des qualités de l'individu. Le comédien franco-algérien Moussa Lebkiti nous présente, par exemple, dans un court reportage animé, les rites berbères et la tradition du tatouage, nommé « **el-âyacha** » ou « celui qui fait vivre ». Ornemental, protecteur, social, identitaire ou médical, le motif et sa signification peuvent varier d'une tribu à l'autre. Enfin, dans la communauté Mangbetu, peuple nilo-soudanais originaire de la Nubie, la tête du bébé est enveloppée dans des cordelettes dès sa naissance. Elle le restera durant toute la première année de sa vie. Ce crâne artificiellement allongé est considéré comme un signe de beauté et d'intelligence. Ainsi, altérer la physionomie initiale de son visage a ici un aspect communautaire et traditionnel.



Femme Mangbetu
et son jeune enfant.



Portrait de femme
extrait de la série
Fantasy of the Kahina,
Bruno Hadjih, 2005-2010.

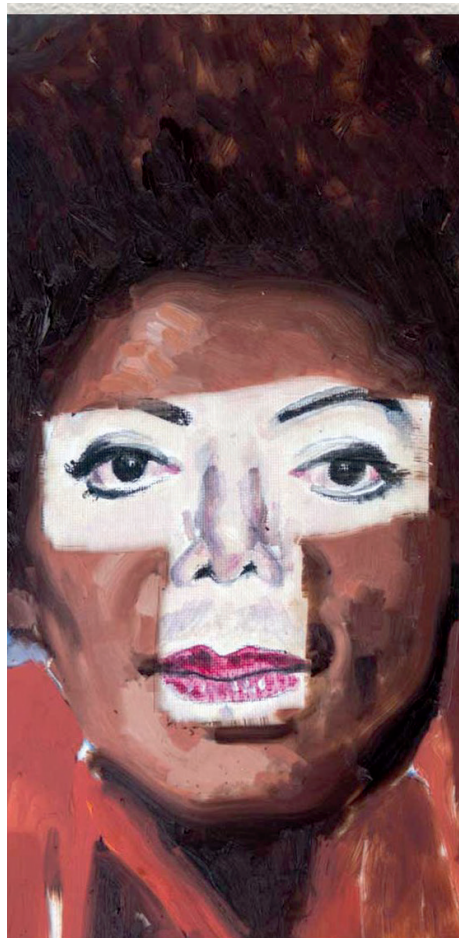
Les déformations intentionnelles du crâne sont d'ailleurs ubiquitaires et on trouve des traces de cette pratique chez les Incas, les Huns ou encore en France dans la région de Toulouse.

La modification volontaire du visage peut aussi relever d'un conflit intérieur, une non-acceptation de son image originelle et par extension de soi. Par exemple, un individu atteint de dysmorphophobie ne se percevra pas comme les autres le voient, enfermé dans une crainte obsédante d'être laid ou malformé. Que le visage soit accidenté ou simplement disgracieux, de nombreuses personnes font aujourd'hui appel à la chirurgie esthétique pour recouvrir une apparence plus adaptée à l'image qu'ils se font d'eux même. La transformation physique est alors une **libération**, le moyen d'accéder à sa vraie personnalité et de la donner à voir au monde.

Dans Wacko Jacko, l'œuvre de Blake Neubert fait écho dans bien des dimensions à l'histoire de Michael Jackson. La star de la Pop a énormément souffert de son apparence physique: son nez et son vitiligo tardif étant sources de complexes, il subit un certain nombre d'opérations notamment pour uniformiser son teint ou encore tatouer ses lèvres, sourcils et le contour de ses yeux. Son exposition médiatique a sans doute beaucoup influencé ses décisions et amplifié son mal-être.

Blake Neubert travaille ici à l'acrylique sur des plaques de verre qu'il racle au couteau. Le geste du peintre résonne particulièrement avec l'acte chirurgical: la surface du visage est grattée pour accéder à une image plus adéquate. La brutalité de l'acte pictural fait écho à la **violence psychologique et les séquelles physiques de la démarche du chanteur.**

Il est pourtant difficile de justifier l'intervention sur la laideur, ou du moins ce qui est jugé comme tel. L'épanouissement de l'individu est-il vraiment possible si les pressions sociales sont la cause de son désir de changement ? Idéalisés et désincarnés, les corps et visages auxquels nous sommes confrontés quotidiennement sur les panneaux publicitaires, à la télé, dans les magazines et les réseaux sociaux peuvent être sources de grands complexes. Mais ces canons de beauté qui nous sont imposés ne nourrissent finalement qu'une aspiration à l'**uniformité** des individus. Nous sommes alors tenaillés entre les processus d'individualisation, d'intégration et de normalisation de la figure.



Wacko Jacko,
Blake Neubert, 2016.

L'artiste plasticienne Orlan a questionné au travers de nombreux projets les normes de beauté. Elle réalise en 1993 une opération/performance, *Omniprésence*, où la chirurgienne Marjorie Cramer mit en place deux implants sur ses tempes. L'intervention est diffusée en direct dans différents musées à travers le monde. En détournant la chirurgie plastique de ses objectifs usuels, l'artiste fait un véritable pied de nez aux idéaux esthétiques de la société.

Dans son roman *Casse-Gueule*, Clarisse Gorokhoff nous présente Ava, belle jeune femme, défigurée par un homme à coup de poing américain dès le début de l'histoire. Face à un visage détruit, l'objectif est le plus souvent de reconstruire ce qui composait l'identité désormais « perdue ». Dans le roman c'est l'inverse pour Ava : elle vit très bien son accident et le prend même comme une renaissance. En effet, son ancienne beauté plastique trop lisse, qu'elle n'arrivait pas à s'approprier, était également l'héritage d'une mère qu'elle déteste. Tout ce qu'elle avait avant lui était implicitement imposé. Quand on la possède, la beauté est une oppression, et l'on peut rapidement se sentir prisonnier de son visage. On peut alors soulever une éventuelle pédagogie de l'accident. La défiguration apparaît comme l'opportunité de prendre une liberté par rapport à sa forme physique et ce que les autres projettent dessus. Mais la difformité est-elle toujours aussi bien vécue ? Et finalement, comment définir l'anormalité d'un visage ?



Closed Contact,
Jenny Saville, 1996.

diffo

Face au crime

Le visage est un organe d'une extrême fragilité.
Il est aisé de l'endommager et une simple
balafre peut en changer la perception.
Parce qu'il est support principal de
notre identité, son altération peut avoir
des conséquences importantes, tant d'un point
de vue physiologique que social, sur la vie
de l'individu.

Une difformité polymorphe

La difformité faciale peut prendre bien des formes et ses causes sont nombreuses. Selon leur origine, différentes mesures pourront être prises pour pallier leurs conséquences: certaines seront laissées comme telles, d'autres couvertes par une prothèse ou pourront nécessiter une ou plusieurs interventions.



Dallas Wiens, après sa greffe de visage, photographié par Dan Winters pour *The New Yorker*.

Pour introduire les prochains chapitres, il est tout d'abord important de différencier deux types de défigurations: les difformités qui interviennent au cours de l'existence de l'individu et les irrégularités se développant dès la naissance, ou anomalies congénitales.

Certains cancers, qui ne sont pas responsables de la difformité, nécessitent pourtant d'amputer des parties de la face pour accéder aux tumeurs logées dans diverses zones du crâne et de la face et les extraire. Les patients, ainsi privés d'un œil ou de leur nez, se voient souvent proposer le port de prothèses pour masquer ou atténuer ces séquelles. Mais le visage est aussi sujet à la défiguration d'ordre **accidentel**. Une collision, une agression, une chute, l'attaque d'un animal, une tentative de suicide, la manipulation d'objets dangereux sont autant d'exemples pouvant engendrer des blessures importantes à la face (plaies, fractures). Des erreurs chirurgicales dans le cadre d'une intervention à but esthétique peuvent également occasionner la difformité. Incendies, électrocution ou substances toxiques seront à l'origine de brûlures dont la gravité peut aussi mettre en jeu la vie de la victime. Ce fut le cas de Dallas Wiens, jeune américain électrofié en 2008 par un câble à haute tension et dont les capacités respiratoires étaient fortement compromises à son arrivée aux urgences, en raison de l'obstruction de ses voies aériennes. La nécrose progressive de ses tissus nécessita également une attention constante de la part des médecins: il s'agissait de retirer tous les tissus risquant de provoquer des infections potentiellement létales.¹ Quelqu'en soit la cause, la face ainsi endommagée nécessite souvent une intervention pour, dans un premier temps, en réduire les risques vitaux et soulager la douleur du patient.

Les **anomalies** du développement de la face peuvent également prendre diverses formes et survenir à toutes les périodes de la formation et de la croissance de l'extrémité céphalique de l'embryon. La morphologie de la face se met en place entre la quatrième et la dixième semaine par le développement et la fusion des 5 bourgeons qui entourent le stomodeum, la bouche primitive de l'enfant. Dès lors, tout mauvais déroulement de cette évolution peut engendrer des lésions de la peau, des déformations du crâne et/ou de la face ou encore la malformation de certains organes, et ainsi une difformité plus ou moins visible.

Les **fentes faciales** résultent d'un défaut d'accolement, avec ou sans hypoplasie (sous-développement), d'un ou plusieurs bourgeons faciaux. La morphologie de la face mais également ses fonctions en sont souvent gravement affectées, ce qui peut aggraver le retentissement social et psychologique de telles malformations. Certaines fentes faciales sont assez rares: par exemple, celle qui joint verticalement la lèvre supérieure à la paupière inférieure

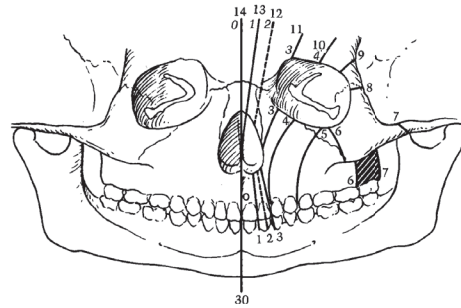
1. *The New Yorker*, 13 février 2012, «Transfiguration, How Dallas Wiens found a new face», Raffi Khatchadourian.

ou encore la macrostomie qui entraîne une augmentation importante de la taille de la bouche. Les plus fréquentes restent les fentes labio-palatines caractérisées par des fissures au niveau de la bouche. Celles-ci peuvent atteindre la lèvre supérieure, la voûte et le voile du palais mais aussi l'arcade alvéolaire – qui accueille les dents – et le seuil nasal. Cette communication entre les cavités du nez et de la bouche peuvent entraîner de grandes difficultés de déglutition et de phonation pour l'enfant.

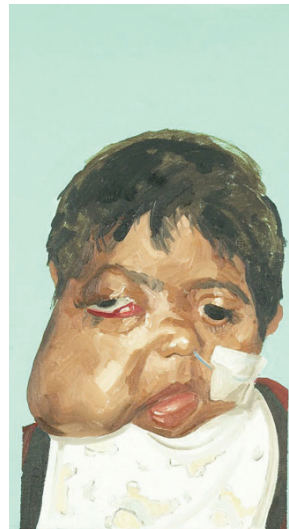
Le globe oculaire et l'oreille externe ne sont pas exempts d'un possible problème de développement. Certaines affections congénitales entraîneront ainsi un œil malformé voire un orbite vide (microphthalmie et anophthalmie, souvent unilatérales) ou une oreille atrophiée ou inexistante (microtie et anotie).

Au niveau du crâne, les **cranosynostoses**, ou craniosténoses, correspondent à la fusion prématurée d'une ou plusieurs des sutures du crâne, empêchant ainsi le développement correct du cerveau dans la boîte crânienne. Dans le cas des syndromes de Crouzon et d'Apert, maladies congénitales rares, la craniosténose s'associe à une hypoplasie du massif facial, entraînant souvent des yeux trop écartés, exorbités et un aspect de mâchoire prognathe. Ces malformations entraînent de nombreux risques pour l'enfant : lésions cérébrales provoquées par l'hypertension intra-crânienne et cécité entre autres. D'un point de vue morphologique, les craniosténoses altèrent la forme naturelle du crâne, favorisant une croissance de l'os dans l'axe de la suture pathologique.

