

La trop belle image

■ **Nathalie Féton-Danou**, dermatologue, présidente de la Société Francophone de Dermatologie Psychosomatique

L'imagerie médicale a une place restreinte en dermatologie, au sens où on entend par imagerie tous les procédés physiques de type rayons X, ultra-sons, résonance magnétique... L'étude de la peau ne fait pas appel à la radiologie conventionnelle, et les échographies et scanners ne sont utiles qu'à l'étude des tissus sous-cutanés. En revanche, en dermatologie, l'iconographie médicale a une place de premier plan à la fois comme connaissance scientifique de savoirs partagés et comme outil pédagogique.

La peau – enveloppe, écorce – est l'organe immédiatement donné à voir. Celui que l'on doit ôter pour accéder aux muscles, aux vaisseaux sanguins puis aux organes internes. Ainsi le célèbre *Ecorché* de Vésale offre une vue anatomique, l'homme dépourvu de son écorce tendant le bras et tenant sa peau comme un manteau. Cette visibilité immédiate de la peau au regard de l'autre lui permet de s'abstraire, de s'affranchir de l'imagerie médicale au sens classique du terme. L'image par contre s'est imposée au cours de l'histoire de la dermatologie¹. A la fin du XVIII^e siècle, les gravures en couleurs illustrent les traités célèbres de dermatologues comme Alibert, Cazenave... puis les moulages de dermatoses apparaissent au milieu du XIX^e siècle. Ils sont actuellement conservés au Musée de l'Hôpital Saint-Louis à Paris. Ces premières représentations visuelles sont l'œuvre d'un graveur, d'un sculpteur ou d'un peintre qui rehausse de couleurs. Ce travail lent est une composition où généralement le malade « idéal » plus que le malade « réel » est représenté. La belle image est parfois la synthèse de plusieurs cas. La photographie naît à la fin des années 1860 et ses processus sont rapidement appliqués en médecine. En 1868 à Paris, Hardy réalise le premier ouvrage de photographie médicale dermatologique : *Clinique photographique de l'hôpital St-Louis*. Les clichés secondairement colorisés gagnent en réalisme sur les gravures. Actuellement, une large place est faite à l'image tant du côté du médecin avec la photographie médicale, support de discussions collégiales pour affirmer ou affiner un diagnostic et support d'enseignement, que du côté du patient où il est parfois auteur de photographies de son propre corps malade et pour lequel par ailleurs les images véhiculées par les médias, figures de modèle, ont le poids de ce qui doit être montré, de ce qui est regardable.

Du côté de la photographie médicale, de multiples clichés jalonnent les dossiers des patients. Je soulèverai deux points particuliers :

– Le temps : la gravure ancienne tributaire du travail du graveur occultait l'instantanéité. La photographie aujourd'hui fixe l'image instantanée et en parallèle à l'évolution clinique de la dermatose, les clichés successifs comparatifs approchent une figuration dynamique de la maladie. Le patient œuvre d'ailleurs à l'anamnèse en apportant sur des supports de téléphonie mobile ou informatique (clés USB...) des « autoportraits », tentatives de fixation de ce qui pourrait disparaître, dont les limites de décryptage, fonction de la qualité, sont étayées par le regard du patient lui-même : « C'était en fait plus gonflé, plus rouge que ce que vous voyez... ça ne rend pas très bien... ». La frontière est bien souvent floue entre la qualité technique et l'interprétation du patient. La déception du malade face au « rendu » de la photographie tient souvent à l'absence de prise de vue en macrophotographie et à la subjectivité qui s'efface une fois la maladie fixée sur le papier. « Ce qu'il vit, ou a vécu, est bien plus terrible ». Sur le papier, le drame s'affadit. Ces images ont toutefois le mérite d'apporter des informations parfois plus efficaces qu'une longue explication.

– Le détail : l'objectivation des signes de la maladie est soulignée par le gros plan. Le sujet ne pose pas en pied pour une photographie d'identification... Seuls les signes à visée diagnostique sont inventoriés. Je suis souvent étonnée de la réaction de non-dermatologues devant un cliché médical : « C'est monstrueux ». Le gros plan fait reculer, dégoûte ou fait peur. Cette notion de monstruosité naît du détail, de la révélation artificielle au fort grossissement, en excès de l'anormalité. Il n'y a donc réellement rien en fait de monstrueux et, en pratique clinique, pour le médecin, ce détail épars au milieu de la personne perd ce caractère imaginaire repoussant et de dégoût. Ces détails cliniques fixés en gros plan appartiennent au sujet et ne sont pas un grossissement du sujet qui le déformerait tel un monstre. Ils sont en quelque sorte mis à part juste le temps de l'étude. Par contre, si cette photographie du détail est observée en dehors du temps de la consultation, le sujet qui regarde peut y voir le détail comme entité détachable signe de la maladie – ou comme exemple représentatif du tout – signe du malade. Le détail suffit à imaginer le sujet entier, dans un mouvement inverse vers un plan d'ensemble. L'émotion négative, ainsi suscitée par le gros plan, ébranle le sujet qui regarde et varie selon le degré d'initiation de chacun de nous à ce type d'images. Les médecins familiers des images morbides seront moins touchés

§Pratique médicale

§Adolescent, Jeune §Société

.../...

que les autres. Et même, dans cette image, qui pourrait être qualifiée de repoussante, les médecins y verront la « belle image » : les détails révélés apparaissant plus vrais que nature (une pellicule de peau discrètement fripée aux bords d'une boursouffure, une palette de couleurs du blanc laiteux au noir charbonneux en passant par le jaune verdâtre ou le pourpre) ou traduisant une forme évoluée dite « historique » que les progrès de la médecine du XX^e siècle ont fait reculer au rang des raretés, mais où le médecin, dans la compassion, retrouve réunis l'attrait du morbide et « la fascination de la laideur » selon l'expression de Murielle Gagnebin.

