FRANÇOIS DISANT

La scène faciale

La chirurgie d'embellissement facial cherche à rétablir la confiance d'un patient dans son potentiel de séduction. Il s'agit pour lui de capter le regard des autres différemment. Le geste chirurgical est l'initiateur d'une transformation de physionomie traduisant une confiance nouvelle ou retrouvée. Le résultat sur la physionomie va au-delà de la modification morphologique apportée. Cet état de grâce vient souvent de l'adéquation entre l'être et le vouloir paraître. Le geste chirurgical réussi initie un cercle vertueux de l'économie de soi. La confiance rend entreprenant, positif et ouvert. Une patiente qui retrouve un sourire gracieux ne censurera plus un sourire qu'elle considérait comme disqualifiant car il découvrait trop ses gencives ou laissait apparaître une dentition anarchique.

Caroline Feyt, sans titre, extrait de la série *Corps*, 1987-1988, © Caroline Feyt, courtesy Galerie Baudoin Lebon, Paris.

La finalité n'est donc pas d'être plus beau ou plus jeune, mais de n'être plus inhibé par la sensation d'être disgracieux. En effet, l'imaginaire de son apparence retentit sur le comportement social et affectif. Les conquérants ont toujours fière allure et la disgrâce est plus inhibante que la stupidité. La démarche de séduction doit-elle être desservie par un sourire chevalin ? Le sourire, contrairement au rire, est volontaire. Il peut donc être réprimé s'il est jugé nuisible à la communication avec autrui.

À l'inverse, une mimique enjouée est un média crédible pour véhiculer le sentiment, le message, la volonté, le désir qui s'exprime à visage découvert. L'individualisme conquérant de nos contemporains les incite fortement à ne plus accepter un visage ingrat, une enveloppe faciale qui disqualifie une belle âme, un bon vendeur ou un bel appétit de la vie.

La chirurgie d'embellissement nasal est la plus demandée car le nez est évident. Il a une situation paradoxale au niveau de la face puisqu'il est à la fois au centre de la mimique faciale et qu'il ne participe pratiquement pas à cette mimique, étant très peu mobile. La communication s'établit d'abord par le regard, par l'expression des sourcils qui s'animent puis par l'expression de la région péribuccale, du sourire ou de la moue. Le nez reste immobile, la motricité des narines n'intervient que dans des situations exceptionnelles comme la fureur. Les narines se dilatent, la racine du nez se plisse horizontalement. En revanche, le nez fixe donne du caractère, de la filiation, de l'identité.

S'il est trop important, il prend le devant de la scène du visage animé ; il est encombrant et gêne les acteurs principaux de la mimique. La chirurgie du nez est donc le plus souvent un geste de réduction qui vise à rétablir le nez dans la hiérarchie des acteurs de la scène faciale, après le regard, après les lèvres et la dentition antérieure.

La recherche du nez minimum a longtemps guidé les techniques chirurgicales. Le minimalisme nasal est chez la femme moderne l'expression de la sensualité et de sophistication. Le nez a une connotation organique, inflammatoire et soufflante alors que la bouche est considérée comme un effecteur de la communication (parole, sourire) avant d'être une bouche d'alimentation. La procidence des lèvres prime sur celle du nez.

Une rhinoplastie de réduction infantilise le nez puisqu'elle réduit la charpente à l'état pré-pubertaire, c'est-à-dire avant l'apparition d'une bosse et avant la fermeture de l'angle entre la base du nez et la lèvre supérieure.

C'est pourquoi une rhinoplastie rajeunit souvent plus qu'un *lifting*. L'équilibre entre effacement et caractère est actuellement recherché. Le nez

refait doit paraître natif, non retouché. Il doit être petit mais fonctionnel. Il doit être naturel mais discret sans être insignifiant. Les patients veulent une modification sans transformation.

L'infographie permet de montrer virtuellement au patient quel sera le nouvel équilibre facial.

La demande d'embellissement n'est pas une simple démarche narcissique, mais une volonté de communiquer librement à visage découvert. Une beauté statique peut en effet être sublimée ou au contraire anéantie par une simple mimique. Le concept de chirurgie de la communication semble mieux approprié pour décrire une approche à la fois morphologique et fonctionnelle. La complexité (et la subtilité) de la mimique faciale est comparable à celle du langage. Les variations topologiques cutanées générées par le jeu complexe de la musculature faciale permettent d'exprimer ou de feindre tous les sentiments. La maîtrise de l'expressivité faciale est un acquis culturel, un code global pour une lecture globale. La musculature superficielle faciale est un héritage phylogénique, un vestige du muscle peaucier originel des reptiles. Certes, les fonctions motrices vitales restent prioritaires : protection de la cornée par l'orbiculaire des paupières, fermeture buccale par l'orbiculaire des lèvres, dilatation narinaire. Mais au-delà de ces fonctions sphinctériennes primaires émerge l'infinie nuance du sourire et du jeu sourcilier. Cette motricité signifiante apparaît d'abord très centrée sur la sphère péribuccale chez les primates, puis se déplace vers l'étage moyen et le tiers supérieur de la face au fil de l'évolution. Le sourcil est la partie la plus expressive du visage selon Lebrun, peintre du Roi Soleil dont les froncements sourciliers subjuguaient le microcosme. L'interaction des muscles frontaux, orbiculaires, procerus et corrugators sur les repères cutanés sourciliers révèle souvent l'essentiel, en amont du discours. Les rides du lion sont l'épicentre du non-dit.

