

I Revues générales

Demande d'effacement de cicatrices : faut-il toujours y répondre ?

RÉSUMÉ : La demande d'effacement des cicatrices est un motif relativement fréquent de consultation en dermatologie. Ces traces cutanées sont d'origines diverses et renvoient à l'histoire du patient. La demande d'effacement est parfois facilement comprise par le praticien du fait, par exemple, du caractère affichant de la cicatrice. Il arrive aussi que cette demande soit plus complexe, renvoyant à l'histoire de la cicatrice dont le vécu peut avoir été douloureux et l'être encore. La demande d'effacement de cicatrice requiert dans tous les cas que le praticien lui apporte une écoute attentive, prenant en compte la souffrance du patient, ainsi qu'une réponse dermatologique globale, adaptée au vécu et à l'histoire du patient.



**M. SCHOLLHAMMER^{1, 2}, H. CARTIER³,
C. RAIMBAULT-GÉRARD⁴, M. CHASTAING^{2, 5}**

¹ Cabinet de Dermatologie, BREST.

² Service de dermatologie, CHRU, Hôpital Morvan, BREST

³ Cabinet de Dermatologie, ARRAS.

⁴ Cabinet de Dermatologie, METZ.

⁵ Cabinet de Psychiatrie, BREST.

Savoir reconnaître la souffrance initiale

L'accroissement des demandes de soins pour les cicatrices est un fait bien réel dont témoigne le développement par l'industrie de produits destinés à améliorer l'état des cicatrices : produits cosmétiques, dispositifs médicaux, techniques de massage mécanique... Parallèlement, les dermatologues bénéficient aussi de progrès technologiques et toutes ces techniques font l'objet d'une médiatisation. L'offre crée la demande, suscite des espoirs et des attentes chez les patients. Ceux-ci se sont souvent renseignés sur les différentes techniques par divers canaux d'information : médecin, médias, blogs d'utilisateurs... Ces patients s'adressent ainsi volontiers à des médecins référencés pour une pratique spécifique avec une demande bien précise.

Le dermatologue, comme il le ferait pour toute autre dermatose, prendra en compte les caractéristiques de la cicatrice et de la peau du patient et se questionnera sur ses possibilités thérapeutiques. Il demandera au patient de préciser sa

demande de réparation tout en gardant à l'esprit qu'il ne s'agit pas d'un défaut cutané comme un autre. En effet, une cicatrice est la résultante d'une agression cutanée antérieure de causes variées et renvoie forcément le patient au traumatisme qui a généré la cicatrice. Lorsque le dermatologue reçoit un patient pour une demande de correction de cicatrices, il doit avoir en tête le vécu de la genèse de cette cicatrice, qu'il s'agisse de cicatrices post-chirurgicales, post-traumatiques, auto-provoquées (excoriations, scarifications, automutilations) ou survenant dans les suites de dermatoses telles que l'acné (souvent associée au contexte de l'adolescence et de la puberté).

Dans un premier temps, le dermatologue prend en compte le type de cicatrices (anciennes ou récentes, inflammatoires ou chéloïdiennes, post-traumatiques ou spontanées), leur localisation, leur degré d'ancienneté et la couleur de la peau du patient.

Parfois, il ne dispose pas de traitement efficace pour le type de cicatrices (par exemple, les cicatrices blanches atro-



Fig. 1 : Cicatrices de scarification.

phiques comme on peut en voir après des scarifications au niveau des avant-bras (*fig. 1*). Il arrive aussi que le type de peau du patient complique le choix de la thérapeutique (comme c'est le cas de la peau noire) et le dermatologue se voit alors contraint d'expliquer au patient que sa demande vis-à-vis d'une technique de laser, par exemple, ne pourra être satisfaite. Le dermatologue est contraint de renoncer à une réponse technique mais il est souhaitable qu'il reste si possible thérapeutique en n'abandonnant pas le patient avec sa cicatrice et sa souffrance. Un simple refus peut être très mal vécu par le patient et ne peut être considéré comme une réponse suffisante. Le camouflage médical, les massages manuels ou mécaniques, la compression peuvent trouver leur place dans ces circonstances. Renoncer à une réponse technique ne dispense pas le médecin de délivrer un message thérapeutique en s'intéressant au vécu du patient et en lui proposant une aide psychologique s'il le juge utile.

S'assurer de la pertinence de l'acte

Parfois, le dermatologue dispose d'une ou de plusieurs techniques pour amé-

liorer son patient. Différents moyens interventionnels et de prise en charge technique des cicatrices peuvent être utilisés, seuls ou en association pour un effet synergique. Les injections de corticoïdes, de produits de comblement, de toxine botulique et les peelings sont faciles à mettre en place par tous les dermatologues. D'autres techniques nécessitent l'accès à un plateau technique : les dispositifs électromagnétiques à visée vasculaire (KTP, IPL, colorant pulsé), pigmentaires, thermiques ablatifs (CO₂ et Erbium) et thermiques non ablatifs (Fraxel et autres).

Le dermatologue peut être naturellement tenté de conseiller au patient les techniques qu'il est en mesure de lui procurer et négliger de lui parler d'autres techniques, soit parce qu'il n'en n'a pas la pratique ou l'expérience, soit parce qu'il n'y a pas accès, soit parce qu'il ignore leur existence. Dans ce cas, le patient gagnera à être réorienté de façon à ce que les indications soient bien posées et les soins réalisés par un opérateur entraîné. Dans le même ordre d'idées, accepter pour le dermatologue d'effectuer une technique qu'il maîtrise sans être convaincu de son indication parce que le patient insiste et qu'il est venu pour cela n'est pas satisfaisant. Si on accepte de dispenser un traitement, c'est parce qu'on pense qu'on va bien le gérer, sinon il est préférable de le refuser et de justifier ce refus.

Dans tous les cas, il convient d'estimer la pertinence de l'acte et la compréhension du patient. Il est important, en particulier, de s'assurer que le patient a bien compris que les techniques d'effacement des cicatrices peuvent être invasives, avec des séances répétées, relativement douloureuses, et des suites affichantes. Il en va de même pour le coût de certaines techniques qui peuvent être onéreuses. Une réponse adaptée est une réponse qui tient compte des contraintes familiales, sociales, professionnelles et budgétaires du patient.

La gestion du temps est importante aussi : il faut trouver le bon moment avec le patient pour commencer les soins réparateurs, le bon rythme de ces soins et le bon moment pour y mettre un terme. Choisir un traitement en plusieurs sessions peut permettre de réaliser un soutien psychologique, une prise en compte et un accompagnement de la souffrance ressentie par le patient.

Les techniques choisies pour soigner les cicatrices peuvent aussi être plus ou moins agressives et/ou plus ou moins vécues comme agressives. Or, une cicatrice est déjà la résultante d'une agression cutanée quelle qu'en soit la cause. Cela justifie quelques précautions pour la mise en place des soins. Tout d'abord, le toucher d'une cicatrice dès le moment de l'examen nécessite de s'assurer que le patient est en confiance. *A fortiori*, une simple technique de massage manuel ou de palper-rouler n'est pas toujours bien vécue du fait de la sensation douloureuse. Pour d'autres techniques, certains facteurs peuvent également entrer en ligne de compte : le bruit, la douleur, l'ambiance de la salle (de type bloc chirurgical ou une salle plus accueillante)...

■ Entendre la véritable demande

La demande de réparation des cicatrices est légitime, mais la prise en charge des patients peut être complexe. L'impact visuel et psychologique d'une cicatrice est bien évidemment vécu différemment selon les patients. Une étude rapporte, lors d'un suivi à 2 ans, après une intervention chirurgicale menée sur 97 patients, que 60 % des patients étaient mécontents de l'aspect de leur cicatrice, que 87 % seraient intéressés par des techniques capables de prévenir ou d'améliorer la cicatrice, que 92 % souhaiteraient avoir une cicatrice moins visible et que 71 % des patients estimaient que leurs praticiens se désintéressaient de leur problème de cicatrice [1].

Revue générale

Dans notre pratique, les demandes d'effacement de cicatrices post-chirurgicales sont plus fréquentes pour la chirurgie plastique que pour une chirurgie curative (chirurgie cancérologique, chirurgie orthopédique...). Dans certains cas, la demande apparaît assez adaptée à l'objectif premier – esthétique – de la chirurgie (atténuation de cicatrices de plastie mammaire) et, dans d'autres cas, la demande est impérieuse et absolue : il s'agit alors de faire disparaître toute trace du recours à la chirurgie plastique (dans le cas, par exemple, de patients qui veulent faire disparaître les traces des implants capillaires). La honte d'avoir eu recours à ce type de traitement à visée esthétique apparaît comme le moteur essentiel de ces demandes. Elle peut traduire ce qu'ils ressentent comme une faiblesse psychique de n'avoir pu assumer leurs particularités physiques. Dans d'autres cas, le patient est insatisfait de la chirurgie plastique initiale qui ne s'est pas déroulée dans les conditions optimales (information insuffisante, aléa thérapeutique...). Parfois, le patient a honte de n'avoir pas été assez vigilant. Il prend sur lui la culpabilité du praticien.

Il arrive aussi que les attentes soient particulièrement fortes car le "mal-être" du patient est important. Il convient d'être attentif à cette souffrance liée à ces traces cutanées d'origines diverses pour limiter le risque de l'aggraver. Différents facteurs peuvent réactiver la souffrance initiale. Le patient peut ressentir une immense déception à la mesure des fortes attentes placées dans le traitement si le praticien n'a pas mesuré la nécessité de relativiser l'amélioration à attendre du traitement. Le patient peut aussi avoir le sentiment de subir un préjudice (lié aux suites difficiles du traitement ou à l'effort financier qu'impliquent les soins). Un geste thérapeutique, même vivement souhaité par le patient et réalisé par un praticien soigneusement choisi par lui, peut générer un nouveau vécu traumatique. La répétition de ce sentiment est alors extrêmement douloureuse, voire délétère, et devient ainsi traumatique.

POINTS FORTS

- La souffrance des patients qui consultent pour un effacement de cicatrices renvoie souvent à une souffrance initiale liée à la survenue et à la provenance de la cicatrice.
- La demande de réparation du patient renvoie bien souvent à ce double vécu.
- Toute demande d'effacement de cicatrices justifie une écoute empathique et attentive de la part du praticien.
- La souffrance du patient doit être reconnue.
- Une réponse doit être apportée et doit être la plus adaptée possible à la situation dermatologique et à la demande véritable du patient.

Il en va ainsi également de certaines demandes vis-à-vis des cicatrices infligées soit par un tiers, soit auto-infligées : – dans les lésions infligées, le patient a été victime (agression, traumatisme accidentel) ou s'est senti victime (aléa d'un traitement chirurgical) ; – dans les lésions auto-infligées, on peut penser que même si le patient les a lui-même provoquées, il était en quelque sorte victime de lui-même du fait du caractère irrépressible, parfois compulsif de ses conduites.

Le risque d'aggravation de la souffrance par une prise en charge inadaptée est d'autant plus élevé qu'il concerne des patients particulièrement vulnérables en raison du vécu douloureux, voire traumatique, de leur cicatrice initiale. Le médecin doit être conscient de la nécessité d'être prudent dans la pose des indications. En effet, le rôle naturel du médecin est de répondre à la demande des patients pour tenter de soulager leur souffrance. C'est la notion de fonction apostolique du médecin développée par Michaël Balint : "[...] *comme si chaque médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer*" [2].

Ces patients vulnérables adressent au praticien des demandes pressantes,

voire impérieuses, qui risquent de lui faire perdre le recul nécessaire dans la pose des indications. Dans ces situations de forte pression de la part des patients, celui-ci peut alors être instrumentalisé, se montrer trop interventionniste, avec le risque d'une aggravation des lésions cutanées qui serait très douloureuse et accentuerait la détresse psychique des patients (fig. 2). S'il est naturel pour tout médecin de répondre à la demande des patients pour tenter de soulager leur



Fig. 2 : Cicatrices de laser sur cicatrices de scarification.

■ Revues générales

souffrance, il conviendra particulièrement pour ces demandes de réparation de cicatrices de bien penser sa réponse thérapeutique.

Quelquefois, la réponse technologique est adaptée, le résultat clinique est objectivement correct mais la demande du patient n'est pas satisfaite : on peut penser que sa véritable demande n'a pas été entendue. En effet, derrière la demande manifeste des patients, il peut exister une demande latente d'un autre ordre qui pourrait être perçue par une écoute et une analyse plus approfondies. Parfois, ce n'est pas la trace objective et réelle sur le corps que le patient souhaite effacer mais la représentation psychique qu'il en a [3].

Par ailleurs, les demandes d'effacement des cicatrices des lésions auto-infligées (excoriations psychogènes, scarifications, automutilations...) posent des problèmes spécifiques. Elles renvoient au contexte dans lequel elles ont été effectuées. Les marques ont été effectuées sur leur peau à une période de vulnérabilité de leur existence (souvent à l'adolescence). Les cicatrices qu'ils regrettent les renvoient à cette période dont ils ont honte et qu'ils voudraient oublier. Et ce qu'ils veulent effacer est bien souvent la honte ressentie. La demande manifeste est une demande d'effacement des cicatrices, la demande latente est une demande d'atténuation des affects de honte et de culpabilité (associés à la réalisation des inscriptions sur la peau). Il est important de prendre en compte ces affects de honte et de culpabilité, et de ne pas banaliser la souffrance et la demande de soins [4]. Les demandes d'effacement des cicatrices de lésions auto-provoquées doivent être entendues

avec bienveillance. La prise en compte de la demande nécessite un certain recul pour en comprendre la portée et trouver une réponse la plus adaptée possible à la demande véritable.

Les demandes d'effacement des cicatrices d'acné renvoient aussi au vécu parfois difficile de la puberté. L'acné est associée aux remaniements corporels et à l'émergence des caractères sexuels secondaires. L'intimité est ainsi dévoilée au regard de l'autre et engendre des sentiments de honte. Le patient ne souhaite pas forcément en garder un souvenir affichant. Les cicatrices sont d'autant plus importantes que les lésions initiales ont été excoriées. Cette aggravation des cicatrices est source de culpabilité, renforcée par les propos de l'entourage et des médecins. Il est important pour le dermatologue encore une fois de savoir prendre en compte la demande réelle et la demande sous-jacente du patient pour choisir l'attitude et la conduite thérapeutique les mieux adaptées en tenant compte de la souffrance associée.

■ Conclusion

Il est important d'être attentif à la souffrance des patients qui consultent pour un effacement de cicatrices. Ces cicatrices renvoient souvent à une souffrance initiale qui doit être reconnue.

La position juste tient compte de cette souffrance sans banaliser la plainte et sans y répondre de manière systématique. Le praticien gagne à chercher à aider le patient à verbaliser sa demande, à élaborer ses attentes et à faire émerger la demande latente derrière la demande manifeste.

En tant que médecins, nous avons intérêt à prendre le temps de dépister les demandes irréalistes, à ne pas céder sans mûre réflexion aux sirènes qu'exercent les nouvelles technologies sur nos patients et à les aider à réintégrer dans leur histoire le trauma qui a provoqué ces cicatrices, quelle que soit la réponse que nous donnons à la demande dermatologique.

Effacer les cicatrices, est-ce une demande réaliste ? Le déroulement de notre existence ne génère-t-il pas inmanquablement des traces, tant sur le plan physique que psychique ? Vouloir effacer les traces de la vie n'est-il pas une illusion ? Ne faut-il pas aussi aider le patient à renoncer à ce fantasme de vouloir tout oublier ?

BIBLIOGRAPHIE

1. YOUNG VL, HUTCHISON J. Insights into patient and clinician concerns about scar appearance: semiquantitative structured surveys. *Plast Reconstr Surg*, 2009;124:256-265.
2. BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. *Payot & Rivages*, 1996.
3. CHASTAING M, FÉTON-DANOU N. Attentes irréalistes et dysmorphophobies en dermatologie esthétique. *EMC-Cosmétique et Dermatologie esthétique*, 2015;10:1-9. [Article 50-265-C-10].
4. CICCONE A, FERRANT A. Honte, culpabilité et traumatisme. *Dunod*, 2009.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.