Le cliché photographique ne résume pas le sujet privé de toute son histoire. La couleur qui a une valeur diagnostique est assujettie à de multiples facteurs techniques. La palpation des lésions, élément essentiel à la sémiologie, échappe à l'iconographie et place le toucher aux côtés de la vue. L'iconographie ne remplace pas l'interrogatoire, ni l'examen clinique. Elle est une aide diagnostique, intra-médicale si j'ose dire, où le patient n'y retrouve pas un surplus de sens de sa maladie. Au contraire d'un scanner, par exemple, qui objectivera le pincement discal vertébral et apportera au patient l'explication physiopathologique de sa douleur lombaire, la photographie dermatologique reste descriptive : « Bulles transparentes sur base érythémateuse, confluentes à la base du cou... » et ne concourt en rien pour le patient à l'hypothèse étiologique. Ce qui est capturé est ce qui est – arrêt sur image. De même, à l'inverse d'une suite d'investigations type radiologie standard – échographie, scanner, IRM – où le patient a le sentiment qu'on pénètre chaque fois un peu plus profondément vers la cause, un peu plus intimement vers la maladie, les clichés dermatologiques contemplent la surface. Une patiente forte d'un dossier photographique personnel, dont les tirages incertains reflétaient les caprices de son imprimante, qui se plaignait par intermittence d'un visage rouge en plaques dont l'étiologie probablement multifactorielle restait de ce fait imprécise selon les poussées, me dit : « Si je meurs, je veux qu'on fasse une autopsie pour qu'on trouve la cause ».

Du côté de l'image médiatisée : l'image de soi n'est pas une figuration anatomique du corps, mais la représentation qu'on s'en fait au sens d'une mise en scène et l'estime qu'on y accorde, et il est une évidence de rapporter que les médias véhiculent une image idéale des corps où la perfection devient synonyme de valeur ajoutée. Annie Biraux, psychanalyste, dénonce dans son ouvrage *Le corps adolescent* ² : « La soumission aux clichés et aux modes... où ces moments d'appropriation fugitive d'une « image idéale » est une « fausse mesure de l'estime de soi » ». Elle cite Freud en 1911, à la Société de Psychanalyse lors d'un débat sur le corset : « C'est comme si une femme qui suit la mode disait : moi aussi j'ap-

partiens à l'idéal... je peux en toute tranquillité me mesurer aux autres ». Pour le malade, la dermatose s'affiche malgré lui et il cache ses lésions du corps sous des vêtements longs, camoufle ses lésions du visage. Aujourd'hui, la tentation de mimer l'image idéale, de s'imaginer parfait est grande et la moindre irrégularité cutanée est jugée « inmontrable ». On a vu croître ces dernières années le nombre de consultations, où la moindre anomalie (bien différente de l'anormalité ³) antérieurement acceptée et qui signe la singularité, est rejetée, devient insupportable au regard du modèle non anatomique, mais plastique, c'est-à-dire aussi dans un modelage des corps imposé par la société. Ainsi par exemple, par adhésion au rejet de toute disgrâce, la fréquence des dysmorphophobies, patients qui se perçoivent comme « affublés de défauts cutanés » sans objectivation médicale d'un quelconque défaut, a suivi l'inflation des images de magazines. Le sujet se vit comme monstrueux : l'oreille serait trop ourlée, la joue présente un creux, un défaut, la tache sur l'arête nasale saute aux yeux. Ces défauts accusés ne sont pas visibles à l'œil du dermatologue. Ils sont une construction d'image liée aux ombres des reliefs osseux, ou une simple variation anatomique normale, mais sur laquelle ils ont fixé leur regard parfois à la suite d'une réflexion banale de l'entourage. Le patient interprète cette anomalie, cette variation de la nature comme une anormalité, et plus il la regarde dans le miroir, plus il se convainc de son anormalité et de sa présence indésirable.

Les médias, par une dictature des images, imposent une nouvelle « Fabrique du corps humain » dans sa primauté du visible, comme un objet modelable à souhait auquel le médecin doit répondre. Et il y a bien un risque d'une image corporelle de référence, risque d'une pathologisation du normal et d'une dévaluation des corps. Si la dysmorphophobie est décrite en dermatologie en lien avec la psychiatrie depuis la fin du XIX^e siècle, on rencontre aujourd'hui des sujets présentant des traits dysmorphophobiques, c'est-à-dire ayant le sentiment de ne pas correspondre à « l'image idéale » que la société attend d'eux, superposant en décalque la valeur à l'image corporelle. L'histoire récente a dénoncé ce risque de l'image de référence chez les mannequins, où la maigre extrême sublimée a été l'instrument de fabrique d'anorexiques. La société actuelle fabrique des images de corps anormaux, en dehors de la norme, la norme se réduisant à une seule image imposée et n'étant plus un ensemble de variations.

Pour conclure : dans l'image en dermatologie, ce travail soulève la question du monstrueux, qu'elle soit du côté médical de l'ordre de la présentation par l'artifice du gros plan, ou du côté du patient de l'ordre de la représentation par l'imagination, mimétique ou fantasmatique ; et la question du sens de l'excès où l'image, trop belle, a valeur d'une icône. ■

- 1. Tilles G., « Les débuts de la photographie à l'hôpital Saint-Louis », *Nouv Dermatol* 1998,17 :271-275.
- 2. Biraux A., *Le corps adolescent*, Paris 2004, Ed. Bayard.
- 3. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, 1988, septembre 2^e édition « Quadrige », PUF.