



HAL
open science

L'addiction à la dépigmentation

Antoine Petit

► **To cite this version:**

Antoine Petit. L'addiction à la dépigmentation. *La Peauologie - Revue de sciences sociales et humaines sur les peaux*, 2018, Le blanchissement de la peau humaine, 1. halshs-02460460v1

HAL Id: halshs-02460460

<https://shs.hal.science/halshs-02460460v1>

Submitted on 31 Jan 2020 (v1), last revised 20 Jun 2023 (v2)

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

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

NUMÉRO 1

**LE BLANCHISSEMENT DE LA PEAU
HUMAINE**

**DOSSIER THÉMATIQUE DU NUMÉRO SOUS LA
DIRECTION DE J. SMERALDA**

LA

PEAULOGIE

CONTACT

contact@lapeaulogie.fr
www.lapeaulogie.fr

JUILLET 2018

L'addiction à la dépigmentation

Antoine PETIT

APHP Hôpital Saint-Louis

Référence électronique

Petit A., (2018). « L'addiction à la dépigmentation », [En ligne] La Peauologie 1, mis en ligne le 01 juillet 2018, URL : <http://lapeauologie.fr/addiction-a-la-depigmentation/>

Résumé

La volonté d'acquérir un teint plus clair, indépendamment de toute anomalie pigmentaire préexistante, conduit certaines personnes de peau foncée à faire usage de procédés dépigmentants. Cette pratique de la dépigmentation volontaire est universellement répandue, mais sous des formes variées. Elle concerne des personnes des deux sexes avec une nette prédominance féminine. Les agents dépigmentants les plus efficaces sont dangereux pour la santé mais aussi responsables de complications cutanées particulièrement inesthétiques. Or, bien que le motif alloué par les sujets qui se dépigmentent soit presque invariablement un souci d'embellissement, ces complications inesthétiques échouent le plus souvent à les décourager de poursuivre leurs pratiques. Ce paradoxe apparent amène parfois à rapprocher la dépigmentation volontaire d'une forme d'addiction.

Nous avons voulu examiner cette hypothèse au cours de trois études réalisées dans les années 2000 en région parisienne : deux enquêtes « qualitatives » utilisant les critères d'addiction définis par Goodman en 1990 et une enquête « quantitative » faisant appel à une variante des critères CAGE de dépendance à l'alcool, adaptée à l'usage des cosmétiques. Les résultats de ces trois études, synthétisés dans cet article, confirment que la dépigmentation volontaire peut prendre un caractère addictif chez certaines personnes.

Considérer la dépigmentation volontaire sous l'angle de l'addiction semble donc pertinent. Nous pensons aussi que cela pourrait être utile afin de proposer des solutions pratiques de prise en charge des patients souffrant de complications des dépigmentants, et de développer de nouveaux concepts pour les campagnes de prévention qui restent globalement peu efficaces.

Mots-clés

Dépigmentation volontaire, *Skin lightening*, Addiction

Introduction

On appelle « dépigmentation volontaire » l'utilisation de procédés visant à éclaircir le teint normal de sa peau. Cette pratique est répandue dans le monde entier et peut engendrer d'importantes complications cutanées et générales. Le dermatologue sollicité pour la prise en charge de ces complications constate souvent que les personnes qui en souffrent ne parviennent pas à cesser l'usage des dépigmentants, malgré une parfaite conscience de leur responsabilité. Cela est corroboré par les dires des patients, qui décrivent parfois la dépigmentation volontaire comme « une drogue » dont ils ne peuvent pas se passer.

Nous commencerons par rappeler quelques notions générales sur la dépigmentation volontaire puis sur le concept d'addiction, avant d'examiner les arguments en faveur d'une possible addiction aux pratiques dépigmentantes et l'intérêt potentiel de cette notion dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Nous nous reposerons principalement sur la synthèse de plusieurs études originales qui ont fait l'objet d'un mémoire de master 2 en psychiatrie transculturelle.

1. La dépigmentation volontaire

La dépigmentation volontaire est appelée aussi dépigmentation artificielle, *skin lightening*, *skin bleaching*, *whitening...*, sans compter les dénominations vernaculaires propres à chaque région (*Xessal*, *Tcha-tcho*, maquillage, *pandalao...*). La correction de taches hyperpigmentées pathologiques n'appartient pas à la dépigmentation volontaire mais à la thérapeutique dermatologique ; la frontière entre les deux est cependant poreuse puisque le traitement des taches paraît parfois comme un motif, voire un prétexte à la dépigmentation volontaire.

La dépigmentation volontaire est universelle, pratiquée par des personnes à peau plus ou moins foncée^[1] sur tous les continents, mais avec une certaine hétérogénéité : sa fréquence, les populations concernées et leurs motivations, les moyens employés, leur degré d'efficacité dépigmentante et leurs risques, sont variables. Les deux sexes sont représentés, avec une prédominance féminine variable selon les régions (Dadzie, 2009 ; Easton, 1998).

