

Greffe de visage : les enjeux psychologiques

Facial graft: the psychological issues

S. Cremades*

» Le patient demandeur d'une greffe de visage est un sujet défiguré. En plus de se voir atteint d'un handicap fonctionnel lourd, il vit exclu d'une société qui, au fil du temps, a exigé des corps et, surtout, des visages (partout affichés), qu'ils disent ce que nous sommes. Le poids des apparences est bien connu ; il est quantifié par de nombreuses études, et ce n'est pas un hasard si les greffes de visage sont proposées dans nos sociétés contemporaines. Mais, au-delà du beau et du laid, ce que le sujet défiguré expérimente dans toute sa violence, c'est de se vivre en monstre dans une communauté, celle des humains, qui ne le reconnaît pas comme semblable. C'est le travail du psychiatre de liaison d'évaluer les conséquences de ce traumatisme, la capacité du patient à accepter de nouvelles contraintes (opération lourde, observance du traitement), de cerner ses objectifs afin qu'il se prépare au mieux à sa vie future. Après la greffe, le psychiatre accompagne le patient vers l'autonomie, à son rythme : celui-ci doit prendre ses distances progressivement avec le milieu médical pour aller vers le monde, ce qui nécessite une réorganisation profonde de sa personnalité.

Mots-clés : Greffe de visage – Transplantation faciale – Psychiatrie de liaison – Défiguration – Monstruosité faciale.

Patient requesting a face transplant is a subject disfigured. In addition to a heavy functional disability, he lives excluded from a society that, over time, required the body, especially the faces (all listed) they say what we are. The importance of appearances is well known; it is quantified by many studies and it is not a coincidence that face transplants are offered in contemporary society. But beyond the beautiful and the ugly, what about the disfigured experimenting in all its violence is to live a monster in our community who doesn't recognize him as our fellow man. It is the psychiatrist's work to evaluate the consequences of this trauma, the patient's ability to accept new constraints (major surgery, treatment compliance), to identify his objectives so that it prepares for his best future life. After the transplant, the psychiatrist comes with the patient to act autonomously, at his own pace; indeed, he has to stand back gradually from the medical environment to go to the world, which requires a major reorganization of his personality.

Keywords: Facial graft – Facial transplantation – Consultation-liaison-psychiatry – Disfigurement – Facial monstrosity.

Défiguration : vivre sans visage

Le traumatisme se situe dans cette période durant laquelle le patient est défiguré. On distingue plusieurs niveaux de handicap, parmi lesquels :

- ✓ La perte de la fonction, qui rend difficile le fait de parler ou de manger. Les repas sont souvent pris seul et s'alimenter répond désormais à un besoin ;
- ✓ La perte de l'expressivité : les émotions, éprouvées puis transmises, permettent de nous adapter rapidement aux situations ; elles sont le support de nos sentiments et de nos raisonnements (1, 2). Exprimer une émotion est un moyen de communiquer très subtil, infraverbal. Un visage sur lequel on ne peut pas lire est un visage suspect ;

- ✓ La perte de "son" visage, celui que les autres reconnaissent, celui des photos de famille et des papiers d'identité. Dans une société qui s'appuie autant sur l'image (3), il faut trouver la force de sentir la continuité de soi quand aucun miroir n'en renvoie plus le reflet ;
- ✓ la perte d'"un" visage : quelques minutes après la naissance, le nourrisson a une préférence visuelle pour un visage plutôt que pour un signal comportant les mêmes traits mais disposés autrement (4). Notre cerveau a développé des compétences très sophistiquées afin d'identifier les autres humains et de les catégoriser en visages familiers ou étrangers (effet de race). Nous sommes tous des experts en reconnaissance des visages (5). Perdre le visage exclut : le sujet "hors catégorie" est un monstre (6).

* Service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, CHU d'Amiens.

Consentement éclairé

À partir du moment où la greffe est envisagée, un processus de réflexion s'engage. Nous encourageons le patient à noter sur un carnet les questions qu'une telle intervention soulève pour lui. Un oui franc et massif est insuffisant : ce oui peut masquer en réalité une attente magique de retrouver son visage. Formuler des questions, c'est se confronter à des réponses susceptibles de susciter de l'angoisse. Le consentement est un processus dans lequel tous les membres de l'équipe sont impliqués. La durée prise par cette réflexion permet d'évaluer les capacités d'adaptation du patient, qui seront très importantes pour la suite. C'est aussi le temps de la rencontre, pendant lequel le patient se raconte (7).

