

Approche psychologique et motivations des personnes consultant en dermatologie esthétique

P-H. Keller, H. Carette, A. Berjot, N. Dauman

Les théories sur la dimension psychologique de la consultation en dermatologie esthétique évoquent rarement un aspect essentiel de la démarche des patients venant en consultation : le rôle décisif du regard d'autrui comme objet implicite de la demande de soins esthétiques. Montrer son corps et regarder celui des autres sont pourtant deux dimensions fondamentales des enjeux subjectifs afférents au domaine de la dermatologie esthétique. Sur ce plan, la rencontre avec le regard du spécialiste praticien prend une dimension intersubjective de la plus grande importance. Les fondements mêmes de l'identité du sujet étant mis en jeu dans sa demande, l'image sociale, bien qu'également affectée, apparaît ici au second plan. Offrir au regard de l'autre une surface corporelle indemne de toute marque pouvant être interprétée comme signe d'anormalité n'est pas un désir aussi rationnel qu'il y paraît à première vue. Un détour par l'univers subjectif du patient est parfois un passage obligé, sous peine de voir celui-ci faire irruption, de façon intempestive dans les cas les plus compliqués. Ce qui est possible techniquement dans cette spécialité ne coïncide pas nécessairement avec ce qui est préférable pour la personne consultant. La peau n'étant pas un organe comme les autres, sa position d'interface entre soi et autrui conduit à n'intervenir sur elle qu'après avoir pris en considération son investissement subjectif par le demandeur, dans ses dimensions essentielles à la fois conscientes et inconscientes. En donnant toute leur importance aux mécanismes psychologiques classiquement décrits (Freud, Anzieu, Spitz), les auteurs mettent l'accent sur la spécificité de l'approche psychologique, recommandée par le législateur dans ce domaine du soin.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermatologie esthétique ; Psychologie clinique ; Regard ; Identité subjective

Plan

■ Introduction	1
■ Psychologie et dermatologie	2
■ Peau et identité	2
Théorie	2
Clinique	3
■ Peau et regard	3
Théorie	3
Tableaux cliniques	4
■ Peau et société	4
Peau, esthétique et approche psychosociale	4
Peau et stigmatisation	5
Peau, vieillissement et société	5
■ Le patient, sa peau et le dermatologue	6
Corps réel et dermatologue	6
Corps vécu et psychologue	6
■ Conclusion	7

■ Introduction

Chaque dermatologue, qu'il soit ou non spécialisé en esthétique, s'est fait une idée de la place que tient la psychologie

dans sa pratique professionnelle. L'aspect psychologique d'une consultation y est inclus de façon spontanée par le praticien, celui-ci enrichissant progressivement son expérience dans ce domaine, habituellement grâce à son intuition. Il s'agit d'un savoir empirique, le plus souvent fondé sur le bon sens, et donnant en règle générale des résultats satisfaisants, pour le médecin comme pour le patient. Mais la multiplication des conduites revendicatrices et procédurières des consultants, inaugurée outre-Atlantique, donne cependant à la consultation médicale une tournure quelque peu différente aujourd'hui. Dans ce contexte, l'abord psychologique du patient prend une nouvelle dimension et commence à devenir un enjeu important et parfois même redoutable dans la rencontre médecin/malade.

En dermatologie esthétique, l'approche psychologique clinique s'inscrit dans un autre registre que celui de la typologisation revendiqué par la psychologie de la santé ^[1] ou celui de la classification des désordres comportementaux mis au point outre-Atlantique ^[2]. Sans se substituer à ces deux derniers modes d'étude psychologique, la cohérence de la démarche clinique présentée ici, fondée sur le discours du patient, peut permettre au dermatologue d'en identifier les axes principaux. L'expérience montre en effet que cette demande s'articule autour de quatre grands thèmes développés ici, après présentation du contexte spécifique de la recherche concernant le psychisme en dermatologie :

- le lien entre les problèmes observés à la surface de la peau et l'identité du sujet ;

- le regard d'autrui et la peau ;
- l'impact social des dommages cutanés motivant la consultation ;
- le pouvoir prêté au praticien dermatologue par le consultant.

■ Psychologie et dermatologie

Dans les changements qui affectent l'ensemble des relations médecin/malade, la dermatologie esthétique apparaît comme une spécialité de la médecine particulièrement exposée, si l'on considère par exemple l'ensemble des plaintes de patients à l'encontre des médecins. Ainsi, on constate que la sinistralité des chirurgiens plasticiens reste l'une des plus importantes avec 19,3 %, tandis que celle des médecins généralistes n'est que de 1,15 % ; notons que celle des dermatologues se situe à 2,9 % (chiffres communiqués par *Le Sou Médical*, 2007). Il devient donc nécessaire de mettre en forme cette question, mais aussi d'envisager la ou les meilleures façons d'y répondre.

Dans le premier temps de la consultation, il va de soi que ce sont prioritairement les critères médicaux qui sont mobilisés (examen clinique, diagnostic, perspectives thérapeutiques, etc.). L'abord psychologique implique pour le praticien en dermatologie esthétique d'intégrer à cette indispensable approche essentiellement médicale, fondée sur des critères physiques (par exemple la nature ou l'étendue des lésions observées sur le corps du patient), d'autres critères, différents des premiers et obéissant à une logique spécifique. Il s'agit en effet ici d'admettre que le point de vue du patient concernant les dommages (réels ou supposés) subis à la surface de son corps est le point de départ obligé de l'approche psychologique.

Second temps de la consultation, cette approche psychologique nécessite par conséquent d'avoir à considérer la peau sous un autre angle que lors de sa première phase. Au cours de ce premier temps (cf. supra), l'examen clinique fait en priorité apparaître la peau comme l'appareil somatique dont les atteintes ainsi que le degré de gravité se doivent d'être évalués, afin d'être traités en vue de leur disparition. Mais aborder l'aspect psychologique implique de faire passer au second plan ce statut d'organe de la peau, au profit de son statut subjectif dans les représentations du patient. Autrement dit, et d'un simple point de vue technique, apparaît ici l'intérêt de recourir à un intervenant différent, qui soit en mesure d'explorer la manière dont le patient conçoit et vit sa propre peau, et qui ne peut être pour lui qu'une réalité différente par essence de celle que lui présente le médecin.