L'équilibre morphologique de la face conditionne la qualité de la mimique. Par exemple, le sourire a tout son potentiel de séduction s'il ne découvre pas la gencive, s'il s'accompagne d'un réhaussement des pommettes et d'une légère obliquité mongoloïde des fentes palpébrales, s'il découvre un articulé dentaire de première classe et n'entraîne pas une plongée de la pointe nasale. L'action biomécanique des muscles zygomatiques sur l'étage moyen de la face est nécessaire mais non suffisante pour produire un sourire éclatant. La hauteur du maxillaire, la trophicité du muscle orbiculaire des lèvres, la projection de la pointe du nez, l'égression dentaire, l'ossification des malaires sont impliqués. Les bases morpho-anatomiques du sourire sont aussi importantes que la motivation du sourire dans la qualité du sourire. Les bases

de l'équilibre facial sont acquises lors de la croissance. Celle-ci n'est pas conditionnée par un apprentissage de la mimique ou une volonté de séduire mais par des impératifs fonctionnels basiques comme respirer et déglutir. Cette maturation des praxies orofaciales peut être perturbée par une dysmorphie initiale. La facilitation incontournable des praxies élémentaires (mastication, déglutition) va conduire à des adaptations fonctionnelles, à des compensations morphologiques dégradant le schéma de croissance. Il s'agit d'une dysmorphose dysfonctionnelle compliquant la dysmorphie initiale. La situation la plus fréquente est la séquence conduisant de l'obstruction nasale du jeune enfant à la face longue avec incompétence labiale de l'adulte. Chez le nourrisson, la normalité est la respiration nasale. Le muscle lingual au contact du palais favorise la croissance transversale de celui-ci et l'expansion des arcades dentaires. Les fosses nasales sus-jacentes s'élargissent simultanément ; les lèvres s'hypertrophient en s'affrontant ; l'éruption dentaire est guidée dans le sens antéropostérieur par l'équilibre musculaire entre la poussée linguale et la rétention labiale. En fin de croissance, les dents sont alignées, les lèvres charnues, les pommettes saillantes, la respiration nasale confortable. Le sourire peut jaillir de la face librement.

À l'inverse, l'obstruction nasale chez le jeune enfant conduit à un faciès adénoïdien ; le muscle lingual pèse sur la mandibule pour laisser un passage aérien buccal. Le palais et les fosses nasales restent étroits, les lèvres ouvertes et peu musclées. Le maxillaire et la mandibule divergent. Le prémaxillaire croît en hauteur pour tenter de rattraper la mandibule. Le faciès adénoïdien de l'enfant devient chez l'adulte une face longue et statique absorbée par la respiration buccale.

Si l'on veut corriger cette situation, le film de la croissance doit être tourné à l'envers ; l'orthodontiste décompense les versions dentaires, le chirurgien corrige la divergence des bases osseuses. L'alternative à cette restructuration lourde est une approche interceptive permettant de rétablir précocement la perméabilité nasale.

La dynamique faciale est le plus petit dénominateur commun de la communication humaine. C'est le plus immédiat, le plus incontournable, le plus irréductible. C'est le premier langage des signes. Les technologies de la communication valorisent la mimique puisque l'image devient continue, le visage présenté n'est plus une icône hors du temps mais une réaction à chaud. Dans ce nouveau contexte, la chirurgie d'embellissement et de rajeunissement ne peut plus figer la mimique ou laisser deviner l'artifice.

L'apprentissage environnemental de la mimique est conditionné par une

fonction orofaciale normale, c'est-à-dire des bases maxillomandibulaires équilibrées dans les trois plans de l'espace. Dès lors, la chirurgie d'embellissement est une chirurgie *a minima*. En revanche, si cet équilibre fonctionnel n'est pas acquis, il s'agit d'une chirurgie de rattrapage. L'animation ne sera jamais à la hauteur de la nouvelle morphologie car les dyspraxies sont déjà acquises.

Cette approche globale de la sémiologie faciale, liant praxies orofaciales et communication, équilibre dynamique et séduction, plaide pour une approche interceptive associant des gestes précoces et peu invasifs à une éducation des praxies orofaciales (orthophonie, psychomotricité).

La dynamique faciale est éphémère par essence. La croissance puis l'involution trophique des structures ostéotégumentaires se succèdent. Le plissement d'expression devient bientôt une ride d'expression, la séquelle statique d'une histoire dynamique. La squelettisation de la face et l'édentation sont d'autant plus précoces que les dysfonctions orofaciales sont sévères. La segmentation verticale de la face chez le vieillard s'accompagne d'un appauvrissement de la mimique du visage dont la succion fut la première action et le sourire la première interaction.

François Disant est Professeur de Chirurgie à l'Hôpital Édouard-Herriot de Lyon et il dirige la Société de française de Chirurgie plastique et esthétique de la face et du cou.

Franz Xaver Messerschmidt, *Le Bâilleur*, vers 1760-1763
Osterreichische Galerie, Vienne.