

**LA DIMENSION ADDICTIVE DE LA
DEPIGMENTATION VOLONTAIRE**

par

Antoine PETIT

MASTER RECHERCHE (M2 Recherche)

*« Développement, Psychopathologie et Psychanalyse,
Clinique transculturelle »*

OPTION

« Clinique transculturelle »

RESPONSABLE du M2 : Pr Marie Rose MORO

soutenu à :

UNIVERSITE PARIS 13

LSHS Villetaneuse

SMBH Bobigny

ANNEE 2006-2007

Directeurs du Mémoire

Pr. MR. MORO

Dr. O. TAIEB

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION p 5

1 QUESTIONS THEORIQUES

1.1 La Dépigmentation Volontaire

Définition et Synonymes p 7
Historique p 7
Produits dépigmentants p 8
Pratiques p 9
Complications p 10
Epidémiologie p 10
Interprétations p 11

1.2 L'addiction

Introduction p 12
Etymologie p 13
Définitions et limites p 13
Usage, abus et dépendance p 15
Conceptions étiologiques et mécanisme p 17
De l'individuel au collectif p 20

1.3 Indices pour une dimension addictive de la DV

Ne pas pouvoir arrêter p 20
Les pratiques extrêmes p 21
L'illégalité et l'argent p 21
La dissimulation p 21
Valorisation et réprobation p 22
Le bronzage p 23
Références bibliographiques p 24
Compte-rendu d'une étude préliminaire p 24

1.4 Applications potentielles et limites p 25

2 *HYPOTHESE GENERALE ET OBJECTIFS*

2.1	<i>Hypothèse générale</i>	p 27
-----	---------------------------------	------

2.2	<i>Objectifs élémentaires</i>	p 27
-----	-------------------------------------	------

3 *ENTRETIENS « KERTANG »*

3.1	<i>Objectifs</i>	p 28
-----	------------------------	------

3.2 *Méthode*

<u>Genèse du projet</u>	p 28
-------------------------------	------

<u>« Tata Lisa » et Kertang</u>	p 29
---------------------------------------	------

<u>Méthode d'analyse</u>	p 29
--------------------------------	------

<u>Avantages et limites de la méthode</u>	p 30
---	------

3.3 *Déroulement des réunions*

<u>Première réunion : 12 mars 2007</u>	p 30
--	------

<u>Seconde réunion : 2 avril 2007</u>	p 31
---	------

3.4 *Analyse des échanges : DV et addiction*

Première réunion : 12 mars 2007

1. (Minute 39).	p 32
-----------------------	------

2. (Minute 52).	p 33
-----------------------	------

3. (Minute 64).	p 36
-----------------------	------

4. (Minute 10).	p 38
-----------------------	------

5. (Minute 110).	p 41
------------------------	------

Seconde réunion : 2 avril 2007

1. (Critères A, E3 et E7 de Goodman).	p 43
---	------

2. (Critères E2, E4, E5 de Goodman).	p 45
--	------

3. (Critère E3 de Goodman).	p 46
-----------------------------------	------

4. (Critère E1 de Goodman).	p 46
-----------------------------------	------

5. (Critère E6 de Goodman).	p 47
-----------------------------------	------

6. (Critères E5, E6, E7 de Goodman).	p 48
--	------

7. (Critère E8 de Goodman).	p 49
-----------------------------------	------

8. (Critère E9 de Goodman).	p 50
-----------------------------------	------

9. (Critères B et C de Goodman).	p 50
--	------

10. (Critères B, C, D, E6 et E8 de Goodman).	p 50
--	------

3.5 *Analyse des échanges : autres aspects*

<u>Embarras et intérêt</u>	p 54
----------------------------------	------

<u>Informations et connaissances</u>	p 55
<u>Perception et dénominations</u>	p 55
<u>De la pudeur à la honte</u>	p 56
3.6 Conclusion	p 58
4 ENQUETE « SABOURAUD »	
4.1 De l'hypothèse aux objectifs	
<u>Introduction</u>	p 59
<u>Objectif Principal</u>	p 59
<u>Objectifs secondaires</u>	p 59
4.2 Méthode	
<u>Choix du cadre</u>	p 59
<u>Choix du critère d'addiction (variable dépendante)</u>	p 59
<u>Elaboration du questionnaire</u>	p 62
<u>Déroulement de l'enquête</u>	p 63
4.3 Résultats	
<u>Caractéristiques de la population étudiée</u>	p 64
<u>Analyses univariées</u>	p 64
<u>Analyses multivariées</u>	p 65
4.4 Conclusion	p 67
5 SYNTHÈSE	p 69
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	p 71
REFERENCES	p 74
ANNEXES	
<u>Annexe I :</u>	p 79
<u>Annexe II :</u>	p 81
<u>Annexe III :</u>	p 82
<u>Annexe IV :</u>	p 83
<u>Annexe V :</u>	p 84
<u>Annexe VI :</u>	p 86
<u>Annexe VII :</u>	p 89
<u>Annexe VIII :</u>	p 94

INTRODUCTION

Ce mémoire traite d'une pratique répandue, ici dénommée « Dépigmentation Volontaire » (DV), qui consiste à appliquer sur sa peau des substances pharmacologiquement actives pour en éclaircir le teint naturel, faisant courir le risque de complications esthétiques et médicales. Il s'inscrit dans la suite d'un précédent travail, rédigé en 2004 pour le Diplôme d'Université (DU) de clinique transculturelle de Bobigny et repris dans une publication (Petit 2007). Nous nous étions alors focalisés autour du fait que l'évocation de la DV, au-delà d'une certaine fascination immédiate, semblait mobiliser des mécanismes de défense traduits par des attitudes d'évitement (omissions, rationalisations...) repérables dans la pratique médicale et la recherche en sciences humaines. L'idée était que ces mécanismes de défense en partie inconscients visaient à maîtriser des conflits psychiques liés à des représentations vécues comme embarrassantes ou insupportables. La polysémie de signifiants comme « blanc » et « noir », et le caractère transgressif du passage d'une « couleur » de peau à l'autre, invitent à diverses hypothèses concernant la nature de ces conflits. On peut concevoir par exemple qu'un inconscient collectif porteur d'une idée de hiérarchie raciale fondée sur la couleur de peau s'oppose aujourd'hui à des consciences cherchant à satisfaire un idéal antiraciste. La DV, en tant qu'elle rappelle le racisme refoulé, devient dès lors un sujet qui dérange, et auquel l'esprit résiste.

Les résistances suscitées par la DV ne nous sont pas étrangères, comme en témoigne notre tentation répétée, au fil des ans, de renoncer à ce sujet d'étude. En contrepartie, elles ont pu engendrer une interrogation de notre propre attitude qui a joué un rôle moteur dans l'élaboration des hypothèses. Ainsi la poursuite de notre réflexion s'est elle autorisée d'une initiation aux thèses de G. Devereux concernant le rôle crucial du contre-transfert culturel dans la recherche en sciences humaines (Devereux). Le cadre universitaire était nécessaire pour maintenir notre investissement sur le sujet délicat de la DV, en dépit des difficultés rencontrées. Des facteurs personnels y ont sans doute contribué : notre démarche est aussi l'expression d'une tension entre pratique médicale et nostalgie de l'investigation psychologique qui a traversé toute notre carrière de dermatologue.

C'est sous un angle médical que l'étude de la DV est reprise ici. Il s'agit d'explorer la possibilité d'un comportement addictif chez certaines personnes qui se dépigmentent. L'expérience clinique montre en effet que nombre d'entre elles, quand elles sont atteintes d'effets secondaires très inesthétiques, se sentent contraintes de poursuivre, voire d'amplifier leur pratique bien qu'elles en perçoivent la responsabilité dans les complications dont elles

souffrent. Cette contradiction évoque l'addiction, telle que Goodman l'a définie en 1990 : l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Phénomène d'autant plus paradoxal, dans le cas de la DV, que les complications cutanées des produits dépigmentants se traduisent souvent par des taches hyperpigmentées.

L'hypothèse addictive sera déclinée en trois grandes parties. La première porte sur les prémisses : rappels théoriques, indices d'une dimension addictive de la DV, intérêts théoriques et applications potentielles du concept en matière de soins et de prévention. La seconde partie est une démarche de validation qualitative. Elle relate deux entretiens de groupe réalisés auprès de femmes d'origine africaine vivant en région parisienne. Ces entretiens visent à explorer la manière dont l'hypothèse addictive est perçue, voire spontanément évoquée, par des femmes noires connaissant la DV. La troisième partie interroge, par les méthodes de l'épidémiologie quantitative, la spécificité de la dimension addictive de la DV. Elle repose sur un autoquestionnaire concernant les pratiques cosmétiques, leurs effets attendus et la perception de leurs résultats. Son objectif est de vérifier si le caractère addictif de l'usage des cosmétiques est bien lié au souhait d'éclaircir sa peau.

2 QUESTIONS THEORIQUES

1.1 *La Dépigmentation Volontaire*

Définition et Synonymes

L'expression « Dépigmentation Volontaire » désigne une pratique par laquelle une personne, de sa propre initiative, s'emploie à diminuer la pigmentation mélanique physiologique de sa peau. Le traitement de l'hyperpigmentation pathologique, fréquente sur peau noire, relève de la thérapeutique médicale et non de la DV. La frontière entre les deux est cependant parfois incertaine. Les procédés employés sont communs, et l'usage thérapeutique des dépigmentants peut être un prétexte, une justification ou un mode d'initiation de la DV.

Les dénominations vernaculaires sont nombreuses et d'origines variées : « khessal » (en prononçant le « kh » comme un « j » espagnol) au Sénégal, « tcha-tcho » au Mali, Ambi au Gabon etc. On parle souvent de « maquillage » au Congo (mot qui évoque à la fois une pratique esthétique universelle et sans danger, et une dimension de falsification d'identité) ; ou tout simplement de « mettre les produits ». Il existe aussi d'autres dénominations savantes. Celles de Dépigmentation Artificielle (Ly) et d'Utilisation Cosmétique de Produits Dépigmentants (Mahé 1994) excluent a priori la simple photoprotection naturelle par les vêtements ou les masques minéraux traditionnels chez certaines femmes africaines. Enfin, la littérature médicale anglo-saxonne évoque simplement l'utilisation des produits éclaircissants ou blanchissants (« lightening », « bleaching ») ; le terme de « whitening » désignerait plutôt une pratique « douce », comprenant des crèmes antisolaires, fréquente en Extrême-Orient.

Historique

Des techniques d'éclaircissement ou de blanchiment ont vu le jour il y a très longtemps dans diverses civilisations mais il s'agissait de pratiques rituelles limitées dans le temps, comme des déguisements et des maquillages de cérémonie ou de théâtre, ou d'habitudes cosmétiques d'efficacité limitée.

La DV comme phénomène social de grande ampleur a pris naissance dans les années 1960. La découverte du pouvoir dépigmentant de l'hydroquinone et la mise au point des dermocorticoïdes à la fin des années 1960 y ont largement contribué. On raconte que les propriétés de l'hydroquinone auraient été décelées fortuitement chez des ouvriers noirs travaillant dans l'industrie du caoutchouc aux USA (Ondongo). Ainsi les dépigmentants à l'hydroquinone auraient-ils d'abord été produits aux USA en 1955 pour envahir en premier

lieu les pays africains anglophones, avec l'Afrique du Sud en 1961 (Hardwick). La pratique du blanchiment est déjà présente aux Etats-Unis en 1967 (Fabre). Des descriptions dermatologiques sont relevées dès le début des années 1970 en Afrique du Sud (Dogliotti, Findlay 1975) et au Sénégal (Marchand).

Produits dépigmentants

Quatre types de produits sont principalement utilisés pour la DV : l'hydroquinone et ses dérivés, les dermocorticoïdes, des métaux lourds et des caustiques.

L'hydroquinone est la plus connue du grand public et des utilisateurs. C'est un composé phénolique couramment utilisé dans l'industrie. C'est aussi le principal actif dépigmentant employé en thérapeutique, à des concentrations de l'ordre de 4 à 8 %. Elle inhibe la première étape de la synthèse de la mélanine, pigment naturel de la peau, et exerce un effet toxique sur les mélanocytes, cellules qui fabriquent ce pigment. En tant que cosmétique, hors prescription médicale, elle a été autorisée longtemps à la concentration maximum de 2%, d'efficacité modérée. Les instances régulatrices de l'Union Européenne l'ont finalement totalement bannie des cosmétiques à partir de 2001, au motif d'un pouvoir carcinogène et leucémogène en réalité discutable. La FDA (Food and Drug Administration) a en effet pris l'option inverse aux USA, où les cosmétiques éclaircissants contenant jusqu'à 2% d'hydroquinone restent autorisés. La focalisation sur l'hydroquinone des pouvoirs publics de nombreux pays opposés idéologiquement à la DV a pu contribuer à une certaine diabolisation de ce produit. Par ailleurs, des dérivés plus puissants, comme le diméthyléther d'hydroquinone, ont été responsables de complications très inesthétiques en Afrique du Sud (Dogliotti) et sont actuellement moins répandus. Les dépigmentants à l'hydroquinone étant dans la plupart des pays officiellement interdits à la vente hors prescription médicale, leur production et leur distribution relèvent de circuits mafieux ou artisanaux dans le cadre d'une économie parallèle qui brasse des sommes colossales. Les unités de production sont situées tant en Europe qu'en Afrique et dans d'autres régions du monde ; les marques sont légion, les contrefaçons abondent, les étiquetages – quand ils existent – sont volontiers mensongers : des concentrations jusqu'à 20% d'hydroquinone ont été mesurées dans des produits déclarant n'en pas contenir, ou seulement à moins de 2% (DASS Genève 2003, Mahé 2003, Petit et al. 2006). On constate toutefois une tendance à la baisse des concentrations d'hydroquinone des éclaircissants illégaux entre 2003 et 2005 à Genève.

Les dermocorticoïdes sont des médicaments actifs contre la plupart des inflammations cutanées, qui représentent de ce fait la base de l'arsenal thérapeutique de la dermatologie. Ils

ont de nombreux effets biologiques. Leur efficacité thérapeutique s'échelonne, parallèle à leur toxicité et à leur pouvoir dépigmentant, sur une grille de puissance standardisée en 4 niveaux : de 1 (activité faible) à 4 (activité très forte). Le trafic de dermocorticoïdes porte sur des médicaments autorisés détournés de leur usage, et surtout sur des pseudo-médicaments produits manifestement à destination de la DV (comme en témoigne leur emballage) et vendus dans des pays où ils n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché.

Les métaux lourds paraissent moins utilisés aujourd'hui, en tout cas dans les pays francophones. Ils persistent surtout sous forme de savons au mercure dits « antiseptiques ».

Les caustiques sont eux aussi d'usage minoritaire. Ils sont préparés artisanalement à partir de produits de l'environnement domestique (liquide vaisselle, dentifrice, défrisants, cristaux de soude, ciment, acide de batterie etc.) et appliqués sur la peau pour obtenir une brûlure superficielle. Après cicatrisation de la brûlure, l'effet dépigmentant est entretenu par des applications régulières de dermocorticoïdes et d'hydroquinone. Ce « décapage » est d'utilisation ponctuelle dans le temps (parfois ritualisée, notamment à l'approche d'un mariage ou d'un baptême) ou l'espace (le but est alors d'intensifier localement la dépigmentation sur des zones résistantes comme les mains ou les pieds).

Il existe enfin divers produits légaux, qui revendiquent ouvertement une action dépigmentante dénuée de risque d'effets secondaires. Malheureusement, aucun ne peut se prévaloir d'une efficacité comparable à celle des substances plus dangereuses.

Pratiques

Elles sont imparfaitement connues, car elles sont souvent cachées aux enquêteurs, vécues comme honteuses ou condamnables. Les principales sources d'information sont les publications dermatologiques concernant des patients qui souffrent d'effets secondaires majeurs liés à une utilisation intensive des dépigmentants, que les Africains francophones qualifient parfois de dépigmentation « à outrance ». Elle repose souvent sur le mélange artisanal de plusieurs tubes de crème dermocorticoïde de niveau 4 (propionate de clobétasol à 0.05%) dans un pot de lait corporel contenant des concentrations variables d'hydroquinone ; la préparation ainsi obtenue est appliquée sur le corps entier et le visage une fois par jour. La DV débute en général à l'adolescence (parfois chez l'enfant, transmise par sa mère) et se poursuit durant plusieurs années (12 à 14 ans en moyenne dans des études récentes).

L'intensité de la DV peut être modulée. Certains utilisateurs expliquent qu'ils se dépigmentent plus ou moins fortement en fonction des saisons ou des pays, leur pratique variant par exemple selon qu'ils se trouvent en France ou en Afrique. La DV pourrait même

être temporairement interrompue. Il faut noter que ces modulations peuvent rarement s'appuyer sur une connaissance réelle des produits utilisés, dont l'étiquetage est de surcroît souvent inexact. En revanche, l'insatisfaction par rapport aux résultats conduit à multiplier les dépigmentants utilisés simultanément ou successivement, dans une quête impossible du produit idéal.

Complications

Depuis une trentaine d'années, médecins et autorités sanitaires alertent les médias et les pouvoirs publics sur la DV, qui paraît à l'origine d'un véritable problème de santé publique en Afrique, malgré tous les efforts de prévention et de répression mis en œuvre.

La consommation massive ou prolongée de dépigmentants conduit à des complications inesthétiques parfois défigurantes et définitives (dyschromies indélébiles, vergetures profondes...). Les agents caustiques sont responsables de brûlures. Des complications générales graves sont dues au passage transcutané des produits dans la circulation générale ; il s'agit essentiellement de problèmes liés aux dermocorticoïdes très puissants (hypertension artérielle, diabète, infections sévères, complications ophtalmiques...) (Raynaud 2001, Petit et al. 2006). Les mercuriels peuvent entraîner des complications rénales et neurologiques (Kibulamusoke). Enfin, la pratique de la DV par les femmes enceintes comporte un risque fœtal (Mahé 2007).

L'idée que les dépigmentants induisent un risque de cancer est très répandue et a sans doute été utilisée dans les campagnes de lutte contre la DV. Cette notion repose essentiellement sur des arguments théoriques : d'une part, l'hydroquinone pourrait avoir son propre potentiel carcinogène ; d'autre part, la diminution d'activité des mélanocytes fait perdre à la peau son principal mécanisme de défense contre les effets carcinogènes des rayons ultraviolets. Toutefois, à l'exception de deux observations récentes de cancer cutané à Dakar (Kane), il n'existe pas de preuve clinique d'un tel effet.

Epidémiologie

La DV est présente sur tous les continents, des Philippines au Pakistan, de la Jamaïque à l'Angleterre, la Suisse la France ou les USA. C'est une pratique majoritairement féminine, qui concerne plus de 25% des femmes adultes dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Néanmoins, des hommes se dépigmentent aussi dans certaines régions (Congo, Angola, Afrique du Sud, Liberia, Nigeria...). En Afrique de l'Ouest francophone, les pratiquantes sont surtout des femmes vivant en milieu urbain et disposant d'un certain niveau de revenu. Chez les femmes d'origine africaine vivant en Région Parisienne, nous avons noté

que près du tiers des patientes consultant pour des complications de la DV avaient débuté leur pratique après leur arrivée en France, certaines étant nées en France. Dans notre expérience, un statut socioéducatif très élevé et un mode de vie totalement européanisé ne représentent pas des freins à la pratique de la DV.

L'association de la DV à des pratiques sexuelles jugées déviantes est souvent évoquée mais n'a pas été étayée à notre connaissance par des travaux épidémiologiques. Ainsi plusieurs personnes interrogées associent-elles la DV à la prostitution féminine et à l'homosexualité masculine.

Interprétations

La DV est souvent perçue négativement par ceux qui ne la pratiquent pas, pour des motifs sanitaires ou idéologiques – par exemple en tant que reniement de la « négritude », soumission à l'ordre et aux modèles culturels des ex-colonisateurs européens. En Afrique, la DV est largement condamnée par les médias et les politiques ; ses adeptes peuvent même faire l'objet de mesures judiciaires en Gambie depuis 1995. Le fondement de la condamnation est la valeur d'identité ethnique (« raciale ») conférée à la couleur de la peau et à la volonté d'en changer. Cette interprétation s'appuie entre autres sur l'analyse historique des hiérarchies sociales fondées sur la couleur de la peau dans les pays d'Amérique au passé esclavagiste comme les USA, le Brésil ou les Antilles (Bonniol). On ne peut manquer de rappeler à ce propos l'ironie prémonitoire de Frantz Fanon, imaginant dès 1952 le « sérum de dénégriification » permettant d'échapper à la « malédiction » de la couleur foncée de la peau (Fanon). Schématiquement, pour les auteurs congolais parlant de « complexe post-colonial », le souhait de s'éclaircir résulterait surtout, chez les hommes en tout cas, de l'intériorisation inconsciente d'une hiérarchie sociale passée, à l'origine d'une fragilisation narcissique (Didillon et Bounsana, Ondongo). Pour d'autres, ce pourrait être l'actualisation de la hiérarchie des couleurs de peau dans la réalité d'aujourd'hui qui inciterait à s'éclaircir pour en tirer des avantages pratiques en terme de positionnement social, de logement, d'emploi ou de recherche de partenaires.

La motivation généralement avancée par les sujets qui se dépigmentent est d'ordre esthétique, leur peau leur paraissant plus belle quand elle est plus claire. Une minorité des utilisatrices de dépigmentants justifient leur pratique par la nécessité de traiter une hyperpigmentation pathologique, ce qui ressemble parfois un simple prétexte, notamment quand les taches hyperchromiques visées résultent elles-mêmes des effets secondaires de la DV. Une des rares études sociologiques publiées sur la DV insiste sur le caractère purement

esthétique de la motivation allouée par les pratiquantes à Dakar, et sur les influences groupales et effets de mode qui renforcent cette motivation (Mahé 2004). Une certaine réserve à l'égard des interprétations impliquant une question de hiérarchie ethnique est perceptible dans cet article.

Dans le grand public, l'opposition entre les interprétations ethnique et esthétique nourrit d'interminables discussions dans un climat de grande intensité passionnelle, par exemple sur les forums de sites internet destinés aux Africains et aux Antillais. La confrontation des termes de ce débat et des difficultés rencontrées pour aborder la DV nous a amené à développer la thèse d'une résistance psychique à prendre en considération la DV, tant dans la pratique clinique que dans la recherche. Cette résistance pourrait être liée au fait que l'interprétation ethnique du phénomène, quel que soit le degré de pertinence qu'on lui accorde consciemment, s'impose à l'esprit comme une pensée intolérable¹ qui mobilise divers mécanismes de défense conscients ou inconscients. On en perçoit l'effet dans la rareté des travaux médicaux et socio-anthropologiques, qui contraste avec l'ampleur du phénomène ; mais aussi à travers les incessantes tentatives de banalisation du sujet – tel le lieu commun de l'analogie entre DV chez les Noirs et bronzage chez les Blancs.