Si l'intérêt de la psychologie pour les patients consultants en dermatologie ne date pas d'hier, on ne peut pas dire que les manifestations de cet intérêt soient homogènes. Ainsi, les tentatives de typologisation en dermatologie sont nombreuses mais peuvent alternativement viser les affections [3], les thérapeutiques [4] ou les patients eux-mêmes [5, 6]. D'autres recherches sur la dimension psychologique de cette spécialité s'insèrent plus largement dans le champ dit « psychosomatique » [7] ou donnent au contraire la priorité au modèle du raisonnement biomédical [8], voire psychiatrique [9]. En tant que disciplines à part entière, la psychologie elle-même [10] ainsi que la psychanalyse [11] ont entrepris nombre de recherches concernant l'investissement subjectif de la peau. On peut noter par ailleurs que les patients eux-mêmes, de plus en plus, cherchent à se faire entendre, soit sous forme classique d'association de malades, soit sous forme de témoignage leur permettant d'exprimer subjectivement la perception de leur trouble [12]. Mais c'est grâce à l'ensemble de ces recherches qu'il est désormais admis que l'investissement subjectif de la peau peut également se traduire en termes objectifs [13]. Toutefois, parmi ces travaux, une place à part peut être réservée à l'hypnose. À tort ou à raison, cette technique demeure dans la plupart des esprits, qu'il s'agisse des professionnels ou du grand public, un dispositif expérimental efficace pour agir sur l'aspect psychologique du trouble dermatologique, qu'il s'agisse de le faire surgir (apparition de traces de brûlure par simple suggestion) ou de le faire disparaître (élimination de verrues) [14] à la surface de la

peau. Si cette technique commence à être l'enjeu de recherches approfondies [15], son apparition à l'hôpital en dermatologie demeure motivée davantage par l'intuition que par la démonstration scientifique [16].

■ Peau et identité

Théorie

Peau et construction identitaire

Le premier médecin à avoir évoqué le rôle joué par la peau dans la constitution de la personnalité (du « moi » comme du narcissisme primaire) est Sigmund Freud en personne. Depuis Freud, les psychanalystes s'entendent pour définir le narcissisme primaire comme ce qui désigne l'intérêt que, très tôt, le nouveau-né se porte à lui-même sur le plan psychologique ; il se caractérise par la croyance en la toute-puissance de ses pensées. Ne discernant pas encore les acteurs de son environnement, il suppose qu'il lui suffit de penser à quelque chose pour l'obtenir. Quant à la notion d'identité primaire (cf. infra), elle se rapporte au premier sentiment éprouvé par l'enfant concernant la permanence de son existence. C'est en particulier la répétition des expériences de satisfaction qui constitue le fondement de ce sentiment. Dans un célèbre article de 1921, Freud postulait que le premier moi est corporel et se construit « à partir de la projection (et de la représentation mentale) d'une surface » [17]. Plus d'un demi-siècle après cette première formulation, c'est un psychologue, Anzieu, qui reprendra cette proposition en la développant à travers la notion de « Moi-peau ». Anzieu définit cette notion comme la « figuration dont l'enfant se sert au cours des phases précoces pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » [10]. Il en décrit les différentes fonctions :

- unification (sentiment d'être unique) ;
- délimitation (capacité d'établir une limite entre soi et non-soi) ;
- différenciation (construction d'un monde interne distinct du monde externe) ;
- contenant (pour les premiers éléments de la pensée et de la fonction cognitive).

Peau et relation à la mère

C'est à un autre psychanalyste, Winnicott, que l'on doit d'avoir montré, à la suite de nombreux travaux éthologiques – dont les plus connus sont ceux de Bowlby sur la notion d'attachement – l'importance des contacts corporels et tactiles, des soins ou des caresses accompagnant les manipulations dans les relations de maternage, pour la constitution de l'identité primaire. Cette identité ne pourrait s'édifier, selon Winnicott, que dans une relation nourrie par ces gestes et établie par une mère « suffisamment bonne » [18] et aimante. Seule une telle relation permettrait que se construisent, non seulement les bases de l'identité (certitude d'être soi), mais également le corps libidinal du narcissisme primaire (amour de soi) ainsi que l'estime de soi (sentiment de sa propre valeur) et une image de soi « aimable ». Développant cette réflexion, d'autres psychanalystes comme Lavie avancent que la mère, fondatrice de la relation au corps et à la peau, y reste présente, essentiellement dans la manière que chacun peut avoir de se percevoir sous ces deux aspects, identitaire et narcissique.

Peau, identité sexuée et image esthétique de soi

L'image esthétique de soi se construit, selon Lollini, dans des expériences relationnelles et libidinales personnelles. Que cette image soit « belle » ou bien « laide et déformée », c'est toujours de « l'histoire relationnelle inconsciente de l'image de soi que dépend son appréciation esthétique » [19]. Lors du stade d'aboutissement de l'identité que représente la puberté, l'image

esthétique de soi finit de s'achever sur la scène œdipienne : identification au parent de même sexe et « séduction » du parent de sexe opposé. C'est du regard que le père porte à la fille ou de celui de la mère sur le garçon que participe pour l'adolescent(e) le sentiment d'être beau (belle) ou laid(e), d'avoir ou non le pouvoir de plaire, de représenter une « valeur » pour autrui.

Ainsi, selon Freud, la capacité d'émotion esthétique, issue sublimatoire de cette phase, dérive bel et bien de la sexualité. La beauté et le charme représentant des attributs de l'objet investi dans la relation amoureuse, une rupture amoureuse peut par conséquent réactiver certaines préoccupations concernant l'image esthétique de soi, ainsi que la peau chargée d'envelopper cette image.

Clinique

Demande en dermatologie esthétique et narcissisme

Ces dimensions psychiques complexes de la peau s'actualisent implicitement dans les demandes adressées à la dermatologie esthétique. On vient de voir que le rôle de cet organe dans la construction de l'identité, de l'image de soi (valorisée ou dévalorisée) ou de l'estime de soi en relation avec les premières relations affectives de l'enfance, en font par la suite un lieu privilégié de restauration narcissique.

Ces demandes, bien que transitant par un dispositif de soin médical, possèdent donc le plus souvent le sens positif et subjectif d'une renarcissisation. À l'insu du demandeur de soin comme de son interlocuteur médical, « prendre soin » de soi par l'intermédiaire de sa peau peut fort bien constituer un mode inconscient de retrouvailles avec la mère aimante de la petite enfance, et être vécu comme une tentative de restauration d'une image de soi valorisée, donc aimable.

Mais simultanément, la peau demeure le lieu privilégié de focalisation et de précipitation des crises existentielles (adolescence, vieillissement) comme des événements (séparations, pertes, deuils) qui fragilisent l'identité et l'image de soi. Sans apporter la démonstration formelle de leur implication causale, nombreux sont les auteurs pour qui ces étapes cruciales de l'existence peuvent provoquer nombre de dermatoses ; de manière empirique, ces pathologies sont ainsi « réputées pour être psychosomatiques » [13].

