



HAL
open science

Approches du geste chirurgical dans le cinéma documentaire : un geste exemplaire, un geste cinégénique, un geste comptable

Joël Danet

► **To cite this version:**

Joël Danet. Approches du geste chirurgical dans le cinéma documentaire : un geste exemplaire, un geste cinégénique, un geste comptable. Le geste chirurgical. Histoire, littérature et arts visuels, Georg, pp.191-209, 2020. hal-02925262

HAL Id: hal-02925262

<https://hal.science/hal-02925262>

Submitted on 28 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Joël Danet
SAGE UMR 7363, Université de Strasbourg
Danet@unistra.fr

Publié dans : *Le geste chirurgical. Histoire, littérature et arts visuels*, éd. Thomas Augais et Julien Knebusch, Chêne-Bourg (CH), Georg.

Approches du geste chirurgical dans le cinéma documentaire : un geste exemplaire, un geste cinégénique, un geste comptable.

Dans un film de fiction, la représentation du geste chirurgical est le plus souvent associée une scène clé de son récit. De ce geste dépend la survie du patient opéré, ou bien la réputation de celui qui l'accomplit. Il met en cause des personnages avec lesquels le spectateur s'est familiarisé à mesure qu'il a suivi son parcours et partagé ses émotions. Dans *Un grand patron*, où Yves Ciampi¹ met en scène un chirurgien de renom, chaque nouvelle opération met en jeu la réputation qu'il a acquise par sa virtuosité et sa rigueur, et l'accès à l'académie qu'il ambitionne. Associé au gros plan sur sa main, d'autres gros plans concentrent l'attention sur les yeux cadrés par le linge blanc des coiffes et des masques : la concentration, la confiance, ou la fugace fébrilité qui se lisent tour à tour dans le regard des personnages avertissent des évolutions de l'opération. Dans *Fou de guerre* qu'il a réalisé en 1985, Dino Risi met à profit le potentiel fantasmagique propre à la fiction pour rappeler que l'acte chirurgical est sévèrement encadré, déterminé par une compétence exclusive que sanctionne l'acquisition de diplômes et d'un statut. Le geste chirurgical qu'il met en scène donne lieu à une séquence de cauchemar puisque celui qui l'accomplit est un individu incompetent, à savoir un officier affecté à un corps médical qui profite de la confusion des événements pour s'arroger la responsabilité de l'opération. La séquence en question se termine sur un plan où l'officier, au chevet du patient qu'il a mis en charpie dans un bain de sang, se met à pleurer comme un enfant qui vient de faire une bêtise.

Avec le genre documentaire, les représentations du geste chirurgical sont d'un autre ordre. Astreintes au « réel pris sur le vif »², dépourvues d'enveloppe fictionnelle, elles appellent d'autres registres d'interprétations chez le spectateur. L'opération n'est plus une reconstitution (ou bien le pacte documentaire avec le spectateur exige qu'elle soit signalée telle), patients et membre de l'équipe soignante représentent eux-mêmes. Dans ce cadre, le geste du chirurgien, ramené à sa réalité prosaïque, est considéré comme un archétype à l'usage de ses pairs ou comme l'évocation d'une activité professionnelle de santé publique. La diversité de ses traitements d'un film à l'autre correspond à la complexité d'un genre qui oscille entre mise en forme audiovisuelle d'un savoir, captation des aspects les plus intenses du réel, et commentaire cinématographique des évolutions sociales.

¹ *Un grand patron* d'Yves Ciampi, 1951.

² Guy Gauthier, *Le documentaire, un autre cinéma*, Paris, Nathan, 1995.