1.2 L'addiction

Introduction

L'addiction n'est pas une entité morbide, mais un concept fonctionnel qui a connu un développement considérable en psychopathologie depuis une quinzaine d'années. Concept fédérateur d'une certaine manière, puisque qu'il s'est intégré aussi bien à la réflexion psychanalytique qu'à la neurobiologie et à la psychiatrie comportementale. Sans compter un succès considérable dans le grand public et une prise en considération des institutions de santé, à travers la création de services ou de départements d'addictologie et la budgétisation de postes médicaux et paramédicaux.

Ce développement est corrélatif d'un décloisonnement du champ d'étude de la toxicomanie, à partir du constat que des comportements très variés partagent un certain nombre de caractéristiques avec la consommation régulière de psychotropes illicites. Constat évident pour le sens commun, lequel n'a pas attendu l'apparition de l'addictologie pour comparer à une drogue un certain nombre d'objets ou de pratiques. Des exemples classiques

¹ On peut reconnaître ici une manifestation de l'« embarras pour désigner les réalités de la question raciale » (Fassin), lequel ne se limite sans doute pas aux spécificités de la société française, mais pourrait procéder de déterminants historiques variés et donner lieu à des expressions sociales diverses dans différentes cultures.

sont la consommation de psychotropes autorisés, au premier rang desquels l'alcool et le tabac ; et des comportements non liés à une consommation de substances, tels que le jeu pathologique ou la kleptomanie. Mais le concept d'addiction peut être étendu plus loin encore, à des comportements très hétérogènes, témoignant qu' « *il s'agit plus d'une modalité particulière de relation de l'homme à ses activités que d'une spécificité liée à un produit ou une conduite* » (Jeammet).

Etymologie

Le terme vient verbe latin « addicere », doté de multiples sens, à partir duquel on peut construire le substantif « addictio » et le participe passé « addictus ». Ce dernier, utilisé en bas-latin au sens de « débiteur adjugé comme esclave, esclave pour dette », est considéré comme l'origine du mot anglais « addiction », qui apparaît dans les années 1970 dans la langue française en tant qu'anglicisme. Dans cette optique, l'addiction désigne le fait d'être « donné à », « livré à », de « s'adonner à ».

Définitions et limites du domaine de l'addiction

Deux définitions, proposées par Goodman en 1990, font habituellement référence : la première s'appuie sur une série de critères ; la seconde est plus générale.

Les critères de Goodman sont au nombre de six. L'un d'entre eux est décomposé en neuf sous-critères, dont au moins cinq doivent être positifs.

- A *Recurrent failure to resist impulses to engage in a specified behavior*
- B *Increasing sense of tension immediately prior to initiating the behavior*
- C *Pleasure or relief at the time of engaging in the behavior*
- D *A feeling of lack of control while engaging in the behavior*
- E *At least five of the following:*
 - 1 *frequent preoccupation with the behavior or with activity that is preparatory to the behavior*
 - 2 *frequent engaging in the behavior to a greater extent or over a longer period than intended*
 - 3 *repeated efforts to reduce, control or stop the behavior*
 - 4 *a great deal of time spent in activities necessary for the behavior, engaging in the behavior, or recovering from its effects*
 - 5 *frequent engaging in the behavior when expected to fulfill occupational, academic, domestic or social obligations*
 - 6 *important social, occupational or recreational activities given up or reduced because of the behavior*
 - 7 *continuation of the behavior despite knowledge of having a persistent or recurrent social, financial, psychological or physical problem that is caused or exacerbated by the behavior*

- 8 *tolerance : need to increase the intensity or frequency of the behavior in order to achieve the desired effect or diminished effect with continued behavior of the same intensity*
- 9 *restlessness or irritability if unable to engage in the behavior*
- F *Some symptoms of the disturbance have persisted for at least 1 month, or have occurred repeatedly over a long period of time.*

En voici une traduction française (Reynaud) :

- A *Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique*
- B *Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement*
- C *Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement*
- D *Sensation de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement*
- E *Au moins cinq des items suivants :*
 - 1 *Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation*
 - 2 *Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée*
 - 3 *Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement*
 - 4 *Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets*
 - 5 *Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies*
 - 6 *D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement*
 - 7 *Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement*
 - 8 *Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité*
 - 9 *Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi*
- F *Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.*

Il paraît évident que seul un nombre limité de comportements, tels que la consommation massive d'alcool, rassemblent les six critères : par exemple, la sensation de perte de contrôle de soi pendant le comportement s'applique difficilement au tabagisme. La définition plus générale, qui apparaît juste après dans le même article, est moins restrictive :

Less formally, addiction may be defined as a process whereby a behavior, that can function both to produce pleasure and to provide relief from internal discomfort, is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behavior (powerlessness) and (2) continuation of the behavior despite significant negative consequences (unmanageability).

Qu'on peut traduire par :

Moins formellement, l'addiction peut être définie comme un processus au cours duquel la mise en oeuvre d'un comportement, visant à la fois à procurer du plaisir et à soulager un

malaise intérieur, est caractérisée par (1) un échec répété à contrôler le comportement (impuissance) et (2) la poursuite du comportement en dépit de sérieuses conséquences néfastes (incontrôlabilité).

Le paradigme de l'addiction s'applique à des comportements variés partageant ces deux caractéristiques fondamentales. Des comportements de ce type peuvent même être observés dans la vie courante ou n'être pas considérés comme pathologiques : le mot « addiction » a pris une consonance savante dans le vocabulaire français, mais c'était à l'origine un terme anglais non scientifique. L'ouverture de la notion d'addiction à une très grande variété de comportements est en cohérence avec l'origine du terme dans le langage courant, mais n'en est pas moins discutable. Alcool, drogues et tabac, conduites à risque, anorexie et boulimie, sexualité compulsive, tentatives de suicide, excès de travail ou de jeux vidéo... jusqu'au transfert dans la cure la psychanalytique et, pourquoi pas, la passion amoureuse : au-delà d'un certain élargissement, d'un certain degré de diversité des pratiques auxquelles on souhaite l'appliquer, le concept ne risque-t-il pas de perdre toute pertinence, en étant réduit au plus mince dénominateur commun entre ces conduites ?

Selon la perspective dans laquelle on l'utilise, la notion d'addiction peut compléter ou concurrencer d'autres modes de description d'une pratique donnée. En psychiatrie, le concept est transnosographique et transstructurel. Les limites de l'addiction sont essentiellement les limites de son apport à l'investigation ou au traitement individuel ou collectif des processus concernés. En termes de santé publique, un objectif pragmatique est de regrouper, grâce au concept d'addiction, des moyens d'intervention communs à la prise en charge et à la prévention des conséquences morbides des consommations de psychotropes, d'alcool et de tabac. Ces conduites, si elles s'inscrivent bien dans un registre addictif, ne satisfont pas toujours aux critères de Goodman. Les concepts d'usage à risques, d'abus (ou usage nocif) et de dépendance pourraient être plus pertinentes en matière de santé publique.

Usage, abus et dépendance

Le concept d'usage à risques s'appuie sur des statistiques de santé publique. Il peut motiver des interventions préventives par des professionnels de santé. L'abus et l'usage nocif, quant à eux, renvoient aux classifications phénoménologiques qui fondent la nosographie psychiatrique actuelle (DSM IV ; CIM-10). Il s'agit des « *Troubles du Contrôle des Impulsions* » et des « *Substance Related Disorders* » (Troubles liés à des substances, SRD). Selon Reynaud, un des intérêts de ces catégories est d'« appuyer la légitimité de l'acte médical sur une nécessité de soins, et non plus sur de vagues considérations préventives, toujours suspectes d'a priori moraux ». D'autre part, « la catégorie d'usage nocif introduit

des objectifs thérapeutiques différents de ceux développés pour la dépendance. L'abstinence ne semble en effet pas toujours justifiée comme but thérapeutique ». On peut recommander une réduction de la consommation en favorisant un meilleur contrôle de celle-ci.

La dépendance physique et la tolérance qui caractérisent certaines drogues psychotropes ne sont pas des éléments obligatoires de l'addiction. La dépendance psychique, elle, fait partie intégrante de sa définition. Elle est marquée par le « craving » : « *recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.* » (Reynaud). Entre l'abus et la dépendance se situe une zone de transition progressive que certains individus traverseront plus vite, en raison de facteurs de vulnérabilité intrinsèques ou environnementaux.

Ainsi, le caractère addictif peut ne s'appliquer qu'à une partie d'une même catégorie nosologique : au sein de l'usage nocif de substances, uniquement l'usage qui s'accompagne d'une dépendance. En revanche, il peut s'appliquer à tout ou partie d'autres catégories, notamment les « addictions sans substance ». Les « passerelles » créées par l'addiction (Morel) permettent de dépasser le caractère purement descriptif de la nosographie du DSM IV, qui ne reconnaît pas l'addiction en tant que telle.

Nous reproduisons ci-dessous le tableau proposé par Jacquet et Ribaud. Même si on peut en discuter le détail, il a le grand intérêt de mettre à jour les difficultés et les paradoxes de l'application de l'addiction à diverses catégories de troubles :

	TROUBLE DES IMPULSIONS AU SENS DSM – CIM	ADDICTION (SENS COMMUN)	ADDICTION (CRITERES DE GOODMAN)
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives			
Avec dépendance	+	+	+
Sans dépendance	+	-	-
Troubles de l'alimentation			
Anorexie	-	+	- ?
Boulimie	-	+	+
Paraphilies	+	-	-
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs			
Kleptomanie	+	±	+
Jeu pathologique	+	+	+, discutable
Pyromanie	+	-	±
Trichotillomanie	+	-	-
Troubles non spécifiés	+	-	+
Nouvelles addictions comportementales			
Tabagisme	?	+	-
Sexualité compulsive	?	+	± , métaphorique
Tentatives de suicide	?	+	± , métaphorique
Achats compulsifs	?	+	± , selon les cas
Conduites de risque	?	+	Analogie partielle
Efforts intensifs	?	+	Analogie partielle
« Workaholic »	??	+	Analogie partielle

Conceptions étiologiques et mécanismes

La psychologie cognitivo-comportementale, la neurobiologie et la psychanalyse tentent toutes trois de cerner la genèse et le mécanisme des conduites addictives. Il est impossible de dresser ici un tableau complet des développements théoriques extrêmement riches auxquels ces différentes approches ont donné lieu.

Dans une perspective de psychologie du moi, un prototype de modèle addictif a été proposé par Peele (cité par Jacquet et Rigaud). Schématiquement, un sentiment

d'incompétence déclenche le comportement prévisible. Ce dernier, d'une part engendre une satisfaction substitutive, et d'autre part majore le sentiment d'incompétence, créant un cercle vicieux. « Je bois pour oublier que je bois », chantait Boris Vian... L'approche cognitivo-comportementale des addictions est surtout intéressante sur un plan pratique, pour la mise au point de méthodes thérapeutiques.

Pour les neurobiologistes, l'addiction repose sur une dysrégulation du système dopaminergique de récompense (Reynaud). Ce modèle est basé initialement sur les drogues psychotropes, qui induisent une hyperstimulation permanente des circuits neuronaux dopaminergiques mésocorticolimbiques. Cela entraîne notamment une diminution des possibilités de régulation de ces circuits par le contrôle cortical de la conscience. L'approche neurobiologique des addictions sans drogue est moins avancée.

L'approche psychanalytique nous semble actuellement plus riche pour la compréhension des addictions sans drogue. De nombreux psychanalystes ont apporté leur contribution à ce domaine. Joyce McDougall, qui a introduit en France le terme d'addiction dans les années 1970, postule « *la solution addictive comme tentative d'autoguérisson face à la menace de stress psychique* ». Selon elle, les états psychiques qui amènent à recourir à la solution addictive sont variés et pourraient être résumés en trois catégories : angoisses névrotiques ; angoisses sévères – parfois avec une tendance paranoïde – ou dépression ; angoisses psychotiques (McDougall 2001). Cette dimension transnosographique et, pour les psychanalystes, transstructurale, de l'addiction, est largement admise (Jeammet). Précisons par ailleurs que McDougall, à partir de l'expérience commune, souligne que le « stress psychique » n'est pas nécessairement attaché à une tonalité émotionnelle désagréable : on fume ou on boit « parce que ça va mal », mais aussi « parce que ça va bien ».

Jeammet décrit la dépendance comme « *l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défailante ou menaçante* ». Il situe les fondements psychogéniques de ce phénomène dans la fragilité des assises narcissiques, ainsi que dans le manque de différenciation des structures internes de la psyché. McDougall, elle aussi, insiste particulièrement sur l'enracinement de la dépendance psychique dans la fragilité narcissique liée aux failles de la relation précoce mère-nourrisson et à l'échec des processus d'autonomisation et d'individuation. Faisant référence à Winnicott, elle oppose l'objet addictif à l'objet transitionnel. Le premier serait une tentative d'ordre somatique plutôt que psychologique pour faire face à l'absence ou à la douleur mentale ; il ne peut remplir la fonction du second, qui aide l'enfant à se libérer du lien de dépendance à sa mère.

D'une manière générale, le phénomène addictif est souvent rapproché, dans la littérature psychanalytique, des troubles narcissiques et des états limite. Il est volontiers aussi présenté comme une caractéristique du monde moderne ou « post-moderne », résultant de l'influence de la modernité sociale occidentale sur le développement psychique de l'individu. Encore les analyses de ce type, lorsqu'elles ne respectent pas le principe méthodologique du complémentarisme, conduisent-elles souvent à des lieux communs emprunts de subjectivité.

Impulsion, Compulsion, Contrainte

Une grande part des comportements possiblement addictifs sont rangés dans le DSM IV parmi les « troubles du contrôle des impulsions ». Le terme d'impulsion est employé dans le langage courant pour souligner la puissance et l'immédiateté qui poussent à accomplir un acte ; il signifie en soi la faiblesse relative des contrôles et des inhibitions dans l'instant de l'accomplissement. Il ne comporte pas de référence explicite à la répétition. La problématique de l'impulsion, référée à la perte momentanée du contrôle pulsionnel, apparaît bien distincte de celle de la compulsion.

La compulsion est définie couramment comme l'impossibilité de ne pas accomplir un acte, lorsque ce non-accomplissement est générateur d'angoisse ou de culpabilité. Cette définition s'appuie sur la psychanalyse et correspond en grande partie au terme allemand « Zwang » utilisé par Freud pour désigner une contrainte interne (Laplanche et Pontalis) ; terme qu'on retrouve par exemple dans la « Zwangsneurose », longtemps traduite en français par « névrose obsessionnelle », et désormais par « névrose de contrainte » (Freud). L'émergence progressive du concept d'addiction dans la pensée psychanalytique peut être retracée depuis Freud, lequel évoquait dès 1890 des « Krankenhaften Gewohnheiten », les « habitudes qui emprisonnent de façon morbide ». En d'autres contextes, Freud a employé le terme de « Wiederholungszwang », ou contrainte de répétition. (Marinov, Jacquet et Rigaud).

En 2001, Joyce McDougall écrivait : « *Comme aucun élément ou objet appartenant au monde réel ne peut réparer les manques du monde psychique interne, le comportement addictif souffre inévitablement d'une dimension compulsive* ». Mais pour Freud, la contrainte de répétition s'enracine encore en-deça du manque ; elle procéderait en dernier ressort d'une nécessité intrinsèque du fonctionnement psychique, d'une logique interne indépendante de la nature des conduites et des conflits inconscients mis en jeu : « *Dans l'élaboration théorique que Freud en donne, la contrainte de répétition est considérée comme un facteur autonome, irréductible en dernière analyse à une dynamique conflictuelle où n'interviendrait que le jeu conjugué du principe de plaisir et du principe de réalité. Elle est rapportée fondamentalement au caractère le plus général des pulsions : leur caractère conservateur* » (Laplanche et

Pontalis). Cette conception de la contrainte de répétition postule l'autonomie d'une nécessité de répétition indépendante de la pulsion ou de la conduite à laquelle elle s'applique. On pourrait établir ici une analogie avec un mécanisme biologique qui « s'emballe » sous l'effet d'un rétrocontrôle positif (stimulation en boucle).

De l'individuel au collectif

Hors du langage courant, l'application du concept d'addiction à un comportement quelconque s'affranchit difficilement de la nécessité d'un jugement collectif négatif sur le comportement en question. Ainsi, l'addiction à la baguette de pain, à la lecture du journal ou à la camomille du soir n'existe pas, ou seulement sous forme de plaisanterie. Le statut réservé par une société à un type de comportement est en mesure de modifier la place de ce comportement dans l'économie psychique d'un individu, donc la manière dont les critères de Goodman s'y appliquent ou non. Par exemple, une interdiction de fumer généralisée risque d'augmenter le degré de préoccupation, l'empiètement sur la vie sociale et les tentatives d'interruption du tabagisme ; une absence d'information sur les dangers du tabac et une diminution du prix des cigarettes peut faire diminuer le désir d'arrêter de fumer etc. On peut s'interroger alors : le discours sur l'addiction ne risque-t-il pas de contribuer lui-même à créer l'addiction ? Le discours médical sur l'addiction, issu du discours moral auquel il prétend vouloir échapper, peut-il réellement se prévaloir d'y échapper ? Des réserves philosophiques du même ordre, s'appuyant notamment sur la pensée de Michel Foucault, peuvent être faites sur d'autres concepts ayant cours dans le champ de la toxicomanie (Carrier et Quirion).

1.3 Indices d'une dimension addictive de la DV

Ne pas pouvoir arrêter

Nombre de campagnes d'information, en Afrique, ont sensibilisé la population aux dangers médicaux réels ou imaginaires des produits utilisés. Malgré cela, la plupart de nos patients connaissent de très grandes difficultés à interrompre leur pratique. Certes, le défaut d'observance des traitements et des règles de vie prescrits par un médecin ou conseillés par l'opinion générale n'est pas synonyme d'addiction. Les injonctions médicales portant sur le tabagisme, la sexualité, l'alimentation ou le bronzage sont reçues par chaque patient avec plus ou moins de scepticisme selon sa personnalité, la relation qu'il entretient avec le médecin, sa culture et ses propres modèles explicatifs. Mais le problème est différent lorsque le sujet perçoit lui-même les inconvénients majeurs qu'entraîne son comportement, sans parvenir pour autant à le stopper. C'est le cas des patients consultant pour des complications de la DV, qui

peuvent avoir parfaitement conscience de la responsabilité des dépigmentants dans les troubles qu'ils présentent : la moitié d'entre eux trouvent leur peau moins belle qu'avant la DV (Petit et al. 2006). Dans ces situations, la poursuite de la pratique évoque une authentique addiction, dans le sens de Goodman (« processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »).

Certains patients, exprimant leur difficulté passée ou présente à arrêter les produits, emploient d'ailleurs spontanément des expressions telles que « c'est une vraie drogue », « il ne faut pas mettre le doigt dans l'engrenage, on ne peut plus en sortir » etc.

Les pratiques extrêmes

Quelques observations de cas extrêmes sont fortement réminiscentes des toxicomanies. Ainsi, une patiente évoquait un jour la contrainte d'avoir à emporter ses produits dans tous ses déplacements ; une autre les dispose dans toutes les pièces de sa maison pour pouvoir les utiliser à tout moment (Ngita). Un homme raconte qu'il s'est vu contraint au vol par la nécessité de se procurer ses produits (Mbemba).

L'illégalité et l'argent

Le caractère généralement illicite des produits utilisés et les problématiques judiciaire, policière et financière liées à leur trafic rappellent ceux des drogues psychoactives illicites.

La dissimulation

Les enquêtes sur la DV se heurtent souvent à des refus ou à des réponses insincères. Nous avons fait des observations similaires au cours de la consultation médicale où, dans notre expérience, une grande partie des adeptes de la DV ne reconnaissent pas qu'ils se dépigmentent. L'acquisition par le dermatologue d'une meilleure connaissance des produits et des pratiques diminue la fréquence des dénégations complètes, et certains patients mis en confiance abordent plus ouvertement leur problème. D'autres cependant nient encore farouchement, contre toute évidence (car il existe des signes cutanés très spécifiques de la DV), s'appliquer le moindre produit éclaircissant. En fait, même devant un dermatologue manifestant une bonne connaissance de la DV, la plupart des patients optent pour une dénégation partielle, sous forme d'une minoration de leur pratique ou d'une allégation fantaisiste de sevrage récent : « avant je faisais ça (un mélange corticoïde / hydroquinone) ;

mais depuis 2 mois je ne mets plus que ça (un produit anodin et autorisé) ». Toutes ces stratégies enfantines du mensonge - nier l'évidence, glisser une part de vérité dans l'affabulation, reléguer dans le passé un comportement que l'adulte risque de trouver répréhensible... - rappellent les relations que beaucoup d'alcooliques et de toxicomanes entretiennent avec les médecins somaticiens. Cependant, des processus comparables peuvent être repérés dans la plupart des situations mettant en jeu un suivi de prescriptions médicales : régime, observance d'un médicament etc. Le souci de dissimulation est habituellement rapporté à la perception par le sujet du caractère condamnable, voire honteux, de sa pratique, et à la crainte de la réprobation de son interlocuteur.

Dans l'expérience de Jeammet, la dissimulation chez l'« addictif » est parfois mêlée au comportement inverse, l'exhibitionnisme, qui induit un rejet de l'entourage. La coexistence de ces deux aspects peut engendrer des divisions et des conflits dans l'entourage.

Valorisation et réprobation

Il semble exister, dans l'entourage de nos patients, deux discours opposés sur la DV. Le premier est un discours de valorisation tenu par certains amis et membres de la famille et inscrit dans des attitudes concrètes de renforcement positif réciproque : on se complimente mutuellement sur son teint clair et sa beauté, on s'échange des noms de produits, voire des recettes. L'influence des pairs sur l'engagement dans la DV et la poursuite de la pratique semble déterminante. Ainsi la DV féminine apparaît-elle en grande partie à Dakar comme un phénomène collectif : mode qu'on adopte pour afficher un certain statut social ; sujet d'échanges, sur un ton de complicité ou de rivalité, autour de l'éternel impératif de séduction auquel la femme est soumise (Mahé 2004).

Le discours inverse est un discours de dénigrement et de réprobation morale qui paraît connu de la plupart, sinon de tous. Pour beaucoup de nos interlocutrices, ce discours anti-DV paraît en complet décalage avec la réalité « du terrain », représentée par une sorte d'universalité du souhait d'être plus claire. C'est un peu le discours officiel, théorique et idéaliste, ennuyeux et ridicule, naïf ou franchement hypocrite (notamment quand il est tenu par des hommes, auxquels on prête a priori un goût immuable pour les femmes claires, ou par des personnages importants, politiques, artistes ou journalistes, soupçonnés de s'éclaircir eux mêmes...). La transgression des injonctions portées par ce type de discours est en elle-même une source de complicité entre personnes pratiquant la DV.