Crises identitaires et demande en dermatologie esthétique

Il est classique de considérer, chez l'adolescent, que les transformations corporelles et l'évolution psychoaffective entraînent un remaniement intense de l'image de soi. Certains auteurs notent la fréquence de l'utilisation du tatouage et autres inscriptions cutanées (*piercing*) comme « support d'un discours social dont le but est de se différencier (différence des générations) et de chercher une ressemblance rassurante (avec les pairs) » [20].

Dans le registre de la psychopathologie, ces mêmes auteurs rappellent que le problème des limites du corps est fréquemment réactivé lors de cette période. La peau, ainsi que ce qu'elle recouvre, cristallise alors d'intenses préoccupations de nature dysmorphophobique ; elle peut également faire l'objet de conduites névrotiques, qui peuvent aller de l'acné excoriée par exemple, aux pathomimies les plus mutilantes. Mais sans revêtir nécessairement ces caractéristiques pathologiques, l'adolescence demeure un contexte de crise, un âge de grande fragilité narcissique où la nécessité de se séparer psychiquement des parents est un impératif permettant d'investir les relations sociales amicales et amoureuses, comme mise à l'épreuve de l'image de soi et de la vulnérabilité au regard de l'autre [20].

Avec l'avancée en âge, les marques cutanées du vieillissement tendent à provoquer un décalage entre le dedans et le dehors, d'où peut surgir un malaise identitaire plus ou moins profond ; il arrive en effet au cours de cette période que, fortuitement, le

sujet ne se reconnaisse plus dans l'image que lui renvoie le miroir, déclenchant ce que Freud nomme en 1919 un sentiment d'« inquiétante étrangeté ». Dans cette crise du milieu de vie, il est possible que les identifications imaginaires aux parents soient réactivées, comme le suggère Girard-Madoux. La consultation d'une patiente de 45 ans, rapportée par la dermatologue, illustre cette hypothèse ; elle révèle le fantasme d'« avoir la même peau que (sa) mère », défaillante et absente, et témoigne du vacillement d'une identité piégée dans une identification en miroir [21].

Ainsi, en tant qu'interface avec le monde social, la peau est un témoin majeur des multiples changements physiques et intérieurs, car à sa surface « s'expriment émotions, mouvements pulsionnels, affects, pensées (...), apparaissent les traces laissées par le temps, les cicatrices de traumatismes anciens, les marques d'appartenance à un sexe, à un groupe social, l'inscription dans une filiation, toutes marques renforçant le sentiment d'identité du sujet » [22]. C'est pourquoi elle est l'objet d'une attention particulière de la part de ce dernier et d'un retour sur lui-même, lorsqu'il voit dans le regard des autres qu'il a physiquement changé [23].

■ Peau et regard

En 1983, une enquête entreprise auprès de dermatologues et mentionnée par Guir aurait révélé une absence d'affections cutanées comme le psoriasis, l'eczéma ou le vitiligo chez les aveugles de naissance [24], l'hypothèse formulée à partir de cette observation étant que le regard, impliqué dans la constitution de ce type de pathologies, place le malade en position de maîtriser le regard de l'autre porté sur lui, tout en lui épargnant le croisement des regards.

Théorie

Théories psychologiques

La plupart des théories « psychologiques » portant sur le lien entre la vie psychique et les affections cutanées mettaient jusque-là plus volontiers en jeu les relations précoces entre l'enfant et sa mère, ainsi que l'investissement par celle-ci de la peau de son enfant (Anzieu, Bowlby ou Spitz, cf. supra). L'hypothèse de Guir, jusqu'à ce jour non vérifiée statistiquement, a au moins le mérite de rompre avec ces précédentes hypothèses « fortes », en faisant appel à d'autres données qui, bien qu'issues de la clinique psychanalytique elles aussi, témoignent de l'implication dans ces troubles d'une pulsion peu étudiée jusqu'alors : la pulsion scopique.

L'essentiel des demandes adressées à la dermatologie esthétique concerne bien entendu l'aspect extérieur du patient. S'il s'agit en règle générale de modifier l'apparence de parties du corps exposées au regard d'autrui (les mains, par exemple), la majorité de ces demandes concerne le visage. Cette dimension scopique impliquée dans la demande en dermatologie n'est pour ainsi dire jamais explorée en tant que telle. Chacun des partenaires de la consultation (patient et médecin) admet comme une donnée de bon sens cet impératif esthétique : il convient d'offrir au regard de l'autre une surface corporelle exempte de marques interprétables en termes pathologiques ou plus exactement d'anormalité. C'est précisément à l'unanimité implicite des acteurs de cette situation qu'il convient de réfléchir, ainsi qu'à sa signification du point de vue du demandeur comme du point de vue de celui qui recueille la demande. Autrement dit, quel est l'enjeu psychologique de l'effacement d'une empreinte à la surface de la peau qui semble faire signe à tous ?

Pulsion scopique

Voir, c'est tout d'abord pouvoir disposer à l'intérieur de soi d'images, animées ou non, comme autant de reflets de la réalité

extérieure. Mais l'image qui nous intéresse ici est celle dont la disposition permanente assure à l'individu les fondements mêmes de son identité : l'image spéculaire. Étape fondamentale dans l'accès à l'univers symbolique, le stade du miroir, décrit tout d'abord par le psychologue Wallon, représente dans la théorie lacanienne le stade sans le franchissement duquel l'identité demeure toujours vacillante. Selon Lacan en effet, cette étape correspond à la « transformation produite chez le sujet quand il assume (son) image » et représente le moment qui, de façon décisive, « fait basculer tout le savoir humain dans la médiatisation par le désir de l'autre » [25]. D'une part, en effet, l'enfant peut dès lors éprouver un sentiment d'unité de lui-même, là où dominait pour lui un vécu morcelé. Mais d'autre part, seule la présence d'autrui – parent le plus souvent – permet de donner à l'expérience sa double portée symbolique : si le langage permet à l'enfant d'accéder au sens de la confrontation spéculaire, l'adulte lui apparaît désormais comme image possible de son propre devenir. Le rôle tenu par la maîtrise de son image dans le développement de la vie psychique de l'homme est donc crucial. Sans l'usage de la vue, cette étape devra trouver les moyens de se réaliser par d'autres canaux sensoriels ; mais grâce à la vue, la peau dans son entier, surface corporelle, se trouve et pour toujours à une place capitale dans la construction du sujet, support psychologique d'un double éprouvé tactile et visuel. Dans ces conditions, le « voir » acquiert une dimension considérable dans le déroulement de la vie mentale du sujet, et se trouvera désormais pris au cœur de tout phénomène apparaissant à la surface du corps.