Schématiquement, tout ce qui permet d'atteindre un degré d'éclaircissement cutané important est dangereux. Les principales complications sévères actuellement observées en France et en Afrique subsaharienne francophone sont dues à des applications quotidiennes de produits dépigmentants sur toute la surface de la peau, généralement des mélanges effectués par les consommateurs eux-mêmes. Ils contiennent principalement un médicament détourné de son

1. Le degré de pigmentation mélanique peut être évalué par des appareils de mesures optiques dont l'utilisation est surtout du domaine de la recherche ; mais en pratique, une échelle couramment utilisée en dermatologie juge indirectement du caractère plus ou moins foncé du revêtement cutané en lien avec la réaction de la peau au rayonnement solaire. Cette échelle définit des *phototypes* classés de 1 (peau blanc laiteux, taches de rousseur, cheveux roux, rougit au soleil mais ne bronze pas) à 6 (peau « noire ») ; le phototype 3 représente un teint européen moyen, avec une peau qui peut bronzer en cas d'exposition progressive mais prendra des coups de soleil en cas d'exposition brutale. Les personnes qui pratiquent la dépigmentation volontaire sont le plus souvent de phototype 4 à 6.

usage médical, le clobétasol, qui est le plus puissant des dermocorticoïdes^[2], associé à un composé chimique détourné de son usage industriel, l'hydroquinone (Sylla et *al.*, 1994 ; Petit et *al.*, 2006). Il est possible de se procurer d'innombrables cosmétiques ou pseudo-médicaments contenant ces substances, fabriqués dans divers pays et empruntant des circuits commerciaux plus ou moins illicites. Leurs complications sont cutanées (atrophie, infections, irritation, vergetures, retards de cicatrisation, taches indélébiles...) mais aussi générales, en raison du passage des molécules dans la circulation sanguine à travers la peau (augmentation de l'hypertension, du diabète, des risques d'infection, d'ostéoporose, de glaucome ou de cataracte...). La dépigmentation pendant la grossesse peut provoquer des pathologies fœtales (Mahé et *al.*, 2007 ; Al-Saleh et *al.*, 2016). Des cas de cancers de la peau ont même été décrits récemment chez des femmes se dépigmentant depuis longtemps en Afrique (Ly et *al.*, 2018). Les produits à base de mercure sont potentiellement très dangereux aussi, pouvant induire des complications viscérales, en particulier neurologiques, chez certaines personnes (Al-Saleh et *al.*, 2016 ; Sun et *al.*, 2017). On rencontre plus rarement de telles complications en France.

D'autres moyens existent pour s'éclaircir le teint : le plus simple, qui est d'éviter la lumière du soleil, a une efficacité limitée mais indiscutable, et n'est pas dangereux si l'on pallie un possible déficit en vitamine D. Le plus agressif consiste à abraser l'épiderme par des moyens mécaniques ou caustiques (« décapage », « mordançage »...- par exemple des détergents, des acides etc.) ; il est mis en œuvre pour assurer un résultat rapide mais doit être complété par des applications de dermocorticoïdes, sans quoi la peau en cicatrisant devient encore plus sombre. D'innombrables cosmétiques revendiquant une action éclaircissante peuvent être trouvés sur le marché, certains licites et d'autres non ; beaucoup d'entre eux ne sont ni très efficaces ni très dangereux, mais la fréquence des contrefaçons et des étiquetages mensongers doit rendre prudent. Enfin, des substances absorbées voie orale ou injectées sont parfois utilisées pour se dépigmenter ; leur dangerosité est variable, leur efficacité mal évaluée (glutathion, corticoïdes...).

Une analogie entre dépigmentation volontaire et toxicomanie est signalée depuis longtemps ; on a surtout cherché à la légitimer en s'appuyant sur une possible dépendance aux effets psychiques des corticoïdes (Odongo, 1989). Un tel mécanisme nous paraît cependant difficilement envisageable chez tous les sujets qui se dépigmentent et nous privilégions l'hypothèse d'une addiction comportementale.

2. Addiction et notions connexes

L'addiction n'est pas une entité morbide, mais un concept fonctionnel ; concept fédérateur qui s'intègre 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

2. Les dermocorticoïdes sont des dérivés de la cortisone applicables sur la peau ; ils sont très utilisés en dermatologie et sont classés sur une échelle de puissance d'efficacité anti-inflammatoire grossièrement parallèle à l'intensité de leurs effets secondaires.

que des comportements très variés partagent un certain nombre de caractéristiques avec la consommation régulière de psychotropes illicites. Le sens commun n'avait d'ailleurs pas attendu l'apparition de l'addictologie pour comparer à une drogue divers objets ou de pratiques. Des exemples classiques 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, 1997).

Deux définitions de l'addiction, proposées par Goodman en 1990, font habituellement référence. La première s'appuie sur une série de critères précis que seuls rassemblent un nombre très limité de comportements, tels que la consommation massive d'alcool. La seconde 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).*

En santé publique, le concept d'addiction permet de regrouper 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 pertinents en la matière. 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^[3] ; CIM-10^[4]). 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, 2006). 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.