La relation du documentaire au sujet chirurgical s'enracine dans les débuts du cinéma, au moment où il était couramment employé comme outil d'observation scientifique. Rappelons que des films d'opération ont été réalisés dès la fin du 19^e siècle dans l'élan des images sérielles que Marey et Muybridge ont mis au point pour servir à l'étude de la perception visuelle du mouvement. L'enregistrement de l'acte chirurgical et sa projection ont rapidement fait du cinéma un outil pertinent de transmission des techniques opératoires. Loin d'être une production de l'ombre, ce type de films a fait l'objet d'études et de critiques pour en améliorer les conditions et les principes. Dès ses premières tentatives, il a suscité des interrogations sur ses modalités de réalisation : qu'en est-il de l'éclairage sur le geste, de son cadrage, de son rapport au champ opératoire ? Quelles valeurs de plans pour quelles priorités de sujet ? Faut-il montrer le contexte du bloc, les hommes qui agissent dedans, bref, autre chose que le geste chirurgical ? Ces interrogations, – parfois postérieures de plusieurs décennies à la réalisation des films concernés –, rappellent que la vocation didactique du cinéma chirurgical a structuré son histoire. Cependant, par la dimension spectaculaire des images qu'il génère, par la charge émotionnelle dont elles sont investies, ce type de films scientifiques va se montrer attractif au-delà du cercle averti des spécialistes. Porté à l'écran, le geste chirurgical acquiert une aura propre au cinéma : une cinégénie. Celle-ci s'est révélée dès les premières projections publiques des films d'opérations, si bien qu'ils ont intégré les circuits des exploitants pour satisfaire la curiosité des foules³. Avec l'essor de la télévision après-guerre, cette cinégénie connaît une nouvelle modalité : celle de la transmission en direct des images tournées dans le bloc. Les spectateurs qui les regardent sans connaître à l'avance l'issue de l'opération trouvent dans cette incertitude une attraction supplémentaire. Cet enjeu rappelle que, même dénué d'un contexte fictif, sans que les protagonistes en jeu soient même identifiés, le geste chirurgical se prête à une mise en scène dramatique, destinée à inspirer à la fois appréhension et fascination.

Il se prête dans le même temps à une approche socialisante. Dans ces mêmes années d'après-guerre, avec l'essor de l'Etat providence, le regard documentaire évolue volontiers vers l'étude des institutions. Il s'agit d'approcher le spectateur comme citoyen pour rendre compte de leur organisation et de la réalité de leur fonctionnement⁴, de fonder l'événement dans une chronique des lieux où il a cours. Par ailleurs Dans cette perspective, le geste chirurgical n'est plus isolé mais relié à d'autres gestes, d'autres espaces, d'autres types d'acteurs, contribuant à rendre compte du fonctionnement d'un hôpital ou d'un secteur d'intervention.

Cette nouvelle approche tend à entamer le mythe qui lui est attaché : extrait de l'huis clos du bloc opératoire, le geste chirurgical n'apparaît plus providentiel mais fonctionnel, inséré dans une chaîne d'activités concertée, dont l'institution est comptable. Cette dédramatisation de l'acte, en l'enveloppant dans un contexte institutionnel, en insistant sur l'environnement technologique qu'il nécessite, fait du geste chirurgical, non plus la performance d'un champion ou l'exécution d'un artiste, mais un acte anonyme mis en œuvre dans une logique de service public, et à ce titre, d'une infaillible normalité.

Ce sont ces différents aspects que nous souhaiterions développer dans le développement à venir, envisageant le geste chirurgical comme un acte tour à tour exemplaire, cinégénique ou comptable, selon la finalité que l'approche documentaire s'est donnée en le mettant en scène.

³ Thierry Lefebvre, *La chair et le celluloid, le cinéma chirurgical du docteur Doyen*, Brionne, Jean Doyen éditeur, 2004.

⁴ Voir Richard Meran Barsam, *Non fiction films – a critical history*, 1992, Indiana University Press, E.P. Dutton, New York, 1973.