La « pulsion scopique », référée à la jouissance voyeuriste pour Freud, se rapporte initialement au « corps propre », celui de l'enfant qui jubile de « se voir » en mouvement ; secondairement, le corps de l'autre est à son tour « pris » dans cette pulsion scopique, dans un mouvement de « comparaison » et d'« échange » [26]. Si les fondements mêmes de cette pulsion de regarder sont donc de nature narcissique, son évolution implique un retournement dans lequel le nouvel enjeu peut devenir « être regardé », associé à toutes ses déclinaisons possibles. Ces différents mouvements pulsionnels sont souvent interprétés comme les manifestations d'une agressivité voilée (refoulée) issue du désir de maîtriser le regard de l'autre [19]. On reconnaît enfin ici le principe relationnel qui fonde la consultation en dermatologie : montrer-recouvrir.

Tableaux cliniques

Toute maladie ou affection cutanée peut ainsi être ressentie par le patient atteint comme reflet de l'intérieur de lui-même, potentiellement exposé aux yeux de tous. C'est le sens de l'éreutophobie, où le sujet redoute de voir le regard d'autrui « lire » sur son propre visage certaines pensées dont il ne parvient lui-même que confusément à formuler les contenus.

Plus généralement, pour le malade présentant une véritable anomalie cutanée, le risque est celui d'être exposé aux autres, de devenir comme « transparent ». Qu'il soit question d'un détail anatomique jugé disgracieux dans le cas de la dysmorphophobie ou d'une pathologie avérée et dérangement comme le vitiligo ou le psoriasis, les désordres qui frappent la surface corporelle sont comme exhibés. Selon le siège du dommage désigné par la plainte, il arrive que tout le monde (médecin ou non) puisse y porter le regard, rompant ainsi le pacte du secret qui accompagne la consultation médicale.

Quant à la « sanction » chirurgicale lorsqu'elle est prescrite, promettant d'agir sur un dommage cutané visible, et à la différence de la plupart des autres actes chirurgicaux, elle vise implicitement non seulement le regard que la personne demande porte sur elle-même, mais également tous les regards qui vont désormais se poser sur ce lieu corporel. L'acte chirurgical représente en général le retour au confort d'un organe ou d'une fonction jusque là défailants ; dans le cas particulier de l'intervention en dermatologie, cet acte implique d'agir à partir de l'interprétation par le patient du regard de l'autre posé sur lui-même. Et remédier chirurgicalement à une disgrâce place donc le chirurgien dans l'impératif d'atteindre simultanément

deux idéaux esthétiques : ceux de son patient et ceux, supposés par celui-ci, de son environnement familial et social. Ce que résume la définition proposée par Laufer pour la chirurgie esthétique, une « psycho-chirurgie, une chirurgie du bonheur » [27].

En dermatologie esthétique, la coïncidence entre le projet élaboré en commun avec le patient et le résultat obtenu grâce au travail du médecin (chirurgien ou non) est aussi difficile à réaliser que dans la plupart des spécialités de la médecine ; ici, cependant, l'écart entre les deux demeure visible. Le médecin se trouve associé de cette manière aux modifications de la nouvelle image de soi du patient, dont on a vu quelle part elle prend dans ses fondements identitaires (cf. supra), mais qui n'est pas sans retentissement sur la vie sociale et relationnelle.

■ Peau et société

Peau, esthétique et approche psychosociale

La place éminente jouée par la peau dans l'édification de la subjectivité et de la vie psychique a été décrite (cf. supra). Et c'est à ce titre qu'elle est étroitement mêlée aux effets intersubjectifs de la rencontre avec le regard d'autrui, en tant que lieu d'expression sociale à part entière.

Les sciences psychosociales se sont donc naturellement employées à étudier les conséquences sur la vie de relation (relations sexuelles, professionnelles, de loisirs, etc.) des maladies de peau, ainsi qu'au degré de handicap imposé par ces pathologies au déroulement des activités quotidiennes (familiales et privées ou professionnelles et publiques). Des dermatoses importantes comme le vitiligo [28] ou le psoriasis [29] sont clairement corrélées à un impact psychosocial sur les patients, appréhendé en termes de baisse de leur qualité de vie, voire de dépression. Ces récentes études témoignent d'un intérêt, commun désormais à beaucoup de dermatologues praticiens et chercheurs, pour le retentissement des différentes dermatoses sur la vie affective des patients. Les questionnaires d'index de qualité de la vie peuvent ainsi, en pratique dermatologique comme pour la plupart des autres spécialités médicales, être un moyen assez maniable permettant d'évaluer l'amélioration des conditions de vie d'un patient après traitement [30]. Cependant, comme l'ont fait remarquer Gaudy-Marqueste et Grob, la mesure de la satisfaction et de la qualité de vie des patients a aussi mis en évidence un paradoxe dans la pratique des dermatologues : « le fait d'avoir bénéficié d'un traitement efficace rend généralement la satisfaction plus improbable en raison d'attentes fortes, tandis qu'un traitement peu efficace rend la satisfaction plus probable puisque les attentes sont faibles » [31]. De surcroît, ces mesures de satisfaction sont influencées par la relation médecin-patient (en termes d'écoute, d'explications, de confiance, etc.), mais aussi par les événements de vie du patient : autant de variables qui ne dépendent pas, ou seulement partiellement, de la démarche médicale du praticien. Mais l'utilisation de ces échelles par le patient lui-même marque surtout, pour ces auteurs, un changement de fond dans le statut du médecin et celui du patient, faisant de ce dernier un « co-décisionnaire » de l'acte médical, avec le risque potentiel « de voir émerger des caprices déraisonnables souvent favorisés par les médias » [31]. La multiplication des échelles d'autoévaluation [32], destinées à l'appréciation de la dermatose par le patient lui-même, contribuera vraisemblablement à la généralisation de ce changement statutaire, davantage participatif que prescriptif, au sein de la relation dermatologique notamment.