La difformité se présente ainsi sous de nombreuses formes et l'anomalie faciale, qu'elle soit innée ou acquise, peut être d'ordre fonctionnel et/ou esthétique. Au-delà des enjeux thérapeutiques, l'individu peut accepter ou non son apparence, car le visage difforme peut être très difficile à (sup)porter au quotidien, pour soi mais aussi pour les autres.



Classification des fentes faciales
selon le Docteur Paul Tessier.



Mazeeda B. (Pre-op),
Mark Gilbert, 1999.

De multiples regards

Dans Casse-Gueule, à partir du moment où Ava voit son visage altéré, ses relations professionnelle, familiale et amoureuse changent radicalement. Elle se retrouve dans une sorte de non lieu, un néant pour lequel elle développe une obsession, où elle n'est plus admise par ses congénères. Elle n'est plus vraiment vivante à leurs yeux, ni morte. Elle n'est pas malade, ni vraiment en bonne santé. Mais elle ne laisse personne indifférent.

Infringement,
Matthieu Bourel, 2014.



Le tabou social

Le difforme, c'est l'irrégulier, le disproportionné. En opposition – seulement apparente – au beau, synonyme d'équilibre et aspiration à la perfection, il est instinctivement associé au laid. Et au même titre que les canons de beauté ont évolué à travers les époques, la laideur aurait également fluctué d'une ère et d'une culture à l'autre.

Dans *Beauté*, bande dessinée de Hubert et du duo Kerascoët, le personnage éponyme, une jeune fille nommée Morue et considérée comme la plus laide de son village, se voit dotée de la beauté par une fée. Mais ce cadeau empoisonné attise les passions des hommes qui se battent tous pour la posséder et le royaume plonge rapidement dans la guerre. L'épilogue nous présente l'expédition d'un roi d'Orient à la recherche, maintes années après les faits, d'un portrait de cette beauté parfaite. En apportant ce portrait à la favorite de son harem, on ne peut que constater que beauté et laideur ne peuvent être des **absolus universels**.

S'il est, selon Umberto Eco, un laid en soi – celui des charognes, des excréments, des plaies qui provoquent en nous un irrépressible dégoût – il existe également un laid formel que l'on applique à l'autre dès lors qu'il présente une incohérence, une incomplétude.¹ Il illustre ce jugement hâtif avec l'exemple d'un individu édenté : ce qui devrait construire un visage cohérent est absent. C'est en regard de valeurs anthropomorphiques que le beau s'est établi dans notre esprit. Ce qui s'éloigne alors d'une image humaine générique, de l'idéal complet, devient spontanément laid à nos yeux.

À travers l'histoire, le laid – ou du moins ses représentations – a souvent été associé au malin, aux démons, à l'ennemi terrible. Aujourd'hui encore, de nombreux personnages antagonistes présentent des difformités ou des caractères physiques altérés. Un visage disgracieux ou accidenté évoquera aisément un passé sombre ou une intériorité **malveillante** et suscitera la crainte dans l'imaginaire collectif.

Mais s'il est effrayant, le monstrueux fascine aussi. Il puise sa racine étymologique dans le latin *monstrare* qui signifie « montrer » : on ne peut alors être étonné de l'essor des *freakshow*

1. Umberto Eco, *Histoire de la laideur*, Flammarion, 2007.



Nous entendons le laid comme un signe et un symptôme de la dégénérescence.

Friedrich Nietzsche, *Le Crépuscule des Idoles*, 1889.



Double Face dans *The Dark Knight*, Christopher Nolan, 2008.



Beauté,
Hubert & Kerascoët,
2011-2014.



The Elephant Man,
David Lynch, 1980.

— Vous n'évoquez jamais
son état mental.

— Il est l'exemple même
du crétinisme total.
C'est un demeuré congénital.
Je l'espère en tout cas.

Dialogue du Dr Treves avec un de ses collègues
The Elephant Man, David Lynch, 1980.

aux États-Unis à partir du milieu du XIX^e siècle. Ces foires aux **monstres**, où étaient exposés des individus aux caractères physiques exceptionnels, étaient une forme de divertissement très appréciée par le public. Au même titre que celle des « sauvages » du Jardin d'Acclimatation de Paris, la mise en scène de ces « bêtes » avait pour objet une certaine forme de voyeurisme : il s'agissait pour le public de se confronter à une différence choquante pour être rassuré de sa normalité, car le monstrueux manifeste surtout la part sombre de l'humain, de la nature, celle que nul ne veut révéler.

Avec *Elephant Man*, David Lynch a porté sur le grand écran les mémoires du Dr Frederick Treves et notamment sa prise en charge de Joseph Merrick, surnommé « l'homme éléphant » en raison de ses nombreuses et impressionnantes malformations. Dès le début du film, présenté comme attraction dans une foire londonienne durant l'ère victorienne, Merrick suscite de vives réactions alors même que son visage n'est toujours pas apparu. Sa laideur nous est dépeinte par des jeux d'ombre, des dialogues ou encore des plans sur les visages de ceux qui le rencontrent. Ainsi il serait si hideux que les autorités forcent son « propriétaire » à le retirer du *freakshow*. Un plan grossissant sur les yeux larmoyants du docteur lors de leur première rencontre appuie davantage cette dimension horripilante. Mais Treves le voit tout d'abord comme un objet d'études exceptionnel à présenter devant ses collègues. Toujours **caché** derrière un rideau ou un masque en toile, Merrick reste muet et face à cette incapacité de communication, le docteur finit par associer sa difformité à un retard mental.

Treves découvre pourtant que Merrick est en réalité très cultivé et s'exprime parfaitement. À partir de cet instant, c'est une véritable ascension sociale pour lui. Mais malgré des amitiés sincères, d'autres individus continuent à le réifier.

Une des dernières scènes du film illustre parfaitement son oscillation entre un statut de monstre et un statut humain. Dans la gare ferroviaire, Merrick se retrouve pourchassé par erreur par des dizaines d'hommes, jusque dans les toilettes de la station. Acculé, ce n'est



Gueule Cassée 150,
Hervé Laplace
alias René Apalle, 2014.

que lorsqu'il s'exclame ne pas être un animal que le silence s'installe et que ses agresseurs se figent, instantanément. Aux yeux des autres, le discours devient donc la seule marque de son humanité.

Entre le XIX^e et le XX^e siècle, le regard porté sur le difforme évolue progressivement. Science et littérature tiennent un grand rôle dans ce basculement, notamment aux travers des œuvres de Victor Hugo comme *L'Homme qui rit* ou *Notre-Dame de Paris* dont les héros défigurés ou difformes font naître la compassion et une possible identification du lecteur.

Mais c'est surtout à la suite de la Première Guerre mondiale qu'il devient délicat pour la société de se divertir des monstres de foire: les ravages du conflit se matérialisent sur les **gueules cassées** et l'on ne peut décemment pas se moquer de ces figures héroïques. En France, ce sont entre 15 000 et 20 000 combattants aux visages mutilés entre 1914 et 1918, un nombre que l'on peut difficilement ignorer et qui marque encore aujourd'hui les esprits. La monstruosité physique est peu à peu considérée comme un handicap.

Dès lors naît pourtant un idéal de l'effacement de la blessure que la chirurgie maxillo-faciale et les prothèses essaient de combler, car si l'empathie et le respect du handicap sont grandissants, le difforme est toujours source de crainte. Ce rejet est propre à la société occidentale qui applique à la défiguration une tonalité dépréciative. Balafres et cicatrices sont, dans d'autres cultures, des signes valorisants faisant souvent suite à des rites initiatiques ou des exploits guerriers et dont le porteur doit être fier. Mais ce qui fait détourner notre regard, ce sont les images de cauchemars et la douleur auxquelles nous renvoie le visage altéré et auquel on refuse de s'identifier. Si jusqu'au XVII^e siècle, dissections, tortures et exécutions publiques étaient monnaie courante, on souffre aujourd'hui, on guérit ou on meurt à l'hôpital. Un véritable **tabou** s'est installé face aux corps meurtris et la vision de la souffrance est devenue insupportable car elle nous ramène à notre propre fragilité. Malgré notre sensibilisation, ce recul incontrôlable est encore très présent notamment dans les milieux scolaire ou professionnel.

Pour Clarisse Gorokhoff, le monstre est «le familier qui déraile et qui empire, allant sur un territoire insoutenable».² En effet, les figures de nos cauchemars sont le plus souvent celles de la famille, devenues oppressantes. Il serait intéressant d'interroger le regard des proches sur la défiguration accidentelle d'une part et les malformations génétiques d'autre part. L'affection permet-elle une meilleure acceptation de la difformité ou engage-t-elle au contraire un rejet encore plus violent ?

2. Clarisse Gorokhoff, entretien avec Étienne Klein, *La Conversation Scientifique*, «Le visage est-il la capitale de l'identité?», 26 mai 2018.

L'entourage démuni

Pour David Le Breton, « on n'est défiguré que par rapport à un jugement extérieur » : en d'autres termes, ceux qui ont grandi avec l'individu difforme le reconnaissent dans sa singularité et non comme défiguré. Dans le roman de R. J. Palacio, *Wonder*, August est un jeune garçon atteint du syndrome de Treacher Collins, maladie génétique entraînant de nombreuses malformations du visage. Ses parents et sa sœur le considèrent comme un individu à part entière, au-delà de sa difformité avec laquelle ils ont appris à vivre. Mais sa famille a pourtant bien conscience du regard des autres et de son poids, c'est d'ailleurs pour cela qu'August était, jusqu'à ses onze ans, scolarisé à domicile. L'enfant malformé peut devenir une grande source d'inquiétude et les parents peuvent en devenir très **protecteurs**, d'autant plus que certains cas peuvent amener à de nombreux frais médicaux et à un investissement d'accompagnement sur le long terme qui s'ajoutent à un soutien psychologique face au regard de la société.

Dans l'adaptation cinématographique de *Wonder*, August est interprété par un jeune acteur maquillé pour ce rôle : en comparaison à la description physique du personnage dans le texte original, les malformations de cette version sont très atténuées. En effet, même si le film célèbre l'acceptation de la différence, le sujet de la défiguration est encore tabou et se voit édulcoré pour le grand public.

Mais tout l'enjeu de *Wonder* est justement l'intégration du héros dans un nouvel établissement scolaire. Il subit au départ, comme beaucoup d'enfants ou adultes défigurés dans un cadre scolaire ou professionnel, une forte discrimination de la part de ses camarades. Mis à l'écart, les autres élèves vont même jusqu'à propager dans toute l'école la rumeur d'une « peste » que chaque individu entré en contact avec lui contracterait. Même certains parents d'élèves nourrissent cette exclusion : après avoir retouché la photo de classe pour effacer la présence d'August, une mère ira jusqu'à contacter le principal du collège pour soutenir que cet enfant n'a rien à faire dans une école sans classe spécialisée, alors qu'il ne nécessite aucun accompagnement. Face à toute cette pression sociale, la sœur d'August, Via,

La vérité, c'est que... ton visage me manquait, Auggie. Je sais que toi tu ne l'aimes pas toujours, mais comprends que moi, je l'aime. J'aime ta figure, Auggie, je l'aime passionnément, à la folie. Et ça me brisait le cœur de te voir la cacher.

Le père d'August à propos du casque de cosmonaute que l'enfant avait l'habitude de porter dans *Wonder*, Raquel Jaramillo Palacio, *Pocket Jeunesse*, 2013, p. 468.



Adaptation cinématographique du roman *Wonder*, Stephen Chbosky, 2017.

qui assumait jusqu'alors pleinement la difformité d'August, se fait passer pour une enfant unique dès son entrée au lycée. Ayant fait de son mieux durant toute son enfance pour ne pas faire de vague et accepté une attention parentale tournée vers son frère, elle espère pouvoir enfin s'épanouir dans ce nouveau cadre et ne plus être seulement considérée comme la sœur du garçon difforme.