Il est intéressant de souligner la coexistence de ces deux discours, dans une opposition qu'on a pu observer à propos de la consommation d'alcool en France : la réalité du « tout le

monde boit » s'oppose à l'idéologie du « il ne faudrait pas boire », neutralisant la réflexion et éludant la question cruciale du « comment boit-on ? ». L'apparition du concept d'addiction a sans doute contribué à sortir de cette impasse.

Le bronzage

De nombreux travaux, tant épidémiologiques que biologiques, ont établi le rôle crucial de l'exposition aux rayonnements ultraviolets (UV du soleil ou des cabines de bronzage) dans le développement des cancers cutanés, notamment le mélanome, chez les sujets à peau claire. Le mélanome, de par son excessive gravité et son augmentation continue d'incidence dans les pays occidentaux, est devenu une préoccupation de santé publique qui a motivé d'intenses efforts de prévention par le biais de campagnes d'informations sur les dangers de l'exposition solaire. Toutefois, l'impact de ces actions sur le comportement de la population paraît en général limité : tout se passe comme si la connaissance des risques encourus n'avait que très peu d'effet dissuasif sur les pratiques d'exposition intense, rapportées majoritairement au désir de bronzer. Ce constat peut inciter à regarder l'exposition délibérée et répétée aux UV comme une forme d'addiction, au moins chez certaines personnes.

L'hypothèse a été examinée par une équipe américaine qui a mené une enquête auprès de 145 personnes fréquentant une plage du Texas (Warthan). Deux séries de critères ont été adaptés au comportement d'exposition aux UV (voir Annexe IV). Les critères CAGE ont largement validés pour le dépistage de la dépendance à l'alcool ; nous les avons repris pour notre propre enquête (voir chapitre 4). Quant à la liste des critères de SRD (troubles liés à l'usage de substances) du DSM-IV, elle recoupe en partie les critères d'addiction de Goodman.

Les résultats de cette étude montrent que 26% des sujets interrogés satisfont aux critères CAGE modifiés, et 53% aux critères modifiés du DSM-IV pour un SRD. Les deux jeux de critères sont corrélés entre eux.

Il existe plusieurs analogies entre bronzage et DV, qui font de ces résultats un argument en faveur d'une dimension addictive de la DV. Les deux comportements concernent une pratique du corps, et plus précisément de la peau, qui est référée à des préoccupations esthétiques prédominant dans le sexe féminin. De plus, il est courant de comparer les deux pratiques (nous avons déjà évoqué à ce propos l'hypothèse d'un mécanisme de banalisation).

Références bibliographiques

L'analogie entre DV et toxicomanie a déjà été notée dans la littérature. Peut-être parce que c'était avant le développement de la notion d'addiction, on a surtout cherché à la légitimer en s'appuyant sur une possible dépendance aux effets psychiques des corticoïdes (Ondongo). Un tel mécanisme ne peut pas être formellement écarté, compte tenu d'un passage transcutané significatif des dermocorticoïdes dans certaines conditions ; il nous paraît cependant difficilement applicable à tous les sujets pratiquant la DV. Une dépendance cutanée aux dermocorticoïdes a aussi été évoquée dans le contexte de l'eczéma atopique (Rapaport). Le « rebond pigmentaire » après interruption de la DV pourrait lui être comparé. Cela reste cependant purement spéculatif.

Compte-rendu d'une étude préliminaire

Au cours d'une étude qualitative préliminaire, nous avons testé les critères d'addiction de Goodman sur un échantillon de femmes Africaines utilisatrices de produits dépigmentants, contactées directement dans des lieux publics parisiens. Il s'agissait de vérifier, sur une population non sélectionnée par une démarche de consultation médicale, s'il existait des critères d'addiction et lesquels.

Douze femmes d'origine africaine ont été sollicitées pour une interview à proximité points de vente bien connus de produits dépigmentants (quartier Château Rouge à Paris). L'enquêtrice était elle-même une femme d'origine africaine, assistante sociale en formation d'addictologie. Un entretien semi-dirigé portait d'abord sur la description des pratiques dépigmentantes, ses effets et l'opinion qu'en avaient les femmes interrogées. A l'issue de cette interview, il était remis un autoquestionnaire à remplir à domicile et à réadresser anonymement dans une enveloppe pré-affranchie. La grille de questionnaire consistait en une adaptation des 6 critères de Goodman à l'utilisation des produits dépigmentants (Annexe I). Compte tenu du petit effectif, il n'a pas été effectué d'analyse statistique.

Parmi 12 femmes ayant accepté l'interview, 9 ont renvoyé le questionnaire rempli. Les réponses sont récapitulées dans les annexes II et III. Pour respecter l'anonymat, un minimum de caractéristiques démographiques ont été recueillies. L'âge moyen était de 33 ans (25-44), et la durée moyenne du séjour en France de 10 ans (3-24). Huit des 9 femmes étaient originaires d'Afrique centrale (Congo, Angola, Gabon), une du Sénégal. Toutes les femmes appliquaient les produits éclaircissants sur l'ensemble du corps et du visage 1 à 2 fois par jour. Globalement (Annexe III), en considérant négatives les réponses intermédiaires (« je ne me prononce pas »), aucun questionnaire ne satisfaisait à 5 ou 6 des six critères de Goodman ;

2 à 4 critères ; 3 à 3 critères ; 2 à 2 critères, 1 à 1 critère et 1 à aucun. Le critère (C) était présent dans 7 réponses sur 9, (E) dans 6 réponses, (A) dans 5 réponses, (F) dans 3 réponses, (B) dans 1 réponse et (D) dans aucune réponse.

En considérant l'ensemble des questions, deux sujets présentaient des profils de réponse « extrêmes », avec respectivement 11/14 réponses positives (cas N°6) et 11/14 réponses négatives (cas N°7). Six questions sur 14 recueillaient moins de 4 réponses positives : aucune pour les N°12 (perte de contrôle de soi pendant l'acte) et N° 8 (empiètement sur la vie sociale et les loisirs) ; 1 seule pour la N°10 (sensation de tension et d'énerverment avant l'acte) ; 2 pour la N°7 (survenue au moment d'obligations professionnelle ou familiales) ; 3 pour les N°13 (irritabilité en cas d'empêchement) et N° 14 (répétition des problèmes avec le temps). Huit questions sur 14 recueillaient une majorité de réponses positives : 5 pour les N°3 (impossibilité de résister à l'impulsion) et N° 4 (occupation importante du temps avant, pendant et après l'acte) ; 6 pour les N° 6 (importance prise par la DV dans la vie du sujet plus grande que prévue) et N° 9 (poursuite du comportement en dépit des problèmes qu'on lui attribue) ; 7 pour les N°1 (nécessité d'augmenter l'intensité avec le temps), N° 5 (importance des pensées consacrées à la DV) et N°11 (sensation de plaisir ou de soulagement lors de l'accomplissement) ; 8 pour la N° 2 (tentatives de diminution ou d'arrêt).

Cette étude souffre de diverses limitations méthodologiques : petit nombre de sujets, biais possiblement induits par le mode de sélection et l'entretien préalable, absence de population de comparaison (appliquant des cosmétiques non dépigmentants), adaptation du questionnaire de Goodman non validée.

1.4 Applications potentielles et limites

L'élargissement du champ de l'addiction, comme sous l'effet d'une mode, à des comportements toujours plus variés, paraît parfois excessif. Nous voudrions expliquer ici en quoi l'application du concept d'addiction à la dépigmentation volontaire peut apporter une aide à la compréhension de ce phénomène et à l'abord des problèmes de santé dont il est responsable.

La perspective addictologique présente à nos yeux un intérêt majeur : celui de respecter la diversité possible des influences et des motivations, tant individuelles que sociales, qui déterminent l'entrée dans la pratique de la DV. Délaisser la question « pourquoi ils le font » au profit de « pourquoi ils continuent à le faire » permet d'échapper – au moins dans un premier temps – à la problématique de l'interprétation de la DV en termes de hiérarchie ethnique. Nous estimons en effet que cette problématique, par l'intensité des

défenses qu'elle mobilise, a tendance à stériliser tout travail sérieux sur le sujet. Le concept d'addiction autorise à aborder la question de la souffrance du sujet sans interprétation *a priori* du mécanisme de cette souffrance.

Deux applications pratiques pourraient intéressantes :

- dans le domaine de la prévention, nous pensons à des campagnes ne reposant plus sur une condamnation globale de la pratique (et du désir de s'éclaircir), mais ciblées sur ses éléments les plus dangereux, notamment l'utilisation massive de dermocorticoïdes. Il s'agit d'une approche de type « réduction des risques ».
- dans le domaine du traitement, des essais de sevrage progressif pourraient être mis en place individuellement pour certains patients.

Enfin, la réflexion sur une possible nouvelle forme d'« addiction sans drogue » enrichit inévitablement la question du concept d'addiction en général et de ses limites.

2 HYPOTHESE GENERALE ET OBJECTIFS

2.1 Hypothèse générale

Le choix de l'hypothèse générale est pragmatique. Il correspond à la nécessité, pour les soignants confrontés aux complications de la pratique et pour tous ceux souhaitant prévenir et limiter ces complications, de mettre en oeuvre une nouvelle approche de la DV.

Les interprétations culpabilisatrices ou dévalorisantes et la condamnation globale, idéologique ou moralisatrice, de l'éclaircissement cutané ont montré leurs limites. A l'inverse, considérer la DV comme un banal phénomène de mode pourrait inciter à délaissier les patients qui souffrent de ses complications en les renvoyant au libre choix de leur conduite. Ce dilemme évoque celui qui caractérisait l'approche de l'alcoolisme jusque dans les années 1960, prise entre la tolérance sociale et la condamnation morale, et que le développement du concept d'addiction a contribué à dépasser.

L'hypothèse générale s'énonce ainsi :

La pratique de la dépigmentation volontaire présente les caractéristiques d'une conduite addictive.

2.2 Objectifs élémentaires

L'examen de l'hypothèse générale donne lieu à plusieurs objectifs élémentaires. Nous en avons retenu deux :

- 1) **rechercher une confirmation de l'hypothèse générale dans le discours de personnes noires intéressées directement (pratiquantes) ou indirectement (non pratiquantes) par la DV.**
- 2) **vérifier que la composante addictive éventuelle d'un usage régulier de cosmétiques est corrélée à l'utilisation desdits cosmétiques pour éclaircir le teint.**

Sur le plan méthodologique, on constate que le premier objectif se prête à une étude exploratoire qualitative, et le second à une étude quantitative.

Les méthodes et les résultats de chacune de ces deux études sont détaillés et commentés séparément aux chapitres suivants, respectivement sous les titres de :

Entretiens « KERTANG »

Enquête « SABOURAUD »

3 ENTRETIENS « KERTANG »

3.1 Objectifs

Ce volet du travail ne procède pas d'une démarche hypothéico-déductive mais exploratoire. Son premier objectif est de valider et d'affiner le concept d'addiction à la DV auprès d'un groupe de femmes d'origine africaine, considérées a priori comme des personnes connaissant la DV, pouvant ou non la pratiquer. On a cherché plus particulièrement :

1. A vérifier si l'hypothèse d'une composante addictive est exprimée par le groupe, et à tenter de percevoir dans quelles conditions : dans quelle mesure cette idée est induite par les questions posées ou paraît déjà « préformée » dans l'esprit des participantes (rattachée à des sources de lecture ou de discours, à un lieu commun qui circule dans le groupe).
2. A étudier les réactions provoquées par l'hypothèse : comment l'évocation de l'hypothèse intervient dans la dynamique de l'échange, quelles réactions elle provoque, quelles objections elle soulève ; quel degré d'adhésion suscitent l'application à la DV de chacun des critères d'addiction de Goodman.

3.2 Méthode

Genèse du projet

La mise au point de la méthode d'enquête relève de l'opportunisme et du bricolage. Nous avons prévu initialement de faire appel à une psychologue prolongeant notre consultation dermatologique par des entretiens individuels répétés dans le temps (associés à un sevrage progressif grâce à des dépigmentants de plus en plus dilués). Plusieurs écueils sont rapidement apparus. Le dispositif était difficile à mettre en place rapidement en termes de financement, d'autorisations réglementaires et de locaux. Il était logiquement et éthiquement discutable d'appliquer une procédure de sevrage pour tester une hypothèse addictive qui n'était pas encore validée. La délégation de l'abord psychologique des patients à un tiers s'accordait mal avec le contexte d'un cursus universitaire en psychologie. Enfin, l'acceptation du dispositif par les patients nous a semblé difficile à obtenir.

Ayant abandonné ce projet, nous avons commencé à rassembler simplement les notes prises en cours de consultation. La difficulté, tant éthique que technique, était alors de concilier le rôle d'observateur avec celui de médecin. Là encore, nous avons préféré y renoncer dans un premier temps, tout en sollicitant l'accord des patients en vue d'éventuels entretiens ultérieurs.

La solution est venue d'une correspondante, Madame Lisa, qui nous a contacté en vue d'une intervention dans un centre d'accueil de femmes africaines.

« Tata Lisa » et Kertang

Kertang est un foyer d'accueil pour femmes africaines atteintes par le virus VIH. « Tata Lisa », sa responsable, y organise régulièrement des réunions avec des invités extérieurs. Nous y étions intervenu un an et demi plus tôt, pour diffuser des informations générales sur les problèmes cosmétiques et un message de prévention sur les dangers des produits éclaircissants. Recontacté en 2007 pour le même motif, nous avons proposé à Lisa de réaliser trois interventions successives, en enregistrant les discussions à fin de recherche dans le cadre d'un travail universitaire sur l'éclaircissement de la peau. Le principe a été accepté. L'idée d'addiction n'a pas été évoquée à ce niveau, et aucun programme fixe n'a été diffusé : le thème de la réunion était : « parler des soins et des produits pour la peau avec un dermatologue ». Deux réunions se sont tenues à 3 semaines d'intervalle. Une troisième réunion, de synthèse et de restitution auprès des participantes, sera programmée en automne 2007.

Le foyer est situé dans la banlieue Nord de Paris, au bord d'une bretelle d'accès à l'autoroute. Il accueille chaque jour des femmes de toutes nationalités, généralement francophones, d'âges et de conditions sociales et familiales variées, qui viennent parfois avec leurs enfants. Des ateliers organisent diverses activités : couture, cuisine, informatique etc. Des médiatrices et des travailleurs sociaux oeuvrent en permanence.

Méthodes d'analyse

Nous avons retranscrit autant que possible l'intégralité des discussions portant sur la DV, avec quelques repères de temps, en faisant apparaître les hésitations, répétitions, fautes de syntaxe, onomatopées et commentaires extravertbaux (éclats de rire, silences...) émanant tant de nous mêmes que des interviewées. Seuls quelques passages restent pratiquement inaudibles en raison de la multiplication désordonnée des conversations particulières.

Les interviews ont été relues à plusieurs reprises et les passages les plus importants ou ambigus ont été réécoutés pour plus de précision. Il n'existait pas de grille d'analyse préétablie ni d'autre outil formalisé au préalable.

Sur les extraits reproduits ici, toutes les interventions sont transcrites en caractères italiques à l'exception de nos paroles, qui figurent en retrait et en caractères droits. De rares personnages sont été identifiés (Lisa, une esthéticienne, une femme algérienne)

Avantages et limites de la méthode

La population d'étude est une population africaine féminine sans sélection par l'âge, le niveau social, la nationalité, la pratique de la DV ni l'existence de complications dermatologiques. Il nous a semblé que la présence à la réunion (témoignant d'un certain intérêt pour la question) et la séropositivité VIH pouvaient être considérées comme des biais acceptables, l'essentiel étant que participent des pratiquants et des non pratiquants, des « pro-DV » et des « anti-DV ». Nous voulions éviter que le groupe se soude trop rapidement autour d'opinions fédératrices bien éprouvées, escomptant au contraire qu'une dynamique d'échanges interpersonnels contradictoires fertilise le débat.

La fragilisation personnelle des participantes (femmes migrantes et probablement précaires socialement, atteintes par le VIH) créait un biais particulier, compensé en partie par la présence forte d'Lisa, le cadre familial et chaleureux, et une certaine solidarité au sein du groupe. Notre statut d'invité, à qui le repas était offert, a pu contribuer aussi à équilibrer la position de médecin blanc de sexe masculin au milieu de femmes noires « malades ». Néanmoins, l'asymétrie est nettement perceptible, ainsi que l'ambiguïté de notre position : étudiant enquêteur ou médecin venant prôner l'abstinence de produits éclaircissants ? La séropositivité VIH des interviewées a pu renforcer l'établissement de relations de type médecin-malade ; il est difficile d'évaluer en quoi cela a pu favoriser ou inhiber la sincérité des discours. Nous avons eu l'impression qu'une certaine complicité s'était installée, nous plaçant d'une certaine manière en situation d'observation participante.

3.3 Déroulement des réunions

Première réunion : 12 mars 2007

Une vingtaine de femmes et deux bébés sont présents dans la grande salle, entièrement bordée de fauteuils et de coussins. La plupart finissent de déjeuner. Elles visionnent sur une télévision, avec force éclats de voix et fou-rires, un défilé de mode qu'elles ont organisé entre elles il y a quelques jours. Lisa me fait servir un repas et me présente : je suis venu répondre à leurs questions sur la peau, la peau et le virus VIH, les produits de beauté et les produits éclaircissants. Elle me cède la parole dans le brouhaha. Les participantes s'installent en cercle dans les fauteuils. J'explique que je voudrais à la fois répondre à leurs questions et y réfléchir plus tard, avant de revenir en discuter une seconde fois ; que j'effectue un travail de recherche sur ce qu'elles disent de leurs besoins en matière de produits pour la peau, éclaircissants ou non. Je montre le magnétophone, que je mets en marche et pose sur une

table vers le milieu de l'assemblée, sans susciter de réaction de méfiance. Un petit enfant d'environ 2 ans tentera de se l'approprier à plusieurs reprises et en sera écarté par les femmes à proximité.

D'emblée, je renonce à formaliser le déroulement de la réunion en demandant des tours de parole, des présentations etc. Les femmes arrivent, repartent, s'interpellent et débute parfois des discussions particulières. Je me contente de recadrer les débats et de reprendre les interventions qui me sont adressées individuellement pour les restituer au collectif. L'ambiance est globalement détendue, par moments attentive et concentrée, à d'autres plutôt anarchique, dominée par la multiplication des conversations particulières. Au moins la moitié des femmes interviennent à un moment ou à un autre. Je ressens la conviction de leurs propos, la tonicité de leur accent, leur langage imagé et la vivacité de leurs réactions ; autant de signes de spontanéité et de sincérité. Elles avancent diverses idées et opinions, généralement tirées de leur expérience personnelle ou de l'observation de leur entourage. La réunion se termine au terme d'1h40 d'échanges, avec le départ progressif des participantes.

Lisa assiste avec discrétion, ponctuant seulement certaines paroles de mimiques ou d'un « voilà » d'approbation. Elle a invité – je n'en étais pas prévenue - une socio-esthéticienne, titulaire d'un diplôme spécialisé, qui travaille régulièrement pour diverses associations, dont Kertang. L'esthéticienne, une jeune femme d'origine algérienne et moi-même sommes les trois « non noirs » de l'assistance.

La discussion s'ouvre sur une question concernant les problèmes de peau liés au virus VIH. Mais dès la première minute, l'esthéticienne intervient pour poser des questions sur la DV. Le sujet est ensuite abandonné et repris à plusieurs reprises, alternant avec des discussions techniques sur diverses questions d'esthétique ou de médecine. Ces allers et retours émanent pour la plupart des participantes elles-mêmes. Au total, plus des trois quarts du temps sont consacrés à la DV.

Seconde réunion : 2 avril 2007

La plupart des femmes qui avaient participé à la première réunion sont présentes, y compris l'esthéticienne. Lisa n'a pas pu venir car elle est hospitalisée. Après le traditionnel repas, j'installe le magnétophone cette fois-ci pour un entretien plus directif. Je reviens sur certains points importants de la précédente réunion qui pourraient introduire la notion d'addiction, et propose une série de questions (issues des critères de Goodman) sur le modèle de « est ce que vous connaissez quelqu'un qui... ? ».

Les participantes se plient volontiers au jeu, et n'hésitent pas à aborder des aspects de la DV qui débordent des questions posées. Les discussions durent environ 1h10 et sont presque exclusivement consacrées à la DV, en dehors de quelques demandes d'avis sur des sujets comme la varicelle ou l'acné.

3.4 Analyse des échanges : DV et addiction

Première réunion : 12 mars 2007

Le projet initial pour cette réunion était d'éviter de suggérer ou d'induire directement l'idée d'addiction. Je souhaitais questionner les connaissances et les opinions concernant les modulations de la pratique : existe-t-il des produits plus ou moins forts ? Certaines personnes sont-elles dans l'excès et d'autres sont-elles raisonnables en se dépigmentant ? Le pari était que l'évocation d'une substance dont on peut user sans abuser pourrait à elle seule faire émerger l'idée d'addiction à la DV, par analogie avec d'autres comme l'alcool. Ce programme n'a pas été respecté, puisque j'ai posé à deux reprises une question directe sur la possibilité d'arrêter la DV. Les principaux moments d'émergence de l'idée d'addiction sont retranscrits ici à travers cinq extraits commentés :

1. (Minute 39). Au milieu d'un grand brouhaha de conversations individuelles, une femme demande si les produits éclaircissants peuvent poser des problèmes. Sa voix n'est pas toujours audible, mais le sens de la discussion peut être reconstitué assez aisément. Je commence par lui retourner sa question.:

- « Est ce que euh, ben, utiliser des produits éclaircissants, ça peut créer des problèmes ?
(...) Ca crée des problèmes d'utiliser des produits, d'après vous ?
 - o *Ben oui. J'étais claire, j'étais claire mais j'ai arrêté (...)*
 - Mais c'est facile pour vous d'arrêter d'utiliser les produits ?
 - o *Oh oui bien sûr ; c'est arrêter*
 - C'est arrêter, y'a pas de problème
 - o *C'est arrêter, mais je, je...*
 - D'accord. Vous avez arrêté sur le corps, mais pas sur le visage, quoi.
 - o *(inaudible)... pas trop fort*
 - Ouais. Pas trop forts, quoi...
 - o *Ca marchait, mais ...*
 - Mais pourquoi vous avez laissé si ça marchait ?
 - o *... mais, je n'ai pas laissé complètement...*
- (...)
- Donc lui, il vous a demandé d'arrêter, et... et vous vous avez continué un peu quand même
 - o *Un peu... »*

Dans cet échange, la question de l'interruption de la DV est résolue par la contradiction : arrêter, c'est continuer quand même un peu. Cela correspond à l'expérience habituelle de la consultation dermatologique. Il est difficile de dire exactement ce que signifie cet arrêt qui n'en est pas un.

2. (Minute 52). Après des remarques techniques de l'esthéticienne concernant la confusion entre laits pour le corps et pour le visage, j'adresse à l'assemblée une question qui va susciter beaucoup de réactions :

- « Alors, moi j'avais une autre question euh à poser. Quand on a commencé à utiliser des produits, est ce que on peut s'arrêter facilement de les utiliser ? Des produits éclaircissants.
 - o *Un peu*
 - o *Oui, hein*
- Ouais, on peut s'arrêter facilement, on n'est pas obligé de les utiliser tout le temps ?
 - o *Non*
- Non
 - o *Mais, il y a des gens qui retrouvent plus leur peau euh naturelle. Soit qu'ils noircissent*
- Y a des gens qui retrouvent plus leur peau ?
 - o *Si, avec des bons laits*
 - o *Soit tu vas avoir des cachets aussi, hein,*
 - o *Y a des laits, y'a des laits qui peuvent t'aider beaucoup hein*
 - o *Y' a des gens qui retrouvent plus leur peau d'avant*
 - o *Oui mais... si, on peut l'avoir*
 - o *Soit on noircit encore plus*
 - o *Ca dépend, il faut pas laisser comme ça, quoi. Il faut laisser un peu*
- Pour les gens de votre entourage, c'est facile de s'arrêter quand ils ont envie de s'arrêter ?
 - o *Dès qu'il sent qu'il a un masque quelconque, c'est pour mon cas particulier hein, il se met à décapier avec les produits, des produits... décapants, quoi. Et lorsque ça part, il s'arrête, bon, jusque ça devient un système assez répétitif, quoi...*
- Ouais
 - o *C'est pour ça que je trouve ça vraiment... décourageant quoi (décourageant ?)*
- Moi je trouve... moi je vois des gens qui mettent des produits partout, des pieds à la tête, le décapage ou le maquillage, hein, comme le khessal, euh enfin bon suivant les pays hein, euh euh et je vois des gens qui en mettent partout, des pieds à la tête. Et parfois je me dis : tiens, ils me disent qu'ils ont essayé d'arrêter mais qu'ils sont toujours obligés de recommencer.
 - o *Oui*
- Vous avez pas remarqué ça ?
 - o *Si beaucoup*
 - o *Non parce que... là ils arrêtent, ils reprennent*
 - o *Mais si c'est c'est... c'est l'amour, quoi*
- C'est ?
 - o *C'est l'amour d'utiliser les produits*
- C'est l'amour d'utiliser les produits !
 - o *Ils sont amoureux. Ils sont amoureux complètement*
- Ils sont amoureux des produits, elle dit !

- *Ils reprennent, parce que quand ils arrêtent, tout ce qu'ils ont combattu ça revient et la peau, puisque leur peau a été combattue étant noire, toutes les cellules, ça se reconstitue régulièrement (...) ça revient au même, donc ils sont obligés de recommencer le même...*
- *Donc quand ils arrêtent, ça revient noir*
 - *Oui. Ils renoircissent à certains endroits, parce que, j'avais dit que comme c'est toujours en train de ..., le corps humain c'est toujours en train de, aussi faut qu'ils recommencent régulièrement. Donc, s'ils arrêtent ils ont abîmé la peau ils ont arrêté, mais s'ils recommencent ça va perdre toutes les cellules noires mais pas les cellules blanches...*
 - *(Brouhaha)*
 - *C'est moi qui ai l'habitude parce que quand je me vois toujours claire, euh, et noircir, tu te sens pas bien, tu te dis toujours euh... moi des fois, bon, moi je le faisais avant... un peu... éclaircir la peau... Je me trouve bien, même quand je mets ma crème... et quand je laisse, je suis pas bien.*
 - *C'est vrai hein, même dans les...*
 - *Parce que quand tu es bien claire, ... pas claire claire, un peu, tu te trouves bien, même quand tu te maquilles, tu trouves la peau elle est bien.*
 - *Ah oui...*
 - *Mais quand tu laisses, ça donne pas pareil.*
 - *C'est la beauté, la beauté aussi*
 - *Ouais, t'es éclatant...*
 - *Mais ça dépend. C'est un complexe qu'on a vis-à-vis de la clarté. C'est un complexe, moi je trouve que c'est un complexe. Parce qu'il y a des gens qui trouvent que être claire, c'est ça qui fait ressortir la beauté de la femme. Mais moi je dis que c'est un complexe. Parce que... il faut juste ressortir l'éclat de sa peau. Moi, je suis, moi je suis fière d'être noire. Si on me dit, si aujourd'hui qu'on me donne des produits...*
 - *Non, moi si j'étais noire comme toi je toucherais pas les produits (rire)...*
 - *...Je, je... pour rien au monde...*
 - *Moi je suis ni noire ni...(rire) et c'est ça qui m'énerve*
 - *... mais, sincèrement, parce que, déjà, attends, comment tu as fait éclaircir la peau c'est des dépenses encore en plus. Parce que, quand on arrête, ça revient noir, ça se gâte encore plus, ça s'abîme encore plus...*
- *Ouais*
 - *... On est obligé de plus dépenser pour revenir donc...*
 - *Et moi j'ai trouvé quand je touchais aux produits éclaircissants... les yeux qui pleurent... et depuis que je sais ça j'ai arrêté...*
 - *Ça m'est arrivé aussi...*
 - *(brouhaha)*
 - *... j'aime bien trouver un produit qui me fait éclaircir pas trop, un peu...*
- *Voilà... Aimer un produit qui fasse éclaircir un peu mais pas trop... Mais alors (rires) Non non, mais c'est une bonne question. C'est vrai que c'est, c'est une bonne question. Moi j'ai une autre question, mais alors... Ceux qui veulent trop, pourquoi ils veulent trop, et qui veut trop finalement ? C'est quoi, vouloir trop ?*
 - *Etre une blanche*
 - *Etre complètement blanc*
- *Etre complètement blanc ?*
 - *Ceux qui veulent trop le faire, comme Michael Jackson...*
- *Voilà !*
 - *Là c'est exagéré (rires)*

- Michael Jackson, c'est exagéré un peu ?
 - *C'est exagéré, lui*
 - *On sait plus si c'est un Noir ou si c'est un Blanc (rires)*
 - *Il mange...*
- Oui, il mange probablement les produits... Bon alors pour répondre à votre question... Est-ce que il y a quelqu'un d'autre qui veut parler ? Oui ?
 - *J'ai une question à vous poser, par rapport à, à...*
- ... aux produits, là on parle des produits, là
 - *Voilà. Donc, je voudrais savoir si ceux qui se décapent, parce que moi je connais quelqu'un qui se décapait, et à la longue, avait des mycoses... »*

Une fois encore, la réponse initiale à la question est qu'il est facile d'arrêter les produits, avec toutefois la nuance : « un peu ». Il faut comprendre « arrêter un peu », ce qui pourrait signifier une interruption totale de courte durée aussi bien qu'une diminution d'intensité de la pratique quotidienne.

En reprenant la question, cette réserve devient plus explicite : l'arrêt n'est pas dénué de risques ; certains en arrêtant pourraient de ne pas retrouver « leur peau naturelle ». Je n'ai pas eu la présence d'esprit de demander ce que recouvrait cette notion de perte de la peau naturelle tant il paraît évident que ce qui est redouté, ce n'est pas la permanence de l'éclaircissement après l'arrêt des produits mais bien un assombrissement du teint, « noircir encore plus ». Cette crainte est souvent évoquée comme frein à l'interruption de la DV (Raynaud, Petit 2006). Il est difficile de vérifier sa pertinence : la personne qui arrête les produits se souvient-elle vraiment de la teinte qu'avait sa peau avant de les commencer ? Quoi qu'il en soit, pour se prémunir d'un éventuel « rebond pigmentaire », réel ou imaginaire, les participantes nous expliquent qu'il faut des cachets ou des laits, ou bien « laisser un peu » seulement. En bref, arrêter, ce n'est pas vraiment arrêter.

En insistant encore, et en suggérant de chercher des exemples dans son entourage, la difficulté de l'arrêt se confirme. C'est là qu'apparaît une image remarquable : « être amoureux ». Être amoureux, cela évoque un lien plus fort que la volonté, le don de son corps à l'autre à qui l'on appartient, l'occupation de l'esprit par un désir obsédant, l'esclavage... Le choix de cette image originale témoigne à nos yeux de la sincérité du propos : l'évocation indirecte de l'addiction à ce niveau ne correspond ni à un lieu commun, ni à une leçon récitée. De plus, la formulation choisie induit une nuance particulière : il s'agit de « l'amour d'utiliser les produits » et non de l'amour de leur effet (la peau claire).

La question de la modulation des pratiques surgit d'elle-même à ce moment de la discussion : il faut mettre un peu, mais sans exagérer. Il apparaît que les pratiques extrêmes, comme celle attribuée à Michael Jackson, se prêtent à une interprétation en termes d'identité ethnique (vouloir être une Blanche) ; contrairement aux pratiques plus raisonnables, qui ne

viseraient que l'éclat de la peau, la beauté. A une gradation quantitative de la pratique correspondrait donc une différence qualitative dans l'intention.

3. (Minute 64). Une des participantes intervient à la suite d'une information sur les risques de vergetures liées aux corticoïdes.

- *« Moi j'ai une cousine, elle était noire noire noire de peau, et euh... depuis qu'elle a commencé à s'éclaircir, elle a pas arrêté. Parce qu'elle a peur, si elle arrête, les gens ils l'ont vue toujours claire claire, et, elle arrête, elle va tout retrouver sa peau... »*
- On va plus la reconnaître ?
 - *elle a peur, hein, ouais. Voilà, elle a peur, quoi. Et du coup, elle se fait éclaircir éclaircir éclaircir, elle a beaucoup de vergetures, dont vous avez parlé, elle en a plein, parce que elle est très forte...*
- Voilà. Ca c'est les gens que je vois moi en consultation...
 - *Et à la fin, ça va faire quoi ?*
- Et bien, à la fin, il peut y avoir des gros soucis.
 - *(Lisa) Après...*
 - *Parce que là ça fait au moins 15 ans, qu'elle utilise... à chaque produit qu'on lui dit... Là y a pas...*
- Et les vergetures, ça l'embête pas ?
 - *Ben si ça l'embête, elle cherche des produits pour enlever mais, peut être qu'elle sait pas que c'est à cause de ...*
- Ca existe pas, les produits pour enlever les vergetures, mais, quand on met des pommades à la cortisone, y en a de plus en plus, oui
 - *Parce que, y en a qui sont naturellement ? moi je ne mets pas ça...*
- Il y a des vergetures naturelles. Mais, chez les gens qui font beaucoup de décapage, y a des très grosses vergetures,
 - *Ouais !*
 - *(Lisa) Hm hm*
- Partout, à l'intérieur des cuisses,
 - *Même quand elle s'est mariée, tu voyais vraiment la peau partir, hein...*
- Ouais
 - *Ses traits vraiment éclaircis. Avant de se marier, quoi... elle voulait vraiment être claire, quoi (inaudible)*
- Elle est d'où ?
 - *C'est ma cousine, c'est ma propre cousine*
- Elle est d'où ?
 - *Du Mali*
- Du Mali, ouais,
 - *Ah le Mali*
 - *(Femme Algérienne) Mais les Maliens ils aiment beaucoup ça*
 - *Mais elle est née ici, elle a grandi ici*
- Elle est née ici, elle a grandi ici. Comme quoi, il y a des gens qui me disent que ça se fait pas pour les gens qui sont nés ici
 - *Ah non*
- Mais les gens qui sont nés ici, ça se fait aussi
 - *Moi je connais plein,*
 - *(Brouhaha)*

- *Elle c'est encore pire, parce que depuis qu'elle a commencé, elle a pas arrêté*
- Elle a pas arrêté
 - *Elle a pas arrêté. Si elle commence un produit, à la fin, ça fait plus rien, ça fait plus d'effet elle change, elle prend un autre produit. Si elle entend parler d'un produit qui est bien, elle change, à chaque fois elle change*
 - *(Femme Algérienne) On dirait que tu décris X... une copine à mon père, X... Ben, c'est pareil, elle est complètement verget..., elle a... ben, je veux dire, c'est des bagarres, elle et son mari, à cause de ces crèmes*
 - *Elle, elle a peur d'arrê... elle peut pas arrêter*
 - *(Femme Algérienne) Ben, voilà, ils ont peur, pourquoi, alors qu'est ce qu'il faut faire ?*
 - *Elle dit : je peux pas arrêter, c'est fini, quoi. Elle, elle peut plus arrêter. Elle a peur d'arrêter maintenant. Elle dit : si j'arrête, je sais pas si je vais retrouver ma peau d'avant, je vais noircir, je vais...*
 - *(Femme Algérienne) A mon avis, plus elle continue, plus elle continue, elle va arriver à la dernière pilule...*
 - *Elle était noire !*
- Elle a peur d'arrêter parce qu'elle a peur de plus... de pas retrouver sa peau d'origine ?
 - *... D'origine... elle va noircir, elle...*
- Mais pourtant là, elle a pas sa peau d'origine ?
 - *Là elle se sent belle, ... elle est bien, quoi !*
 - *(Femme Algérienne) Elle a peur de retrouver sa peau d'origine*
- Mais elle dit que c'est sa peau d'origine ou pas ?
 - *Hum ?*
- Elle dit que c'est sa peau d'origine ou pas, qu'elle a maintenant ?
 - *(Lisa) Oh non*
 - *Ben non*
- Non ?
 - *Non*
 - *Parfois, elle vous dit, elle dit : j'en ai marre de ces produits, je voudrais arrêter, ben j'ai peur d'arrêter, je ne sais pas comment... Parce que elle est fatiguée, là, elle achète, elle arrête pas...*
 - *(Esthéticienne) mais qu'est ce qu'ils lui disent les gens autour, ils la trouvent plus belle, comme ça, ou qu'est ce qu'ils lui disent ?*
 - *Ben oui ! les gens la trouvent plus belle comme ça ! Elle se trouve, aussi, belle comme ça !*
 - *(Brouhaha)*
 - *Mais elle est fatiguée, tu vois ! Il faut en mettre, en mettre, en mettre...*
 - *(Esthéticienne) Et toi, tu la trouves belle, comme ça ?*
 - *Moi ? (rire) J'avoue, je la trouve belle comme ça, moi. Par rapport à avant, ça fait longtemps, ça fait plus de 15 ans. Si on regarde les photos d'avant, et maintenant, c'est assez...*
 - *(Femme Algérienne) Ben, il y a certaines parties du corps, euh... il y a que le mari qui peut regarder, ou une copine intime qui peut faire montrer... Parce qu'en fin de compte c'est dans les endroits intimes que c'est là qu'on voit que c'est vraiment abîmé...*
 - *Est-ce que ce teint qu'elle s'est créée, là, ça paraît le naturel ? Ca paraît le naturel ? Elle a pas les oreilles, les phalanges, là, elle a pas des...*
 - *Si, les mains, des fois elle cache !*
 - *Donc on sent que c'est pas le naturel !*
 - *(rires) Elle cache les mains des fois, tellement ici c'est noir,*

- *Ah la la ! (désapprobation) (inaudible)*
- *...Ici c'est noir. Si elle voit quelqu'un qui est clair, elle dit : « mais qu'est ce que t'as mis, pourquoi tes mains elles sont aussi claires, tu me dis les produits que tu mets, tu me dis... ». Elle va acheter. Donc elle arrête pas*
- *(Femme Algérienne) Ah ouais, elle écoute, c'est du bouche à oreille, elle va pas voir un professionnel*
- *Voilà. Elle est fatiguée, maintenant »*

Ces témoignages évoquent entre autres la tolérance (« à la fin ça fait plus rien, ça fait plus d'effet elle change »), l'obsession de la clarté qui fonde la quête incessante de nouveaux produits, et une certaine souffrance. Cette souffrance est exprimée par la fatigue « d'être obligée d'en mettre, en mettre, en mettre ». La répétition est une figure de style d'ailleurs souvent utilisée au cours de ces discussions, et qui n'est pas sans évoquer ici le caractère compulsif de la pratique.

La crainte de ne pas retrouver sa « peau d'avant » est là encore présentée comme un motif de poursuite de la DV. Mais en même temps, ce qui fait peur, c'est de noircir : cela semble relever du paradoxe ou de la confusion. Objectivement, seule la notion de rebond pigmentaire peut expliquer un retour à une peau plus foncée qu'avant la DV (voir la discussion du précédent extrait). Mais la cousine qui raconte et la femme algérienne ne sont pas dupes : elles comprennent que, au moins sur le plan pigmentaire, cette femme a peur de retrouver sa peau d'origine, et non de ne pas la retrouver. A ce niveau pourrait intervenir une véritable problématique d'identité : on s'éclaircit parce qu'on ne se sent pas « noire ». Quel est alors le statut de la nouvelle identité claire, et jusqu'à quel point la femme qui pratique la DV adhère-telle à l'illusion qu'elle crée ? Il nous semble en effet que, pour bien des femmes que nous avons rencontrées, la peau d'avant, la peau naturelle, la peau d'origine, c'est celle qui est naturellement claire : la DV lutte contre le noircissement provoqué par les intempéries, la pollution ou la maladie ; elle révèle la vraie nature « claire » de la femme. Un passage enregistré au tout début de l'interview illustre ce type d'affirmation :

4. (Minute 10). En début d'interview, le sujet de la DV est amené directement par l'esthéticienne, puis abandonné à la demande d'une participante. Après des explications sur la peau sèche, le sujet est repris tout aussi abruptement par la doyenne de l'assemblée, sous la forme d'une confession :

- *Bon et nous on met des crèmes pour éclaircir un peu un peu parce que quand on est en France ici on peut devenir un peu claire. On met des crèmes comme ça pour éclaircir pour être belle alors quand tu arrives en Afrique là-bas on te dit que « tu viens de France ». On met des petites choses comme ça.*

- Mais vous dites que vous mettez un peu de crème pour éclaircir quand vous êtes en France ou...
 - *En Afrique ?*
 - *Non, là bas aussi, là bas c'est pire encore*
 - *(Rires)*
- Moi je vois beaucoup de femmes et d'hommes à ma consultation qui s'éclaircissent et qui ont des complications avec ça...
 - *(Lisa) Voilà*
- ... Et en fait un tiers des personnes que je vois ont commencé en France. C'est pour ça, quand vous avez dit ça ça m'a...
 - *Voilà. Et à commencer par moi-même !*
 - *(Rires)*
- Ah ben voilà, par exemple ! Vous vous avez commencé ici ?
 - *Non non. Moi j'étais claire de peau, claire.*
- Ouais
 - *Bon en Afrique, j'allais arriver en Afrique là-bas le... le soleil, j'ai commencé un peu à... à changer de peau, les choses, les gens m'ont conseillé de commencer de prendre des choses là pour éclaircir un peu. Bon j'ai fait ça. Ici comme je suis trop malade, la vieillesse, ça m'a donné des taches, la peau aussi après les médicaments est devenue sombre. Alors, tout ça ici j'ai commencé à vouloir mettre des choses mais... ça ne part pas.*
- Alors, ce que vous me dites, c'est que quand vous étiez en Afrique vous étiez plus claire, ...
 - *Euh, moi mon père était clair.*
- Oui
 - *Je suis née claire aussi. Bon, en Afrique aussi, c'est comme j'ai vécu ici longtemps, ça va pour le teint, je mettais rien, seulement la glycérine, je mettais tout ça. Et puis en rentrant là-bas avec le soleil, j'ai assombri, alors j'ai vu les autres mettre des choses, ils m'ont conseillée moi aussi j'ai mis...*
 - *(Rires)*
 - *...J'ai mis, j'ai mis euh Diprosone (dermocorticoïde fort), tout ça, des choses comme ça alors. J'arrive ici. Bon après la maladie, avec l'âge, j'ai devenu encore encore, vous savez la maladie là donne une teinte, une teinte noire qui n'est pas beau, qui est vilaine*
 - *(Approbatons, rires)*
 - *Alors moi aussi j'ai commencé à mettre, à mettre, à mettre. Et à ce moment là on nous conseille pas de mettre Dexéryl (une crème hydratante neutre très répandue, car la seule remboursée), on conseille pas Dexéryl. Alors je mets, je mets ça, j'avais une, comment on appelle ça, j'avais un masque au visage... Alors j'ai encore repris, j'ai mis mais ça... ça va pas...*
 - *(Brouhaha)*
- Ouais, ouais. Ce que... ce que... ce que vous dites quand même, c'est que c'est le soleil, c'est quand vous êtes revenue en Afrique et qu'il y avait beaucoup de soleil, c'est là que ça s'est, que ça commencé à devenir plus sombre...
 - *Voilà plus plus sombre...*
- Mais ça c'est... alors ça c'est normal parce que le soleil ça augmente la couleur de la peau, hein
 - *Voilà, voilà*
- Ca fait du bronzage, quoi

- *Et puis les autres m'ont dit comment ça se fait que tu viens de France tu n'étais pas comme ça... ah tout ça : « mets ça ! » moi aussi j'achète ; « mets ça ! » ce que tu achètes moi aussi je mets, je mets...*
- *(Femme Algérienne) Mets toi à l'ombre...*
- Mais alors maintenant qu'est ce qui se passe ? C'est-à-dire que du coup il y a eu des taches qui sont venues à cause des produits ?
 - *Euh oui, oui docteur. Quand je tombe malade je suis devenue toute noire, mon teint ...*
- A cause de la maladie aussi ?
 - *Voilà ! et quand on nous a montré le Dexéryl, c'est ce que je mets sur la peau. Mais sur le visage je mets ça mais ça... faut mettre autre chose, pour éclaircir un peu, sinon on devient noire, noire, noire, noire, que tu (inaudible) là qu'on aime pas quand vous... quand vous regardez*
- Oui mais alors c'est... Si jamais c'est des produits qui donnent des taches et qu'ensuite on en remet dessus ça marche ?
 - *Docteur si je mets sur mon visage comme ça, le Dexéryl m'a éclairci (noirci ?) la peau. Voyez comme ça fait regardez... Voyez... Le Dexéryl m'a fait comme ça...*
 - *(Femme Algérienne) Ah oui d'accord, effectivement*
 - *...Moi avant j'étais claire. Quand on nous a montré le Dexéryl c'est tout ce que je mets... Je mets Dexéryl et et après la glycérine comme ça je mets. Mais sur le visage, quand j'essaie de mettre sur le visage la Dexéryl, ça ne prend pas. Ça fait toujours noir, noir, noir, noir, noir, noir là comme on ne peut pas vous regarder. Donc c'est ça, c'est pourquoi je mets un peu...*
- Donc vous continuez à mettre des crèmes pour le visage
 - *Mais les crèmes, euh oui, les crèmes, des crèmes là, mais c'est pas, y'a pas d'hydroquinone. Je garde un peu et je mets, je mets...*
- Mais ça marche ?
 - *Euh euh un peu, c'est comme ça...*
- Ouais. Mais sur le corps ça va
 - *Et ça. Je mets pas sur le corps, je mets sur le visage. Mais je sais pas comment faire, je voudrais que ça parte...Et ça ne part pas. Si je ne mets pas, je deviens tout noir, tout noir...*
- Si vous mettez pas, vous devenez toute noire ?
 - *Tooouuuut noir, docteur, noir comme du charbon*
 - *(Rires)*
- C'est difficile. C'est difficile, y a pas de solution miracle. Mais... Y a pas de très bonne solution. Quand il y a des produits qui donnent des taches, si on remet des produits, les taches elles se voient de plus en plus, quoi...Non ? Vous avez pas cette impression là ?
 - *Légèrement, je mets légèrement docteur... Après sa ménopause on a perdu sa beauté, ça diminue tout ça. Alors il faut mettre quelquechose quand même pour ... On fait ça pour nous mêmes, c'est pas pour les autres, c'est pour nous mêmes*
 - *(Rires)*
- Pour vous-mêmes ?
 - *Oui, c'est pour moi-même, pas pour les autres ; vous voyez, il faut vieillir en beauté, c'est ça, c'est pourquoi je fais ça pour m'habiller, tout ça... (inaudible) les jeunes... vous voyez docteur, je suis une jeune de 68 ans... Vieillir en beauté...Et c'est ça comme problème.. et avec les jambes là, je crois que ça va pas... Tout ça...*
 - *(Silence)*
 - *(Esthéticienne) C'est vrai que j'ai trouvé assez souvent la question « pourquoi le visage et les mains sont pas de la même couleur que le corps »*

- *(Femme Algérienne) Voilà moi aussi je me pose la question...*

Le silence et le changement de sujet qui cloturent cette confession témoignent sans doute de l'émotion qu'elle a suscitée. Sa sincérité est indiscutable, mais les arguments avancés pour justifier la DV sont difficiles à organiser logiquement : a-t-elle commencé en France, pour pouvoir montrer à son retour en Afrique qu'elle « venait de France ? ». Si elle était claire comme son père, pourquoi s'éclaircir ? Lui-même le faisait-il aussi ? Et si c'est parce qu'elle avait assombri en Afrique, pourquoi n'a-t-elle pas plutôt commencé en Afrique ? Elle a commencé à mettre les produits sur les conseils et l'influence des autres ; elle continuerait maintenant « pour elle » : mais néanmoins pour ne pas devenir « noire là comme on ne peut pas vous regarder ». Elle fait un lapsus en disant que le Dexéryl l'éclaircit, alors qu'elle explique que quand elle le met sur le visage « ça ne prend pas. Ca fait toujours noir noir noir noir noir... ».

Comme souvent dans notre expérience, il nous semble que le conflit entre la nécessité intérieure de s'éclaircir et la culpabilité qui y est liée est responsable d'un certain degré de confusion. Mais à bien y réfléchir, la confusion pourrait naître simplement de la confrontation de deux logiques. Notre logique médicale veut qu'il y ait d'un côté le teint naturel, et de l'autre le teint éclairci et les taches résultant tous deux de l'action des produits ; la grille de lecture est celle du normal opposé au pathologique. Pour la femme interviewée, il semble que le terme de « masque » désigne aussi bien la persistance de la pigmentation naturelle que la survenue d'une hyperpigmentation pathologique. Sa grille de lecture comporterait deux échelles, une de clarté et une d'uniformité ; la distinction entre normal (naturel) et pathologique n'opèrerait pas de la même manière, le normal dépendant en fait du sentiment intérieur de clarté, qui s'exprime à travers des affirmations comme « j'étais claire », « mon père était clair », « quelque chose (la maladie, le soleil, etc.) m'a fait noircir ». Dans cette situation, la DV chercherait à accorder l'apparence extérieure à une conviction intérieure.

A la motivation personnelle, « intérieure », se trouve mêlée la nécessité pratique de s'éclaircir pour séduire, qui implique les hommes de manière très ambiguë. Les participantes évoqueront cette notion classique vers la fin :

5. (Minute 110).

- Ah, il y a une autre question sur les produits !
 - *Moi je sais que je peux pas arrêter les produits. Est-ce qu'il y a une lotion ?*
- Pourquoi vous savez que vous pouvez pas arrêter ?
 - *Parce que si j'arrête j'ai des boutons, après...*
- Vous pouvez peut-être arrêter doucement ?

- *(Femme Algérienne) Arrêter tout doucement*
- *Ah non ! je vais devenir trop, trop noire, j'aime pas ça*
- Non, vous allez devenir trop noire... d'accord...
 - *Ah les produits c'est comme ça quand tu commences, t'as plus envie d'arrêter, hein*
- C'est comme ça quand on commence, on n'a plus envie d'arrêter ?
 - *Je fais... Mais je fais un petit peu seulement, quoi, pas trop*
 - *Et puis quand devant ton mari tu noircis, t'es pas bien, quand tu te démaquilles, ...*
 - *(Femme Algérienne) En fin de compte, c'est les risques qu'il y a...*
- Attends, y a un truc que je comprends pas
 - *Quand mon mari voit quelqu'un qui est bien claire, bien jolie, et bien il va prendre son numéro, hein. Là il acceptera*
- Si votre mari voit une femme plus claire, il va prendre...
 - *(Rire) ... Il va demander son numéro*
 - *(Rires)*
- « La femme au teint clair, tout le monde est derrière », c'est ça ?
 - *Je veux pas être trop noire... Même pas trop claire, mais pas trop noire...*
- Mais pourtant vous me dites qu'il y a parfois des maris, ils aiment pas que leur... euh qui c'est qui m'a raconté ça, là ?
 - *C'est moi-même qui t'ai dit !*
- Hein ? et le mari il ... alors attends, attends, attends... mais qu'est ce qu'il dit le mari, là, il dit arrêter...
 - *Il m'a dit d'arrêter, mais il aime le teint clair*
 - *Voilà*
- Il dit d'arrêter, mais alors il est hypocrite ?
 - *Non mais, il est comme ça, hein !*
 - *(Rires)*
- Ah ouais, il dit arrêtez,
 - *Peut être qu'il veut pas que les autres hommes te regardent*
 - *Voilà c'est il est jaloux ! (rire) Ah demain, je vais faire produits, je vais devenir un peu plus belle, comme ça il y a un peu des hommes qui vont venir derrière moi, et lui il aime pas ça, mais quand il voit quelqu'un qui est clair, il va derrière son numéro ! C'est pas bien ! (rires)*
- Ah oui d'accord ! d'accord
 - *C'est comme ça les hommes, surtout chez nous...*
- Ouais ?
 - *Quand ils voient une fille belle, claire, aie aie aie... il peut pas se tenir*
- Hm hm
 - *Ah ouais...*
- Donc c'est ça, c'est la compétition, alors...
 - *(Rires) Oui, oui*
 - *Excusez moi docteur, par rapport aux produits. Ces produits-là on les trouve euh euh... où, comment... à la pharmacie, ou bien, même au marché noir ?*

La dernière question est intéressante. Il est difficilement imaginable que la femme qui la pose, quelle que soit sa position personnelle vis-à-vis de la DV, ignore à ce point les lieux de vente des produits. Une ignorance naïvement feinte pourrait procéder d'un mouvement

transférentiel pour se concilier le docteur/parent dépositaire de l'interdit et qui personnalise la culpabilité à s'éclaircir.

Seconde réunion : 2 avril 2007

Au cours de la seconde réunion, le thème de l'addiction est amené progressivement en questionnant systématiquement les participantes sur l'application possible des critères de Goodman à la DV. La nature du comportement étudié et la forme des entretiens collectifs ne permettaient pas d'utiliser les formules littérales employées par Goodman, qui de plus sont originellement en langue anglaise. Voici 10 extraits commentés de ces entretiens, dans l'ordre où ils ont eu lieu, avec mention des critères auxquels ils se réfèrent principalement :

1. (Critères A, E3 et E7 de Goodman).

- « ... Est ce que vous connaissez des gens qui auraient envie de résister à mettre les produits, qui se disent j'aimerais pas les mettre, faudrait que j'arrête de les mettre etc., mais qui, qui arrivent pas à résister, et qui finissent toujours par les mettre ? ...
 - o *Les produits - Hum – les produits dont vous parlez, c'est les produits éclaircissants ?*
 - o *Décapants*
 - o *Décapants, voilà*
 - o *Moi j'ai, j'ai plusieurs cas, hein. C'est dans mon entourage, parce que y'a, y'a, y'a des comme ça qui... qui ne veulent pas du tout arrêter les produits. Je sais pas du tout si je suis dans la même...*
- Ils ne veulent pas arrêter ou est ce qu'ils se disent parfois qu'ils voudraient arrêter mais qu'ils y arrivent pas ?
 - o *Ils, ils voudraient arrêter mais à un moment, ils sont tellement complexés dans leur tête,... parce que j'ai eu une pers... une ou deux personnes..., d'abord pas une ou deux personnes, plusieurs qui me sont entrées dans la salle du bain, euh, il y a une qui m'a dit un jour, mais... J'ai ouvert dans tes placards, je n'ai pas vu... ! les tubes. Donc, tu n'utilises pas les tubes, ou quoi ? Alors j'ai dit : mais qu'est ce que moi je fais avec les tubes ? Si j'ai un tube, c'est le Dexeryl que je prends pour utiliser. Donc pour elle, elle se disait, comme je suis claire de peau, justement, j'utilise, parce que elle, elle est foncée ! Et elle a toujours utilisé les produits, on a beau dire que euh... Arrêter, je, je ne peux pas trop dire qu'elle a envie d'arrêter, je ne sais pas, mais son problème c'est d'en mettre, d'en mettre, pour qu'elle ait... qu'elle ait mon teint ! Mais oh ! y'a quelque chose qui les trahit souvent, c'est, au niveau des mains, au niveau des oreilles, au niveau du cuir chevelu. Elle était surprise que dans ma salle de bains y'avait pas de tubes, parce que, elle ne comprend pas pourquoi moi...*
- Mais, mais vous effectivement, vous vous rendez compte qu'elle, qu'elle, qu'elle en met beaucoup, mais en même temps elle vous a pas dit « oh, j'aimerais bien, j'aimerais bien résister, j'aimerais bien plus en mettre, mais j'arrive pas » ?
 - o *Non il y a d'autres qui ont dit, mais elle non, celle-là l'a pas dit. Parce que elle veut plutôt être encore plus...*
- D'accord
 - o *Continuer à mettre et continuer à mettre ...*

- ...Elle continue beaucoup... Et vous, vous disiez que vous connaissez des gens qui veulent résister ?
 - o *Ouais ma cousine. Elle veut arrêter mais elle y arrive pas.*
- Elle veut arrêter mais elle y arrive pas ?
 - o *Elle y arrive pas.*
- Elle, elle a...
 - o *Elle dit toujours « il faut que j'arrête » mais elle remet encore. Si elle entend un nouveau truc, « qu'est ce que t'as mis ?, t'as éclairci... » elle va acheter. La personne lui dit : c'est ça, elle va acheter...*
- Ouais. Et pourquoi, pourquoi elle dit qu'elle veut arrêter alors ?
 - o *Parce qu'elle dit qu'elle en a marre, elle est fatiguée*
- Fatiguée... ouais....
 - o *Il faut en mettre toujours, toujours, toujours, toujours, toujours... Acheter aussi...*
 - o *(Brouhaha sur l'argent et les dépenses)*
 - o *Des fois elle dit ça mais demain si tu la vois, elle devient... plus claire ! elle arrive pas !*
- Ouais, donc c'est... Y'a une contradiction, quoi ? Y a... quelque chose qu'elle veut faire et qu'elle arrive pas à faire, quoi. Et elle change d'avis ou elle...
 - o *En fait celles qui ont dit qu'elles veulent arrêter, j'en connais une qui vit à ..., elle disait chaque fois « je veux arrêter », elle arrête pourquoi, c'est parce qu'elle se rend compte que à force de mettre les produits, ça affine la peau.*
- Ouais
 - o *Ca affine la peau, et qu'elle avait, qu'elle avait des blessures à tout moment. Bon mais en même temps, elle voit les personnes claires, elles se dit « mais pourquoi j'arrête ? »*
- Ouais
 - o *Elle continue, elle se (...). Mais quand même, elle a fini par se rendre compte que...*
- Elle se rend compte que ça fait du mal à sa peau,
 - o *Oui*
- ... Alors elle dit « je veux arrêter », mais en même temps, quand elle voit d'autres personnes plus claires, elle se dit ben je veux continuer quand même.
 - o *Mais plus tard quand même, je crois que maintenant, je pense que maintenant elle ne les met plus. Si elle en met elle en met un tout petit peu... Bouche qui a tété n'oublie pas la saveur du lait !*
- (Rires). On dit ça pour l'alcool aussi, hein ! Qui a bu boira, voilà...
 - o *(Rires).*
 - o *Elle en met toujours, mais pas...*
- Pas beaucoup
 - o *Pas beaucoup, comme avant. Parce que avant c'était vraiment, on voyait les veines, on voyait... »*

Certains ne souhaitent pas arrêter. D'autres essaient d'arrêter ou de diminuer (E3), mais cela leur est difficile, bien qu'ils mesurent les effets néfastes des produits sur leur peau (E7). La personne évoquée à la fin aurait fini par trouver un équilibre en modérant sa consommation – toutefois, d'autres exemples tout au long de ces deux interviews montrent que ce n'est pas le cas général. La difficulté à résister à l'impulsion d'utiliser les produits (A) apparaît ici, comme à d'autres moments de ces entretiens, surtout sous la forme de la

tentation résultant du contact avec d'autres : « qu'est ce que tu as mis, dis-moi, j'achète, je mets... ».

2. (Critères E2, E4, E5 de Goodman).

- « Alors une deuxième question, est ce que vous trouvez que...il y a des gens qui sont... Est-ce que vous connaissez des gens qui sont très très préoccupés ; c'est-à-dire que euh... ça leur prend beaucoup de temps pour euh... pour préparer, pour trouver, ils... Ca occupe tout leur temps, on... Vous connaissez des gens comme ça ?
 - o *Ouais... Dans le maquillage*
 - o *Ah oui, comme je disais pour ma cousine, c'est ça hein !*
 - o *Oui*
 - o *Ah oui, quand je commence, hein. Quand elles commencent, hein... Il faut rentrer dans la salle de bains avant elle...*
- Il faut rentrer dans la salle de bains avec elle ?
 - o *Avant elle*
- Ah oui
 - o *(Rires)... (Brouhaha)*
 - o *Non il faut prendre le bain avant elle.*
- Il faut prendre le bain avant
 - o *Parce que, quand elle rentre, c'est-à-dire, elle doit nettoyer partout. Pour qu'elle paraisse claire, vraiment, que tout ne se voie pas, même les oreilles doivent être touchées, le front doit être touché, c'est-à-dire partie par partie, c'est vraiment, ça prend du temps.*
- Et ça peut prendre combien de temps, par exemple, de se décapier comme ça ?
 - o *Moi j'ai compté une heure et demie même pour certaines*
- Une heure et demie ?!
 - o *Tous les jours*
 - o *Oui. Pour les produits étaler, oui*
 - o *Moi j'ai une copine comme ça, hein. Sa fille elle pleure, elle préfère vraiment faire ça, hein...*
 - o *(Brouhaha, approbations)... Y en a qui sont comme ça...*
 - o *Elle se frotte le corps, elle se frotte au moins trois fois, elle sa fille, elle est là, là elle te demande s'il te plaît, hein, s'il te plaît hein occupe toi un peu d'elle et tout, elle est là dans la salle de bains...*
- Ah oui, même, même quand sa fille elle pleure
 - o *Ouais ! Elle elle est là dans la salle de bains...*
- ...Elle s'occupe pas de sa fille et elle est là à passer les produits
 - o *Elle préfère vraiment qu'elle se décape, après*
- (...)
- Et donc, ça veut dire, elle passe beaucoup de temps à mettre, mais aussi à trouver les produits, à les chercher ? A aller dans les magasins ?
 - o *Oui*
- (...)
- o *Oui, elles passent plus de temps que euh. Y'en a parce que... En fait quand elles commencent à se maquiller tout de suite elles pensent que c'est aussi facile que ça mais elles se rendent compte qu'elles ne... qu'elle ne sillonne pas bien son corps. Quand elle se rend compte qu'il y a des parties qui sont noires, par exemple, au niveau des des des...*
- o *Des articulations*

- *Voilà des articulations, ... Il faut vraiment qu'elle sillonne son corps point par point*
- Pour arriver à trouver des... A éclaircir chacun... Donc ça peut prendre plus de temps que ce qu'on avait prévu au départ, alors ?
 - *Oui »*

Les critères E2 et E4 sont vérifiés. L'évocation de la petite fille qui pleure pendant que sa mère « préfère mettre les produits » suggère le critère E5, mais il s'agit d'un point difficile à aborder par questionnement direct : est ce que la mère appliquait préférentiellement ses produits au moment où elle aurait dû s'occuper de sa fille ? A-t-elle délibérément sacrifié le soin de sa fille à cause de l'urgence de passer les produits ?

3. (Critère E3 de Goodman).

- « Donc, la, la troisième question, mais c'est un peu la même. Est-ce que vous connaissez des gens qui ont essayé plusieurs fois de mettre moins, d'arrêter etc. et puis qui ont recommencé après ?
 - *Oui. On est tenté de faire, parce que quand on laisse une fois pour toutes, on noircit plus*
 - *On noircit*
 - *(Approbatons)*
- Voilà.
 - *On essaye, euh...*
 - *Comme moi, par exemple (rires). Je, je m'éclaircis...*
 - *...De le prendre, et puis de laisser...*
- D'accord. D'accord. On essaie, de de de moduler quoi. De faire par petits bouts...
 - *De reposer la peau*
- De laisser reposer, de reprendre un peu
 - *Voilà. Une qui est concernée, qui veut répondre (Rires).*
 - *Comme moi ! Moi j'ai arrêté progressivement...*
 - *Comme elle par exemple, qui est concernée, elle veut répondre...*
- Oui
 - *Je dis comme moi, exemple, je m'arrête – je vous avais dit la dernière fois...*
- Oui, oui
 - *... Je suis pas bien, je vois ma peau euh...*
- Vous vous sentez pas bien ?
 - *Donc je remets un peu pour euh...(Rires). »*

Confirmation du critère E3, déjà abordé plus haut.

4. (Critère E1 de Goodman).

- « Alors, alors... La question suivante, c'est : euh... Les gens peuvent passer beaucoup de temps à s'en occuper, mais est ce que... est ce que ça préoccupe dans la tête, dans l'esprit. C'est-à-dire, est ce que euh on y pense beaucoup. On y pense souvent... euh euh... On se dit : bon, va falloir que je trouve les produits, va falloir que j'aille les acheter, va falloir que je les mette... Est-ce que vous connaissez des gens qui sont très préoccupés dans leur tête par ça ? C'est-à-dire que...
 - *Ben oui !*

- *Oh oui !*
- *Ben ma sœur, ...*
- *Moi j'ai un frère, hein !*
- Un frère ?
 - *Oui, un frère comme ça, ça manque pas, hein... Dès qu'il rentre dans la ... Si, s'il a pas encore rentré dans la douche, il faut dire attends, attends, parce que s'il rentre dans la douche, c'est un homme, il peut faire même une heure et demie...*
- Une heure et demie, un homme !
 - *Ouais ! Ouais hein ! En train de se papoter, hein. Et le soir, même, si tu la vois, ça ne va pas... Il est devenu rouge !*
- Moi j'ai... Moi j'ai... hein... Oui, il devient rouge... Moi, je connais une... une... une jeune femme congolaise qui a fait une étude en sociologie là-dessus. Et alors j'ai lu son livre, enfin son mémoire, et dedans, dans le texte, elle dit qu'elle a rencontré une femme, et que la femme elle mettait les produits partout dans les différentes pièces de l'appartement pour être sûre de en avoir dans toutes les pièces. Vous connaissez des gens comme ça ?
 - *Non*
- Non, quand même pas ?
 - *Nous c'est toujours au même endroit, dans la douche... »*

E1 est confondu avec E4, faute d'avoir réussi à questionner spécifiquement la préoccupation psychique. La reprise de l'exemple du temps passé dans la salle de bains semble relever de l'imitation. La répartition des produits dans toutes les pièces de l'appartement, comportement très addictif noté par Ngita chez une des femmes qu'elle avait interviewées, n'est pas connue des participantes. Au total, cette partie de l'interview est peu informative.

5. (Critère E6 de Goodman).

- « ... Est-ce que vous connaissez des gens qui auraient raté quelque chose à cause de ça. Par exemple, par exemple, j'sais pas y'a... y'a euh un rendez-vous de travail ou y'a... euh euh ou y'a quelque chose à faire d'important pour les études et, tellement de temps ils passent à s'occuper des produits que ils peuvent, euh, rater une euh euh une réunion de famille, un rendez-vous, une occupation professionnelle ou autre. Est-ce que vous connaissez ça ? Non ?
 - *Non*
 - *La plupart des produits, quand c'est... vraiment, faut bien les mettre, la plupart les mettent le soir. Faut dormir avec, ils disent que c'est mieux*
- Ouais
 - *Euh ça se met mieux que la journée*
- D'accord. Donc on rate pas un truc pour ça.
 - *Non »*

Cette réponse franchement négative est un peu en contradiction avec l'histoire de la fillette dont la mère néglige les soins parce qu'elle est occupée avec ses produits (voir plus haut). Peut-être le critère E6 se vérifie-t-il chez une minorité de personnes pratiquant une DV « extrême » ? Nous décidons de revenir sur cette question sous une autre forme :

6. (Critères E6, E7 de Goodman).

- « ...Euh, euh... Et est ce que vous avez l'impression qu'il y a des gens qui peuvent sacrifier quelque chose. C'est-à-dire, qu'ils se disent bon, je préfère mettre les produits plutôt que par exemple euh euh m'occu... m'occuper euh de mes habits ou de telle ou telle chose, euh. Je pense à une histoire que m'a racontée une euh une amie du Rwanda qui me disait qu'elle était allée voir des gens dans dans sa famille un peu éloignée pour une fête, et que elle trouvait que... ils étaient, elle avait pas compris au début, mais euh ils l'avaient pas très bien accueillie parce qu'ils étaient tous dans des espèces de vêtements pour faire euh
 - (Rires).
- ... Suer
 - *Transpirer. (Rires).*
- Pour faire transpirer, etc. et que donc ils ont pas pu sortir avec elle pour l'emmener au restaurant, une chose comme ça. Est-ce que vous croyez que parfois, enfin est ce que vous connaissez des gens qui parfois sacrifient un petit quelque chose pour euh pour les produits
 - *Si, moi je connais des gens au Congo comme ça, s'ils veulent que ça aille vite, donc*
- Ouais
 - *Ils mettent des chaussettes, plein de trucs*
- Ouais
 - *Pour transpirer*
- Et là ils sortent pas ? Le temps que ça agisse, quoi, le temps que le truc agisse... D'accord.
 - *Y'en a ils veulent que ça soit vite, rapide.*
- Ouais. Et là ils utilisent quoi alors, c'est là qu'ils utilisent le zazou ?
 - *Ouais les autres qui utilisent le zazou, là !*
- Y'en a encore qui utilisent le zazou ?
 - *Ouais y'a des gens qui utilisent le zazou, hein. (Brouhaha)*
- Ils appellent ça le maquis encore, comme c'est marqué dans les livres, dans le euh...
 - *Ouais*
- Mais ça, est ce que vous trouvez qu'il y en a moins, des gens qui font ça là-bas ?
 - *Hein hein, parce qu'il y a beaucoup de gens, maintenant, ils ont compris que ça ça attaque la peau...*
- Ils ont compris que ça allait pas...
 - *Comme euh... La petite sœur de ma mère, quoi. Elle pour montrer jusqu'à quel point elle a eu de sérieux problèmes avec sa peau, c'est quand elle attrapé le cancer. Euh chaque soir elle faisait (...) de sucre, elle met de l'eau et tout, et je te jure le soir, avant de dormir, c'est comme si y'a quelqu'un il l'empêchait quoi ehh il va prendre quand même juste, il va faire, si vous êtes là elle fait semblant mais si vous êtes pas là elle prend elle met juste un peu parce que ça lui a vraiment fait des... je sais pas si ...*
- Des marques ?
 - *Tachée quoi !*
 - *Un casseur de peau ! même, là !*
- Ca a beaucoup abîmé sa peau
 - *Oui, et tout... Et jusqu'à temps que ma mère lui a dit : mais, au fait, regarde, tu t'es déjà gâtée. Tu commences à mettre celle-là, mais là aussi tu vas gâter, mais... elle arrivait même pas à abandonner ça !! C'est comme si elle est déjà, elle est **condamnée** à ça, quoi ! Elle-même elle dit que elle peut pas...*

- Elle arrivait même... Vous dites elle arrivait même pas à abandonner ça, c'est comme si elle était condamnée à ça...
 - o *Voilà ! Elle était condamnée à ça. Elle-même elle disait ça comme ça... Elle est liée à ça donc c'est comme un **pacte** qu'elle a fait...*
- Elle est liée à ça c'est comme un pacte qu'elle a fait...
 - o *Voilà*
- Waow ! C'est fort, ça. Mais ça c'est seulement une petite partie des gens ?
 - o *Elle arrive même pas à abandonner !*
- Et pourtant elle sait que c'est mauvais, elle le dit ?
 - o *Ouais elle regarde, elle regarde le miroir. Elle voit très bien que sa peau ça commence déjà à...*
- Hum
 - o *Parce qu'à un moment donné elle a, elle a... abandonné, elle a noirci d'une manière euh... c'est plus qu'avant ; et elle a continué encore*
- D'accord... Donc ça, ça ça veut dire qu'il y a des gens qui continuent alors même que ils voient bien que ça... ça fait du mal, quoi ? »

La question portait spécifiquement sur E6 mais l'exemple choisi a orienté vers des réponses très concrètes concernant le port de vêtements occlusifs pour accélérer le processus d'éclaircissement. Cependant, la suite de la discussion a vu émerger l'addiction à travers des expressions fortes : « être condamnée, passer un pacte... »

7. (Critère E8 de Goodman).

- « Et est ce que, vous connaissez des gens qui ont besoin, qui ont besoin euh de mettre de plus en plus fort ? Comme si au fur et à mesure ça devenait moins efficace, et ils avaient besoin de mettre plus fort ?
 - o *Oui,*
 - o *Oui*
 - o *Oui, y en a*
 - o *Mais y en a c'est plus les produits, c'est les injections !*
- Oui. Mais les injections, ça ... ?
 - o *Directement parce que là ça les éclaircit tout d'un coup. Ils deviennent blancs. Blanc comme vous, là !*
 - o *Haan !*
- Ah bon ?
- (...)
 - o *Moi ce que j'ai entendu aussi les Américaines elles font... »*

Le critère E8 (tolérance) est vérifié à divers moments des interviews. Ici, l'évocation de produits plus puissants mobilise rapidement trois images fortes : la piqûre, le produit qui rend blanc et l'Amérique. Trois « fantasmes », au sens commun du terme, incarnés en la personne du chanteur Michaël Jackson.

8. (Critère E9 de Goodman).

- « Alors une autre question, est ce que vous connaissez des gens, si jamais il y a plus de produits ils peuvent pas en mettre, ils deviennent énervés, irritables ?
 - o *Oui là y'en a*
 - o *Ca j'en ai vu !*
- Ca vous avez vu ?
 - o *Mais ils deviennent... Ils deviennent dingues, hein ! »*

Le critère E9 semble être présent chez certains utilisateurs de produits dépigmentants.

9. (Critères B et C de Goodman).

- « Euh est ce que, est ce que parmi les gens que vous connaissez qui... qui.... qui mettent beaucoup, est ce qu'il y en a, vous avez l'impression que avant, avant de les mettre le soir ils sont très énervés, très tendus etc., et puis après hop ils se relaxent ?
 - o *(Silence)*
 - o *Non*
- Non ?
 - o *Non*
- Non. D'accord. Euh... et en revanche, est ce que vous avez l'impression que quand les gens mettent les produits après ils se sentent bien, soulagés.... ? que ça leur... qu'ils se sentent bien de mettre les produits ?
 - o *(Brouhaha)*
- Une, une ? votre belle... Votre, ... Votre cousine ? Elle était soulagée ?
 - o *Oui, très très soulagée. Et elle adorait se mettre...*
- Elle adorait ça !
 - o *Elle c'était, ... C'était ça ou rien.*
- D'accord... C'était ça ?...
 - o *Ou rien !*

Là forme de l'entretien de groupe se prête mal à de telles questions, à tonalité affective et intime. Il est possible que le critère B soit rarement sinon jamais vérifié. Pour le critère C, la question est de savoir si une éventuelle sensation de plaisir et de soulagement est liée au pouvoir dépigmentant attribué aux produits, ou si elle serait identique avec n'importe quel cosmétique hydratant...

10. (Critères B, C, D, E6 et E8 de Goodman).

- « Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des gens qui perdent un peu le contrôle d'elles... d'eux-mêmes ? Quoi, c'est-à-dire que bon, c'est un peu n'importe... enfin comment dire, ils arrivent plus à se maîtriser, quoi ?... à cause des produits
 - o *Y a... Y a... Y'en a même ici... Y a une dame qui vient ici, elle elle dit que si elle met pas les produits elle ne peut pas être tranquille hein*
- Elle dit que si elle met pas les produits ?...
 - o *Si elle met pas les produits elle peut pas être tranquille*
- ... Elle peut pas être tranquille.
 - o *Il lui faut toujours les...*
- Il faut toujours

- ... *Quand elle en a pas il faut qu'elle aille chercher*
- *Oui*
- *(Approbations)*
- ... *C'est une **dépendance** terrible !*
- *Il y a une aussi, il y a une aussi qui dit, elle a tellement mis les produits forts forts, que là elle peut même pas mettre, il faut toujours qu'elle continue, elle mette ce qui est de plus en plus fort !...*
- *Ca c'est une dépendance terrible !*
- Ah elle dit ça ? Il faut mettre ce qui est de plus en plus fort ?
 - *Oui puisqu'elle a commencé avec ce qui est fort.*
 - *C'est vraiment une dépendance, c'est, **c'est plus que la drogue, ça !***
- Vous dites que c'est vraiment une dépendance et que c'est plus que la drogue ?
 - *Oui*
 - *Ben oui, hein !*
- Oui...
 - *Oui, oui...*
- C'est pas moi qui l'ai dit, alors...
 - ***C'est une addiction***
- C'est une addiction, vous dites. Bon, c'est pas moi qui l'ai dit...
 - *C'est, c'est une dépendance parce qu'on peut plus s'en passer !*
 - *Non c'est comme,... Ben oui....*
 - *Jusqu'à ce que la peau se dégrade ! On ne peut pas se...*
 - *(Brouhaha)*
 - *Donc, donc c'est terrible...*
- Vous trouvez que c'est une dépendance ?
 - *Oui c'est vraiment une dépendance. Il peut euh euh... Si la personne n'a pas assez d'argent, il préfère se euh... crever de faim et aller acheter les produits »*
 - *(Approbations)*
- Ah oui ! Oui, donc ça répond un peu à la question est ce qu'il y a des ... est ce qu'il y a des sacrifices qu'on est prêt à faire à cause des produits, vous dites oui, alors par exemple de pas manger pour acheter les produits comme une drogue, alors.... ?
 - *(Brouhaha, approbations)*
- (...)
- Mais il y a quand même pas des gens qui vont... qui vont j'sais pas qui vont voler ou... ou se prostituer pour faire ça ? Si ?
 - *Non. Pas dans ce sens là. Au fait la personne, la personne au fait, euh, son activité... si c'est une personne qui travaille, qui se prostitue, la personne va rester prostituée ! Mais c'est le revenu de son travail que... qu'il va dépenser pour acheter...*
- Pour les produits...
 - *Donc, il va pas aller se prostituer juste pour acheter un produit, mais c'est son... le revenu de son travail qu'il va faire que... C'est comme les fumeurs, c'est exactement pareil...*
- Ils peuvent pas s'empêcher de fumer.
 - *Non*
 - *Non*
- Enfin, ils arrivent à arrêter, de temps en temps.
 - *Oui. Moi j'ai fumé, j'ai arrêté*
- Voilà. Mais, pour arrêter, il faut faire un effort pour... décrocher, quoi.
 - *Voilà ! Exactement.*
 - *Et pour les produits c'est pareil. (Rires, approbations)*

- *Oui... Exactement !*
- Et c'est pareil pour les produits, alors ?
 - *Exactement / c'est la même chose...*
- Alors moi, c'est ça qui m'intéresse, hein. Et moi, je fais plus la comparaison avec l'alcool, parce que le tabac, on sait que c'est tout le temps mauvais. Bon. Donc il faudra arrêter complètement. Bon maintenant, bon, une cigarette par semaine, c'est peut-être pas dangereux, mais bon. On va dire que c'est tout le temps mauvais. Alors que, boire un peu d'alcool – pour ceux qui n'ont pas un interdit religieux, hein, j'parle – si c'est bien une fois de temps en temps boire un verre de vin, on sait que c'est pas grave. Et puis, on sait que il y a des gens qui sont alcooliques.
 - *Voilà*
- Donc, je me dis.... La question que je me pose un peu, c'est pour les produits c'est la même chose ?
 - *C'est pareil !*
- J'vois bien que, dans la rue, à... à... le boulevard de Strasbourg, y'a des produits éclaircissants partout. Donc, *un peu* éclaircissants. Et je me dis, peut être que c'est pas très dangereux de mettre un peu. Un tout petit peu, bon, comme ça... Et puis, y'a des gens qui deviennent un peu drogués avec ces produits. C'est donc ça un peu euh... la chose que je voulais.... que je veux tester, c'est pour ça que je vous interroge là-dessus. Et je vois que vous êtes d'accord avec moi, alors ?
 - *(Esthéticienne) Moi, je suis pas d'accord ! Parce que, les neurobiologistes, (j'étais au MEDEC, j'ai écouté, alors c'est encore récent) – les neurobiologistes, ils vous disent que c'est exactement la même chose le tabac, l'alcool, le haschich, l'opium, ça met de la dopamine... dans le cerveau, ce qui est le système de la récompense. Et puis les autres systèmes c'est la noradrénaline, et le troisième c'est la sérotonine, bon, mais c'est la dopamine – quand on a, quand on est en manque d'alcool, de tabac, bon c'est un système, c'est la dopamine qui fait que... on est comblé. Alors je me posais la question, est ce que vraiment on a la même libération...*
- (...)
 - *(Esthéticienne) Le bronzage, tout ce qui est dans, dans... dans l'image, l'excès, enfin tous les gens qui vont peut être avoir une fragilité ailleurs, et qui vont tomber dans l'addiction mais, je dirais, même, l'alimentaire... vous voyez, ça peut être euh...*
 - *C'est comme moi, quand j'suis maigre, je suis pas bien, hein !*
 - *(Esthéticienne) Dans la beauté, hein, c'est terrible !*
 - *...Ouais, moi aussi ouais !*
 - *... Ouais, quand j'suis maigre je suis pas bien... Tu vois, moi demain matin...*
- (...)
 - *(Esthéticienne) En salon de coiffure, vous pouvez écouter, euh...*
- Ouais ?
 - *(Esthéticienne) Vous... En esthétique ou en coiffure, vous voyez des femmes mais en larmes, hein, en larmes...*
 - *... J'suis pas bien, même dans ma tête. J'aime être ronde (...)*
 - *(Esthéticienne) ...Désespérées parce que le mari,(...)*
 - *... Et j'aime avoir des fesses, et tout... mais... là j'me trouve pas bien... Parfois quand j'ai maigri, je porte quelque chose de ample, ça me cache un peu...*
 - *(Esthéticienne)...Va chercher une autre jeune, ou une autre blonde, etc... (...)* c'est le schéma classique, hein. Le type s'est barré avec une blonde jeune, la femme elle va se faire des mèches, elle va faire tous les régimes possibles pour récupérer son mari...

- Donc, votre idée, c'est de généraliser un petit peu ça ?
 - *Là c'est parce que, la le thème c'est parce que euh... les hommes ils veulent des femmes plus claires, euh, chez nous ils vont les vouloir plus jeunes, plus blondes, enfin voilà c'est pareil...*
 - C'est pareil ?
 - *(Esthéticienne) C'est pas pareil, parce que là il y a des conséquences comme vous dites, plus, plus... mais... c'est un drame de la beauté !*
 - C'est le drame de la beauté
 - *(Esthéticienne) C'est un drame du joug de l'apparence et de...*
 - Fashion victim...
 - *(Esthéticienne) ... et de l'image. C'est euh... Moi j'le vois aussi bien que les jeunes que les moins jeunes. Bon, ça y est les talons c'est revenu, elles marchent là, elles se tordent toutes les pieds dans le salon à tomber, à se déhancher la colonne elle fait des 8, tout est dans...*
 - Mais est ce que vous êtes d'accord avec ça ? Avec l'idée que, au fond, c'est tout la même chose ? Moi je, je, euh, enfin... J'me pose la question. C'est vrai qu'on peut tout mettre dans un sac un peu général, ça peut être intéressant.
- (...)
- *Quand quelqu'un il fume, tu lui dis que c'est dangereux, qu'il faut qu'il arrête, il est pas bien, il est pas d'accord avec toi, ou euh, il prend mal directement.*
 - *Ils le prennent très mal !*
 - *Voilà ils le prennent très mal, quand tu dis hein c'est pas bon il faut arrêter, ils le prennent directement mal. Comme la personne aussi qui s'éclaircit, que tu lui dis d'arrêter, il le prend mal aussi !*
 - *Voilà !*
 - *Pourquoi tu veux que j'arrête, c'est mon argent ! C'est ma peau, et... c'est presque la même chose, quoi, c'est presque le même truc...*
 - *J'ai une collègue, qui fume, beaucoup, et je lui ai dit mais écoute, Virginie, arrête, tu... tu... tu fumes un peu trop là, elle me dit de toutes façons, si je travaille, je suis en train de cotiser là, et je serai soignée à ma retraite*
 - *Elles le prennent mal, hein, elles le prennent mal*
 - *(Esthéticienne) Ouais ça revient souvent, ça, c'est vrai*
 - *Ouais, elle m'a dit ça... J'étais scotchée donc...*
 - *Bon les produits aussi, c'est la même chose ! J'ai dit à la personne arrête les produits, c'est pas bien, c'est dangereux, ben elle les prend aussi mal, moi je veux que,... moi je lui ai dit comme ça et... elle veut pas savoir...*
- Mais alors ce qui, ... ce qui... serait intéressant
 - *Elle sait que c'est dangereux mais, elle les cache, quoi, elle veut...*
 - Ouais
 - *Elle veut pas montrer que oui c'est dangereux, quoi, mais je les mets... Non, elle les cache !*

La question initiale portait sur le critère D mais les réponses ont tout de suite dévié vers les critères B et C (« si elle ne met pas les produits, elle ne peut pas être tranquille »), puis E8 (tolérance). Rapidement alors ont surgi les mots « dépendance », « drogue » et « addiction ». Sans doute les mots eux-mêmes ont-ils délié le souvenir – ou l'imagination puisque le sacrifice de certaines activités à la pratique de la DV (critère E6) a été revu à la hausse : certains préfèrent « crever de faim » et acheter les produits. Cette notion n'est pas

fantaisiste, étant donné l'importance du budget consacré à l'achat des produits d'après certains travaux (Mbemba). Toutefois, les participantes ne considèrent pas qu'on aille jusqu'à voler ou se prostituer uniquement pour les produits.

Rebondissant sur la comparaison avec le tabac, nous en avons suggéré une autre avec l'alcool. L'objectif était de revenir sur la question pratique : comment pourrait-on consommer raisonnablement des dépigmentants ?

A ce stade, l'esthéticienne est intervenue une nouvelle fois. D'une part pour réfuter l'application à la DV du concept d'addiction, au nom de la conception neurobiochimique de cette dernière. D'autre part, riche de son expérience propre, pour inclure la problématique de la DV dans un ensemble plus général référé aux dictatures de la beauté, de la mode et de la séduction, sur des personnalités fragilisées : la recherche d'un teint clair rejoint celles des cheveux blonds ou du bronzage ; les trafics de dépigmentants illégaux sont comparables aux trafics de toxine botulique et aux autres pratiques clandestines de chirurgiens indéclicats. Ces remarques sont bien fondées. On peut aussi leur attribuer un caractère quelque peu défensif : généraliser, rationaliser, banaliser sont des moyens d'échapper à l'embarras que suscite toujours la question spécifique du souhait impérieux de s'éclaircir chez les femmes ou les hommes noirs.

Enfin, la dernière partie du dialogue suggère que l'injonction à se défaire de la DV, à l'instar d'autres comportements addictifs, risque d'être mal reçue par ses adeptes, et ce même si elle est fondée sur des arguments sanitaires. Autrement dit, le défaut d'efficacité des discours de lutte contre la DV ne tient pas seulement à l'éventuelle interprétation ethnique qu'ils véhiculent.

3.6 Analyse des échanges : autres aspects

Le matériel issu de ces entretiens renferme, outre les indices d'une dimension addictive de la DV, des éléments concernant d'autres aspects de la pratique. Certains pourraient être utiles à notre réflexion :

Embarras et intérêt.

Le balancement entre l'intérêt pour la DV et l'embarras qu'elle suscite s'est traduit, au cours du premier entretien, par une alternance répétée entre ce sujet et d'autres. La DV a ainsi été abordée puis abandonnée à sept reprises, parfois assez abruptement (« *Bon, on laisse tomber...* »).

Informations et connaissances

Les femmes interrogées connaissent manifestement bien les pratiques, qu'elles y aient eu recours elles-mêmes ou des membres de leur entourage proche. Certaines complications ont été bien observées, comme la fragilité induite par les dermocorticoïdes. Néanmoins, il reste une large méconnaissance des produits utilisés et de leurs risques propres. L'hydroquinone, seul actif dépigmentant cité, est généralement accusée de tous les maux – dont le cancer – alors que les dermocorticoïdes sont inconnus en tant que tels, et leurs effets systémiques ignorés.

La possibilité de se blanchir par voie interne (en « mangeant » ou en injectant les produits) est parfois évoquée. Il est difficile de démêler ici le fantasme de la réalité. Les injections de corticoïdes retard auxquelles il est parfois fait allusion sont utilisées médicalement pour traiter les chéloïdes et les cicatrices hypertrophiques, particulièrement fréquentes sur peau noire. A notre connaissance, leur efficacité dépigmentante est surtout locale, et la corticothérapie générale est en tout cas loin de pouvoir rendre les gens « complètement blancs ». Les corticoïdes généraux sont parfois employés par des femmes pour provoquer une surcharge graisseuse des hanches, afin d'acquérir une silhouette en accord avec les canons esthétiques de certains milieux africains (Ly). Des dérivés de l'hydroquinone absorbés par voie systémique sont en principe capables de provoquer des dépigmentations profondes et profuses. Nous n'avons connaissance d'aucune publication faisant état de telles pratiques actuellement en Afrique. Il est possible qu'elles existent de manière marginale et clandestine.

Perception et dénomination

Le vocabulaire utilisé par les participantes donne quelques indications quant à leur perception de la DV. Sur l'ensemble des deux interviews, le verbe « éclaircir » et les substantifs ou adjectifs qui en dérivent sont employés 25 fois. En comparaison, les dérivés de « blanchir » apparaissent seulement 4 fois, pour désigner les pratiques jugées excessives – et qui font devenir « *blanc comme vous...* ». Le blanchiment paraît donc connoté d'une dimension d'identité ethnique qu'on s'empresse de dénier. Findlay en 1975 avait déjà souligné que les usagers des produits souhaitaient s'éclaircir, et non pas blanchir (« ... *but it would be mistaken to see the choice as lying between black and white* »). On peut voir là tout aussi bien un constat objectif (chromatiquement, personne n'est vraiment blanc, ni noir) qu'une forme d'euphémisation dont l'auteur, dans le contexte sud-africain des années 1970, était certainement conscient : il dénonce par exemple dans un article ultérieur une éloquente

publicité pour une crème blanchissante : sous le texte « *Successful people use XXX, the best skin lightening cream in the world* », on y voit un médecin et une infirmière totalement dépigmentés, calmes et sûrs d'eux, en train d'examiner un patient noir hébété, « *dark complexioned, presumably sick, unsuccessful, rather stupid and worried-looking* »... (Findlay 1980)

Les autres termes utilisés pour décrire les effets des dépigmentants évoquent volontiers dégradation, destruction ou violence. En contrepoint de la beauté, ces mots traduisent une réelle ambivalence. Le premier produit qui vient à l'esprit après l'hydroquinone est la Javel. Décaper ou décapage apparaissent 20 fois. On parle aussi de *détruire, abîmer, brûler, gâter, attaquer, dégrader, peler, blesser, changer, enlever* ou *casser la peau*, de *voir la peau partir*. Il paraît peu probable que le choix de ces mots ne reflète qu'une adhésion superficielle et insincère à la condamnation habituelle de la pratique. D'autant que plusieurs participantes évoquent une « *odeur dégueulasse* », des produits ou un peau « *qui puent* ».

De la pudeur à la honte

Figurent dans les entretiens 6 passages de « confession » à la première personne du singulier, qui émanent en fait de 3 femmes seulement. On trouve aussi des dénégations (« *pas moi* »), et surtout de très nombreuses évocations indirectes ou collectives : *les autres, des gens, y'en a qui, des hommes, des femmes, nous, on, tu, il, ils, elles, tout le monde, quelqu'un, des gens, une sœur, la petite sœur de ma mère, mon mari, ma cousine, une copine à mon père, une dame quand j'étais au pays, des filles là-bas au pays, une ou deux personnes dans mon entourage* etc. Une grande partie de ces interventions émanait probablement de femmes se dépigmentant peu, voire pas du tout, et qui se positionnaient réellement en observatrices. Les rares femmes présentes qui, à nos yeux, se dépigmentaient manifestement « à outrance » sont restées silencieuses.

Au-delà de la simple pudeur, honte ou culpabilité sont apparues, lors du premier entretien, à propos d'une des participantes. C'était une femme d'allure très juvénile, à la peau très claire, et dont la silhouette presque chétive contrastait avec une grosseur proche de son terme. Contrairement aux deux femmes évoquées plus haut, nous n'avions pas reconnu chez elle les signes typiques d'une DV intense. Objectivement, il nous était impossible de décider si elle s'éclaircissait ou non. Mais en tout cas, l'ensemble des participantes ne souscrivait pas à l'idée d'une clarté naturelle, comme en témoignent les deux moments de discussion autour de ses questions :

- Qui d'autre avait quelque chose à dire sur les produits ?
 - *Oui, c'est à moi !*

- Ah Madame ! Madame a quelque chose à dire sur les produits
- *Non, non. Au niveau de mon couleur. Moi, je n'étais pas claire. Mais avec la grossesse, tu vois que je suis bien claire*
 - *(Femme Algérienne) Et bien c'est normal, la grossesse...*
- Plus claire avec la grossesse ?
- *Oui, je sais pas pourquoi... Alors que c'est les mêmes pommades que je mets...*
- C'est une pommade éclaircissante, que vous mettez ?
- *Non ! non*
- C'est quoi ? C'est quoi, comme crème ?
- *Moi je prends le lait de bébé...*
- Ouais. Nous en général on constate que la peau – pour les blancs – a tendance à devenir plus foncée ici, les seins, les mamelons etc. pendant la grossesse. Mais en général on n'a pas l'impression que ça s'éclaircisse... mais, j'ai pas de réponse à votre question. Mais peut-être... Ca fait longtemps que vous êtes en France ?
- *Non, pas trop*
- Pas trop ! C'est pour ça que votre peau elle s'éclaircit, parce qu'il y a pas de soleil... C'est un climat où la peau s'éclaircit... Voilà... C'est ça plutôt que la grossesse, à mon avis.
- (...)
- *Bon si moi j'accouche comme ça, c'est quelle pommade je dois prendre ?*
 - *(désapprobation) Ah ! il n'y a pas !*
- Pour après l'accouchement ?
- *Oui*
 - *(brouhaha)... ça lui va bien maintenant...*
- Un lait hydratant ou une crème hydratante qui vous convienne
- *(Lisa) Là, qu'est ce que tu mets comme pommade ?*
 - *Ecoute moi bien, je te parle de mon cas, la grossesse transforme le teint d'une femme en règle générale, hein. Et comme il s'avère que tu es grosse et tu es malade, tout ça ça peut être des facteurs qui peut te faire avoir ce teint pâle*
 - *(Lisa) mais parce que tu crois qu'elle met pas un produit ?*
 - *Non, je mets pas*
 - *Oui, on a l'impression, on regarde tes yeux, ici, là, on a l'impression que tu... c'est comme si tu mets les produits... (brouhaha) ... Parce que moi je vois des gens qui ont mal aux yeux, (brouhaha confus)*
- Donc, vous aimeriez trouver un produit pour être moins claire ?
- *(Silence)*
- Non ? Vous aimeriez trouver un produit pour être moins claire ?
- *Tu vas le trouver. Quand tu vas accoucher, tu vas le trouver ! (Rire) C'est pas possible, hein ! (Rire) Chacun son souci. Y'en a qui veulent être blanches, y'a quelqu'un qui veut être claire (lapsus ?). (Rires). Tu es bien comme ça...*
 - *Il faut demander à ton bébé pourquoi tu es claire comme ça ! (Rires)*

L'image de vulnérabilité de cette petite femme toute jeune, enceinte et séropositive, a manifestement suscité un comportement protecteur de notre part, quand nous nous sommes saisis la première rationalisation possible pour écarter l'hypothèse de la DV, alors même qu'un éclaircissement dû à la grossesse nous semblait paradoxal. L'irritation d'une des participantes (*Ah ! il n'y a pas !*) est manifeste quand elle revient elle-même sur la question. Commence alors une mise au point sous forme d'interrogatoire public, que nous ressentons un peu comme : « tu est culottée, tu a berné le docteur, mais il ne faut pas exagérer... ». Puis une

participante intervient, avec l'autorité d'une femme d'expérience, pour la protéger de la suspicion générale. Restent, pour finir, le doute et l'ironie qui s'expriment chez les autres.

3.6 Conclusion

Au terme de ces deux entretiens, il apparaîtrait que la DV est comparée, par certaines femmes africaines, à un comportement addictif. Certes, notre attitude a pu largement suggérer, voire induire cette idée, surtout dans le contexte transférentiel impliqué par notre position de médecin. Mais la démarche employée relevait plutôt d'une sorte de maïeutique, visant à faire éclore une idée généralement enfouie sous un nuage de lieux communs consensuels concernant la beauté, la mode et la séduction. D'ailleurs, rien n'interdit d'appliquer à d'autres pratiques d'« embellissement » la même grille de lecture – comme cela a pu être fait pour le bronzage (Whartan).

Il reste que cette hypothèse demande à être encore testée et affinée. Quelles seraient les particularités de cette nouvelle forme d'addiction ? A quelle proportion d'utilisateurs de dépigmentants s'appliquerait-elle ? Quelles en seraient les implications ?

4 ENQUETE « SABOURAUD »

4.1 De l'hypothèse aux objectifs

Introduction :

Le but de ce second volet du travail était de tester l'hypothèse addictive sur un grand nombre de sujets pratiquant la DV. Deux difficultés ont été déterminantes pour le choix de l'hypothèse opérationnelle et des méthodes.

Le premier écueil concerne l'informativité des résultats. L'application quotidienne de crèmes, huiles ou laits sur l'ensemble du tégument n'est pas l'apanage exclusif des personnes qui veulent éclaircir leur teint. De fait, la très grande majorité des femmes et des hommes noirs appliquent régulièrement des produits émollients, mais beaucoup n'attendent pas d'effet sur leur pigmentation : il s'agit seulement de lutter contre la sensation de sécheresse et la desquamation physiologique ou exagérée qui confère aux peaux foncées un aspect terne ou grisâtre, inesthétique. Si une enquête confirme la nature addictive du comportement qui consiste à s'appliquer régulièrement des produits éclaircissants, qu'est ce qui permettra d'affirmer que les applications d'émollients, elles, ne relèvent pas de l'addiction ? Si l'usage des cosmétiques dans le cadre de la DV présente un caractère addictif, cela pourrait-il être en rapport, dans une population noire, avec des facteurs culturels indépendants du souhait de s'éclaircir ? Ou plus généralement, avec l'usage des cosmétiques en lui-même, quelle que soit la couleur de peau ?

Le deuxième écueil réside dans la sélection des populations à étudier. Il est difficile de faire appel à un critère objectif définissant qui se dépigmente, sauf à sélectionner des personnes ayant acheté des produits donnés (encore peuvent elles les avoir achetés pour quelqu'un d'autre) ou présentant des complications objectives de la DV. La mise en œuvre de ces deux méthodes soulève des difficultés majeures. D'un autre côté, demander directement aux personnes de préciser si elles éclaircissent leur peau est délicat et expose, dans le cadre d'une enquête en population générale, à des réactions de rejet, des dénégations et des réponses approximatives.

Afin de contourner ces deux écueils, nous nous sommes proposés de rechercher, dans une population d'utilisateurs de cosmétiques non sélectionnée par la couleur ni par les pratiques cosmétiques, un paramètre « addictif » dont la distribution ne serait pas liée au hasard mais corrélée à l'attente d'un effet éclaircissant des cosmétiques. Cela conduit à poser l'hypothèse générale suivante :

L'usage de cosmétiques sur un mode addictif est lié au désir de s'éclaircir.

Objectif Principal

L'hypothèse générale ci-dessus appelle une étude comparative visant à tester une hypothèse opérationnelle du type :

L'attente d'un effet éclaircissant des cosmétiques est plus fréquente dans une population qui consomme les cosmétiques de manière addictive que dans une population qui les consomme de manière non addictive

Objectifs secondaires

Il est indispensable de vérifier, à l'aide d'analyses multivariées, dans quelle mesure d'autres facteurs peuvent être liés à un usage addictif des cosmétiques dans la population considérée :

- caractéristiques « démographiques »
- autres motifs d'utilisation
- pratiques
- perception des effets des produits

4.2 Méthode

Choix du cadre

Nous avons cherché un cadre permettant d'atteindre rapidement, en un lieu unique, une importante population noire qui ne soit pas surprise par le sujet du questionnaire et qui dispose d'un peu de temps pour le remplir. La salle d'attente d'un centre de dermatologie répondait parfaitement à ces caractéristiques.

Le centre Sabouraud est un dispensaire de dermatologie privé à but non lucratif, fonctionnant en association de type « loi de 1901 ». Ses locaux sont situés dans le carré historique de l'Hôpital Saint-Louis. Il accueille environ 1500 patients par mois, répartis entre une trentaine de consultants. Il est particulièrement spécialisé dans la pathologie du cuir chevelu, et abrite une intense activité de publication et de recherche clinique sur le sujet. Parmi les autres activités, la consultation spécialisée « peau noire » répond à un besoin fréquemment exprimé par des patients ou par des médecins correspondants ; 3 dermatologues (dont nous-mêmes) y consultent une fois par semaine.

Choix du critère d'addiction (variable dépendante).

Le questionnaire « CAGE » sur l'alcool a été retenu en raison de sa simplicité de mise en œuvre. CAGE est un acronyme formé à partir des quatre questions composant le

questionnaire : Cut-down ; Annoyed, Guilty, Eye-opener. Sa sensibilité et sa spécificité, par rapport aux critères de dépendance à l'alcool du DSM-III-R, ont été évaluées respectivement entre 75 et 85% et entre 85 et 95 % (Malet). Il a été comparé aussi aux critères du DSM-IV et largement utilisé comme outil de dépistage de l'addiction aux boissons alcoolisées (Aergeerts). Une traduction française a été validée avec des valeurs comparables, sous l'acronyme « DETA » (*In Malet*). Plusieurs autres versions francophones sont disponibles dans la littérature médicale (par exemple « ACME »), avec parfois des différences sensibles. A titre de comparaison, en voici trois – dont une adaptée pour les drogues :

1. **Cut down.** Have you ever felt you should cutdown on your drinking ? (Malet)
2. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (Paille)
3. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool ? (Gache)
4. Avez vous jamais senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ? (CAMH)
1. **Annoyed.** Have people annoyed you by criticizing your drinking ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches ?
4. Est-ce que des personnes vous ont importuné en vous critiquant au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
1. **Guilty.** Have you ever felt bad or guilty about your drinking ?
2. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
3. Vous êtes vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?
4. Avez-vous jamais éprouvé des remords ou de la culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
1. **Eye opener.** Have you ever had a drink in the morning to get rid of a hangover ?
2. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
3. Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?
4. Avez-vous déjà commencé la journée en buvant ou en prenant des drogues pour vous donner de l'aplomb ou pour diminuer la sensation de gueule de bois ?

La version adaptée au bronzage est présentée Annexe IV :

1. Do you try to cut down on the time you spend in the sun, but find yourself still suntanning?
2. Do you ever get annoyed when people tell you not to sun tan?
3. Do you ever feel guilty that you are in the sun too much?
4. When you wake up in the morning do you want to sun tan?

Voici enfin la version que nous avons élaborée pour les cosmétiques (voir Annexe V) :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter d'appliquer des crèmes, laits ou huiles sur votre peau ?
2. Vous êtes vous déjà senti(e) contrarié(e) parce que votre entourage vous faisait remarquer que vous utilisez trop de crèmes, laits ou huiles pour votre peau ?
3. Vous êtes vous déjà reproché à vous-même d'utiliser trop de crèmes, laits ou huiles pour votre peau ?
4. Vous arrive-t-il, en vous réveillant le matin, de penser déjà aux crèmes, laits ou huiles que vous allez appliquer sur votre peau dans la journée ?

La difficulté majeure, pour des comportements comme l'usage de cosmétiques ou les bains de soleil, est manifestement l'adaptation du critère N°4. Nous avons essayé de la contourner de la même manière que pour le bronzage, en évoquant une préoccupation, dès le réveil, pour les cosmétiques utilisés plus tard dans la journée. On pourrait en effet considérer que le caractère matinal de l'utilisation des cosmétiques est en lui-même banal, contrairement au fait que l'anticipation de leur utilisation puisse occuper la pensée du sujet. Les limites de la démarche analogique avec l'alcool restent toutefois évidentes.

L'addiction était définie par était la présence de réponses positives à au moins 2 des 4 questions. Ce seuil est celui habituellement retenu pour les études sur l'alcoolisme, et qui a été utilisé aussi pour l'enquête sur le bronzage (Whartan). Pour l'interprétation des questionnaires incomplètement remplis, l'absence de réponse a été considérée comme une réponse négative.

Elaboration du questionnaire (Annexe V)

Le questionnaire comporte des renseignements démographiques limités au sexe et à l'âge. La désignation de la couleur de peau a été remplacée par la mention de la consultation fréquentée (« consultation peau noire » ou autre). Ce choix pourrait traduire un excès de précaution et d'embarras de notre part, mais aussi de la crainte de susciter des questions difficiles ou ambiguës, voire des rejets. En pratique, les personnes d'origine antillaise ou africaine représentent chacune environ 50% des patients attendant une consultation « peau noire », mais une proportion non négligeable d'entre elles fréquentent aussi d'autres consultations. Enfin, les habitudes cosmétiques concernant la peau et le cuir chevelu sont brièvement questionnées.

Les variables indépendantes sont principalement les effets attendus des cosmétiques. On peut répondre positivement à chacun d'eux en cochant une case. 17 items sont proposés, plus une réponse libre. L'objectif principal est de mettre en évidence une plus grande fréquence du souhait d'avoir la peau plus claire chez les sujets présentant au moins 2 critères

CAGE. Les autres items ont été choisis en essayant de balayer l'ensemble des motifs d'utilisation des cosmétiques, tant chez des Noirs que chez des Blancs. Certains d'entre eux semblent a priori plus liés à la peau blanche (rougeur, rides...). D'autres paraissent plus indifférents (fermeté, confort...). D'autres enfin nous semblaient pouvoir être liés à la peau noire ; en particulier, les recherches de luminosité, d'uniformité et de beauté comme métaphores possibles de la recherche de clarté chez les femmes noires.

Trois autres variables ont été choisies parce qu'elles paraissent en lien avec la pratique de la DV : changements fréquents de produits, réalisation de mélanges, applications malgré une notion de danger pour la santé. Une éventuelle corrélation entre désir de clarté et CAGE ≥ 2 serait renforcée par un lien avec ces variables, qui corroborerait l'hypothèse d'une dimension addictive de la DV

Un certain nombre d'ajouts et de modifications ont été effectués après avoir testé une première version du questionnaire auprès de 12 membres du personnel hospitalier de l'hôpital Saint-Louis. La mention de l'âge a été remplacée par des tranches d'âge sur proposition d'infirmières, option en fait discutable. Des items peu informatifs pour l'objectif principal, concernant les dépenses et les principaux motifs d'insatisfaction, ont été ajoutés dans le dessein d'éveiller ou renforcer l'intérêt et la motivation des personnes interrogées. Ils ont été utilisés aussi pour explorer de façon plus générale l'usage des cosmétiques et la perception de leurs effets chez les consultants « peau noire ». Une seconde étude a donc été conduite à partir de ces renseignements. Son résumé, soumis à un congrès de dermatologie, figure en Annexe VII.

Déroulement de l'enquête.

La population d'étude était celle des patients présents en salle d'attente du centre Sabouraud et qui acceptaient de remplir un questionnaire écrit. Ce dernier leur était systématiquement remis par le personnel de l'accueil lors de l'inscription, accompagné d'une feuille d'explications et de remerciements affichée aussi sur le comptoir d'accueil. La consigne était de ne pas sélectionner les patients, ni selon leur couleur de peau, ni selon l'âge, le sexe ou toute autre caractéristique. Il était seulement précisé qu'une personne donnée ne pouvait remplir qu'un seul questionnaire pendant la durée de l'étude. Des stylos étaient donnés en cas de besoin.

Les feuilles remplies devaient être remises dans une urne en carton et papier d'emballage, percée d'une fente et posée à l'entrée du centre. L'urne a été relevée chaque semaine.

Tous les questionnaires remis dans l'urne pendant le mois d'avril 2007 ont été recueillis. Sur 818, 24, restés totalement vierges (aucune réponse), ont été écartés de l'analyse. Les 794 restants ont été pris en considération.

Le traitement des données et l'analyse statistique ont été réalisés par le Département de Biostatistiques et d'Informatique Médicale de l'Hôpital Saint-Louis, grâce au précieux concours du Professeur S. Chevret et de Madame J. Lejeune, que nous remercions vivement. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des méthodes statistiques. Le test du χ^2 a été employé pour la comparaison univariée des variables binaires. Les analyses multivariées ont déterminé des odds ratio avec leur intervalle de confiance à 95 %.

4.3 Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

Parmi 794 questionnaires, 197 (25.6%) ont été remplis par des hommes et 574 (74.4%) par des femmes. 187 personnes interrogées (23.8%) étaient âgées de 15 à 25 ans, 223 (28.3%) de 26 à 35 ans, 159 (20.2%) de 36 à 45 ans, 96 (12.2%) de 46 à 55 ans et 122 (15.5%) d'âge supérieur à 55 ans.

500 personnes attendaient pour une consultation « cuir chevelu », 199 pour une consultation « peau noire », 77 pour une consultation « acné », 5 pour une consultation « psychosomatique », 119 pour une autre consultation ; enfin cette donnée manque dans 21 cas. En fait, les réponses mélangeaient souvent le type de consultation attendue avec le motif de la venue : parmi les 199 personnes qui déclaraient consulter pour la peau noire, 81 signalaient un autre motif de consultation.

45 personnes ont déclaré utiliser des cosmétiques dans le but d'avoir une peau plus claire, parmi lesquelles 25 attendaient une consultation « peau noire » (soit 12,6% de cette population).

408 personnes n'ont répondu positivement à aucun critère CAGE, 221 à un seul critère, 81 à 2 critères, 39 à 3 critères et 10 à 4 critères (les 35 questionnaires ne comportant aucune réponse aux critères CAGE ont été exclus de l'analyse ; dans 9 autres, seules certaines réponses manquaient et ont été considérées comme négatives).

Analyses univariées (Annexe VI)

Les lignes surlignées dans le tableau 2 de l'annexe VI montrent que **l'hypothèse principale de cette étude est vérifiée**. Parmi les 629 personnes ayant 0 ou 1 critère CAGE, seules 23 déclarent attendre un effet éclaircissant des cosmétiques ; alors que parmi les 130

sujets ayant au moins 2 critères CAGE, 21 déclarent souhaiter un tel effet (1/45 a été exclue de l'analyse pour n'avoir répondu à aucun critère CAGE). Inversement, seules 15% des personnes ne souhaitant pas éclaircir présentent un score CAGE ≥ 2 , contre 48% de celles qui le souhaitent. Ces différences sont statistiquement significatives ($p < 0.0001$).

L'analyse des critères secondaires nous montre également que le comportement addictif (score CAGE ≥ 2) est corrélé à un âge ≤ 45 ans ($p = 0.012$) mais pas au sexe ($p=0.43$). Il est corrélé au fait d'attendre une consultation « peau noire » (45,4% des consultants peau noire vs 21,8% des autres, $p < 0.0001$), au souhait d'avoir une peau plus belle ($p=0.0001$), plus hydratée ($p<0.0001$), plus lumineuse ($p=0.0003$) et moins grasse ($p=0.0009$), au fait de n'être pas satisfait des cosmétiques utilisés ($p<0.0001$), à un changement de crèmes plus fréquent ($p<0.0001$), au fait de penser que les crèmes utilisées sont mauvaises pour sa santé ($p<0.0001$), à l'utilisation de mélange de crèmes ($p<0.0001$) et au fait d'être toujours à la recherche du produit idéal sans jamais le trouver ($p<0.0001$). Ces 5 derniers items sont quant à eux fortement corrélés au fait de fréquenter une consultation « peau noire ».

Les effets recherchés dans les cosmétiques varient selon que les patients se rendent à une consultation « peau noire » ou à une autre consultation (voir Annexe VII). De façon non surprenante, les patients fréquentant la consultation « peau noire » expriment moins d'attentes concernant les rides et les rougeurs et plus d'attentes concernant la clarté ($p = 0.043$) et l'uniformité du teint. Ils ont aussi moins d'attentes concernant la peau sensible, et plus concernant la peau grasse. Enfin, la recherche d'une peau plus belle est un motif d'utilisation des cosmétiques significativement plus exprimé par les consultants « peau noire » que par les autres. En revanche, il n'existe pas de différence significative pour les recherches de confort, douceur, hydratation, luminosité, résistance, finesse, fermeté, jeunesse, souplesse, sécheresse et autres.

Les effets recherchés dans les cosmétiques varient aussi selon le sexe. Pour les recherches de la clarté, de l'uniformité et de la beauté, il existe une tendance à plus de réponses positives chez les femmes mais le seuil de significativité n'est atteint que pour la beauté, peut-être par manque de puissance statistique dans les autres catégories, où l'effectif est plus faible.

Analyses multivariées

Les différentes variables prédictives de l'addiction ont été intégrées dans différents modèles d'analyses multivariées. L'étude de ces analyses multivariées nous a permis

d'identifier les facteurs prédictifs d'addiction décrits dans le tableau ci-dessous. Ce modèle prend en compte 665 observations, 551 CAGE < 2 et 114 CAGE ≥ 2.

FACTEURS	Odds Ratio	IC 95% de l'Odds Ratio
Souhait Peau Plus Claire	2.998	1.407 ; 6.388
Souhait Peau Plus Belle	2.027	1.272 ; 3.230
Pas Changer Souvent	0.538	0.329 ; 0.879
Savoir Mauvais pour la Santé	3.334	1.843 ; 6.034
Trouver Parfois l'Idéal	0.508	0.311 ; 0.830
Trouver définitivement l'Idéal	0.175	0.075 ; 0.406

Ces résultats montrent que l'addiction est prédite par le souhait d'avoir la peau plus claire et plus belle, de changer souvent de crème, de savoir que ces applications sont mauvaises pour la santé et d'être toujours à la recherche du cosmétique idéal, sans le trouver.

Nous avons testé le modèle ci-dessus en prenant en compte séparément les questionnaires complétés par les patients attendant une consultation « peau noire » (population noire à 100%) et par ceux attendant d'autres consultations (population mixte) :

a) Sur 490 patients n'attendant pas pour une consultation « peau noire », 429 (87,6%) ont un score CAGE < 2 et 61 (12,4%) un score CAGE ≥ 2. Nous observons dans cette population que le comportement addictif est corrélé aux mêmes facteurs prédictifs que dans l'ensemble de notre population d'étude : l'addiction est prédite par le souhait d'avoir la peau plus claire et plus belle, de changer souvent de crème, de savoir que ces applications sont mauvaises pour la santé et de ne pas avoir trouvé le cosmétique idéal :

FACTEURS	Odds Ratio	IC 95% de l'Odds Ratio
Souhait Peau Plus Claire	6.101	2.016 ; 18.465
Souhait Peau Plus Belle	2.062	1.131 ; 3.761
Pas Changer Souvent	0.461	0.247 ; 0.861
Savoir Mauvais pour la Santé	3.240	1.415 ; 7.419
Recherche de l'Idéal :		
Trouver Parfois l'Idéal	0.43	0.222 ; 0.831
Trouver l'Idéal	0.185	0.0071 ; 0.482

b) Sur 175 observations prises en compte parmi les consultants « peau noire », 122 (69,7%) ont un score CAGE < 2 et 53 (30,3%) un score CAGE ≥ 2. Dans la population des consultants pour peaux noires, nous remarquons en revanche que le souhait d'une peau plus claire n'apparaît plus significatif ; seul le fait de continuer à appliquer des produits en sachant qu'ils sont « mauvais pour la santé » est un facteur prédictif de l'addiction.

FACTEURS	Odds Ratio	IC 95% de l'Odds Ratio
Souhait Peau Plus Claire	1.421	0.518 ; 3.897
Souhait Peau Plus Belle	1.703	0.816 ; 3.554
Pas Changer Souvent	0.669	0.3000 ; 1.494
Savoir Mauvais pour la Santé	3.834	1.69 ; 8.699
Recherche de l'Idéal :		
Trouver Parfois l'Idéal	0.593	0.279 ; 1.259
Trouver l'Idéal	0.139	0.016 ; 1.189

Ce résultat surprenant pourrait être lié à un manque de puissance statistique sur une population moins importante. Une autre explication serait que les patients noirs attendant pour une consultation « peau noire » soient plus réticents à déclarer attendre un effet éclaircissant des cosmétiques que ceux consultant dans d'autres secteurs ; cependant, rien ne suggère une telle différence. Plus logiquement, on peut imaginer que la dimension addictive de l'usage des cosmétiques soit une spécificité des patients noirs, et non des patients qui cherchent à s'éclaircir. Ainsi, une corrélation du score CAGE avec le souhait de s'éclaircir n'apparaîtrait, dans la population générale des consultants, que parce que seuls des Noirs cherchent à s'éclaircir tandis que dans une population noire à près de 100%, la corrélation disparaîtrait. Le nombre significativement plus élevé de scores CAGE ≥ 2 dans la population « peau noire » (voir Annexe VI 1/3, p.86) est compatible avec cette explication mais n'en prouve pas la justesse. Seules des analyses prenant en considération un item « couleur de peau » permettraient de vérifier cette hypothèse ; notre protocole expérimental ne les permet malheureusement pas. Enfin, le choix des paramètres utilisés pour l'analyse multivariée peut être interrogé : l'item « être certain que les produits sont mauvais pour la santé et les continuer quand même » est redondant avec les critères CAGE ; c'est une sorte de synonyme, une autre formulation de l'addiction, et non un paramètre dont la valeur prédictive peut être comparée au souhait d'avoir une peau plus claire.

4.4 Conclusion

Dans un groupe de consultants en dermatologie non sélectionnés par la couleur de la peau ni par le sexe, il existe une corrélation entre le caractère addictif de l'usage de cosmétiques, défini par la présence d'au moins deux critères adaptés des critères CAGE, et le souhait que ces cosmétiques éclaircissent le teint de la peau. Ce résultat conforte l'hypothèse d'une nature addictive de la DV, mais doit être tempéré par le résultat de l'analyse multivariée effectuée dans la seule population des patients attendant une consultation « peau noire ».

L'interprétation des résultats de l'enquête est toujours en cours et pourrait apporter de nouveaux éclairages, en particulier par l'examen individuel de chacun des critères CAGE.

Cependant, du fait de ses limitations méthodologiques, de nouvelles études seront certainement nécessaires pour mieux cerner les particularités de l'utilisation des cosmétiques sur peau noire et la place du souhait d'éclaircir dans le déterminisme de ces particularités.

5 SYNTHÈSE

Les deux hypothèses proposées au début de ce travail ont été vérifiées. L'application du concept d'addiction à la DV est pertinente aux yeux de femmes africaines, qui l'évoquent même volontiers au cours d'entretiens orientés. D'autre part, il existe un usage des cosmétiques qui présente des aspects addictifs et qui est statistiquement corrélé à la recherche d'un teint plus clair. Ces deux résultats convergent.

Le premier est issu d'observations rapportées par des femmes qui, lorsqu'elles parlent pour elles-mêmes, soit nient la DV, soit déclarent l'avoir diminuée jusqu'à un niveau raisonnable : elles ont « *laissé un peu, pas trop ; elles continuent, pas trop* ». L'addiction à la DV est évoquée dans le détail, mais uniquement à partir de renseignements indirects : ces femmes décrivent chez certains de leurs proches une DV dont elles condamnent le caractère extrême et excessif, tout en partageant l'objectif de clarté du teint (auquel elles prêtent pour la plupart un caractère universel et inéluctable). Les seules qui désapprouvent ouvertement l'éclaircissement de la peau prennent d'ailleurs soin de préciser non sans humour qu'elles-mêmes sont claires : « (...) *parce que moi je suis noire et fière de l'être, d'autant plus que j'ai la chance d'être marron (Rire). Je mets pas de produits pour me décapier. Cependant dans mon entourage j'en connais, et en particulier mon mari...* ».

Le second résultat provient de l'interrogation directe de personnes de sexe et de couleur variés. Dans cette population, l'usage addictif de cosmétiques (tel que nous l'avons défini à partir d'une adaptation des critères CAGE) est plus fréquent chez les personnes qui utilisent les cosmétiques pour s'éclaircir. L'addiction à la DV est donc ici suggérée par des données provenant directement des personnes qui se dépigmentent, mais elle ne peut pas être étudiée en détail.

Les deux études suggèrent que l'addiction à la DV ne concerne pas seulement de rares cas extrêmes et isolés, mais repose sur une population assez vaste. Ce comportement s'enracine dans un désir de clarté très largement partagé, et peut-être aussi – ce point reste à préciser - dans une problématique d'utilisation des cosmétiques qui déborde le seul cadre de leur effet éclaircissant. Au cours de l'étude qualitative les interventions de l'esthéticienne (blanche) relaient largement le discours consensuel sur le but purement esthétique de l'éclaircissement, la dictature de la mode et les impératifs de séduction communs aux femmes de toute couleur de peau. Mais ce discours, dont nous pressentons qu'il vise aussi, de manière défensive, à nier la dimension ethnique de la DV, est tempéré par les allusions aux pratiques masculines, dont l'importance quantitative est confirmée par l'étude statistique. La

préoccupation des hommes pour la clarté ne se limite pas au choix des partenaires féminines, mais concerne pour certains leur propre corps.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Au terme de ce travail, nous avons réuni assez d'arguments en faveur d'une dimension addictive de la DV pour justifier que cet aspect soit pris en considération.

Une prise en considération qui s'entend tout d'abord dans une perspective pragmatique, où il s'agit d'échapper au choix entre condamnation et banalisation. Ce faux dilemme, en effet, entrave aussi bien la prise en charge des patients souffrant de complications de la DV que la prévention de ces complications. En matière de prévention collective, les concepts d'usage et d'abus (ou usage nocif) pourraient paraître suffisants, mais l'addiction représente d'une certaine façon le détour conceptuel nécessaire pour que la notion d'abus soit épurée de sa connotation moralisatrice. A nos yeux, les campagnes de prévention devraient désormais tenir compte de la nature potentiellement addictive de la DV pour communiquer autour de la possibilité d'une dépigmentation modérée. Dans ce sens, nous sommes convaincus que la « diabolisation » de tous les cosmétiques éclaircissants, notamment ceux contenant 2% d'hydroquinone, n'est pas justifiée. Par ailleurs, une approche de type « réduction des risques », inspirée de certaines orientations de la lutte contre la toxicomanie, est aujourd'hui nécessaire. La surveillance de la conformité des produits dépigmentants distribués dans les grandes villes européennes pourrait s'inspirer de ce qui a été réalisé à Genève en 2003 et 2005. A l'échelle individuelle, il convient de rechercher systématiquement une dimension addictive de leur pratique chez les patients se présentant avec des complications de la DV. Il faudra vérifier si l'approche addictologique, avec ses outils thérapeutiques propres, favorise le développement d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient, permettant à ce dernier de diminuer ou d'abandonner son habitude délétère.

D'un point de vue plus théorique, ces deux enquêtes ont confirmé l'intrication de différentes problématiques individuelles et collectives à la source de la DV. Nous avons évoqué, dans l'introduction, nos précédents travaux sur la résistance à penser la DV. Le concept d'addiction, par sa dimension médicale, pourrait être considéré comme un procédé défensif visant à écarter la question embarrassante des motivations ethniques de la DV. Nous ne souhaitons pas faire l'économie de cette question. Il paraît évident que des déterminants collectifs du désir de clarté, ayant trait aux différences de positionnement social liées à la couleur de peau, peuvent participer aux motivations de chaque individu qui se dépigmente – et ce de façon très différente selon les contextes sociaux et historiques. D'un autre côté, la question de l'addiction recentre la DV sur des problématiques individuelles communes aux

personnes de toute origine qui abusent des dépigmentants, ainsi qu'à d'autres conduites addictives. De nouvelles recherches sur ce thème pourraient enrichir non seulement la connaissance de la DV et la prise en charge de ses complications, mais aussi le concept d'addiction lui-même, quelles que soient les limites qu'on assigne au champ de l'addiction (que celui-ci inclue ou non la DV). Nous proposerons donc, en guise de conclusion, d'évoquer brièvement quelques pistes de réflexion.

Considérée sous l'angle de l'addiction, la DV est caractérisée d'abord par la nature de l'effet recherché, qui est de faire coïncider son apparence physique à une image idéale : l'analogie avec la plupart des pratiques esthétiques comme le défrisage ou la décoloration des cheveux est ici justifiée. Cependant, le regard que porte la collectivité sur le défrisage est sensiblement différent de celui qu'elle porte sur la dépigmentation. Ces deux artifices effacent des caractéristiques physiques génétiquement déterminées par une ascendance africaine. Mais le premier, régulièrement pratiqué par environ 75% des femmes noires en Europe et aux USA, est totalement banalisé et accepté socialement², au contraire de second. Ce contraste pourrait être lié aux différences de visibilité du changement corporel induit et de sévérité des complications potentielles. Mais au-delà, on peut s'interroger sur le caractère profondément transgressif de la DV, qui non seulement change le corps, mais surtout contredit le signifiant même (un ou une « Noir(e) ») par lequel on identifie la personne qui la pratique. Quoi qu'il en soit, si nous évoquons une addiction à la DV plus qu'une addiction au défrisage, et si seule existe réellement la première, cela n'est pas sans lien avec sa condamnation sociale exclusive.

Il existe par ailleurs un long décalage de temps (plusieurs jours) entre l'acte (appliquer les produits) et son effet (paraître plus clair). Les troubles du comportement alimentaire présentent la même caractéristique. Ils mettent cependant en jeu d'autres déterminants que leur effet sur l'apparence physique : l'acte - le fait de manger ou de ne pas manger - est en lui-même porteur de sens. Cela pourrait inciter à interroger la DV de façon analogue : est-on sûr que toute la dimension addictive de la pratique tienne dans l'obsession de son résultat, la peau claire ? Deux indices pourraient suggérer le contraire : l'image des personnes contraintes « de sillonner leur corps point par point pendant une heure et demie » ; les résultats de l'analyse multivariée suggérant chez les consultants « peau noire » un usage addictif des cosmétiques indépendant du désir de s'éclaircir. Existe-t-il des facteurs culturels, autres que la valorisation de la clarté, qui pourraient déterminer un rapport particulier aux cosmétiques dans la population étudiée ?

² Seules quelques militantes, principalement antillaises, revendiquent en France une lutte contre le défrisage fondée sur une interprétation « raciale » de la pratique : voir le salon « Boucles d'Ebène » et l'ouvrage de J Sméralda.

La démonstration de la pertinence de l'approche addictologique de la DV ouvre ainsi plusieurs champs d'investigation : quels sont les mécanismes psychodynamiques qui sous-tendent le désir de s'éclaircir, et quelle est la place de l'idéal de clarté et sa fonction dans l'économie psychique du sujet ? L'articulation entre les racines socio-historiques de la DV et les facteurs individuels de prédisposition aux conduites addictives implique-t-elle une fragilité narcissique liée aux différences culturelles (Kaës) ? Une approche approfondie de situations individuelles, faisant appel aux concepts de la psychanalyse, voire à ses méthodes, paraît maintenant indispensable pour explorer ces questions.

REFERENCES

- AERTGEERTS B, BUNTINX F, KESTER A. (2004) The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(1):30-9.
- AJOSE FO Consequences of skin bleaching in Nigerian men and women. *Int J Dermatol.* 2005 Oct;44 Suppl 1:41-3
- ARSOUZE A, FITOUSSI C, CABOTIN PP, CHAINE B, DELEBECQUE C, RAYNAUD E, KORNFELD S, DEHEN L, BAFOUNTA ML, BOURGEOIS C, DUPUY A, DUBERTRET L, PETIT A. Motifs de consultation en dermatologie des patients noirs d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne *Ann Dermatol Venereol* (accepté pour publication)
- BONNIOL JL. (1992) La couleur comme maléfice. Une illustration créole de la généalogie des « Blancs » et des « Noirs ». Paris, Albin Michel. 307 p.
- CAMH (Center For Addiction and Mental Health) (2005) (Canada). www.xamh.net
- CARRIER N, QUIRION B. (2003) Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de périlisation. *Drogues, santé et société* 2003 ;2(1):1- 29
- DASS DE GENEVE. Rapport annuel 2003 – Campagne de dosage de l'hydroquinone dans les produits cosmétiques
- DASS DE GENEVE. Rapport annuel 2005 – Hydroquinone, arbutine et acide kojique dans les produits éclaircissants de la peau.
<http://etat.geneve.ch/des/site/sante/protection-consommation>
- DEL GIUDICE P, RAYNAUD E, MAHE A. (2003) L'usage cosmétique des produits dépigmentants en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot* 2003 ; 96 :389-93
- DE SCHAETZEN V, BOULE C, RAYNAUD E, DUPUY A, MOREL A, DUBERTRET L, PETIT A. (2004) Recherche d'une dimension addictive dans la dépigmentation volontaire des femmes africaines à Paris. Paris : *Communication aux Journées Dermatologiques de Paris.*
- DEVEREUX, G (1981) De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. 1988 Paris, Aubier
- DELL'OSSO B., ALTAMURA AC., ALLEN A., MARAZZITI D., HOLLANDER E. (2006) Epidemiological and clinical updates on impulse control disorders. A critical review. *Eur Arch Psychiatry Neurosci* 2006;256:464-475
- DIDILLON H, BOUNSANA D. (1986) Modifier la couleur de sa peau : mode ou complexe ? In : L'actualité de Frantz Fanon - Actes du colloque de Brazzaville (12-16 décembre 1984), E Dacy ed., Karthala, Paris, pp 255-283

- DOGLIOTTI M, CARO I, HARTDEGEN RG, WHITING DA. (1974) Leucomelanoderma in blacks. A recent epidemic. *S Afr Med J* 1974 ;48 :1555-8
- DOUVILLE O (1998). L'identité / altérité : fractures et montages. In : Différences culturelles et souffrance de l'identité ; R Kaës RO Correa, O Douville, A Eiguer eds. Dunod Paris pp21-42
- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition)
- FANON, F (1952) Peaux noires, masques blancs. 1971 Paris, Seuil
- FABRE, M (1967) Les Noirs américains. 1968, Paris, Armand Colin
- FASSIN D. (2006). *In* : Question raciale, question sociale.. D Fassin et E Fassin, eds. La Découverte, Paris
- FINDLAY GH., MORRISSON JGL., SIMSON IW. (1975) Exogenous ochronosis and pigmented colloid milium from hydroquinone bleaching creams. *Br J Dermatol* 1975;93:613- 22
- FINDLAY GH., DE BEER HA. (1980) Chronique Hydroquinone Poisoning of the Skin from Skin-Lightening Cosmetics. *S Afr Med J*. 1980;57:187- 190
- FREUD S. (1909) L'Homme aux rats : remarques sur un cas de névrose de contrainte; trad. de l'allemand par Pierre Cotet et François Robert Paris, Presses universitaires de France, 2000.
- GACHE P., SEKERA E., STALDER H. (2003). Problèmes d'alcool. *PrimaryCare* 2003;3:270-275
- GOODMAN A. (1990) Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction* 1990;85:1403-8
- HOSHAW RA, ZIMMERMAN KG, MENTER A. (1985) Ochronosislike pigmentation from hydroquinone bleaching creams in American blacks. *Arch Dermatol* 1985 ;121 :105-8
- JACQUET MM, RIGAUD A. (2000) Emergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques. *In* : Les addictions, S. Le Poulichet. ed., PUF, Paris, pp. 11-79
- JEAMMET Ph. (1997) Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. *In* : Dépendance et conduites de consommation. Sous la direction de R. Padiou, F. Geaugé, M. Choquet, R. Molinard, P. Parquet, L. Stinus. Ed. INSERM. 1997, 33-56
- KAES R (1998). Introduction. In : Différences culturelles et souffrance de l'identité ; R Kaës RO Correa, O Douville, A Eiguer eds. Dunod Paris pp1-20
- KIBULAMUSOKE JW, DAVIES DR, HUTT MSR. (1974) Membranous nephropathy due to skin-lightening cream. *Br Med J* 1974 ;646-7

- LAPLANCHE J, PONTALIS J-B (1967) Vocabulaire de la psychanalyse. 1981, Paris, PUF
- LAUWERYS R, BONNIER C, EVRARD P, GENNART JP, BERNARD A. (1987) Prenatal and early postnatal intoxication by inorganic mercury resulting from the maternal use of mercury containing soap. *Hum Toxicol* 1987;6 :253-6
- LY F. (2006) Complications dermatologiques de la dépigmentation artificielle en Afrique. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:899-906
- KANE A., LY F., DEME A., NIANG SO., BOCOUM T., DANGOU J., RETHERS L., DIENG MTD., DIOUSSE P., NDIAYE B. (2007) Premiers cas de carcinome épidermoïde sur terrain de dépigmentation artificielle. *Ann Dermatol Venereol* 2007 ;134 (1)(Suppl) :1S57 (abstract)
- MAHE A, KEITA S, BOBIN P. (1994) Complications dermatologiques de l'utilisation cosmétique des produits dépigmentants à Bamako (Mali). *Ann Dermatol Venereol*;121 :142-6
- MAHE A, LY F, AYMARD G, DANGOU J M. (2003) Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol* 2003 ;148 :493-500
- MAHE A, LY F, GOUNONGBE A. (2004) La dépigmentation cosmétique à Dakar (Sénégal) : facteurs socio-économiques et motivations individuelles. *Sciences Sociales et Santé* 2004;22(2):5-33
- MAHE A., PERRET JL., LY F., FALL F., RAULT JP., DUMONT A. (2007) The cosmetic use of skin-lightening products during pregnancy in Dakar, Senegal: a common and potentially hazardous practice. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 2007;101(2):183-7
- MALET L., SCHWAN R., BOUSSIRON D., AUBLET-CUVELIER B., LLORCA PM. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psy* 2005 ;20 :484-9
- MARCHAND JP, N'DIAYE B, ARNOLD J., SARRAT H. (1976) Les accidents des pratiques de dépigmentation cutanée cosmétique chez la femme africaine *Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr* 1976;21:190-99
- M'BEMBA-NDOUMBA, G (2004) Ces Noirs qui se blanchissent la peau – La pratique du « maquillage » chez les Congolais. Paris, L'Harmattan
- MCDUGALL J. (2001) L'économie psychique de l'addiction. In : Anorexie, addictions et fragilités narcissiques, V Marinov, ed. PUF, Paris 2001
- MCDUGALL J. (2004) L'économie psychique de l'addiction. In : Addiction et dépendance, *Revue Française de Psychanalyse* 2004;64 (2):511–527.
- MOREL A. (2002) Alcoologie et intervention en toxicomanie. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ;24(4 Suppl.):10S-19S

- NGITA, L (2005) Approche socio-anthropologique de la pratique de la dépigmentation chez la femme noire. Mémoire de Maîtrise de socio-anthropologie. Université Paris X Nanterre
- ONDONGO, J (1989) La pratique du Xessal (Dépigmentation Volontaire) au Congo-Brazzaville : un exemple d'acculturation antagoniste. Etude de clinique ethnopsychanalytique. Thèse de doctorat en Psychologie. Université Paris X Nanterre
- PAILLE F. (2002). Evaluation pratique de la consommation d'alcool. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ;26 :B141-B148
- PETIT A. (2006) Prise en charge des complications de la Dépigmentation Volontaire en France. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:907-16
- PETIT A, LUDMANN-COHEN C, CLEVENBERGH P, BERGMANN JF, DUBERTRET L. (2006). Skin lightening and its complications among African people living in Paris. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:873-78
- PETIT A (2007). La dépigmentation Volontaire : réalités, interprétations, résistances. *L'autre (Cliniques, cultures et sociétés)* 2007;8(1):95-108
- RAPAPORT MJ., LEBWOHL M. (2003) Corticosteroid Addiction and Withdrawal in the Atopic : The Red Burning Skin Syndrome. *Clin Dermatol* 2003;21:201-214
- RAYNAUD, E (2001) Dépigmentation cutanée à visée cosmétique (xessal) : prévalence, profil sociologique et motivations. – enquête réalisée dans une population féminine hospitalisée à Dakar (Sénégal). Thèse pour le Doctorat de Médecine, 2001, Paris V René Descartes
- RAYNAUD E, CELLIER C, PERRET JL. (2001) Dépigmentation cutanée à visée cosmétique. Enquête de prévalence et effets indésirables dans une population féminine sénégalaise. *Ann Dermatol Venereol*;128 :720-4
- REYNAUD M. (2006) Présentation. *In* : Thérapies cognitives et comportementales et addictions, Rahioui H et Reynaud M. eds, Flammarion Paris, pp1-12
- SMERALDA J. (2005). Peau noire, cheveu crépu : histoire d'une aliénation. Jasor, Pointe-à-Pitre 2005, 356 p.
- WHARTAN MM., UCHIDA T., WAGNER RF. Jr. (2005) UV light Tanning as a Type of Substance-related Disorder. *Arch Dermatol* 2005;141:963-6