L'objectivité ou la subjectivité des expériences de rejet socioprofessionnel et/ou social sont donc à nuancer, ainsi que l'utilité pour les patients de recourir aux questionnaires de qualité de vie, comme le montre une étude australienne [33]. Cette recherche porte sur 104 patients atteints d'acné et utilise le questionnaire *acne disability index* (ADI). Alors que les résultats montrent une faible corrélation entre la qualité de la vie et la sévérité clinique de l'acné, ils permettent néanmoins

d'identifier ceux des patients ayant une image dévalorisée d'eux-mêmes et d'évaluer sur eux les effets psychologiques du traitement. Une récente étude française, réalisée auprès de 128 patients adultes atteints d'acné [34], note également une faible corrélation, en termes de scores globaux, entre la gravité des lésions acnéiques (évaluée à l'aide de l'échelle de cotation des lésions d'acné [ECLA]) et leur incidence sur la qualité de vie des patients (questionnaire Cardiff Acne Disability Index [CADII], rempli par les patients eux-mêmes). Les auteurs constatent « un écart entre la gravité des lésions, évaluées par les dermatologues et la gravité ressentie par le patient » et font remarquer qu'une acné objectivement minime ou modérée peut avoir un retentissement psychologique conséquent sur la perception de leur peau par certains patients. Ils notent à ce propos la participation électorale de l'atteinte du visage dans l'incidence de l'acné sur l'indice de qualité de vie. De surcroît, une corrélation proche de zéro entre la gravité objective de l'acné en dehors du visage (cou, poitrine, dos et bras) et l'indice de qualité de vie indique combien la possibilité de cacher l'acné ou les cicatrices au regard d'autrui, dans les relations sociales, participe à la qualité de vie des patients.

D'autres études, comme celles de Bruchon-Schweitzer, portent sur les effets concrets de l'apparence physique sur l'entourage. Ces travaux font apparaître que la beauté ainsi que l'attrait physique émanant d'une personne peuvent avoir une incidence réelle et mesurable sur les attitudes et opinions d'autrui, de l'enfance à l'âge adulte [35].

Peau et stigmatisation

L'éclairage désormais classique du sociologue Goffman permet de saisir l'effet de « stigmatisation » induit par la perception de tout handicap mais aussi de toute apparente différence entre le corps « normal » et celui de l'autre ainsi « marqué ». Les conduites spécifiques décrites par Goffman chez les « stigmatisés » (dissimulation du « stigmate », minimisation de ses conséquences ou isolement social) s'appliquent bien entendu aux personnes atteintes de dermatoses. La maladie de peau, visible, inscrite à la surface du corps, plus ou moins dissimulable, génère inévitablement cet effet de stigmatisation ; la traduction intersubjective de ce mécanisme se retrouvant dans la recherche d'un sens à donner à la « marque » et la quête de son interprétation.

Les traitements chimiothérapeutiques en oncologie sont connus pour avoir des effets secondaires inesthétiques et possiblement stigmatisants pour les patients. Depuis quelques années, ces conséquences sociales sont désormais prises en compte par la médecine oncologique, avec la création d'unités socioesthétiques qui proposent à des patientes un maquillage correcteur médical, afin de diminuer les lésions affichantes consécutives à leur traitement. Une étude récente, réalisée auprès de 90 patientes présentant des effets cutanés visibles en post-chimiothérapie [36], rapporte une importante satisfaction chez les patientes qui ont bénéficié de ces soins. Cette satisfaction s'exprimait notamment par le fait d'être davantage en mesure d'affronter le regard des autres au quotidien. Ces pratiques socioesthétiques semblent de plus s'intégrer parfaitement au projet chimiothérapeutique initial : « Le bénéfice de ces soins est multiple. En effet, ils améliorent l'apparence en compensant l'impact de la maladie et en améliorant l'estime de soi ; le patient a le sentiment d'être reconnu ; ils favorisent l'adhésion au projet thérapeutique et de soin, grâce à l'écoute et à la considération de la globalité de la personne ». De telles études contribuent également à éclairer la place essentielle que peut occuper l'identité subjective des patient(e)s, en lien avec leur visage et le regard des autres, dans certains soins médicaux.

Si, dans la culture, l'image du lépreux reste le symbole de la stigmatisation et de l'exclusion, Ginsburg [37] a trouvé chez des patients atteints de dermatose banale, associé au vécu subjectif de la contagion, celui plus dissimulé de « saleté » ou de « sexualité » (référence aux maladies vénériennes).

Plus généralement, les différentes cultures traitent, chacune à leur manière, de ces altérations de l'apparence du corps et des

angoisses qui en surgissent. En une saisissante formule de sa première élégie, le poète Rilke porte témoignage de l'angoisse que porte tout humain en lui, soucieux de l'intégrité de son apparence : « Le beau n'est rien d'autre que le commencement du terrible » [38].

Si l'art pictural (peinture ou bandes dessinées) et la science-fiction cinématographique explorent cet imaginaire d'un corps alternativement idéalisé et embelli ou bien étrange et monstrueusement déformé (aux limites de l'imaginable), les conduites individuelles de marquage du corps (le tatouage ou le *piercing*, actuellement prolongés par des pratiques extrêmes comme le *stretching* et le *branding*) peuvent être interprétées comme des tentatives d'exorciser ce type d'angoisses.

Le désir d'intégration sociale, exprimé par la recherche d'un travail, est aussi souvent à l'origine de demandes d'ablation de ces marques, pour autant qu'elles sont exposées au regard d'autrui. Mais les dermatologues sont aussi confrontés à de nouvelles pratiques témoignant de la complexité des liens existants entre l'identité subjective et l'intégration sociale. Les récentes observations, en consultation dermatologique générale, d'une pratique de dépigmentation volontaire (DV) chez certains sujets de peau noire (majoritairement des femmes), montrent ainsi combien la peau peut être le support d'un sentiment profond de stigmatisation en l'absence même de toute dermatose avérée. D'après une étude sur les motifs de consultation de 836 sujets noirs en région parisienne [39], la prévalence de cette pratique « esthétique » est encore mal connue aujourd'hui en France, ce d'autant plus que l'usage de dépigmentants serait nié par un certain nombre de consultant(e)s, en dépit de signes dermatologiques possiblement associés. L'épidémiologie des complications médicales consécutives à cette dépigmentation volontaire s'en trouve compliquée, car « selon que l'on comptabilise ou non les femmes qui n'aient pratiqué la DV, la prévalence de cette pratique chez les consultant(e)s adultes d'origine africaine peut être estimée entre 16 % et 28 % ». Sur un plan psychologique, le fait que l'abord de cette pratique (supposée) ait suscité une attitude récurrente de dénégation ou de dissimulation de la part des consultants est significatif d'enjeux relationnels et affectifs importants (cf. supra). L'acceptation ou le rejet de sa propre couleur de peau repose, en effet, sur des représentations transgénérationnelles, historiques et conflictuelles, impliquant éminemment le regard et le jugement supposé d'autrui [40]. La différence de couleur de peau, entre consultants et spécialistes dermatologiques, et ce qu'elle suppose de part et d'autre comme préjugés, semble ici s'accompagner d'une certaine tension dans la consultation, à propos de laquelle il serait pour le moins insuffisant de dire qu'elle relève du seul refus par les consultants de reconnaître leur usage de produits dépigmentants.