Pour beaucoup de parents confrontés à la naissance d'un enfant malformé, il s'agit de faire le « deuil de l'enfant parfait » et de l'accepter. De plus, ils peuvent, dans une certaine mesure, se croire fautifs d'avoir donné naissance à un enfant anormal: la mère est particulièrement sujette à la **culpabilisation**, se sentant plus responsable d'une dégénérescence génétique après avoir porté l'enfant durant neuf mois, alors qu'il n'y a pourtant aucun contrôle possible. Un temps d'apprivoisement est parfois nécessaire mais il peut tout aussi bien y avoir un rejet total de l'enfant, que des parents ne voudront pas reconnaître. Cette situation est développée notamment dans le roman de Kenzaburo Oé, *Une affaire personnelle*, où le héros de vingt-sept ans surnommé Bird devient père d'un enfant difforme. Il est alors déchiré par des sentiments contradictoires et, tout en retombant dans de vieux vices comme l'alcool, fantasme de se débarrasser du nouveau-né. Dans *Eraser Head*, le héros confronté à une situation similaire dans un univers sombre et étrange, finit par tuer son fils monstrueux et agonisant à coups de ciseaux. Si l'idée d'**enfant-monstre** nous paraît insupportable, c'est qu'elle mêle les notions de pureté et d'innocence à celles de la dégénérescence et du terrible: il devient « reflet même de l'ambiguïté fondamentale de l'humain ».³



Eraserhead,
David Lynch, 1977.

Dans certaines civilisations comme celle de l'Égypte antique, l'enfant difforme apparaissait comme un messenger des Dieux, puisqu'il approchait la forme de divinités hybrides, tandis que chez les Grecs et les Romains, l'enfant malformé était presque systématiquement immolé car contraire à leurs idéaux de corps parfaits.

Lorsque la défiguration ne relève pas de l'inné mais de l'accidentel, il est courant d'assister à différentes formes de rejet des proches.

3. *Enfances & Psy*, février 2011, n°1, pp. 25-36, « L'enfant monstre, le monstre enfant », Deerie Sariols Persson.



Mariage de gueule cassée,
anonyme.

La plupart supportent difficilement de voir un visage, précédemment sacralisé, soudain altéré, détruit: c'est à leur yeux l'individu entier qui a disparu. Lors d'une conférence à l'Université de Technologie de Compiègne, David Le Breton a présenté le témoignage d'une anthropologue espagnole, sévèrement brûlée suite à un grave accident de voiture. Moins d'une semaine après son arrivée à l'hôpital, elle revoit ses enfants pour la première fois à l'initiative de son mari. Mais ces derniers refusent même de franchir le seuil de la porte et ne peuvent se résoudre à la regarder. Suite à ce qu'elle définit elle-même comme un épisode catastrophique, il lui fallut un long temps d'adaptation, en parallèle de son rétablissement, pour **réappivoiser** sa propre famille, notamment à travers la voix, qu'elle avait heureusement gardée intacte. Comme dans *Elephant Man*, c'est encore la parole qui permet d'aller au-delà de l'apparence et de (re)nouer la relation.

Regarder cette face difforme sera vécu comme une souffrance tant que demeure le deuil du visage perdu et que les proches n'acceptent pas d'apprendre à voir naître un autre visage, un nouvel individu en quelque sorte. En définitive, que ce soit face à une difformité de naissance ou accidentelle, il s'agit d'un processus d'acceptation de la défiguration d'un être idéalisé et le soutien familial est primordial pour sainement construire ou reconstruire l'identité de l'individu.

L'individu en souffrance

Dans le roman de Marc Dugain, *La Chambre des Officiers*, publié en 1998, un des jeunes officiers accueillis au Val-de-Grâce retrouve, à contrecœur, sa femme et ses enfants. Il n'a été que « légèrement » défiguré – ou du moins sur une surface moins importante que la plupart des compagnons du héros, Adrien – mais appréhende énormément ces retrouvailles. Dès qu'il s'approche de son fils, celui-ci hurle qu'il ne reconnaît pas son père et s'enfuit, sous le regard horrifié des deux parents. Le soir-même, désespéré de retrouver sa vie passée, l'officier se donne la mort dans les sanitaires. Ainsi, si la défiguration est perturbante pour l'entourage, l'individu difforme est le premier à subir les conséquences et souffrir de son apparence. Perdre sa normalité aux yeux des autres est souvent vécu comme une véritable déchéance.

Pour l'individu défiguré, l'anonymat est interdit. Tous les regards se portent sur lui, la difformité étant, par défaut, sa définition aux yeux des autres. Les défigurés développent d'ailleurs souvent une hypersensibilité aux réactions de leur entourage face à leur apparence et remarquent le moindre sursaut. Dans *Wonder*, August évoque à plusieurs reprises les gestes et regards imperceptibles qui traduisent ce recul incontrôlable, que certains camouflent mieux que d'autres.

L'écrivain américaine Ariel Henley a beaucoup écrit à propos de son vécu du syndrome de Crouzon et des **discriminations** auxquelles font face les personnes malformées. Pour elle, le jugement est omniprésent et les remarques sur son physique ont commencé dès le collège: jusqu'alors elle ne se pensait pas «différente», se sentait tout à fait normale mais apprit rapidement qu'elle n'apparaissait pas comme telle aux yeux des autres.

**Et puis je me sens normal.
Au-dedans.**

August dans *Wonder*, Raquel Jaramillo Palacio, Pocket Jeunesse, 2013, p. 11.

Cassandra Vion: Dans quelle mesure l'enfant est-il affecté par sa difformité? À partir de quel âge peut-elle devenir un handicap social pour lui?

Roman Hossein Khonsari: Les enfants sont affectés par leurs malformations faciales plus tôt qu'on ne le pense. Dès le CP, souvent en raison des moqueries de leurs camarades de classe, certains enfants formulent un désir très clair de prise en charge. Par contre, il faut savoir faire la différence entre une demande émanant des parents et une demande venant de l'enfant lui-même. Pour cette raison, tous les enfants que nous opérons de malformations complexes sont vus, avec leurs parents, par notre équipe de psychologues.

Additionnée au malaise provoqué par le regard extérieur, la souffrance physique accompagne souvent la défiguration. Lorsqu'un visage est brûlé, une partie de crâne ou une mandibule détruites, au-delà des risques vitaux encourus par le patient, la douleur est un facteur important tout au long de leur rétablissement. De plus, les nombreuses opérations subies, comme les greffes de peau, les reconstructions osseuses ou la pose de prothèses dans le but de restructurer le visage sont autant de **traumatismes** supplémentaires pour le patient. Philippe Lançon, journaliste français victime de l'attaque terroriste de *Charlie Hebdo* en janvier 2015, explique dans son livre autobiographique *Le Lambeau* avoir subi pas moins de dix-sept opérations chirurgicales. La rééducation est aussi un long processus pour la plupart d'entre eux: il s'agit souvent de se réapproprier tous les composants de la face, d'apprendre à déglutir, respirer ou encore communiquer avec ces nouveaux

**Still, I refuse to live my life in seclusion,
because other individuals
are uncomfortable with my existence.**

(Néanmoins, je refuse de vivre ma vie dans l'isolement, uniquement parce que mon existence met les autres mal à l'aise.)

The New York Times, 3 novembre 2016, «The Importance of Facial Equality», Ariel Henley.

paramètres. D'ailleurs, certains ne recouvriront peut-être jamais une totale autonomie et cette dépendance peut devenir également une affliction. Malgré la prise en charge par une équipe médicale, les mois et années consacrés à la réhabilitation du patient sont une lourde épreuve. Et cette souffrance n'est pas l'apanage des accidentés: pendant ses nombreux séjours à l'hôpital où son crâne était cassé et restructuré de manière routinière, Ariel Henley essayait de se convaincre que la douleur n'était pas réelle. Mais la souffrance physique à ses yeux n'est rien par rapport aux **dégâts émotionnels** qu'ont pu entraîner de telles interventions.

En effet, la jeune femme insiste sur les conséquences psychologiques de voir chaque fois son visage changer drastiquement et ne jamais pouvoir retrouver l'identité précédemment acquise.



**Once something is taken apart,
it's never quite the same.**

*(Quand quelque chose est déconstruit,
ce n'est jamais vraiment pareil.)*

*The New York Times, 3 novembre 2016,
«The Importance of Facial Equality», Ariel Henley.*



Portrait de Ariel Henley,
Dadu Shin, 2016.



Head n°2,
Naum Gabo, 1916.

Aspirer à la normalité

Face à toute cette souffrance, il semble légitime pour la plupart des patients d'aspirer à recouvrir une certaine forme de normalité, qu'elle soit physiologique ou physionomique. Mais comment la définir? Est-elle seulement accessible? Et quels dangers peut présenter une telle ambition?

Anomalie et anormalité : une frontière difficile à établir

Il s'agit dans un premier temps de questionner la notion même de normalité, ou d'anormalité. Nous avons précédemment tenu pour acquis que l'anomalie, la difformité, s'éloignait de la norme et de ce que la société considère comme acceptable. Il est pourtant nécessaire d'apporter quelques nuances à ce propos pour comprendre les questionnements éthiques qu'une modification du visage peut poser.

***Peut-on savoir où s'arrête le normal, où commence l'anormal ?
Vous pouvez définir ces notions, vous, normalité, anormalité ?
Philosophiquement et médicalement,
personne n'a pu résoudre le problème.***

Eugène Ionesco, *Rhinocéros*, Gallimard folio, 1972, p. 195.

Le médecin et philosophe Georges Canguilhem (1904-1995) nous rappelle une confusion étymologique commune des mots anomalie et anormal, tenus pour avoir une racine similaire.¹ Pourtant, le premier a pour origine le grec *anomalía* signifiant inégalité, aspérité, ou *an-omalos*, ce qui n'est pas uni et lisse, donc rugueux, irrégulier. Cette racine s'oppose à celle, grecque, de *a-nomos* où *nomos* signifie la loi, ou encore *norma* en latin, la règle. L'anomalie est alors un terme descriptif neutre, un fait, tandis que l'anormal est un terme appréciatif en référence à une valeur. L'anomalie est-elle alors, forcément, anormale ou pathologique ? Une anomalie, ou mutation, peut s'avérer relever d'une meilleure constitution dans un nouveau milieu comme l'illustre Canguilhem en prenant pour exemple le cas de drosophiles sans ailes s'adaptant mieux en milieu venteux.² C'est d'ailleurs ce genre de mutations qui mènent à l'évolution d'une espèce. Il est aussi possible qu'une anomalie ne soit pas pathologique en ce sens qu'elle ne nécessite pas de « guérison ». Selon l'étude de Canguilhem, l'anomalie devient pathologique si les normes de vie instituées par elle sont inférieures aux normes de vie antérieures, car même la maladie n'est considérée dans son ouvrage pas moins que comme un nouveau mode de vie, simplement différent du précédent.

***La norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance
de la physiologie, dite science de l'homme normal, à son expérience vécue
des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme
dans un milieu social un moment donné.***

Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 1943-1966, p. 98.

1. Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 1943-1966, p. 107

2. *ibid.* pp. 120-121

C. V.: *L'enfant ne semble pas pouvoir être décisionnaire de telles interventions chirurgicales, mais quelle légitimité les parents et l'équipe pédagogique ont-ils face à cette décision ? En d'autres termes, quels référentiels de normalité sont convoqués pour justifier l'intervention ?*

R. H. K.: *La question de la normalité doit être conçue comme une question pratique. Certains cas ne soulèvent pas de problème : tous les enfants porteurs de fente labio-palatine sont opérés à l'âge de 6 mois de vie, donc sans leur propre consentement. Certaines malformations sont associées à des atteintes fonctionnelles (comme les craniosténoses, qui peuvent mettre le cerveau en danger), et là encore, la question de l'indication chirurgicale ne se pose pas. En revanche, dans le cas de la chirurgie orthognathique (la chirurgie de re-positionnement des mâchoires), notre démarche est de rétablir des critères généraux d'équilibre facial, ce qui n'a aucune valeur absolue. La discussion est ainsi plus ouverte, surtout avec les adolescents, qui construisent parfois leur identité autour de leurs différences.*

Vous dites que l'enfant ne peut être décisionnaire, mais ce n'est pas vrai ! Les enfants ont une idée très claire de ce qu'ils veulent, parfois dès l'âge de 5 ans. S'ils sont motivés par le protocole que nous leur proposons, ils affrontent des situations très lourdes avec beaucoup de courage. Par contre, si leur demande est floue, les interventions que nous considérons comme les moins lourdes (comme par exemple la correction des oreilles décollées) peuvent être très mal vécues, surtout en cas de complications.