Un geste exemplaire

~~montré le geste chirurgical comme un acte exemplaire, à observer et imiter par les pairs et les étudiants.~~ Les chirurgiens qui, dès le début du 20^e siècle, ont employé le film pour enseigner les techniques opératoires, ont cherché à mettre à profit les les apports pédagogiques de ce nouvel instrument :

- Pouvoir montrer l'opération autant de fois qu'il est souhaité
- Dilater, par la projection, les dimensions de l'objet : le geste, les outils, le champ
- Articuler les prises de vues réelles à des panneaux explicatifs et des schémas animés
- Articuler la présentation et le commentaire de l'enseignant à la projection du film

Dès la fin du 19^e siècle, le réputé Dr. Doyen a promu l'enseignement de la chirurgie par le cinéma. Il y voyait notamment le moyen de désencombrer les salles d'opération d'élèves venus assister « le plus souvent en simples curieux à des interventions qu'ils ne comprennent pas ». En 1898, il s'est donné les moyens de filmer ses opérations les plus innovantes en dotant la clinique privée dont il était propriétaire à Paris d'un équipement cinématographique, et en employant des opérateurs pour le mettre en œuvre. Confiant dans les résultats obtenus, il a diffusé ces réalisations dans le cadre de congrès internationaux et de réunions professionnelles⁵. Ces premières expériences ont néanmoins été critiquées au sein du milieu scientifique, y compris par ceux qui ont estimé que le cinéma pouvait servir la recherche et la transmission. Ainsi, après la Première Guerre Mondiale, le médecin allemand Alexander von Rotha, revient avec sévérité sur les expériences de Doyen, lui reprochant de privilégier le geste au détriment du champ opératoire : « les angles sont tordus, l'axe est unique, et si les gestes de l'équipe sont distincts, la blessure elle-même ne l'est plus⁶. » Pour von Rotha, l'essentiel du champ doit être consacré à la blessure et à l'intervention des mains du chirurgien, surgissant par leurs mouvements des bords du cadre. Même jugement chez le professeur Jean-Louis Faure. Interrogé par la *Revue du cinéma* en 1930, il affirme à propos des films de Doyen : « On voyait l'opérateur, et on voyait assez mal l'opération⁷ ». En 1948, le Dr. Pierre Thévenard, critique et praticien du cinéma scientifique, voit dans ces films un exemple édifiant de ce qu'il convient de ne pas faire. Selon lui, leurs conditions rudimentaires de tournage et leurs choix de réalisation en faisaient de mauvais outils d'enseignement. D'une part, la qualité médiocre des émulsions rendait le champ de l'image confus ; d'autre part, la préférence pour les plans généraux le rendait impropre à l'enseignement technique⁸. Thévenard estime que le spectateur du film chirurgical ne s'intéresse pas au plan général qui montre la salle et ses acteurs, ~~non plus ni~~ au plan rapproché qui montre « quatre mains travaillant au-dessus d'une plaie opératoire ». Il faut donc privilégier le gros plan, voire se limiter à cette unique valeur, pour « pouvoir suivre dans le détail la manière dont se libère telle adhérence, la région exacte du plan tissulaire que va accrocher la pointe de l'aiguille...⁹ ». Par ces reproches adressés rétrospectivement au Pr. Doyen, Thévenard comme Rotha pointent l'ambivalence de sa démarche. Il aura cherché à faire de ces films autant un outil d'enseignement qu'un moyen de promotion personnelle. .

⁵ Thierry Lefebvre, *La chair et le celluloid, le cinéma chirurgical du docteur Doyen*, Brionne, Jean Doyen éditeur, 2004.

⁶ Adolf Nichtenhauser, *A history of motion pictures in medicine*, manuscrit non publié, 1954.

⁷ Jean-Louis Faure, cité par Paul Sabon, « Les films chirurgicaux d'hier et d'aujourd'hui », *Revue du cinéma* n° 8, 1er mars 1930, p. 16, cité par Thierry Lefebvre, *Cinéma et discours hygiéniste (1890-1930)*, thèse pour le doctorat, 1996, Université Paris III / Sorbonne nouvelle, p.25.