Peau, vieillissement et société

Le vieillissement cutané est depuis quelques années en France le principal motif de consultation en dermatologie esthétique [41, 42]. D'après une étude de 2005 (citée dans [43]), le comblement des rides représenterait, en effet, de 30 % à 50 % de l'activité esthétique des dermatologues français, le vieillissement semblant être de moins en moins accepté dans notre société. Ainsi que l'a récemment fait remarquer Dreno : « Le dermatologue se trouve confronté à des patients qui exercent une pression de plus en plus forte sur lui pour qu'il prenne en charge les modifications cutanées liées au vieillissement. Il ne peut pas ne pas entendre cette demande. » Et si les nouveaux procédés de comblement sont au centre des préoccupations actuelles de la dermatologie esthétique [43], certains praticiens parlent aussi d'une « dictature de l'image » et d'un « problème de société » [41], ou encore d'une « quête permanente de l'éternelle jeunesse » [44], que les interventions de la médecine « anti-âge » doivent désormais s'efforcer de contenir au mieux. La problématique du vieillissement cutané semble mettre ainsi particulièrement en exergue les paradoxes de la réussite médicale, soulignés par certains dermatologues (cf. supra).

L'altération des qualités pigmentaires de la peau, progressive mais inéluctable [45], est un indice manifeste de l'avancée en âge, pour les consultants comme les dermatologues. Cependant, la problématique du vieillissement, comme motivation subjective d'une demande de soins esthétiques, ne saurait se réduire à un ensemble de signes cliniques, clairement définis par ailleurs [44], comme le montre indirectement la diversité des « cibles » d'un marché de cosmétiques sans cesse en expansion. En témoignage, par exemple, ceux qu'on appelle désormais les « métrosexuels », ces consommateurs urbains âgés de 30 à 40 ans, adeptes de produits de soin du visage [46], nouveau phénomène social dont la littérature scientifique n'a sans doute pas encore pris toute la mesure. La prévention du vieillissement cutané occupe en effet une place de plus en plus importante dans les mœurs de notre société, devenant une préoccupation pour des sujets de plus en plus jeunes. Les médias, et spécifiquement la publicité, participent d'ailleurs à une idéalisation des normes physiques, en affichant des exigences esthétiques bien loin de la réalité quotidienne des dermatologues [47]. Prendre soin de son « capital beauté » relève de la responsabilité de chacun(e), comme le permet désormais avec succès la technologie esthétique : « bien vieillir en retardant le plus possible les signes du vieillissement est devenu maintenant une exigence légitime et réaliste » [41].

Mais du fait de la fonction sociale et identitaire de la peau, le vieillissement cutané cristallise aussi bon nombre d'inquiétudes de la part des consultants. Celles-ci concernent certes une insatisfaction esthétique actuelle, mais aussi une anticipation de l'avenir : dans une récente étude (citée dans [42]), plus de 60 % des utilisateurs de traitements des rides (toxine botulique ou autres) se disaient « fortement préoccupés » par l'apparition de leurs rides. C'est donc, là encore, par l'intermédiaire du regard des autres qu'émerge pour les consultants la problématique du vieillissement cutané, car le visage où naissent les rides est exclusivement livré à la vue d'autrui dans les relations sociales, laissant libre cours aux inquiétudes du sujet sur ce que l'on peut voir à tout moment de lui-même. L'anticipation inquiète de l'apparition des rides est donc la manifestation d'une insatisfaction concernant ce qui est d'abord vu par autrui. De fait, ce jugement extérieur à soi est souvent peu flatteur, comme le note la sociologue Attias-Donfut : « Les enquêtes sur la perception de l'âge montrent que les individus se donnent en moyenne à peu près dix ans de moins que leur âge réel. La perception de soi est déphasée par rapport au regard d'autrui » [48]. Cette insatisfaction perçue dans le jugement des autres annonce une réalité parfois douloureuse : la prise de conscience de n'être plus aussi désirable qu'avant, alors même que le désir pour les autres ne cesse de se maintenir [23]. Avec l'avancée en âge, les aspirations sociales et sexuelles perdent progressivement de leur caractère d'attraction réciproque. La demande d'une restauration de l'attrait esthétique signe alors le refus d'un tel déséquilibre et l'insatisfaction qu'il implique.

■ Le patient, sa peau et le dermatologue

Corps réel et dermatologue

Bien que l'on puisse, en théorie, mettre l'accent sur la part sociale et culturelle ou personnelle et subjective de la demande adressée à la dermatologie esthétique, la place tenue en pratique par le dermatologue s'y révèle primordiale. Enjoint d'interpréter la souffrance du consultant par son attitude même, le praticien détermine en grande partie l'issue de cette plainte. Si prendre soin de sa peau fait partie (cf. supra) de l'investissement narcissique habituel et constitue un signe d'équilibre psychique et affectif, confier ce soin à un tiers, quelle qu'en soit la raison, représente pour la personne un remaniement subjectif de première importance. Et si l'image des dermatologues s'est améliorée ces dernières années auprès du grand public, ainsi que le notent certains auteurs [42], c'est aussi parce qu'ils sont perçus

comme étant davantage à l'écoute de leurs patients qu'auparavant : « La deuxième attente des patients vis-à-vis de leur dermatologue, après la résolution de leurs problèmes de peau, est qu'il soit à leur écoute ».

La place de ce tiers, occupée par le dermatologue dès la première consultation, l'associe définitivement à ce bouleversement ; elle fait de lui non seulement un interlocuteur, mais l'équivalent d'un auxiliaire du désir supposé du patient de recouvrer son bien-être physique et psychique. Il s'agit de ce que Caro décrit, soulignant que le médecin « ne se contente plus de traiter les maladies ni les malades, mais (...) participe aussi au maintien de la bonne santé et devient un conseiller privilégié en matière de bien-être, de forme et de beauté » [49].

Forts d'une technique efficace et adaptée, les dermatologues enregistrent d'ailleurs dans la majorité des cas une importante satisfaction de la part des patients en consultation post-traitement. Un suivi personnalisé (sous la forme d'un protocole de soin et à l'aide de « passeports » esthétiques où sont notés interventions et conseils) contribue, de surcroît, à l'instauration d'un contrat de confiance avec le médecin, capable de prendre en considération des inquiétudes légitimes et d'y apporter des réponses qualifiées et rassurantes. L'amélioration de l'image de soi impulse véritablement un nouvel élan dans les relations sociales de certain(e)s patient(e)s qui retrouvent un travail ou un compagnon de vie, du fait d'une nouvelle confiance en eux. De telles situations sociales sont tout à fait encourageantes pour les praticiens comme pour les patients désireux de recourir à une intervention esthétique médicale.