Le statut instable de ces pathologies et les potentielles complications connues des médecins balayent facilement le doute quant à la légitimité du chirurgien à intervenir. D'un point de vue thérapeutique, l'objectif de normalité visé par le médecin peut facilement se justifier dans la connaissance physiologique. Mais dans l'optique du développement personnel de l'individu, en terme d'activité et de rôle social, il apparaît aussi important d'adapter la nouvelle « normalité » post-opératoire aux normes esthétiques de la société. Le chirurgien doit donc, dans un effort d'intégration du patient au groupe, concilier le physiologique au social qui apparaît pourtant comme un critère très subjectif. C'est ici que réside la responsabilité complexe du médecin qui doit préparer le patient à ce nouveau visage qui sera éloigné de ce qu'il considérerait comme sa norme initiale.

La dangerosité de la norme

Est-il seulement possible d'accéder à la normalité pour un individu défiguré ? Et surtout si l'anomalie et la maladie sont simplement de nouveaux modes de vie qui diffèrent de ceux auxquels l'individu était habitué, comment procéder à une telle comparaison lorsqu'il n'y a pas de normes antérieures à l'anomalie ? « Le porteur d'une anomalie ne peut donc être comparé à lui-même ».³

With each surgery I had, I assured myself I was getting one step closer to being able to walk down the street in peace. People would no longer stare at me in confusion and disgust, wondering why I looked the way I did. Instead, they would admire my beauty.

(Après chaque opération, je me persuadais que je me rapprochais de la possibilité de marcher dans la rue en paix. Les gens ne me regarderaient plus avec dégoût, se demandant pourquoi je ressemble à ça. Au contraire, ils admireraient ma beauté.)

The New York Times, 3 novembre 2016, « The Importance of Facial Equality », Ariel Henley.

C'est là que réside la principale différence entre anomalies congénitales et accidentelles : dans chacun de ces cas, l'intervention aura respectivement valeur de construction et de reconstruction, une nuance qu'il est nécessaire de soulever. L'individu anormal de naissance n'a pas d'avant auquel se référer. Il s'est construit avec ce visage difforme et une intervention peut le déboussoier et lui faire perdre son identité. Canguilhem met en avant une théorie de Goldstein selon lequel « être sain [...] c'est être capable de se comporter de façon ordonnée et cela peut exister malgré l'impossibilité de certaines réalisations précédemment possibles ».⁴ Selon lui, il n'y a jamais de *restitutio ad integrum* dans la guérison. Ainsi, même les accidentés ayant une apparence précédente à laquelle se référer, malgré leur volonté, ne peuvent jamais retrouver leur normalité initiale. Ariel Henley évoque la minimisation du poids **psychologique** des interventions à répétition qu'elle a dû subir, au profit des enjeux vitaux. En effet, la jeune femme insiste sur les conséquences émotionnelles de voir chaque fois son visage changer drastiquement et ne jamais pouvoir retrouver l'identité précédemment acquise. Pour Goldstein, « ces nouvelles constantes garantissent l'ordre nouveau [...] Nous n'avons pas le droit d'essayer de modifier ces constantes-là, nous ne créerions par là qu'un nouveau désordre ».⁵

Canguilhem exprime que « par définition, un traitement ne peut mettre un terme à ce qui n'est pas la suite d'un accident ».⁶ En effet, on peut pallier les effets d'une erreur de métabolisme, par un traitement ou une opération, mais si ces solutions de détresse

3. Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 2013, p. 98.

4. *ibid.* p. 168.

5. *ibid.* p. 168.

6. *ibid.* p. 273.

C. V. : Certains enfants subissent de nombreuses interventions pour rétablir la normalité de leur visage. Quand la considère-t-on atteinte ? Autrement dit, comment savoir qu'il est temps de « s'arrêter », que d'autres opérations ne sont pas nécessaires ?

R. H. K. : Plusieurs situations très différentes peuvent se présenter. Lorsque le résultat final est globalement satisfaisant, comme dans la très grande majorité des cas de fentes labiopalatines, nous arrêtons les interventions à la demande de l'enfant. Il y a toujours des possibilités de retouches minimales (injections d'acide hyaluronique, rhinoplastie esthétique, reprise de cicatrice). Ces gestes sont faits sur demande, avec l'aide de notre équipe de psychologues.

Lorsque le résultat est mauvais, soit parce que les interventions ne se sont pas déroulées comme prévu, soit parce que nous n'avons pas les outils pour améliorer la situation (comme pour les grosses malformations artério-veineuses du visage), nous sommes toujours à l'écoute de l'enfant mais nous devons faire plus attention au terrain psychologique. Si nous sommes convaincus qu'un geste lourd de reconstruction peut améliorer une situation vécue comme désespérée, alors nous « poussons » parfois les enfants et leur famille à se faire opérer en prenant le temps de leur expliquer les avantages de la chirurgie, parfois lors de 2 ou 3 consultations, le temps que les idées du patient se clarifient et qu'il formule une demande précise. Mais même dans ces cas difficiles, nous n'opérons jamais sans l'accord clair de l'enfant.

Enfin, certaines interventions sont dictées par des impératifs fonctionnels et nous n'avons alors pas de choix (baisse d'acuité visuelle, hypertension intra-crânienne, risque de saignement, risque respiratoire, troubles sévères du sommeil).

sont nécessaires sur le long terme, l'idéal de quelques biologistes serait de mettre en place une inquisition génétique qui réglerait le problème à sa source. Dans son ouvrage *L'Œuf transparent*, Jacques Testart, biologiste et « père » du premier bébé éprouvette français, soulève les dangers de cette volonté de contrôle toujours plus grande. À propos de la FIVETE (fécondation in vitro et transfert d'embryon), le chercheur explique qu'il est possible de reconnaître « de plus en plus tôt les futurs indésirables, porteurs d'écarts irréversibles à la norme »⁷ et s'inquiète de la tentation eugéniste et des déviations d'un tel pouvoir : il serait alors possible de « procéder dès l'origine à [leur] élimination ».⁸ Si la première

7. Jacques Testart, *L'Œuf Transparent*, édition Flammarion, 1986, p. 33.

8. *ibid.* p. 135.

ambition d'un tel projet est « d'épargner à des vivants innocents et impuissants la charge atroce de représenter les erreurs de la vie », il s'agit ici de « rêver de remèdes pires que le mal lui-même »⁹ selon Canguilhem.

Même pour celui dont le corps mortel est encore indemne, le médecin est le détenteur des savoirs considérables et variés contre le risque d'être; en lui s'incarnent le droit à la norme, mérité par tout individu du groupe et le droit à l'amélioration de la norme, justifié par l'idéologie commune du progrès thérapeutique.

Jacques Testart, *L'Œuf Transparent*, édition Flammarion, 1986, p. 100.

Cette parenthèse illustre l'impossibilité pratique et éthique d'accéder à une normalité absolue, synonyme de perfection. Certains patients, mettant toute leur confiance dans l'équipe chirurgicale, pourraient ne jamais être satisfaits des résultats des interventions sur leur visage et seraient tentés de poursuivre leur croisade, en vain. D'autres, bien que satisfaits de l'esthétique post-opératoire, peuvent malgré tout plonger dans la dépression face à un visage qu'ils ne reconnaissent plus, sans repère auquel se raccrocher. L'accompagnement psychologique apparaît donc indispensable dans le cadre d'interventions faciales pour aider le patient, mais aussi son entourage, à accepter et intégrer cette nouvelle identité.

9. George Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 2013, p. 273.

Inter

venir

Au même titre que pèse sur le chirurgien la responsabilité de reconstruire le visage meurtri et de maîtriser des techniques chaque jour plus pointues, l'intervention de l'illustrateur médical implique l'utilisation d'outils graphiques et de procédés didactiques adaptés à la transmission exacte de ce savoir. Quels enjeux peuvent aujourd'hui faire se rencontrer le médecin et l'illustrateur issus chacun d'un domaine propre ? Et comment leurs pratiques sont-elles amenées à finalement dialoguer et s'enrichir ?

Évolution des chirurgies «céphaliques»

Les progrès de la médecine permettent actuellement de prendre en charge de plus en plus tôt certains types de malformations du visage et du crâne. Pour mieux comprendre les enjeux actuels de la chirurgie cranio-faciale, il s'agit de reprendre l'évolution des disciplines «céphaliques».

La Lithotomie,
Jérôme Bosch, vers 1494.



Le crâne



Crâne trépané d'une fillette ayant survécu à l'opération, Musée d'Histoire de Lausanne, vers 3500 av. J.-C.

La **trépanation** est sans doute le premier abord crânien jamais réalisé. On retrouve les premières traces de ces effractions du crâne au Maroc, aux environs de 10 000 av. J.-C. Cette technique a été particulièrement utilisée au Pérou où plus de 2000 crânes trépanés ont été retrouvés. Chez les Incas, la trépanation relève plus du magique et du religieux que du thérapeutique. Cette civilisation entretenait une relation particulière avec le crâne et n'hésitait pas à le déformer, notamment dans un but esthétique: un crâne allongé était en effet probablement signe de noblesse. Le fait que la plupart de ces crânes portent des marques de cicatrisation osseuse indique que l'acte de trépanation relevait déjà d'une certaine **maîtrise chirurgicale**¹. En effet, le système nerveux central est enveloppé par les méninges, trois membranes protectrices dont la dure-mère, fibreuse, est la plus externe. Si celle-ci est percée, le risque de méningite est important, pouvant entraîner la mort du patient. Ainsi sur les crânes péruviens, l'utilisation d'instruments spécifiques permettait déjà une ouverture «réussie» de la voûte crânienne sans entraîner la mort du patient.

Durant le Moyen Âge et jusqu'au ^{xvii}e siècle, en Flandre et dans certaines régions germaniques, la pratique de la trépanation est associée à la **lithotomie**, ou extraction de la « pierre de folie ». Connue depuis l'Antiquité grâce à l'expérience du médecin grec Claude Galien (129-199) qui émit l'idée que l'ouverture du crâne n'entraîne pas forcément la mort du sujet, ce traitement devait guérir le mal supposé provenir de la tête, qu'il s'agisse de céphalées ou de troubles psychiatriques. De nombreux charlatans abusèrent ainsi de l'obscurantisme et des pensées magiques de l'époque.

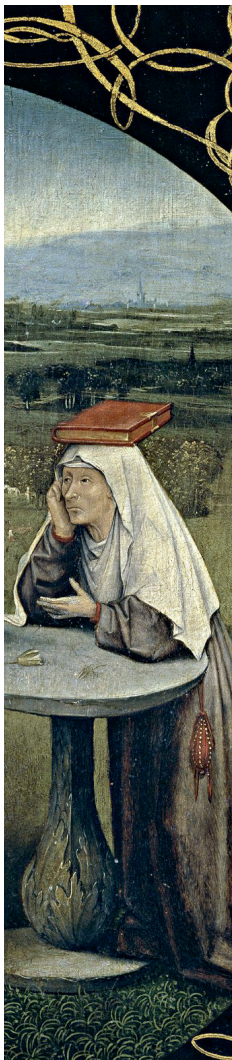
Dans son tableau *La Cure de la Folie*, Jérôme Bosch se moque de l'ignorance du peuple et dénonce la tromperie faite au malade. Dans cette scène, un bourgeois s'est manifestement laissé convaincre de passer entre les mains du médecin/tailleur de pierre qui s'affaire à l'extraction non pas d'une pierre mais d'un bulbe de tulipe.

L'entonnoir renversé sur la tête du praticien peut symboliser les forces du mal se concentrant dans sa tête avant d'être évacuées vers le ciel. Un moine et une nonne sont également présents, le premier semblant rassurer le patient, une cruche entre les mains, peut-être remplie d'alcool ou de quoi faire passer la douleur du bourgeois. La nonne, avachie sur une table, tient en équilibre un livre sur la tête, ce qui peut renvoyer à un usage erroné de la connaissance médicale.

Si l'on peut longuement se questionner sur la symbolique de cette œuvre, elle dépeint toutefois une pratique visiblement absurde.

La technique crapuleuse n'était pourtant pas nouvelle et le médecin perse Rhazès (865-925) en dénonçait déjà la pratique dès 900. « Certains guérisseurs prétendent guérir le haut mal et font une ouverture en forme de croix sur la partie

1. Benjamin Guichard, *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale, Premiers témoignages sur la « Collection Tessier »*, 2011.



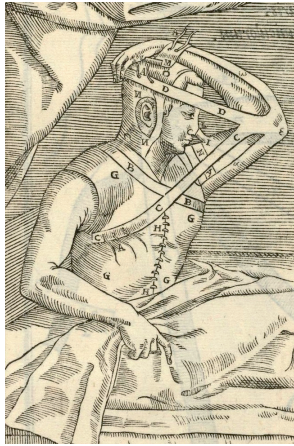
arrière du crâne et font croire à l'extraction d'une chose, qu'ils tenaient dans leur main précédemment...!»²

Si l'abord crânien connaît quelques avancées au ^{xvi}^e siècle, comme la mise au point d'un matériel spécifique pour réduire les fractures du crâne ou la réalisation de volets crâniens par interconnexions de points de trépan, ce n'est qu'à partir du ^{xix}^e siècle que l'on fait coïncider signes neurologiques et geste chirurgical: la symptomatologie neurologique devient un guide de la localisation de lésions cérébrales comme les abcès, hématomes ou kystes. L'intérêt pour la **neurochirurgie** s'amplifie à la fin du siècle. Des techniques et un matériel innovants, encore employés aujourd'hui, perfectionnent l'abord crânien, comme l'application d'une cire permettant d'arrêter l'hémorragie des vaisseaux du crâne ou encore l'utilisation d'une scie-fil pour réaliser les craniectomies, moins dangereuse que les marteaux et ciseaux à os.

Mais l'avancée majeure de la spécialité neurochirurgicale réside sans doute dans le contrôle de la barrière anatomique cérébrale. Avant la Seconde Guerre mondiale, peu d'importance était accordée à la reconstruction durale. La dure-mère était au contraire souvent laissée ouverte pour permettre le drainage et la décompression, ce qui entraînait de nombreux problèmes de cicatrisation, des infections et des hernies cérébrales. Les premières tentatives de colmatage de ces brèches furent complexes et infructueuses. Ce n'est qu'à la fin des années 1930 que des solutions efficaces furent définies pour réparer la dure-mère, à l'aide d'un lambeau de muscle ou de péricrâne, membrane fibreuse recouvrant l'os de la boîte crânienne.

Si le développement de la neurochirurgie fut permis par l'observation et la description méticuleuse des traumatismes crâniens et l'expérimentation de quelques procédés depuis l'Antiquité, cette spécialité restera longtemps chirurgie du contenu et non du contenant qu'est le crâne, barrière incommode dans l'accès au cerveau.

2. Marc Magro, *Sous l'Œil d'Hippocrate*, First Histoire, 2014.



*De curtorum chirurgia
per insitionem,*
Gasparo Tagliacozzi, 1597.

La face

Au ^{xvi}^e siècle, Gaspare Tagliacozzi, médecin italien et précurseur de la chirurgie plastique, développa une des premières techniques d'**autogreffe** permettant de restaurer oreilles, nez ou lèvres amputés d'un visage, le plus souvent suite aux fréquents duels à l'épée de l'époque. Cette « greffe italienne » consiste en la section d'un lambeau du bras, encore vascularisé, déposé ensuite sur la partie mutilée du visage, le plus souvent le nez. Une contention d'une vingtaine de jours permet à un nouveau réseau de vaisseaux sanguins de se créer sur la zone amputée et il est enfin possible de détacher le morceau de peau du bras. Cette technique sera d'ailleurs encore utilisée pour traiter les Gueules cassées au lendemain de la Première Guerre mondiale.

C'est d'ailleurs la prise en charge des blessés de guerre du ^{xx}^e siècle qui donnera naissance à la **chirurgie maxillo-faciale**, initialement réparatrice. À l'époque, cette spécialité est avant tout tournée vers la bouche et notamment la restauration de l'occlusion dentaire afin de recouvrir sa fonctionnalité.



Gueule cassée mutilée
par un éclat d'obus.

Les blessures du visage, par éclats d'obus, armes à feu ou brûlures, n'étant pas toujours létales, les séquelles sont nombreuses et leur prise en charge complexe. D'autre part, les progrès de l'asepsie évitent de plus en plus de surinfections et décès par septicémie. Il s'agissait alors de prendre en charge puis, une fois le conflit terminé, de réhabiliter ces survivants mutilés. Cette urgence poussa chirurgiens français, anglais et allemands à imaginer des techniques innovantes pour restaurer les tissus mous (peau, muscles, muqueuses) et durs (os) du visage. En 1914 par exemple, le docteur Delagenière met au point la greffe ostéopériostique, reposant sur la fonction génératrice du périoste, qui consiste à prélever un fragment de la membrane protectrice entourant le tibia pour combler une cavité osseuse de la face. Si une partie du monde médical manifeste quelques réticences, ces greffes permettent néanmoins d'obtenir un résultat fonctionnel et une certaine **correction** des difformités faciales.

Cette nouvelle expérience sur les os de la face permet aux chirurgiens de l'entre-deux guerres de développer une chirurgie des bases osseuses de la face, ou chirurgie orthognatique, et d'envisager la correction de dysmorphoses faciales, comme les prognathismes, en routine. Au niveau orbitaire, le contenant osseux est d'abord considéré, à l'instar de la boîte crânienne en neurochirurgie, comme une barrière gênant l'accès à l'organe « noble ». Les premières chirurgies de modification du cadre orbitaire, jusqu'alors négligé, consistent en un agrandissement de cet espace pour pallier l'exophtalmie, extrusion antérieure de l'œil hors de l'orbite.

Vers la fin du XIX^e siècle, de nombreux domaines chirurgicaux se développent : le chirurgien général se spécialise, mais les pratiques sont de plus en plus cloisonnées et les avancées techniques d'une discipline chirurgicale se font dans l'ignorance de celles des autres.

De ces barrières spécialisées naissent d'autres espaces d'isolement. Chaque spécialité, par son expérience et son évolution, se focalise sur ce qu'elle sait et s'effraie de ce qu'elle ignore. [...] De la spécialisation naît l'ignorance, et de cette ignorance naissent des adages, des pratiques, des habitudes, autant de freins chirurgicaux qui jalonnent les frontières de chaque spécialité.

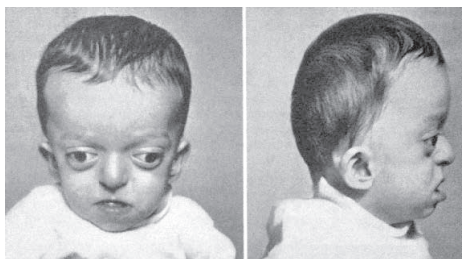
Benjamin Guichard, *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale, Premiers témoignages sur la « Collection Tessier »*, 2011, p. 48.

Briser les frontières

Face au **cloisonnement** des pratiques, un chirurgien va soulever, dans les années 60, la nécessité d'une interdisciplinarité. Parallèlement à la chirurgie des tissus mous qu'il pratique dans le département de chirurgie plastique et des brûlés de l'Hôpital Foch de Suresnes, qu'il dirigera de 1946 à 1983, le docteur Paul Tessier (1917-2008) aspire à atténuer l'empreinte sociale des malformations cranio-faciales sévères.

À l'époque, le traitement des craniosténoses répondait à une volonté de pallier les risques de retard mental et non de rétablir une morphologie naturelle pour le patient. L'hypoplasie maxillaire quant à elle était traitée dans un second temps, en procédant à une réduction de la mandibule, ce qui relevait davantage d'un camouflage que d'une réelle correction. Pour Tessier, il ne faut pas négliger les conséquences de l'aspect esthétique du patient. Sa volonté principale est de changer le regard sur la difformité faciale, d'où l'importance du retour à une normalité morphologique.

Un jour se présente à l'Hôpital Foch un cas très sévère de syndrome de Crouzon dont il s'agit de corriger le développement maxillaire



Aspect typique
de syndrome de Crouzon.

**Le patient doit paraître mieux que
ce qu'il n'était avant l'intervention (...)
si ce n'est pas normal, c'est que
ce n'est pas suffisant.**

Paul Tessier cité par Benjamin Guichard dans *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale, Premiers témoignages sur la «Collection Tessier»*, 2011, p. 54.

insuffisant. Face à ce premier cas³, Tessier réalise une importante recherche bibliographique et de nombreuses **simulations** d'ostéotomie sur des crânes secs, modélisant le déplacement optimal pour son patient. Près de 2 ans furent nécessaires à Tessier pour préparer l'intervention qui, bien qu'étant un succès, engendra de multiples complications comme des problèmes de consolidation dus à l'avancée soudaine du bloc facial, de résorption de la perforation palatine ou encore de communication entre bouche et sinus.

L'utilité du contenant, de la structure osseuse et de sa plasticité enfin admise, il s'agit désormais d'élargir cette pratique à d'autres syndromes comme celui d'Apert et aux séquelles traumatologiques, de radiothérapie et de fentes labiopalatines pouvant entraîner une hypoplasie maxillaire. De multiples opérations et simulations sur crânes ou cadavres furent nécessaires pour perfectionner les techniques de Tessier qui développe des moyens de contention et d'immobilisation post-opératoire des patients et explore de nouvelles voies d'abord.

Pour séparer le bloc osseux facial du reste du crâne, Tessier privilégie en premier lieu les voies pratiquées par ses mentors et prédécesseurs : par les muqueuses du palais, sous et autour de l'orbite. Mais il en constate rapidement les limites et inconvénients.

C'est face à un cas d'hypertélorisme orbital extrême (augmentation de la distance entre les deux yeux) que Tessier décida de faire appel à un collègue neurochirurgien et de briser définitivement les frontières entre les disciplines chirurgicales du crâne et de la face. Pour corriger cette augmentation de la distance entre les deux yeux, les techniques précédant les apports de Tessier étaient ponctuées d'échecs et de résultats plus ou moins satisfaisants. Certaines méthodes, relevant davantage du camouflage, consistaient en un rapprochement des bords médiaux des sourcils pour diminuer la largeur du nez uniquement par illusion d'optique. Pour Tessier, il s'agit de procéder

3. Benjamin Guichard, *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale Premiers témoignages sur la «Collection Tessier»*, 2011, pp. 56-57.

au rapprochement des orbites « en bloc » mais cette approche audacieuse nécessite de retirer une partie centrale comprenant une partie des os nasal, frontal et de l'ethmoïde en contact avec le cerveau. Après plusieurs tentatives par voie extracrânienne, intéressantes mais globalement insatisfaisantes, le chirurgien envisage de passer par l'intérieur du crâne, pratique alors exclusive à la neurochirurgie.

**Les neurochirurgiens c'étaient des dieux
qui touchaient le cerveau, et les autres spécialités,
c'était de la valetaille !**

Paul Tessier cité par Benjamin Guichard dans *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale Premiers témoignages sur la « Collection Tessier »*, thèse doctorale en médecine, 2011, p. 124.

Par chance, le Docteur Tessier était parfois sollicité par l'équipe neurochirurgicale, et notamment le Docteur Gérard Guyot, pour reconstruire la base du crâne après l'ablation de certaines tumeurs. Cette association de spécialités est inédite et n'existe nulle part ailleurs. Fort de cette première expérience **interdisciplinaire**, Tessier sollicite Guyot pour réaliser l'abord frontal et libérer la base du crâne dans le cadre du traitement de l'hypertélorisme, proposition à laquelle le neurochirurgien répondit ce qui deviendrait la devise de l'*International Society of Craniofacial Surgery* dont Tessier fut un des fondateurs en 1983 : « Pourquoi pas ? »

Par la suite, Tessier enrichit son apport à l'univers chirurgical en développant des techniques de correction des fentes faciales et en mettant au point de nombreux instruments innovants. Il transmet ses avancées en intervenant dans les plus grands établissements hospitaliers d'Amérique du Nord mais aussi en Europe, au Brésil, en Chine ou encore en Irak. La chirurgie innovante de Paul Tessier répond ainsi à une volonté de briser les barrières, naturelles et artificielles, qu'elles soient d'ordre anatomique, disciplinaire ou géographique.

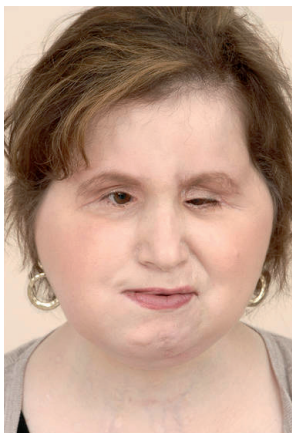
Il a été le premier au monde à oser intervenir chez l'Homme sur les os du crâne et de la face et ce au début des années 1960, grâce à la riche collaboration qu'il avait pu établir avec le neurochirurgien Gérard Guyot. C'était à tous égards un chirurgien remarquable, d'une rigueur et d'un talent qui impressionnaient tous ceux qui venaient le voir opérer pour améliorer leur pratique. C'était aussi un chirurgien de la démesure qui, pour ne parler que de la France, a pratiqué plus de 50 000 interventions.

D^r Jean-François Tulasne cité dans *Le Monde*, 1^{er} juillet 2008,
« Paul Tessier, maître de la reconstruction cranio-faciale ».

Même s'il en existe peu de spécialistes à travers le monde,
la discipline de la **chirurgie cranio-faciale** est aujourd'hui en



Katie Stubblefield, avant
et après sa greffe faciale.



constante amélioration de l'héritage de Tessier: l'Hôpital Necker notamment est l'un des centres les plus actifs au monde en chirurgie cranio-faciale et de nombreuses techniques chirurgicales spécifiques y ont été développées et perfectionnées, comme l'ostéotomie d'avancée fronto-faciale, aussi appelée monobloc.

Les chirurgies de la face ont atteint des sommets que le monde médical pensait pendant un temps inaccessibles. Les greffes de visage totales, par exemple, relèvent aujourd'hui d'interventions si complexes qu'elles peuvent impliquer plus d'une dizaine de chirurgiens et spécialistes. Ce fut le cas de l'opération de Katie Stubblefield, qui nécessita trente et une heures d'intervention en mai 2017. Défigurée à la suite d'une tentative de suicide en 2014, il fallut trois ans pour **reconstruire** progressivement le visage de la jeune femme avant d'entreprendre la greffe: peau, muscles, cuir chevelu, front, paupières, nez, lèvres, mais aussi les veines et artères, une partie des nerfs, les mâchoires, orbites, pommettes et dents de la donneuse ont été récupérés pour offrir à Katie un nouveau visage, faisant d'elle, parmi une quarantaine de greffés à travers le monde, la plus jeune patiente à avoir eu recours à une telle opération, à 21 ans. Pour suivre de tels progrès chirurgicaux, le chirurgien ne peut rester sur des acquis et sa formation continue relève d'un impératif.

C. V.: Assistez-vous à beaucoup de congrès? Quelle importance prennent-ils en regard de votre profession?

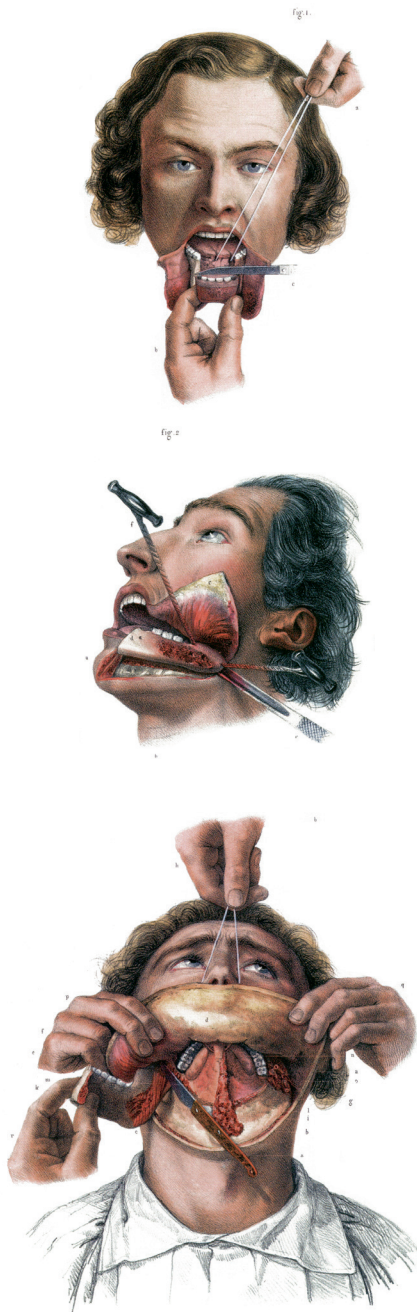
R. H. K.: La formation continue est une obligation d'ordre éthique. Les choses évoluent vite en chirurgie et de nouvelles techniques sont inventées presque chaque jour: réalité augmentée, impression 3D, traitement d'images, intelligence artificielle, thérapies ciblées. Les congrès sont l'occasion de saisir les tendances et d'établir des contacts personnels avec les chirurgiens novateurs de notre discipline.

Untitled, Luboš Plný, 2012



Illustrer pour transmettre

Face à des techniques chirurgicales en constant progrès et la nécessité du chirurgien de se former en permanence, la production de supports d'enseignement semble indispensable. Il s'agit donc ici de questionner l'évolution de la représentation de l'acte chirurgical et les enjeux actuels de l'illustration médicale destinée aux professionnels.



Résections de la mandibule,
Traité complet
 de l'anatomie de l'homme,
 Nicolas Henri Jacob, 1931-1954.

Une tradition à transcender

Si les représentations de l'acte chirurgical ou du contexte opératoire remontent aussi loin que l'Antiquité, elles relèvent plus de témoignages des pratiques de l'époque que de supports didactiques nécessaires à la transmission de savoirs.

L'illustration chirurgicale a évolué avec la connaissance toujours plus poussée de l'anatomie ainsi que le développement et la maîtrise de techniques médicales de plus en plus précises, mais aussi à travers le progrès des techniques de l'image et du regard scientifique. Nous pouvons commencer notre analyse à travers une des 726 planches lithographiées de Nicolas Henri Jacob accompagnant le *Traité complet de l'anatomie de l'homme* de Jean-Baptiste Marc Bourguery, œuvre monumentale dont ce dernier entreprend la publication à partir de 1829. Cette planche donne à voir trois résections de la mandibule, c'est-à-dire des opérations chirurgicales d'ablation d'une partie de la mâchoire inférieure. Ces illustrations, réalisées en lithographie, relèvent d'une finesse toute particulière et traduisent une volonté naturaliste qui ont d'ailleurs été saluées par la Société des Beaux Arts de Paris à leur parution, qui qualifia les travaux conjoints de Bourguery et de Jacob « d'une grande vérité de détail [et] chef-d'œuvre d'exécution pour l'exactitude ». En effet, ces ouvrages furent, à l'époque, davantage reconnus pour leur **beauté** et leur précision formelle que pour le travail de recherche de Bourguery. La technique lithographique, procédé long et support d'impression contraignant, implique une composition, des esquisses réfléchies en amont et un travail soigné. De plus, les sujets représentés, techniques chirurgicales innovantes pour l'époque, ajoutent à la minutie de l'image une dimension spectaculaire à laquelle un profane ne peut pas demeurer sans réaction. Les visages sont ouverts, la peau coupée et écartée, les os sciés sans censure. Autant d'un point de vue scientifique qu'esthétique, ces visuels révèlent un univers longtemps fantasmé.

Les visages des trois patients subissent des opérations chirurgicales lourdes mais leurs expressions sont pour le moins inattendues. Qu'ils aient l'air placide ou inquiet, aucun doute n'est permis quant à leur éveil mais l'on ne peut pourtant, à aucun moment, y lire une souffrance quelconque. Bourgery effectuait certes ses recherches principalement sur des cadavres, ce qui explique leur « résistance » à la douleur, mais alors pourquoi une telle **théâtralité** des visages ?

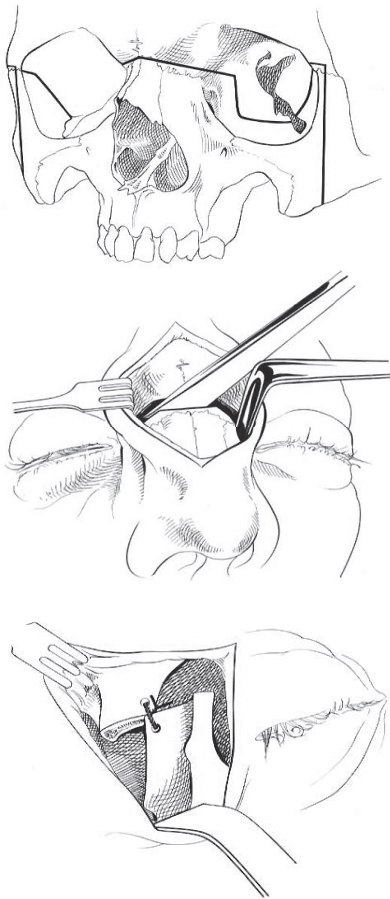
L'énorme lacune de ces illustrations est donc leur contextualisation. On ne sait pas quelles pathologies pourraient justifier de telles pratiques, sachant que les trois personnages ne portent sur leur face aucun signe apparent de maladie ou malformation nécessitant ces résections en premier lieu. Sans l'accompagnement textuel de Bourgery, il est presque impossible de traduire les courtes légendes et annotations présentes sur la planche. On peut surtout questionner la capacité d'une seule illustration à condenser efficacement toutes les informations d'une intervention chirurgicale.

Cet ouvrage était destiné à des professionnels qui maîtrisaient sans doute déjà bien des étapes abordées par Bourgery. Mais pourquoi alors un tel contraste entre le défaut de didactique quant aux étapes opératoires et une exhaustivité du détail parasitaire, comme ces belles chevelures ? La représentation du praticien dans ces planches est d'ailleurs très intéressante : matérialisé uniquement par ses mains, flottantes, il semble être partout à la fois. On ne saurait dire par exemple si la troisième opération nécessite vraiment plusieurs personnes ou si les placements des mains sont autant d'étapes intermédiaires. On pourrait presque penser à une main divine, en total contrôle du corps qu'elle altère, mais aussi des instruments chirurgicaux, qui lévitent autour du visage et semblent opérer seuls.

Cette planche peut ainsi nourrir tout un imaginaire, loin de ses intentions initiales principalement scientifiques. Sans plus de clefs de compréhension, un regard actuel se voit forcément entraîné dans un monde d'**horreur** fantasmé, dramatisé et tendant vers l'irréel tant il est extrême.



Planche sur les exophtalmies,
Frank Netter.



Tracé d'ostéotomie;
Ostéotomie fronto-nasale
au ciseau droit; Ostéosynthèse
en chicane de l'avancement
fronto-malaire,
Francine Gourdin.

Ce goût pour les « belles » images d'anatomie ont été nourries par les travaux de Max Brodel (1870-1941), illustrateur médical allemand et Frank Netter (1906-1991), anatomiste-artiste américain, qui adoptent encore un traitement graphique très poussé et naturaliste. Par la suite, la représentation chirurgicale évolue vers un style de moins en moins académique. On abandonne peu à peu la matérialisation de la main du chirurgien ou encore des outils qui interviennent lors des opérations pour se concentrer sur l'organe seul.

Au cours de sa carrière, le Docteur Paul Tessier fut notamment accompagné par Francine Gourdin, illustratrice qui le suivit dès son arrivée à l'Hôpital Foch et dont la production graphique fut considérablement prolifique : des milliers de dessins d'interventions et de descriptions chirurgicales et anatomiques furent réalisés à l'encre de Chine pour illustrer les articles, présentations et autres travaux d'enseignement du chirurgien. L'approche graphique de Francine Gourdin répondait déjà à un effort de **synthèse** et ses dessins tendent à schématiser l'acte chirurgical à travers le travail de la ligne claire et de tracés symbolisant le geste chirurgical, mais aussi au moyen de plans rapprochés sur les zones d'intervention : le superflu est mis de côté, ce qui, au-delà d'un souci d'efficacité visuelle, est justifié par l'abondance des interventions du chirurgien.

De nouveaux supports

À la chirurgie actuelle, en constant progrès, doivent répondre des supports de transmission innovants et adaptés à l'évolution de techniques chirurgicales complexes.

C. V.: *Quels types de supports visuels êtes-vous amené à utiliser, notamment lors de présentations, comme les congrès, ou dans tout autre cadre de transmission ? Sont-ils suffisants ?*

R. H. K.: *L'apprentissage des techniques opératoires peu habituelles comme le monobloc se fait surtout en assistant aux interventions et en examinant les scanners post-opératoires, notamment les reconstructions 3D. Au niveau facial, en raison de l'intrication des structures anatomiques, les représentations schématiques 2D des interventions chirurgicales sont rarement satisfaisantes et ne deviennent utiles qu'après avoir vu les gestes chirurgicaux « en vrai ». Par ailleurs, produire un bon schéma opératoire demande une collaboration rapprochée entre le chirurgien et l'illustrateur, car les illustrations existantes sur le sujet sont insuffisantes dans la majorité des situations.*

C. V.: *Quelles sont les limites du medium photographique pour mettre en lumière l'intervention chirurgicale ?*

R. H. K.: *La photographie seule n'est pas idéale pour transmettre une information utile sur le geste chirurgical : les différentes structures se ressemblent (presque tout est rouge !), et les images de bonne qualité nécessitent d'avoir du matériel. Il est aussi très difficile de produire des films techniques utiles.*

En complément à l'imagerie médicale que les chirurgiens utilisent chaque jour, comme les scanners ou les radiographies, le numérique et l'imagerie 3D offrent également de nouveaux horizons à l'illustration médicale.

La 3D est aujourd'hui un support privilégié par beaucoup de chirurgiens : construite à partir de scanners, elle permet une certaine sélection informative et la mise en place d'un système graphique à la fois détaillé et épuré. L'article numérique du *National Geographic* retraçant toutes les étapes opératoires de la réhabilitation du visage de Katie Stubblefield en est un bon exemple : par un jeu de superpositions et de **transparences**, l'évolution des structures de sa face nous est livrée très clairement et permet de concevoir l'impact des interventions « invisibles » sur la morphologie faciale de la jeune femme. La synthèse des formes et l'utilisation

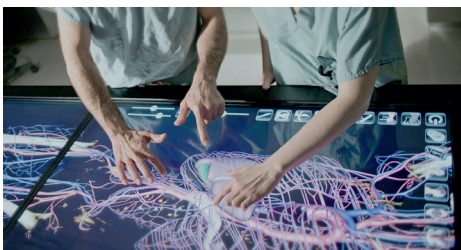
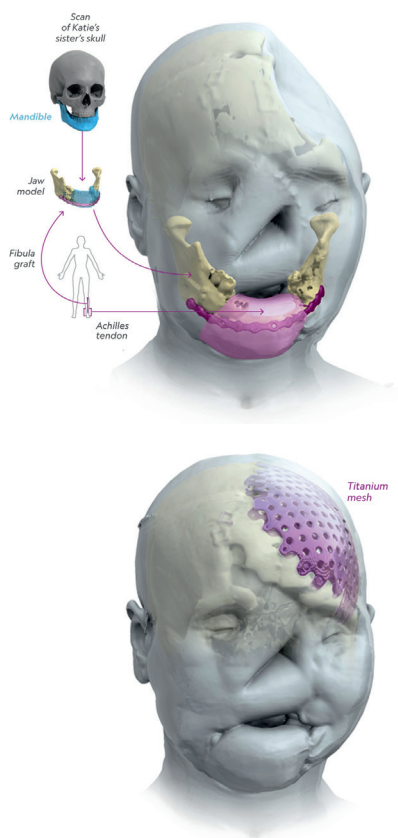


Table de dissection virtuelle
Anatomage.



Building Katie's New Face,
Bryan Christie, 2018.

d'une gamme colorée réduite et non organique permettent d'atténuer l'aspect horrifique d'une telle défiguration et des opérations: le visage se retrouve grisé tandis que sont mises en exergue les structures osseuses, métalliques ou encore les réseaux de vaisseaux et de nerfs. Cette approche graphique aseptisée permet d'illustrer des étapes claires et d'assurer l'absence d'éléments visuels parasites à leur compréhension (tissus, sang).

De véritables tables de dissection virtuelle ont été mises au point dans les années 2010. Sept universités françaises disposent aujourd'hui de ce support d'apprentissage anatomique: **l'interactivité** et la dimension tactile de la table lui confèrent une utilisation intuitive pour les étudiants en médecine qui se trouvent libres d'intervenir sur la totalité du corps pour réaliser coupes, dissections et interventions sans nécessiter de véritable patient ou cadavre préalablement traité. Sans les remplacer, ces tables anatomiques virtuelles sont complémentaires aux techniques d'apprentissage classique: une approche dématérialisée n'est pas suffisante à la maîtrise médicale et les futurs chirurgiens se doivent d'être confrontés à la manipulation et la modification d'un corps réel. Au même titre, ce genre de projet implique bien entendu une collaboration étroite avec une équipe médicale détentrice de cette pratique traditionnelle, pour créer une banque de données exhaustive exacte.

Ainsi le support didactique, dans le cadre de la chirurgie, est indissociable d'une exécution réelle de l'intervention. Théorie et pratique se nourrissent mutuellement: que ce soit pour le chirurgien ou pour l'illustrateur, assister aux blocs opératoires est indispensable pour appréhender correctement toutes les dimensions de la technique étudiée. D'autre part, quel que soit l'apport des nouvelles technologies et la forme qu'elle peut emprunter, l'illustration médicale apparaît comme un accompagnant nécessaire à la maîtrise des avancées chirurgicales pour les générations futures et à l'international. Il s'agit, au travers du support visuel universel, de permettre une acquisition rapide du savoir existant et d'en accélérer la maîtrise, pour ensuite privilégier le développement de nouvelles techniques.

Revaloriser la chirurgie

Les interventions de chirurgie cranio-faciale sont impressionnantes à bien des égards: au-delà de l'aspect quasi « magique » de la correction des craniosténoses aux yeux du patient et de son entourage, l'opération en elle-même relève d'actes d'intrusion pouvant aisément choquer un profane. Le monobloc consiste en effet à inciser le cuir chevelu de l'enfant, à rabattre la partie supérieure de son visage sur son front pour accéder à l'os, puis à séparer le front d'une part, et l'ensemble de la face d'autre part, du reste du crâne. Bien que les chirurgiens soient habitués à des visuels explicites et confrontés chaque jour à la réalité du bloc opératoire, il s'agit de questionner les pistes graphiques les plus adaptées à l'apprentissage d'une technique chirurgicale complexe.

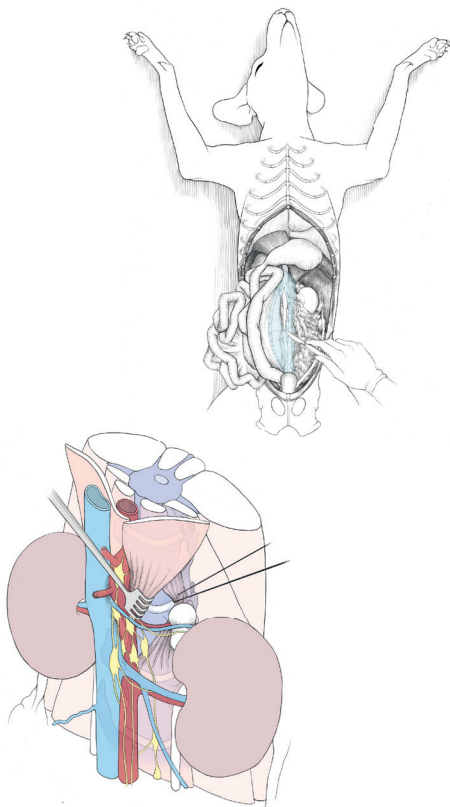


*Julian S. (Operation),
Mark Gilbert, 2000.*

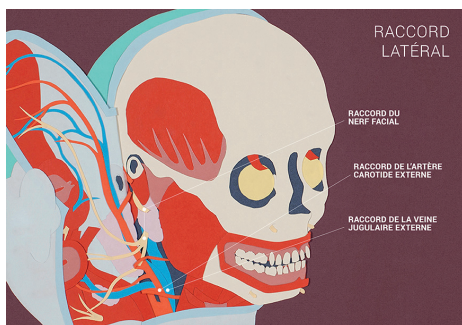
C. V.: *Quelles seraient aujourd'hui les attentes des équipes de chirurgie cranio-faciale en termes de représentation de ces interventions ?*

R. H. K.: *Dans la mesure où il n'existe pas aujourd'hui de représentation satisfaisante des interventions cranio-faciales complexes, tous les champs d'exploration graphique sont ouverts.*

Certains illustrateurs proposent aujourd'hui encore des traitements aux volumes et matières détaillés, répondant à un souci de réalisme, mais qui offrent pourtant un rendu « aplati ». En d'autres termes, les informations n'y sont pas **hiérarchisées** visuellement et l'approche naturaliste du dessin dessert la clarté du propos technique. Prendre en compte les acquis anatomiques de ce public et s'écarter du réalisme de la chair semble un bon point de départ pour se détacher d'éléments visuels éventuellement parasites à l'acquisition de la méthode. Or si certaines informations sont déjà intégrées par le chirurgien, il est alors possible d'envisager une prise de liberté graphique plus importante et de s'écarter des réponses illustratives ordinairement attendues, tout en respectant l'exactitude du sujet.



De nouvelles voies vers la colonne vertébrale du chien, Diane Rottner, réalisé lors d'un projet en partenariat avec Pierre Moissonnier (École nationale vétérinaire d'Alfort), 2017.



Greffe de la Face, Guillaume Biasse, réalisé lors d'un projet en partenariat avec le P^r Lantieri, 2014.

Les deux projets de mes prédécesseurs, dans le cadre du diplôme d'Illustration scientifique, suivants servent bien mon propos quant aux expérimentations graphiques envisageables face à un public de professionnels.

Le travail de Diane Rottner illustre parfaitement cette intention de clarifier le dessin anatomique : elle y décrit les nouvelles voies d'abord abdominales aux disques intervertébraux lombaires chez le chien à travers un style graphique **épuré**, faisant principalement usage de la ligne claire et d'une gamme colorée aux tons pastels. Certaines matières, rendues par un travail de hachures régulières, ne sont pas sans rappeler le dessin **traditionnel** et plus particulièrement la gravure, renouant dans une certaine mesure avec l'héritage de l'illustration scientifique tout en apportant une légèreté et une élégance certaines. Le code couleur adopté est quant à lui restreint mais très efficace : à chaque étape, les tissus et organes sur lesquels le chirurgien doit se concentrer sont clairement distingués. Enfin, les angles de vues abordés – frontal et axonométrique – tout en mettant le sujet d'étude à distance, permettent une approche très rigoureuse des plans anatomiques.

Dans son projet illustratif de la greffe de visage, Guillaume Biasse a décidé d'adopter une technique pour le moins inattendue : le papier découpé. Destinées à des professionnels, les illustrations composées par ses modèles de papier apportent sensibilité et finesse à une intervention impressionnante et difficile à supporter dans certaines situations. La matière du papier découpé et l'utilisation d'aplats colorés pour simplifier les différentes couches du visage peut également évoquer l'univers de l'enfance et amener de la douceur pour mettre à distance la violence relative de l'opération. L'isolement ponctuel des différents types de tissus permet un séquençage clair des étapes, une **dissection** complète et progressive du visage jouant parfois sur la transparence de calques. Le choix de points de vue rapprochés et désaxés offre un nouveau regard sur l'opération : celui du chirurgien.

Mais aspirer à une mise à distance trop extrême avec le réel n'est pas sans risque et peut finalement desservir l'efficacité du support

didactique, rendant impossible pour le chirurgien la transposition des informations théoriques lors d'une intervention.