⁸ P. Thévenard et G. Tassel, *Le cinéma scientifique français*, Paris, Editions de la Jeune Parque, p. 173-174

⁹ P. Thévenard et G. Tassel, *ibid*, p. 180. Thévenard reprend l'idée de Von Rotha d'un « chirurgien - metteur en scène », « participant à la prise de vues et en assurant la direction ». De cette façon, il est amené à composer avec l'élément cinéma, intégrer au dispositif général de l'opération la mise en place de son tournage, cesser en quelque sorte de se comporter en patron. Il lui faut admettre que « ce jour-là, par une remarquable exception, tout ne sera plus ordonné par rapport à lui et à son acte chirurgical, mais que cest lui-même au contraire qui, abandonnant volontairement une partie de ses prérogatives habituelles, va travailler pour l'appareil de prises de vues. »

Un contre-exemple est la production du Dr. Claoué à partir de 1924. Spécialisé dans la chirurgie esthétique, Claoué souhaite filmer ses travaux sur les difformités nasales, la plastique mammaire, la correction des oreilles décollées et des poches sous les yeux pour sa documentation personnelle : selon Thévenard, Claoué « pense que dans le cas particulier de la chirurgie, la cinématographie réalise le meilleur moyen d'auto-critique qu'il se puisse trouver ; il affirme d'ailleurs ne s'être bien rendu compte de certaines imperfections de technique et n'avoir pu les corriger que grâce à ces procédés¹⁰. » Nous retrouvons ici le principe de l'autoscopie, appliqué dès le premier âge du cinématographe, par exemple dans le milieu sportif, qui consiste à évaluer sa propre performance en observant son enregistrement. Pour autant, les productions de Claoué ne sont pas strictement limitées à son propre usage. En sollicitant la contribution de Jean Painlevé, alors pionnier du cinéma scientifique, il initie une collaboration qui va contribuer à la naissance du Congrès du cinéma scientifique dont la première édition se tient en 1932. Par ses films originellement sans public, il a contribué à la structuration de la diffusion des films scientifiques, l'orientant vers le partage entre pairs. En cela, sa démarche tranche nettement avec les orientations du Dr. Doyen. Chez ce dernier, le film concentre davantage l'attention sur l'auteur du geste que sur le geste lui-même. Par ailleurs, le parcours de ses films, qui lui a en partie échappé, révèle que leur finalité n'était pas forcément didactique. Quand il est porté à l'écran, le geste chirurgical devient objet de spectacle, d'un magnétisme indéniable, qui le rend à même d'impressionner vivement son spectateur, que celui-ci soit ou non averti.

Un geste cinégénique

Un incident a mis en évidence, dès les débuts du cinéma, le potentiel cinégénique du geste chirurgical. Un des opérateurs du Dr. Doyen, Ambroise-François Parnaland, devenu détenteur des négatifs de certains de ses films, les a revendus à des firmes commerciales, dont Pathé, l'une des plus importantes. Selon Thierry Lefebvre, « les bandes vont donc être projetées un peu partout en Europe, à l'occasion de séance 'spéciales' réservées à des spectateurs avides de sensations fortes¹¹. » Ce trafic témoigne de la curiosité que ce type de films pouvait susciter auprès du grand public, attiré par le spectacle du corps dans tous ses états autant que par celui du chirurgien occupé à l'ouvrir et le mutiler pour le réparer, voire le sauver. Il est vrai que le sujet de l'opération, fascinant en soi, est exalté par la mise en scène que le cinéma en fait. Les artifices qui animent ses images, le cadrage qui épure sa représentation accroissent son impact. Leur projection révèle qu'elles impressionnent jusqu'à ceux qui appartiennent au corps médical. En 1931, Painlevé raille les étudiants en médecine qui traitent de « 'sadisme', en employant ce mot suivant l'usage imbécile consacré par des ignorants, trois cents mètres révélant en gros plans les détails d'une opération de la face¹² ». En 1960, Georges Sadoul témoigne à son tour de la façon dont le cinéma amène les étudiants, habitués à témoigner d'une opération, deviennent impressionnés par sa mise en images : « le film est parfois plus impressionnant que la réalité qu'il enregistre : après avoir assisté vingt fois à une opération dans un hôpital, un étudiant en médecine risque de se trouver mal, surtout si le film est en couleurs, en voyant dans une salle de projection l'ouverture d'un ventre ou l'amputation d'un bras¹³ ». Comme si l'écart provoqué par le traitement cinématographique de l'opération rappelait les

¹⁰ P. Thévenard et G. Tassel, *op. cit.*, p. 175.

¹¹ Thierry Lefebvre, *Cinéma et discours hygiéniste (1890-1930)*, *op. cit.* p. 19.

¹² cité par Philippe Dériaz et Nicolas Schmidt, « Introduction : Science et cinéma, exigences réciproques » dans Philippe Dériaz et Nicolas Schmidt (dir.), *Du film scientifique et technique*, Cinémaction, n°135, Condé-sur-Noireau, 2010, p.17

¹³ G. Sadoul, *Conquête du cinéma*, Paris, collection Grand Pavois, 1960, p. 171.

spécialistes à la gravité de son enjeu et ravive en eux la fascination que tout homme éprouve pour le spectacle d'un corps forcé, travaillé, révélé.

Sur le petit écran noir et blanc de la télévision, les images n'ont pas perdu leur impact grâce à un facteur innovant : la contrainte de les transmettre en direct. En France, le déroulement de l'opération constituait régulièrement l'argument des « médicales », émission sur les innovations en médecine qu'Igor Barrère a initiée en 1956. Avec son binôme Étienne Lalou, Barrère réalisait sur place des émissions d'une heure grâce à un camion-régie spécialement équipé pour des tournages adaptés aux sites hospitaliers. Chaque réalisation demandait trois jours : un jour pour l'installation du matériel, un jour pour la répétition, un jour pour le tournage. Le public témoignait ainsi de deux types de prouesses, celle de l'opération et celle de sa mise en images. Sa dimension dramatique était renforcée par les choix de découpage opérés par la régie. Ainsi dans *Marseille à cœur ouvert*, émission de 1957 sur une opération du cœur¹⁴, la séquence de l'acte chirurgical est articulée à des entretiens avec les médecins et des plans sur la patiente alitée. Alors qu'elle attend l'échéance de l'opération, nous voyons son visage empreint d'anxiété : ce plan, inutile pour le récit, sans intérêt informatif, nous renvoie à nous-mêmes, susceptibles de vivre son expérience. L'accomplissement de l'acte chirurgical reste le temps fort du film, mais il n'est plus son unique contenu. Sa mise en scène se combine à celle du patient, considéré non plus comme un simple corps mais un individu qui a recouvré son visage. Autre évolution importante, le discours associé au geste n'est plus l'apanage de l'instance médicale, il est mis en forme par un journalisme spécifique à la télévision, média neuf et accessible aux masses. « Les 'inventeurs' des médicales, remarque Guy Hennebelle, apprennent au corps médical, quelquefois réticent ou sceptique, puis coopératif, à vivre avec son temps, c'est-à-dire avec les médias¹⁵ ». Par leurs commentaires et les questions auxquels ils soumettaient les spécialistes, les journalistes affichaient un souci de didactisme à une époque où la télévision, en tant que média de service public, était considérée comme relais d'éducation populaire¹⁶. De même que l'effet de dramatisation a mis le sort du patient au centre du récit chirurgical, la médiation journalistique a amené les protagonistes du corps médical à rendre des comptes sur leurs actes et leurs compétences. Cette même approche s'est développée dans les documentaires qui se sont alors multipliés sur l'actualité du fonctionnement de l'institution sanitaire.

Un geste comptable

Mais alors que des émissions comme « Les médicales » ont tiré le plus possible parti du caractère spectaculaire des images d'opération, ces documentaires ont cherché à les mettre en perspective avec d'autres types de réalités conjointes, quitte à les banaliser. Les quelques plans significatifs auxquels le geste chirurgical est alors réduit servent à désigner la chirurgie comme un service inclus parmi d'autres dans un système général de soins. Ce type d'évocation peut être trouvé dans le portrait d'un médecin généraliste ou dans la présentation d'un hôpital. Dans *Docteur B. médecin de campagne*, long documentaire qu'Alain Tanner réalise en 1968, le Docteur B. en question est montré dans les différents champs de son activité, y compris dans un bloc opératoire pour assister le chirurgien qui opère un de ses patients. Un travelling vertical raccorde discrètement le visage concentré du chirurgien à sa main qui agit : le motif du plan est son regard concentré sur son geste, davantage que le geste lui-même. Une double décentration s'opère dans cette scène : le médecin généraliste est montré comme un simple auxiliaire, mêlé

¹⁴ Autres exemples de « médicales » consacrées à la chirurgie : *La chirurgie cardiaque à l'heure de la greffe* (1969), *Les infirmes moteur cérébraux* (1970), *Médecine et sorcellerie* (1972), *La chirurgie de l'enfant* (1973).

¹⁵ Guy Hennebelle (dir.), *200 téléastes français*, Courbevoie, CinémAction, 1989, p. 327.

¹⁶ Isabelle Veyrat-Masson et Monique Sauvage, *Histoire de la télévision française*, 2012.

au personnel soignant assigné à l'hôpital, mais le chirurgien à l'œuvre ne tient pas non plus la vedette. . De même dans les films qui exposent le fonctionnement hospitalier. ,Dans *Hospital*, Frederick Wiseman propose la même année que Docteur B. une ample chronique du Metropolitan Hospital de New York, ouvre sur une séquence spectaculaire d'intervention chirurgicale, sans donner d'explication sur sa nature ou ses modalités. Ce principe se retrouve dans *L'hôpital aujourd'hui*, film réalisé en 1974 par Jacqueline Margueritte dans l'hôpital Saint-Antoine, diffusé auprès du jeune public par la télévision scolaire : victime d'un accident de trafic évoqué dès l'ouverture du film, une jeune femme victime est transportée dans une salle de déchoquage puis un bloc opératoire. À chaque fois, il s'agit de mettre le spectateur, d'entrée de jeu, en présence de la réalité la plus crue du fonctionnement hospitalier. À remarquer que dans *Hospital*, la césure de la séquence est placée avant que le geste chirurgical ne soit accompli. C'est sa préparation qui occupe l'essentiel des plans, à savoir l'installation du patient, les chirurgiens et les infirmiers qui enfilent leurs masques et leurs gants et ceinturent leurs blouses. Le dernier plan montre un début d'ouverture du thorax filmé en gros plan. Le cut intervient au moment où la tête du chirurgien, s'interposant entre la caméra et le champ opératoire, fait rideau. Le plan suivant montre des personnes entrant dans le hall du bâtiment : une nouvelle journée commence pour l'hôpital.*Hôpital silence* comprend une seconde séquence chirurgicale à la quinzième minute. Là non plus, le motif de l'opération n'est pas indiqué. Comme dans *Hospital*, la caméra déambule dans l'espace du bloc et multiplie les angles de prise de vues. Le commentaire insiste sur le rôle de l'anesthésiste. La priorité pour ces différents films est double : d'une part, dépersonnaliser l'acte médical, ici le geste chirurgical, en l'inscrivant dans une chaîne de responsabilités. Dans *L'hôpital aujourd'hui*, le commentaire affirme : « Une opération est le travail de toute une équipe » (16.20). D'autre part, socialiser l'image de la médecine, rappeler que par sa pratique quotidienne, les sites où elle intervient, la démocratisation de son système, celle-ci est au contact immédiat de la société dans tous ses états. La chirurgie contribue aussi bien qu'une autre discipline au fonctionnement d'un service public anonyme et concerté.

Dans ces exemples, une vision collective prévaut, qui équivaut à une anonymisation du geste chirurgical. Il n'est plus l'exploit d'un homme seul, mais l'étape d'un processus de soins qui implique une chaîne de responsables. Le patron ayant disparu derrière l'institution, le point de vue du film prend de la latitude et investit tout le bloc opératoire qu'elle équipe et qu'elle valorise. Pour autant, dans les différents regards documentaires centrés sur l'institution, l'effort de normalisation de la représentation du geste chirurgical n'aboutit jamais tout à fait. Quoique dépouillée d'artifice, au même titre que les autres séquences de soins, la mise en scène de l'opération se distingue par la tension particulière de son ambiance. Dans son analyse de *Hospital*, en particulier de sa séquence dans le bloc opératoire, Maurice Darmon remarque que Frederick Wiseman a cherché à souligner cette tension en intervenant sur la bande sonore : « Par une sorte d'hommage au cinéma muet, et par une rare transgression à ses méthodes, il supprime tous les bruits afférents à la préparation par l'anesthésiste, l'intubation, la préparation du champ [...], pour imposer aux images passées et un peu sales de la salle d'opération une sorte d'accompagnement irréel : ronronnement continu d'un ventilateur et cliquetis mécanique, simple et répétitif d'une quelconque pompe sur la gestuelle burlesque des origines du cinéma¹⁷. » Dans *Hôpital silence*, nous observons cette même tension feutrée, solennisée par les murmures des dialogues et les sons produits isolément les uns des autres par les gestes et les instruments employés. Le caractère particulier de ces scènes tient aussi à leur intérêt esthétique, même si celui-ci peut paraître fortuit, ou second. Ayant témoigné d'une opération, l'historien d'art Elie Faure y a vu un composition esthétique idéale. Selon lui, la

¹⁷ Maurice Darmon, *Frederick Wiseman - Chroniques américaines*, Rennes, 2013, pp. 62-63.

« logique fonctionnelle » de la situation dans le bloc, par la « logique structurale visible » qu'elle détermine, révèle une « unité plastique ». Revenant sur les impressions que l'expérience lui a fait éprouver, il écrit : « C'était l'événement lui-même, le centre de l'événement qui provoquait dans toutes les dimensions et sous tous les aspects du groupe la position des corps, des bras, des mains, des épaules, des têtes, dont aucune ne s'écartait et ne pouvait s'écarter de son attraction invincible sans rompre l'harmonie et le rythme de ce groupe du même coup. La lumière tombait où il fallait qu'elle tombât pour que chacun vît ce qu'il avait à faire¹⁸. » Dans sa vision, Faure ne se centre pas sur le geste chirurgical qui serait celui du seul chirurgien, mais sur tous les gestes, le ballet de gestes que suscite l'acte d'opérer, lequel met en jeu son équipe. Faure ajoute que l'artiste commettrait une erreur s'il faisait poser les protagonistes de ce type de scènes : il lui faut travailler sur le motif pour révéler sa « composition organique ». C'est ce à quoi sont parvenus les films de Wiseman, de Tanner ou de Marguerite, et par leur principe d'enregistrer le réel sur le vif, et par leur volonté de saisir l'acte chirurgical dans son ensemble. Si cette approche ne met plus le geste du chirurgien en majesté, elle témoigne d'un autre mode de cinégénie qui tient à ce qu'il meut et ce qu'il agrège.

This research received funding from the European Research Council (ERC) 'The healthy self as body capital (BodyCapital) project under the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme (grant agreement No 694817).

¹⁸ Elie Faure, *L'esprit des formes – Divagations pédagogiques*, Lausanne, 1972, p. 405.