Contre-indications

L'obsession des équipes, c'est l'observance thérapeutique : il est indispensable que le patient prenne son traitement régulièrement. L'alcoolisme et la toxicomanie actuels, conduites mortifères, sont généralement admis comme des contre-indications. Les troubles de la personnalité ou les maladies mentales doivent être pris en compte afin de s'assurer d'une prise en charge adaptée (8).

Le rôle du psychiatre n'est pas de faire un tri parmi les patients, mais de les aider à mesurer le chemin à parcourir ; il s'assure qu'un processus d'élaboration se met en place qui permettra au sujet de s'adapter à ce qui l'attend.

Après l'opération

Après l'opération, le traumatisme initial de la défiguration peut resurgir (angoisses, cauchemars, hallucinations, confusion, etc.). Le lien avec le psychiatre, tissé pendant la préparation à la greffe, est très important, car il permet d'établir un climat de confiance grâce auquel le patient peut exprimer sans retenue ce qu'il ressent, ce qui a un effet cathartique.

Intégration du greffon

La possibilité d'intégrer le greffon est portée par le soulagement considérable que représente le fait d'avoir de nouveau un visage, une interface entre soi et le monde. Nous ne voyons pas notre visage ; ce que nous voyons, c'est le regard que les autres portent sur lui. Le patient greffé ressent aussitôt qu'il est de nouveau perçu comme semblable, même s'il est différent. Pour les greffes partielles, l'harmonie globale du visage est restituée et la question de la ressemblance au donneur ne se pose pas. Le patient retrouve aussitôt la familiarité de son visage, même si les traits ne sont pas absolument identiques.

Puis, le corps fait sien le greffon, et c'est d'abord la sensibilité qui revient, puis la motricité (9). Retrouver l'usage d'un visage dit au patient que ce visage est le sien.

Temps de l'autonomie

C'est une phase délicate, pour chaque greffé, quel que soit l'organe reçu. En effet, le patient doit s'autonomiser, et c'était sa demande, tout en restant (notamment la première année) très proche du monde médical. Il doit savoir solliciter les médecins en cas de problème, tout en les "oubliant" pour vivre sa vie. C'est une adaptation qui se fait au rythme de chacun, parfois douloureusement.

Conclusion

Le temps de la défiguration est un temps violent, brutal. Il a obligé le sujet à vivre isolé de la société, entouré de ses seuls proches. Le psychiatre accompagne durablement le patient défiguré d'abord, greffé ensuite ; il l'aide à réorganiser sa vie relationnelle profondément bouleversée par la défiguration, ce qui, plus que l'"appropriation" du visage, tant fantasmée, est le véritable enjeu de la greffe de visage. ■

Références bibliographiques

1. Damasio A. *Spinoza avait raison : joie ou tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob, 2003.
2. Despret V. *Ces émotions qui nous fabriquent*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2001.
3. Amadiou JF. *Le poids des apparences*. Paris : Odile Jacob, 2005.
4. De Schonen S. *Percevoir un visage dans la petite enfance*. *Evol Psychiatr* 2009;74:27-54.

5. Baudouin JY, Chambon V, Tiberghien G. *Expert en visages ? Pourquoi sommes-nous tous... des experts en reconnaissance des visages*. *Evol Psychiatr* 2009;74:3-25.
6. Demeule C. *Réflexions psychanalytiques et éthiques sur les enjeux psychiques de la monstruosité faciale*. *Pratiques psychologiques* 2009;doi:10.1016/j.prps.2009.04.008
7. Cremades S. *Chronique d'une greffe annoncée*. In : Delaporte F, Fournier E, Devauchelle B, eds. *La fabrique*

du visage, de la physiognomonie antique à la première greffe. Brepols Publishers n.v., Turnhout, Belgique, 2010.

8. Consoli SM, Baudin M. *Aspects psychologiques et psychiatriques après traitement par greffe*. In : Godeau P, Herson S, Piette JC, eds. *Traité de médecine* (3^e édition). Paris : Flammarion, 1996.
9. Lengelé BG, Testelin S, Dakpe S et al. *Greffe de visage : regards portés sur la première allotransplantation composite partielle de la face*. *Ann Chir Plast Esthet* 2007;52:475-84.