Pour autant, bon nombre de démarches s'adressant à la dermatologie esthétique apparaissent comme des demandes ne relevant ni du bien-être, ni de la santé, ni de la beauté. Et les plaintes pour un défaut cutané imaginaire ou objectivement mineur peuvent se révéler être celles qui envahissent le plus massivement le psychisme du patient, comme en témoignent certains récits de cas [50]. Dans le même registre, et redoutés par les praticiens des médecines esthétiques, certains consultants se déclarent éternellement insatisfaits d'un résultat qui a manifestement et objectivement amélioré un défaut réel. Il arrive ainsi que s'enclenchent à l'insu des protagonistes certaines demandes à répétition, sources de malentendus et de relations conflictuelles qui s'accumulent, accompagnés ou non de conduites agressives ou procédurières.

Tout dermatologue se sait potentiellement confronté à des demandes, des souffrances, des comportements, davantage témoins de l'irrationnel et de la subjectivité de ces patients que relevant de sa stricte compétence biomédicale. Régulièrement d'ailleurs, la profession se penche sur ces problèmes qui, à défaut de posséder des solutions définitives, rappellent à l'ensemble des praticiens l'importance de la relation intersubjective dans leur domaine de compétence [51].

Corps vécu et psychologue

La plupart des demandes adressées aux dermatologues parvient à s'inscrire dans le registre du consensus où peut s'établir un compromis entre l'approche du praticien, objective et rationnelle, et la demande du patient, explicite et implicite. Toutefois la société, obstinément tournée vers la science et la médecine pour le prolongement de la jeunesse et le retardement du vieillissement, alimente de plus en plus l'ambiguïté de la relation entre le public et le dermatologue.

Bien que les médecines esthétiques se réfèrent le plus souvent à des valeurs humanistes, visant à soulager la souffrance psychique, à procurer une meilleure qualité de vie et à offrir à leurs consultants une meilleure image de soi en améliorant leur apparence, les demandes qu'elles suscitent les inscrivent simultanément dans le registre de l'irrationnel et de l'illusion. C'est en tout cas ce que suggère le psychanalyste Rosolato en soulignant la nature « inassouissable de vie et d'abolition de la mort » des demandes qui sont adressées à la médecine aujourd'hui, et qui situe le médecin « au plus près des limites

de son savoir » [52]. L'insatisfaction persistante de certains consultants tient alors moins à une insuffisante contribution médicale à leur bien-être personnel, qu'à la constance des aspirations qui sous-tendent leur demande. Et si ces aspirations se cristallisent autour d'une revendication à toujours davantage de séduction, elles révèlent aussi la mesure d'un préjudice narcissique que rien ne semble pouvoir compenser.

Pour ainsi dire à l'opposé de cette position d'appel à une toute-puissance réparatrice où la médecine – et la dermatologie en premier lieu – a été placée, la psychologie clinique impose au sujet de penser le vécu et l'apparence de ce corps, voué à une permanente insatisfaction. Occuper cette place impose au psychologue de renoncer à agir sur le corps réel et ses sous-basements biologiques [53]. En mettant l'accent sur ce corps idéal, constitutif de la première identité, le psychologue autorise le patient à traiter sur deux scènes clairement différenciées, d'une part cette réalité psychique aux fondements narcissiques archaïques, et d'autre part ce corps réel [54] dont l'apparence et la surface (la peau) sont inévitablement soumis, de manière visible, aux préjudices de la maladie, des accidents, de l'hérédité, de la nature et aux avancées du temps et du vieillissement.

■ Conclusion

De tous les organes de son corps, la peau est sans doute celui qui donne le plus à penser au sujet, dès l'origine. L'indissociable expérience de la perception tactile et visuelle de sa surface en fait à tout jamais un lieu massif d'investissement subjectif. Les désordres qui l'atteignent, quelles qu'en soient la nature et l'étendue, atteignent du même coup l'ensemble de l'univers psychique, menaçant peu ou prou son intégrité. La réparation de ces désordres réels ou supposés nécessite le secours et la compétence de la médecine dermatologique, par l'intermédiaire de ses différents praticiens.

La spécificité de la dermatologie esthétique consiste précisément à prendre en considération l'investissement subjectif de la surface corporelle. C'est à ce titre que ces spécialistes sont particulièrement exposés. Hormis l'identification des tableaux psychopathologiques classiquement évoqués dans cette spécialité (délires cutanés, dysmorphophobies, pathomimies, etc.), il devient de plus en plus utile pour ces praticiens de travailler en collaboration avec des psychologues cliniciens. Ceux-ci sont formés à recevoir de plein fouet l'impact de la rencontre intersubjective et à conduire la relation qui en découle. À ce titre, et comme la loi le recommande (J.O. du 30/04/91), ils mettent leur compétence dans ce secteur de la dermatologie au service des personnes pour qui le retentissement affectif du désordre esthétique déborde le champ de la seule intervention médicale.