3. Diagnostic Statistical Manual of mental disorders, version 4.

4. Classification internationale des maladies, version 10.

3. Indices d'une possible addiction à la dépigmentation volontaire

Une modulation des pratiques de dépigmentation est souvent décrite, distinguant une consommation « raisonnable » de produits dépigmentants, dans un dessein d'éclaircissement modéré, d'une pratique excessive ; au Sénégal, elles seraient désignées respectivement par les termes de « *leeral* » et de « *xessal* » (Emeriau, 2010). La pratique « extrême » se rapproche de la notion d'« abus de substance » rappelant des comportements de toxicomanie : ainsi, une patiente évoquait un jour la contrainte d'avoir à emporter ses produits dans tous ses déplacements ; une autre les disposait dans toutes les pièces de sa maison pour pouvoir les utiliser à tout moment (Ngita, 2005). Un homme raconte qu'il s'est vu contraint au vol par la nécessité de se procurer ses produits (M'Bemba-Ndoumba, 2004). Surtout, les patients consultant pour des complications de la dépigmentation volontaire éprouvent de grandes difficultés à interrompre leur pratique, même avec une parfaite conscience de la responsabilité des dépigmentants dans les troubles qu'ils présentent ; la moitié d'entre eux trouvent leur peau moins belle qu'avant de s'être dépigmentés (Petit, 2006). Certains, 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.

Une grande partie des adeptes de la dépigmentation volontaire, lorsqu'ils consultent un dermatologue, ne reconnaissent pas aisément qu'ils se dépigmentent : seule une minorité aborde ouvertement la question. Certains nient contre toute évidence s'appliquer le moindre produit éclaircissant et la plupart optent pour une dénégation partielle, sous forme d'une minoration de leur pratique ou d'une allégation d'interruption récente. Toutes ces stratégies qui semblent anticiper de manière enfantine le jugement négatif de l'interlocuteur rappellent au médecin l'abord de certains patients alcooliques ou toxicomanes. 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 (Ly, 2014). De surcroît, 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 présentation de la dépigmentation volontaire comme un symétrique du bronzage est très populaire (Ly, 2014 ; Piérard-Franchimont, 2011). Bien qu'elle puisse apparaître comme une manière de mettre à distance l'éventualité embarrassante d'une signification « ethnique » des pratiques dépigmentantes, elle tire une certaine légitimité du fait que les deux comportements concernent une pratique du corps, et plus précisément de la peau, qui est référée à des préoccupations esthétiques prédominant parmi les membres du sexe féminin. Or de nombreux travaux ont désormais établi la réalité d'une addiction comportementale au bronzage chez certaines personnes à peau claire abusant des cabines à ultraviolets (Warthan, 2005 ; Andreassen et al., 2018). L'effet de symétrie avec le bronzage contribue ainsi à légitimer l'idée d'une addiction aux dépigmentants (Piérard-Franchimont et al., 2011).

4. Enquête préliminaire utilisant les critères de Goodman

Il s'agissait là d'une première étude, de type « preuve de concept », visant à examiner la recevabilité de l'hypothèse.

Dans les années 2000, douze femmes d'origine africaine ont été abordées dans la rue et sollicitées pour une interview à proximité points de vente 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 ré-adresser anonymement dans une enveloppe affranchie. La grille de questionnaire consistait en une adaptation des critères d'addiction de Goodman, reprenant les 14 questions qui en constituent les 6 critères originaux pour les adapter à l'utilisation des produits dépigmentants (Fig.1).

Parmi 12 femmes ayant accepté l'interview, 9 ont renvoyé le questionnaire complété. 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 disaient appliquer des produits éclaircissants sur l'ensemble du corps et du visage une à deux fois par jour.

L'analyse des résultats montre que certains des critères de Goodman s'appliquent bien à la dépigmentation volontaire, d'autres non. Le sentiment de perte du contrôle de soi pendant la réalisation du comportement et celui d'empiètement sur la vie sociale et les loisirs étaient toujours absents. Une seule femme relatait une sensation de tension et d'énerverment avant d'appliquer les produits ; 3 se déclaraient irritables si elles ne pouvaient pas procéder à ces applications ; 5 reconnaissaient ne pas pouvoir résister à l'envie d'appliquer ces produits ; 6 déclaraient que la dépigmentation volontaire avait pris dans leur vie une importance qu'elles n'avaient pas prévue initialement ; 6 déclaraient poursuivre la dépigmentation volontaire malgré la certitude que les produits utilisés leur causaient des problèmes ; 7 déclaraient être obligées d'appliquer des produits de plus en plus forts pour maintenir l'éclaircissement ; 8 avaient déjà tenté plusieurs fois de diminuer ou d'interrompre les applications de produits dépigmentants.

Ces résultats démontrent la présence de traits addictifs dans la pratique de la dépigmentation volontaire chez certaines personnes (De Schaetzen et al., 2004).

5. Analyse qualitative d'entretiens collectifs sur la dépigmentation volontaire

Cette étude s'est déroulée en région parisienne dans les années 2000, dans un foyer d'accueil pour femmes africaines atteintes par le virus VIH. Deux réunions d'une durée d'environ 90 minutes se sont tenues à 3 semaines d'intervalle dans les locaux du foyer avec les femmes volontaires pour y participer (une vingtaine de personnes), après une information relayée par les cadres de l'association. La première a consisté en un entretien collectif libre sur le thème des soins de peau et des produits éclaircissants. Au cours de la seconde, l'application à la dépigmentation volontaire

de chacun des critères d'addiction de Goodman a été proposée à la discussion, en laissant les participantes commenter librement ces propositions. Les discussions ont été enregistrées et retranscrites en intégralité.

Un des intérêts de cette enquête a été de faire surgir la dimension émotionnelle des réactions suscitées par les questions posées, les participantes reprenant à leur compte les problématiques évoquées (à propos des pratiques dépigmentantes de leur entourage ou, de manière déguisée, de leur propre pratique). Ainsi apparaissaient, entre autres, des aspects compulsifs (« *j'ai commencé à mettre, à mettre, à mettre..., tu peux pas t'arrêter* ») et passionnels (« *c'est l'amour... c'est l'amour d'utiliser les produits...ils sont amoureux. Ils sont amoureux complètement (des produits)* », des impressions de dépendance ou de tolérance « *Si elle commence un produit, à la fin, ça fait plus rien, ça fait plus d'effet elle change, elle prend un autre produit.* » ; l'impossibilité d'arrêter en dépit de tentatives répétées et la lassitude que cela engendre : « *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...* » ; la place excessive prise par la pratique, même au détriment d'obligations familiales : « *Moi j'ai une copine... Sa fille elle pleure, elle préfère vraiment faire ça... Elle se frotte le corps, elle se frotte au moins trois fois,...sa fille, elle est là, là elle demande s'il te plaît, hein, s'il te plaît hein occupe-toi un peu de moi et tout, elle est là dans la salle de bains,...elle préfère vraiment qu'elle se décape...* ».

Suscités par les questions posées, les termes de drogue, addiction, dépendance, ont surgi à plusieurs reprises au cours du second entretien.

6. Définition d'une « addiction aux cosmétiques » à partir de critères CAGE modifiés et recherche d'un lien avec le souhait d'éclaircir la peau

Ce travail distinguait différents effets que les personnes peuvent attendre des crèmes de soins cosmétiques afin de rechercher si un caractère addictif serait plus souvent lié au souhait d'un effet éclaircissant qu'à celui d'un autre effet. Une liste des bénéfiques que le consommateur peut attendre des cosmétiques a d'abord été construite avec l'aide de personnes des deux sexes et de teintes de peau variées (personnel hospitalier). Les items sélectionnés ont ensuite été reproduits en ces termes dans le questionnaire de l'enquête : « *En général, lorsque vous appliquez des crèmes, des laits ou des huiles, c'est pour avoir une peau : ...* ». Chaque personne interrogée pouvait répondre en cochant autant de cases qu'il (elle) le souhaitait parmi les 18 suivantes : *plus confortable ; plus belle ; plus douce ; plus hydratée ; moins rouge ; plus lumineuse ; plus résistante ; plus fine ; plus claire ; plus ferme ; plus unie ; plus jeune ; plus souple ; moins sèche ; moins ridée ; moins grasse ; moins sensible ; autre (texte libre).*

Par ailleurs, nous avons construit à partir des critères CAGE un jeu de quatre critères adaptés à l'usage des cosmétiques (cosCAGE). Le questionnaire CAGE a été créé dans les années 1960 pour le dépistage de l'alcoolisme (Ewing, 1984). L'acronyme se rapporte aux quatre questions: *Cut down* (Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de boire ?) ; *Annoyed* (Vous êtes-vous déjà senti contrarié parce que votre entourage vous faisait remarquer que vous buviez trop ?) ; *Guilty* (Vous êtes-vous déjà reproché à vous-même de boire trop ?) ; *Eye-opener* (Avez-vous déjà eu besoin de boire de l'alcool dès le matin à cause d'une gueule de bois ?). A chaque item, on ne peut

répondre que par "oui" ou "non". Ce questionnaire a été très largement utilisé pour le dépistage des problèmes d'alcool, avec généralement un seuil de deux réponses positives qui assure une sensibilité de 80% et une spécificité de 90% par rapport aux critères de dépendance à l'alcool de la troisième édition du manuel de diagnostic et de statistiques des troubles mentaux (DSM-III) (Magruder-Habib et al., 1993). Une traduction française légèrement différente a été validée sous l'acronyme DETA (« Diminuer, Entourage, Trop, Alcool ») (Rueff et al., 1989). La première publication médicale portant sur l'addiction au bronzage en 2005 a fait appel à une adaptation du questionnaire CAGE (Warthan et al., 2005).

La variante « cosmétique » (cosCAGE) posait les questions suivantes : (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 utilisiez 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 ?* Les sujets ne pouvaient répondre que "Oui" ou "Non". Un seuil de 2 critères a été choisi pour délimiter l'« addiction aux cosmétiques » (par analogie avec le seuil validé pour l'addiction à l'alcool).

Le questionnaire comprenant les deux séries d'items décrites ci-dessus (motifs d'utilisation des cosmétiques et cosCAGE) a été distribué pendant un mois à tous les patients de 15 ans et plus qui consultaient dans un dispensaire de soins du nord de Paris, spécialisé en dermatologie et accueillant une population variée⁵. Les patients qui acceptaient de participer à l'étude devaient le remplir en salle d'attente et le déposer dans une boîte à leur sortie du centre. Chaque personne ne pouvait remplir qu'un seul questionnaire. Celui-ci comprenait aussi quelques renseignements démographiques (limités au sexe et à l'âge, sans mention de la couleur de peau), ainsi que plusieurs questions portant sur les cosmétiques et concernant notamment le degré de satisfaction globale vis-à-vis de ces produits ; les motifs d'insatisfaction liée à leur usage ; la fréquence des changements de cosmétiques ; la notion d'un risque possible des cosmétiques pour la santé ; l'utilisation de mélanges de cosmétiques « faits maison » et le fait d'avoir trouvé un cosmétique adapté à sa peau ou de rechercher encore un produit idéal.

Les analyses univariées étaient basées sur le test du Chi2 et le test exact de Fisher, si nécessaire. Les facteurs significativement associés à un score cosCAGE ≥ 2 en analyse multivariée étaient retenus pour un modèle de régression logistique avec sélection pas à pas. Des valeurs de p inférieures à 0,05 étaient considérées comme significatives. La force des associations était évaluée par des Odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance de 95%. Les analyses statistiques étaient effectuées sur les logiciels SAS 9.1 (SAS, Inc, Cary, NC) et R (R, Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2005, <http://www.R-project.org>).

Parmi 1500 questionnaires distribués, 794 (53%) ont été rendus. Trente-cinq d'entre eux n'ont pas été pris en considération car ils ne répondaient à aucune des 4 questions cosCAGE. Parmi

5. Malgré l'interdiction des statistiques « ethniques », on peut évaluer à environ 25% la part des patients de phototype 5 à 6 qui consultent dans ce centre, lequel abrite plusieurs consultations spécialisées pour les problèmes particuliers aux peaux dites « noires ».

les 759 questionnaires restants, 273 (36%) étaient intégralement remplis. La médiane de données manquantes par questionnaire était de 1, avec un maximum de 10. Pour neuf d'entre eux il manquait 1 à 3 réponses cosCAGE ; les réponses manquantes ont alors été considérées comme négatives. Les 759 questionnaires analysés correspondaient à 178 hommes (24,2%) et 558 femmes (75,8%). Leur âge moyen était de 36,6 ans et 410 (54%) avaient entre 15 et 35 ans. Quarante-quatre (5,8%) déclaraient utiliser des cosmétiques dans l'intention d'éclaircir leur teint (37 femmes et 7 hommes). En analyse univariée, on note que 21 (16,2%) des 130 patients avec un score cosCAGE ≥ 2 déclaraient attendre un effet éclaircissant des cosmétiques, contre 23 (3,7%) des 629 qui avaient un score < 2 . Réciproquement, seuls 15% (109/715) des sujets n'attendant pas un éclaircissement de la peau avaient un score ≥ 2 , contre 48% (21/44) de ceux souhaitant que les cosmétiques éclaircissent leur teint ($p < 0,0001$). Cette association entre le souhait d'éclaircir et le score CosCAGE persistait pour les scores de 3 et plus.

A côté de l'éclaircissement, on trouvait en analyse univariée des corrélations entre un score cosCAGE ≥ 2 et 4 autres effets souhaités des cosmétiques : plus de beauté ($p = 0,0001$), une meilleure hydratation ($p < 0,0001$), une peau plus lumineuse ($p = 0,0003$) et moins grasse ($p = 0,0009$). Il n'apparaissait en revanche aucune corrélation entre le score cosCAGE et les 13 autres motifs d'utilisation des cosmétiques. Un âge inférieur ou égal à 45 ans était corrélé à un score cosCAGE ≥ 2 ($p = 0,012$) mais pas le sexe ($p = 0,43$). Finalement, un score cosCAGE ≥ 2 était associé à une insatisfaction globale vis-à-vis des cosmétiques ($p < 0,0001$), des changements fréquents de produits ($p < 0,0001$), la notion que les cosmétiques pouvaient être dangereux pour la santé ($p < 0,0001$), l'utilisation de mélanges faits à la maison ($p < 0,0001$) et une recherche vaine du « cosmétique idéal » ($p < 0,0001$).

Les 11 facteurs associés à un score cosCAGE ≥ 2 ont été inclus dans un modèle de régression logistique multivariée. Six facteurs indépendants restaient finalement liés à un cosCAGE ≥ 2 : la recherche d'un effet éclaircissant ($p = 0,004$) ; la recherche de l'embellissement ($p = 0,003$) ; des changements fréquents de cosmétiques ($p = 0,01$) ; la notion de possible effets indésirables sur la santé ($p < 0,0001$) ; l'absence de succès partiel ($p = 0,007$) ou complet ($p < 0,0001$) dans la recherche du « cosmétique idéal ».

Au total, le taux de réponse témoigne d'une assez bonne acceptation de l'enquête. La répartition des sexes chez les patients déclarant attendre des cosmétiques qu'ils leur donnent un teint plus clair (6,6% des femmes et 3,9% des hommes) confirme que la dépigmentation volontaire est une pratique fréquente aussi dans le sexe masculin. L'espoir que l'application de cosmétiques sur la peau – crèmes, laits ou huiles – puisse lui conférer un teint plus clair est un facteur prédictif fort d'un score cosCAGE ≥ 2 en analyse univariée et dans un modèle multivarié. De plus, il nous semble que les autres facteurs associés à un score ≥ 2 en analyse multivariée peuvent tous s'appliquer à la DV : les fréquents changements de cosmétiques, la quête éternellement insatisfaite du produit idéal et la notion d'un risque potentiel pour la santé sont dans notre expérience des caractéristiques particulièrement liées à la DV. La recherche de la beauté peut paraître beaucoup moins spécifique, voire universelle : néanmoins, l'équation clarté = beauté est très répandue chez les personnes qui se dépigmentent.

7. Synthèse des données

Quoi qu'on puisse penser des sources du désir d'éclaircir sa peau, la motivation avancée par les sujets interrogés est principalement la recherche de la beauté (Ly, 2014). Les pratiques d'éclaircissement intense engendrant tôt ou tard des complications inesthétiques, les personnes qui s'y adonnent sont souvent tentées d'y renoncer ; mais elles échouent souvent à les interrompre. Deux explications pourraient être avancées pour rendre compte de la poursuite paradoxale des dépigmentants en dépit des complications qui vont à l'opposé du but esthétique qu'elle se propose : 1) la prééminence du motif esthétique affiché pourrait n'être qu'apparente, la clarté en elle-même ayant une valeur supérieure permettant de tolérer le préjudice esthétique ; 2) la majorité des complications inesthétiques se traduisant par des taches hyperchromiques, il s'engage un cercle vicieux où le sujet multiplie les applications de dépigmentants pour lutter contre ces taches. Notons que la crainte souvent avancée d'un effet de « rebond pigmentaire », qui rendrait le teint plus foncé à l'arrêt de la dépigmentation qu'avant de l'avoir débutée, n'a pas de réalité bien établie et apparaît comme une sorte de version imagée (anticipée ou imaginaire) des deux motivations précédentes.

Quoi qu'il en soit, le désir d'interrompre un comportement qu'on sait nocif à sa propre personne et l'impossibilité d'y parvenir évoquent une problématique addictive selon la définition pratique qu'en a donné Goodman en 1990 (voir plus haut). Le caractère addictif de la dépigmentation volontaire est connu et désigné comme tel par les personnes qui la pratiquent et leur entourage, comme cela apparaît au cours de nos deux enquêtes « qualitatives ». Les données quantitatives issues de l'utilisation des critères cosCAGE en apportent la confirmation, montrant qu'un usage addictif des cosmétiques est spécifiquement associé à l'attente d'un effet éclaircissant.

8. Discussion

Nous n'avons pas cherché et mis en évidence chez les personnes interrogées au cours de nos enquêtes une fréquence particulièrement élevée d'autres addictions telles que tabagisme, éthylisme etc., qui témoigneraient en faveur d'une propension individuelle à l'addiction quel qu'en soit l'objet, viendrait ainsi à l'appui de notre thèse. De telles études restent à entreprendre. On peut néanmoins postuler qu'il existe des déterminants individuels du comportement addictif vis-à-vis de la DV. Ces déterminants individuels peuvent être analysés selon différentes grilles de lecture, que nous envisagerons brièvement

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. Ce dernier, d'une part engendre une satisfaction substitutive, et d'autre part majeure le sentiment d'incompétence, créant un cercle vicieux. « Je bois pour oublier que je bois », chantait Boris Vian... L'éclaircissement artificiel de la peau peut procurer une satisfaction substitutive mais ne manque pas de rappeler que justement cette peau est intrinsèquement foncée.

Pour les neurobiologistes, l'addiction repose sur une dysrégulation du système dopaminergique de récompense (Reynaud, 2006). Ce modèle est basé initialement sur les drogues psychotropes,

qui induisent une hyperstimulation permanente des circuits neuronaux dopaminergiques mésocorticolimbiques ; il pourrait aussi s'appliquer à des addictions sans drogue.

L'approche psychanalytique a été développée entre autres par Joyce McDougall, qui a introduit en France le terme d'addiction dans les années 1970. Cet auteur postule « *la solution addictive comme tentative d'autoguérison face à la menace de stress psychique* ». Selon elle, les états psychiques qui amènent à recourir à la solution addictive sont variés (McDougall, 2001). Il existe ainsi une dimension transnosographique et, pour les psychanalystes, trans-structurale, de l'addiction, qui 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 ». Ce point est important à souligner pour une pratique comme la DV, qui s'inscrit volontiers dans un contexte de succès social et de plaisir.

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, et ne comporte pas de référence explicite à la répétition. La problématique de l'impulsion, référée à la perte momentanée du contrôle pulsionnel, apparaît ainsi distincte de celle de la compulsion et nous n'avons pas d'indice probant de son implication dans la DV. La compulsion, elle, 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 (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-deçà 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).

Hors du langage courant enfin, 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 peut augmenter le degré de préoccupation, l'empiètement sur la vie sociale et les tentatives d'interruption du tabagisme. La condamnation très répandue de la DV, pour des motifs moraux ou religieux, pourrait-elle avoir favorisé artificiellement l'apparition des traits addictifs de cette pratique ? Le discours médical sur l'addiction peut-il réellement échapper au discours moralisateur dominant ? Au médecin comme à l'anthropologue ou au sociologue se pose sans doute ici la question de la dimension normative de sa démarche.

Conclusion et perspectives

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. Du fait de ce caractère transdisciplinaire, elle peut être utilisée pour tenter de mieux comprendre la dépigmentation volontaire, phénomène complexe et multiforme, sans la réduire à une dimension purement individuelle, psychopathologique, ni purement sociologique. Nous pensons que cette approche peut être utile pour aborder les pratiques « extrêmes » de dépigmentation rencontrées notamment, dans notre expérience, chez des femmes et des hommes francophones originaires d'Afrique de l'Ouest ou centrale. L'idée est que, quels que soient les facteurs responsables de la valeur esthétique accordée à la clarté du teint dans différentes populations, ils favorisent l'apparition, chez certaines personnes prédisposées, de difficultés avec l'image du corps conduisant finalement à un usage excessif et addictif des produits éclaircissants, de la même manière que cela a pu être évoqué pour le bronzage chez les personnes à peau claire. Cette 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 dépigmentation volontaire. 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 dépigmentation volontaire 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 souffrance du sujet sans interprétation *a priori* de ses déterminants.

Deux applications pratiques peuvent être envisagées. A titre individuel, les personnes souffrant de complications de la dépigmentation volontaire et souhaitant en interrompre la pratique pourraient bénéficier d'une prise en charge médicale s'inspirant des notions de sevrage communes à différentes addictions. Dans le domaine de la prévention, les campagnes reposant sur une condamnation globale de la pratique – et par là du désir de s'éclaircir – sont parfois critiquées pour leur caractère culpabilisant, mais la simple information médico-sanitaire est aujourd'hui impuissante à endiguer un phénomène d'ampleur universelle (Mahé, 2018). Il nous

semblerait judicieux de s'inspirer des politiques de réduction des risques mises en place avec les toxicomanies de manière à centrer le discours de prévention sur les éléments les plus dangereux, notamment l'utilisation massive de dermocorticoïdes ou de mercuriels. Les concepts d'usage nocif / abus de substances pourraient s'appliquer ici.

Au total, la réflexion sur cette nouvelle forme d'« addiction sans drogue » qu'est la DV enrichit la question du concept d'addiction en général et de ses limites.

Références

Dadzie O., Petit A., (2009). « *Skin bleaching: highlighting the misuse of cutaneous depigmenting agents* », *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 23:741-50.

Del Giudice P., Raynaud E., Mahe A., (2003). « L'usage cosmétique des produits dépigmentants en Afrique », *Bull Soc Pathol Exot*, 96:389-93.

Hamed S.H., Tayyem R., Nimer N., Alkhatib H.S., (2010). « Skin-lightening practice among women living in Jordan: prevalence, determinants, and user's awareness », *Int J Dermatol*, Apr;49(4):414-20

Easton A., (1998). « Women have deadly desire for paler skin in the Philippines », *Lancet*, 352:555.

Sylla R., Diouf A., Niane B., Ndiaye B., Guisse M.B., Diop A. et al., (1994). « Pratique de la Dépigmentation Artificielle de la peau chez les femmes à Dakar et étude analytique des produits dits cosmétiques utilisés », *Dakar Med*, 39:223-6.

Mahé 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*, 148:493-500.

Al-Saleh I., (2016). « Potential health consequences of applying mercury-containing skin-lightening creams during pregnancy and lactation periods », *Int J Hyg Environ Health*, 219:468-74.

Andreassen C.S., Pallesen S., Torsheim T., Demetrovics Z., Griffiths M.D., (2018). « Tanning Addiction: Conceptualisation, Assessment, and Correlates », *Br J Dermatol*, Feb 25. doi: 10.1111/bjd.16480. [Epub ahead of print].

De Schaetzen V., Boule C., Raynaud E., Dupuy A., Morel P., Dubertret L. et al., (2004). « Recherche d'une composante addictive à la dépigmentation volontaire chez des femmes africaines vivant à Paris », *Ann Dermatol Venereol*, 131:1S83 (Abstract).

Emeriau C., (2010). *Eclaircissement de la peau chez les femmes africaines à Marseille*. Thèse de doctorat en anthropologie biologique. Cotutelle Marseille et Gênes (Italie). p.103.

Ewing J.A., (1984). « Detecting alcoholism: the cage questionnaire », *JAMA*, 252:1905-7.

Freud S., (1909, 2000). *L'Homme aux rats : remarques sur un cas de névrose de contrainte*, trad. de l'allemand par Pierre Cotet et François Robert, Paris, PUF.

Goodman A., (1990). Addiction: definition and implications. *Br J Addiction*, 85:1403-8.

Jacquet M.M., Rigaud A., (2000). « Emergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques », In : S. Le Poulichet (dir.), *Les addictions*, PUF, Paris, 11-79.

Jeamment Ph., (1997). « Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. In : Dépendance et conduites de consommation ». In : R. Padieu, F. Geaugé, M. Choquet, R. Molinard, P. Parquet, L. Stinus (dir.), Ed. INSERM, 33-56.

Laplanche J., Pontalis J.-B., (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. 1981, Paris, PUF.

Ly F., (2014). « La dépigmentation cosmétique et ses déterminants socio-comportementaux », *Ann Dermatol Venerol*, 141:91-3.

Ly F., Diousse P., Ndiaye C., Déme A., Diatta B.A., Ndiaye M.T., Diallo M., Diop A., Kebe A.D., Fall F., Kane A., (2018). Cutaneous squamous cell carcinomas (SCC) associated with cosmetic skin whitening: 8 cases reported in Senegal. *Ann Dermatol Venerol*, 145:143-8.

Magruder-Habib K., Stevens H.A., Alling W.C., (1993). "Relative performances of the mast, vast and cage versus DSM-III-R criteria for alcohol dependence", *J Clin Epidemiol*, 46:435-41.

Mahé A., Perret J.L., Ly F., Fall F., Rault J.P., Dumont A., (2007). "The cosmetic use of skin-lightening products during pregnancy in Dakar, Senegal: a common and potentially hazardous practice". *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 101:183-7.

Mahé A., (2018). « Les défis de la dépigmentation cosmétique volontaire », *Ann Dermatol Venerol*, 145:81-2.

M'Bemba-Ndoumba G., (2004). *Ces Noirs qui se blanchissent la peau. La pratique du « maquillage » chez les Congolais*, Paris, L'Harmattan.

McDougall J., (2001). « L'économie psychique de l'addiction », In : V. Marinov (dir.), *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF.

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.

Odongo 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.

Petit A., Ludmann-Cohen C., Clevenbergh P., Bergmann J.F., Dubertret L., (2006). Skin lightening and its complications among African people living in Paris. *J Am Acad Dermatol*, 55:873-78.

Piérard-Franchimont C., Henry F., Piérard G.E., (2011). « Bronzer à tout crin ou se dépigmenter avec acharnement : des modes d'addiction ethnique au goût du jour », *Rev Med Liege*, 66(4):191-4.

Reynaud M., (2006). Présentation. In : *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*, Rahioui H et Reynaud M. (dir.), Paris, Flammarion, 1-12.

Rueff B., Crnac J., Darne B., (1989). « Dépistage des maladies alcooliques par l'autoquestionnaire systématique DETA », *Presse Med*, 18:1654-6.

Sun G.F., Hu W.T., Yuan Z.H., Zhang B.A., Lu H., (2017). Characteristics of Mercury Intoxication Induced by Skin-lightening Products. *Chin Med J (Engl)*, 130:3003-3004.

Stapleton J.L., Hillhouse J., Levonyan-Radloff K., Manne S.L., (2017). "Review of interventions to reduce ultraviolet tanning: Need for treatments targeting excessive tanning, an emerging addictive behavior", *Psychol Addict Behav*, 31(8):962-78.

Warthan M.M., Uchida T., Wagner R.F. Jr., (2005). "UV light tanning as a type of substance-related disorder", *Arch Dermatol*, 141(8):963-6.

Figure 1

Grille de l'enquête

Pour chaque question, vous avez le choix entre plusieurs réponses :

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| <i>C'est tout à fait vrai</i> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| <i>C'est un peu vrai</i> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| <i>Je ne me prononce pas</i> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <i>C'est plutôt faux</i> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <i>C'est complètement faux</i> | <input type="checkbox"/> | 1 |

Il ne faut cocher qu'une seule case par question !

1 (E8) Vous avez besoin de mettre des produits de plus en plus forts ou de plus en plus souvent pour maintenir l'effet que vous recherchez sur votre peau ; sinon l'effet éclaircissant va diminuer.

2 (E3) Vous avez déjà essayé plusieurs fois de diminuer ou d'arrêter complètement de mettre des produits éclaircissants.

3 (A) Vous n'arrivez pas à vous empêcher de mettre des produits éclaircissants sur votre peau ; quand l'envie de le faire vous prend, vous ne pouvez pas y résister.

4 (E4) Les produits éclaircissants prennent beaucoup de temps à préparer et à appliquer sur la peau, et il faut encore passer du temps à attendre ou à se reposer après les avoir mis.

5 (E1) Vous pensez souvent aux produits éclaircissants, aux moments que vous allez passer à les acheter, à les préparer ou à les appliquer sur votre peau.

6 (E2) Au début, vous n'aviez pas prévu que les produits éclaircissants prendraient autant d'importance dans votre vie et que leur utilisation vous prendrait autant de temps.

7 (E5) Vous passez tellement de temps avec les produits éclaircissants que vous n'arrivez pas à faire tout ce que vous devriez faire pour votre travail, ou pour vos études, ou pour votre famille, ou pour vos amis et votre entourage.

8 (E6) Vous passez tellement de temps avec les produits éclaircissants que vous préférez annuler des réunions avec des amis ou des voisins, des activités professionnelles, des loisirs, des soirées, des fêtes ou d'autres activités.

9 (E7) Vous connaissez certains problèmes qui persistent ou qui reviennent sans cesse, comme des problèmes d'argent, des difficultés psychologiques, des problèmes de santé ou des problèmes de peau. Vous pensez que l'utilisation des produits éclaircissants peut causer ou aggraver ces problèmes, mais cependant vous continuez à les utiliser quand même.

10 (B) Avant de commencer à mettre les produits éclaircissants sur votre peau, vous vous sentez de plus en plus tendue et énervée.

11 (C) Quand vous mettez les produits éclaircissants sur votre peau, vous ressentez une sensation de soulagement ou de plaisir.

12 (D) Quand vous mettez les produits éclaircissants sur votre peau, c'est comme si vous n'étiez plus tout à fait vous-même, vous perdez un peu le contrôle sur vous-même.

13 (E9) Si les circonstances ou quoi que ce soit vous empêche de mettre des produits éclaircissants sur votre peau, vous devenez agitée ou irritable.

14 (F) Certains des problèmes évoqués dans les questions précédentes se sont reproduits à plusieurs reprises pendant plusieurs mois ou plusieurs années ; ou ont duré plus d'un mois.