Pourtant, ces deux exemples constituent une synthèse efficace des acquis anatomiques et des clefs de compréhension de l'acte chirurgical, la simplification n'étant pas incompatible avec la **précision** des illustrations. Mais ces projets contribuent surtout à la valorisation de la pratique même du chirurgien. En effet, la technique employée par Guillaume Biasse, impliquant l'utilisation d'un scalpel, fait ici parfaitement écho au geste chirurgical: l'illustrateur « joue » avec les couches du visage à l'instar du chirurgien, dont l'intervention relève en quelque sorte d'un travail d'orfèvre. Les techniques traditionnelles, en apportant la sensibilité nécessaire à l'humanisation du patient, mettent en valeur le rôle du chirurgien dans la construction de l'identité du patient.

En définitive, cette revalorisation de l'acte chirurgical n'est sans doute pas à négliger dans un contexte toujours plus technique et exigeant. Mettre en avant la dimension humaine du travail du chirurgien pourrait finalement favoriser l'échange et l'appréhension de nouvelles techniques.

Conclusion

Dans un contexte de fortes pressions pour rentrer dans le moule social, l'individu défiguré, exclu malgré lui des idéaux de beauté, se voit presque refuser son statut humain. La modification du visage est alors souvent considérée comme seul moyen d'intégrer la norme.

La (re)construction d'un visage est un projet ambitieux au regard de tous les enjeux que l'intervention implique. À travers ce support fragile, ce sont l'identité et le futur du patient dont le chirurgien devient responsable. La légitimité de ce dernier à opérer réside principalement dans ses compétences médicales. Pour assurer cette maîtrise de procédés chirurgicaux adaptés à chaque patient, la formation continue du chirurgien relève du devoir.

Aujourd'hui, de nombreuses disciplines chirurgicales manquent de supports didactiques efficaces pour assurer leur transmission. La chirurgie cranio-faciale notamment, spécialité maîtrisée par peu de praticiens à travers le monde, souffre de cette carence illustrative tandis que chaque jour sont développées des interventions plus perfectionnées.

Faciliter la transmission internationale de ces savoirs est primordial et l'illustrateur doit pallier les lacunes de supports visuels. Si la pratique est une dimension indispensable de l'apprentissage en chirurgie, le dessin permet de nourrir la théorie et d'assurer l'universalité de pratiques innovantes. Enfin, c'est la sensibilité et le recul de l'illustrateur qui peuvent permettre une synthèse efficace de savoirs denses et en constante évolution. Mais à travers le dessin, il s'agit surtout de revaloriser l'acte de chirurgie faciale tel qu'il est : l'art de façonner les visages.



Achievements Unlocked

Récapitulatif des trophées obtenus au cours de cette partie épique:

docRHK

Pilier de Mémoire

Avec un tel partenaire, comment ne pas être enivrée par le sujet ?

Bibliographe aguerri

C'est possible d'avoir lu autant de livres ?

TEA² (Teachers Team)

Patience à toute épreuve

Encore quatre mois à tenir. Courage !

maLambiC

On fait un petit point ?

Organisation et plannings à motifs n'ont plus de secret pour vous. Vous êtes un coordinateur hors-pair.

Soutien inconditionnel

Il en faut du courage pour supporter ses élèves.
Dans tous les sens du terme.

tibiannaïck_péroné

Mentor exalté

Peu de gens sont aussi enthousiastes
à l'idée de dessiner des crânes ouverts.

§terenn

Just do it

Passée maître dans l'art des smileys
et commentaires motivationnels.

Chasseuse de bafouilles

Aucune faute d'orthotypo ne vous résiste.

PaulINKmaster

Plein les doigts

Vous resterez littéralement encrée dans nos mémoires.

jérômedu58

Relativisation absolue

Calme... Sérénité... Prenons cette rédaction avec philosophie, voulez-vous ?

Mannequin en herbe

Vous avez les épaules pour le job.

french.guillemette

Double check

Corriger la même partie de mémoire deux fois, il faut le faire.

Relectrice bienveillante

Le biscuit beurré était largement mérité.

JulISO_coated

Tips dispenser

Des conseils aussi pointus que son œil est acéré.

Douce voix

Avez-vous songé à enregistrer des vidéos ASMR ?

Queen_Mab

1 kilomètre à pied

Guide ultime dans notre quête de LA couverture.

DIHESS (Classmates Team)

Insupportables

... mais si attachants. On aurait (presque) envie de faire une troisième année avec des camarades si vivaces !

cnlP

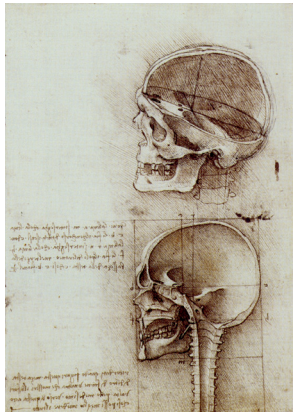
TVBSP

À ceux qui subissent l'Épreuve depuis le tout début.
La bdb qui a rendu tout ça possible. Jag älskar dig.

71

Restitution des œuvres

Il s'agit pour moi ici de rétablir l'intégrité des œuvres que j'ai pris la liberté de recadrer, colorer, scinder dans le cadre de la mise en page de ce mémoire.



Crâne, vue latérale,
Léonard de Vinci, 1489, p. 10.



Dernière Bande,
Alex Barbier, 2014, p. 18.



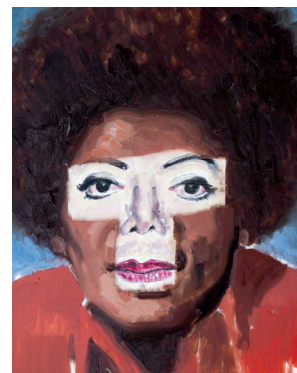
La Vierge au chancelier Rolin,
Jan Van Eyck, vers 1435, pp. 20-21.



Dallas Wiens
photographié par Dan Winters
pour The New Yorker, p. 30.



Self-Portrait,
Francis Bacon, 1969, p. 23.



Wacko Jacko,
Blake Neubert, 2016, p. 25.



Beauté, Hubert & Kerascoët,
2011-2014, pp. 34-35.



Infringement,
Matthieu Bourel, 2014, p. 33.



Head n°2, Naum Gabo, 1916, p. 42.



Untitled, Luboš Plný, 2012, p. 58.



Portrait de Ariel Henley,
Dadu Shin, 2016, p. 41.



La Lithotomie,
Jérôme Bosch, vers 1494, p. 50.



*De curtorum chirurgia
per insitionem*,
Gasparo Tagliacozzi, 1597, p. 53.



Résections de la mandibule,
*Traité complet de l'anatomie
de l'homme*, Nicolas Henri Jacob,
1931-1954, p. 59.

Bibliographie

Ouvrages

- BOURGERY Jean-Marc & JACOB Nicolas Henri, *Atlas d'Anatomie Humaine et de Chirurgie*, Taschen, 2017.
- CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le Pathologique*, PUF Quadrige, 2013 (éditions originales 1943 et 1966).
- DELEUZE Gilles & GUATTARI Félix, *Mille Plateaux « Année zéro, Visagété »*, Les Éditions de Minuit, 1980.
- ECO Umberto, *Histoire de la laideur*, Flammarion, 2007.
- GUICHARD Benjamin, *Le crayon rouge, Outil d'une rupture chirurgicale, Premiers témoignages sur la « Collection Tessier »*, 2011.
- LANÇON Philippe, *Le Lambeau*, nrf Gallimard, 2018.
- LÉVINAS Emmanuel, *Éthique et Infini*, Le Livre de Poche, biblio essai, 1982.
- MAGRO Marc, *Sous l'Œil d'Hippocrate*, First Histoire, 2014.
- TESTART Jacques, *L'Œuf transparent*, Champs, Flammarion, 1986.

Fictions

- DUGAIN Marc, *La Chambre des Officiers*, Pocket, 2000 (édition originale 1998).
- HUBERT & KERASCOËT, *Beauté*, Dupuis, 2016.
- ÔÉ Kenzaburô, *Une affaire personnelle*, folio Gallimard, 2016 (édition originale 1964).
- PALACIO Raquel Jaramillo, *Wonder*, Pocket Jeunesse, 2014 (édition originale 2012).

Magazines/Journaux

- *Beaux Arts magazine* n°331, janvier 2012, « De l'invention du sauvage au zoo humain », Bérénice Geoffroy-Schneiter.
- *Beaux Arts magazine* n°356, avril 2014, « La Guerre de 14/18 vue par les artistes contemporains », Emmanuelle Lequeux.
- *Beaux Arts magazine* n°331, février 2014, « Le visage tombe les masques », Daphné Bétard.
- *TDC* n°1100, décembre 2015, « Le Corps à l'étude », Canopé éditions.
- *The New Yorker*, février 2012, « Transfiguration », Raffi Khatchadourian.

Films

- Almodovar Pedro, *La Piel que habito*, 2011.
- Chbosky Stephen, *Wonder*, 2017.
- Dupeyron François, *La Chambre des Officiers*, 2001.
- Franju Georges, *Les yeux sans visage*, 1960.
- Lynch David, *The Elephant Man*, 1981.
- Lynch David, *Eraserhead*, 1977.

Podcasts/Vidéos

- Arte [en ligne]. ARTE G.E.I.E., 2019 [consulté le 20/11/18]. Le rite : les tatouages berbères. Disponible sur : www.arte.tv/fr/videos/085509-000-A/le-rite-les-tatouages-berberes/
- France Culture [en ligne]. Radio France, 2019 [consulté le 22/07/18]. La Conversation Scientifique, « Le visage est-il la capitale de l'identité ? » Disponible sur : www.franceculture.fr/emissions/la-conversation-scientifique/le-visage-est-il-la-capitale-de-lidentite
- France Culture [en ligne]. Radio France, 2019 [consulté le 02/10/18]. Révolutions médicales, « La chirurgie pédiatrique » Disponible sur : www.franceculture.fr/emissions/revolutions-medicales/la-chirurgie-pediatrique
- Le Breton David, *Visage, Identité, Greffe : approche anthropologique*, conférence à l'Université de Technologie de Compiègne, 26/05/2015 [en ligne] [consulté le 15/09/18]. Disponible sur : www.youtube.com/watch?v=1701XVw32Lc

Sites

- Cairn [en ligne]. Cairn.info, 2019 [consulté le 20/12/18]. Enfance & Psy, février 2011 n°51, « L'enfant monstre, le monstre enfant » Disponible sur : www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-2-page-25.htm#
- Cairn [en ligne]. Cairn.info, 2019 [consulté le 15/09/18]. Sciences sociales et santé, avril 2012 (Vol. 30), « La relation chirurgien-patient » Disponible sur : www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-4-page-75.htm#anchor_plan
- Le Monde [en ligne]. Société éditrice du Monde, 2019 [consulté le 14/11/18]. « Paul Tessier, maître de la reconstruction cranio-faciale » Disponible sur : www.lemonde.fr/disparitions/article/2008/07/01/paul-tessier-maitre-de-la-reconstruction-cranio-faciale_1064979_3382.html
- Revue Médicale Suisse [en ligne]. Médecine et Hygiène, 2019 [consulté le 14/11/18]. « Paul Tessier, pionnier de la chirurgie cranio-faciale (1917-2008) » Disponible sur : www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-165/Paul-Tessier-pionnier-de-la-chirurgie-craniofaciale-1917-2008
- The New York Times [en ligne]. The New York Times Company, 2019 [consulté le 14/11/18]. Opinion, « The Importance of Facial Equality » Disponible sur : www.nytimes.com/2016/11/03/opinion/the-importance-of-facial-equality.html

Composé en Asap et en Inknut Antiqua.

Couverture sérigraphiée au Laboratoire
d'Expérimentations graphiques de l'école Estienne
sur Keaykolour Rugueux Lin 300g.

Pages intérieures imprimées en numérique
sur Olin rough pur blanc 100g.

Achévé d'imprimer en février 2019
dans les ateliers de l'imprimerie Launay, Paris 5^e.

Imprimé en France.