■ Références

- Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF; 1994.
- Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. Body dysmorphic disorder: implications for validity as a DSM III-R clinical syndrome. *Psychol Rep* 1989;**64**:655-8.
- Burner M, Schwed S. L'approche psychosomatique des affections dermatologiques. *Rev Med Psychosom* 1963;**5**:251.
- Medansky R, Handler R. Dermatopsychosomatics: classification, psychology and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol* 1981;**5**:125-36.
- Haynal A, Pasini W. *Médecine psychosomatique*. Paris: Masson; 1978.
- Christenson GA, Chemoff BA, Clementz C. Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1992;**53**:407-13.
- Bolger M, Soulé M. Sur l'importance de l'enquête psychosomatique dans les dermatoses et sur les difficultés d'ordre pratique qu'elle soulève. In: Aboulker P, Chertok L, Sapir M, editors. *Les applications de la médecine psychosomatique*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1960. p. 77-88.
- Brunetière A, Loo H. *Psychiatrie et dermatologie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-670-B-10, 1983 : 7p.
- Doutre MS, Beylot C. Peau et psychisme. *Concours Med* 1992;**114**:3283-7.
- Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod; 1985.
- Spitz R. *De la naissance à la parole*. Paris: PUF; 1974.
- Nobécourt L. *La démangeaison*. Paris: Société d'édition Les Belles Lettres; 1994.
- Consoli S. *Psychiatrie et dermatologie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-670-B-10; Dermatologie, 12-695-A-10, 1997 : 12p.
- Sinclair-Gieben AH, Chalmers D. Evaluation of treatment of warts by suggestion. *Lancet* 1959;**2**:480-2.
- Zachariae R, Bjerring P. Increase and decrease of delayed cutaneous reactions obtained by hypnotic suggestion during sensitization. Studies on dinitrochlorobenzene and diphenylcyclopropenone. *Allergy* 1993;**48**:6-11.
- Stephant M. Utilisation de l'hypnose dans un centre de grands brûlés. *Psychol Psychol* 1998;**142**:21-9.
- Freud S. Le Moi et le Surmoi. In: *Essai de psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1984. p. 186-95.
- Winnicott DW. *Processus de la maturation chez l'enfant*. Paris: Payot; 1970.
- Lollini MF. *L'irréparable outrage à la psychothérapie analytique face à la chirurgie esthétique*. Paris: édition Universitaire; 1990.
- Marcelli D, Braconnier A. *Abrégé « Adolescence et Psychopathologie »*. Paris: Masson; 1996.
- Girard-Madoux C. Au détour d'une consultation quelques mots sur la peau. *Rev Med Psychosom* 1993;**33**:123-30.
- Consoli S, Consoli S. *Psychanalyse, dermatologie, prothèses. D'une peau à l'autre*. Paris: PUF; 2006.
- Jullien F. Ce qui résiste à la pensée dans le phénomène du vieillissement. In: Attias-Donfut C, Godelier M, Jullien F, Koster S, Marti S, Vergely B, editors. *Quand est-ce que je vieillis?*. Paris: PUF; 2007. p. 47-67.
- Guir J. *Psychosomatique et cancer*. Paris: Point Hors ligne; 1983.
- Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In: Lacan J, editor. *Écrits I*. Paris: Seuil; 1966. p. 89-97.
- Freud S. *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 1968.
- Laufer D. Chirurgien esthétique : narcissisme et pygmalion. *Autrement* 1987;**91**:145-54.
- Belhadjali H, Amri M, Mecheri A, Doarika A, Khorchani H, Youssef M, et al. Vitiligo et qualité de vie : étude de cas-témoins. *Ann Dermatol Vénéréol* 2007;**134**:233-6.
- Bouguéon K, Misery L. Dépression et psoriasis. *Ann Dermatol* 2008;**135**(suppl4):S254-S258.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index. *Clin Exp Dermatol* 1994;**19**:210-6.
- Gaudy-Marqueste C, Grob J-J. Les perspectives des patients et des médecins sont différentes : des outils pour les mesurer. *Ann Dermatol Vénéréol* 2007;**134**:S10-S14.
- Durosier V, Ambonati M, Sibaud V. Étude score : corrélation entre les différentes échelles cliniques d'évaluation de la sévérité de la dermatite atopique par le médecin et par le patient lui-même. *Ann Dermatol Vénéréol* 2007;**134**:S284-S285.
- Oakley AM. Rapid repigmentation after depigmentation therapy: vitiligo treated with monobenzenyl ether of hydroquinone. *Australas J Dermatol* 1996;**37**:96-8.
- Dreno B, Alirezai M, Auffret N, Beylot C, Chivot M, Daniel F, et al. Corrélation clinique et psychologique dans l'acné : utilisation des grilles ECLA et CADI. *Ann Dermatol Vénéréol* 2007;**134**:451-5.
- Bruchon-Schweitzer M, Maisonneuve J. *Le corps et la beauté*. Paris: PUF; 1999.
- Merial-Kieny C, Nocera T, Mery S. Maquillage correcteur médical en post chimiothérapie. *Ann Dermatol* 2008;**n°hors série**1:25-8.
- Ginsburg IH. The social impact of skin disease. *Dermatol Clin* 1996;**14**:473-84.
- Rilke RM. *Les Élégies de Duino*. Genève: La Dagona; 2007 (115p).
- Arsouze A, Fitoussi C, Cabotin PP, Chaine B, Delebecque C, et al. Motifs de consultation en dermatologie des sujets de peau noire d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne. *Ann Dermatol Vénéréol* 2008;**135**:177-82.
- Belliard S. Regard et couleur de peau. *Adolescence* 2004;**22**:586-93.
- Beylot C. *Vieillesse et peau. Prévenir. Corriger. Rajeunir*. Paris: éditions Med'Com; 2007.

- [42] Gassia V, Grogard C, Michaud T. *Dermatologie esthétique. Du concept à l'exercice professionnel*. Paris: Arnette; 2007.
- [43] Crickx B. Derme et vieillissement. Avant-propos. *Ann Dermatol Vénérolog* 2008;**135**:1S3-1S4.
- [44] Carruthers J, Carruthers A. *Esthétique du visage. Techniques de comblement et remodelage*. Paris: Elsevier; 2006.
- [45] Estrade MN. *Conseil en cosmétologie*. Rueil-Malmaison: Éditions Groupe Liaison; 2006.
- [46] Chauliac I. Les marques de cosmétiques à la conquête des hommes. *Action Commerciale* 2005;**n°50**.
- [47] Héas S, Bodin D, Robène L, Misery L. Représentations de la pilosité dans les publicités des magazines en France. *Ann Dermatol Venereol* 2007;**134**:752-6.
- [48] Attias-Donfut C. Vieillir au féminin. In: Attias-Donfut C, Godelier M, Jullien F, Koster S, Marti S, Vergely B, editors. *Quand est-ce que je vieillis?*. Paris: PUF; 2007. p. 91-101.
- [49] Caro D. Le monde évolue, les médecins aussi. *Cosmétologie* 1998;**20**: 6-12.
- [50] Borel F. La tache. *Champ Psychosom* 1996;**7**:15-21.
- [51] Fitoussi G. La relation médecin malade en pratique dermatologique. *Psychiatries* 1997;**n°120-121**:59-60.
- [52] Rosolato G. *Pour une psychanalyse exploratrice dans la culture*. Paris: PUF; 1993.
- [53] Keller PH. *La médecine psychosomatique en question*. Paris: Odile Jacob; 1997.
- [54] Sami-Ali M. *Corps réel, corps imaginaire*. Paris: Dunod; 1984.

P-H. Keller, Professeur de psychopathologie, psychologue clinicien (pascal.keller@univ-poitiers.fr).
Université de Poitiers, EA 4050, LRPC, 8, rue René Descartes, 86022 Poitiers cedex, France.

H. Carette, Psychologue clinicienne.
Service de chirurgie plastique, Pr. Baudet, Groupe hospitalier Pelegrin, place Amélie Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France.

A. Berjot, DESS psychologie pathologique et clinique.
Université Victor Segalen Bordeaux 2, 146, rue Léon Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France.

N. Dauman, Psychologue clinicien, doctorant en psychopathologie.
Université de Poitiers, EA 4050, LRPC, 8, rue René Descartes, 86022 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Keller P-H., Carette H., Berjot A., Dauman N. Approche psychologique et motivations des personnes consultant en dermatologie esthétique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Cosmétologie et Dermatologie esthétique, 50-265-B-10, 2009.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique