Revues générales

Impact des maladies de la peau sur le développement de l'enfant et de l'adolescent

RÉSUMÉ : Les liens privilégiés entretenus par la peau et le cerveau se rattachent, d'une part, à une même origine embryonnaire et, d'autre part, au rôle de la peau dans les interactions précoces parents-enfants si fondamentales dans le développement de tout individu. Ce qui justifie la traduction dans la nosographie de ces liens et dans la clinique la collaboration que dermatologue et psychiatre sont amenés à mettre en œuvre.

À partir de notre expérience de la consultation conjointe dermatologue-pédopsychiatre, nous nous sommes attachés à décrire l'impact des maladies cutanées sur les stades du développement de l'enfant et de l'adolescent en lien avec leurs parents, ainsi que l'intérêt à saisir conjointement cet impact en proposant une prise en charge complémentaire.

M. SQUILLANTE
Psychiatre d'enfants et d'adolescents,
CHU de BREST.

"*Ce qu'il y a de plus profond dans l'homme c'est la peau.*" Ces mots de Paul Valéry [1] mettent en exergue les liens privilégiés qu'entretiennent la peau et le système nerveux. Ayant la même origine embryonnaire, ils se différencient progressivement de l'ectoderme, qui forme à la fois la peau, les organes de sens et le cerveau [2].

La complexité anatomique et physiologique de la peau préfigure la construction de l'individu sur le plan psychique. La peau, riche en terminaisons nerveuses, sensorielles et endocriniennes, intervient dans de nombreuses fonctions de lien entre l'extérieur et l'intérieur de notre organisme. Elle est essentielle dans notre vie relationnelle. Elle dévoile nos sentiments et nos émotions, et garde les traces de notre identité, de notre vie. Elle est à la fois limite et passage. Notre langage courant est d'ailleurs riche de métaphores se référant à ces liens : "*être bien ou mal dans sa peau*", "*avoir quelqu'un dans la peau*", "*se mettre dans la peau de l'autre*"…

C'est par la peau que la communication commence, avant la parole, et c'est souvent par elle qu'elle se termine quand les mots ne sont plus là et que seul le toucher est possible.

Le retentissement réciproque des maladies dermatologiques et des troubles psychiatriques a donné lieu à différentes classifications. Celle de 2002 différencie les troubles psychiatriques (dépression, anxiété) secondaires à des maladies cutanées chroniques (dermatite atopique, psoriasis…), les troubles psychiatriques favorisant les maladies cutanées, surtout dans les formes sévères, ainsi que les maladies cutanées modulées par des troubles psychopathologiques comme la dermatite atopique, le psoriasis, la pelade, l'urticaire et l'acné.

La physiopathologie nous aide à comprendre les liens entre les affections cutanées et les troubles psychopathologiques. Deux voies principales d'interaction existent entre la peau et le système nerveux : la voie neuro-immuno-cutanée et la voie endocrine,

particulièrement impliquée dans les situations de stress.

Nous allons évoquer les interactions de la peau et du psychisme dans le développement de l'individu, la constitution de son enveloppe psychocorporelle et l'impact de la maladie cutanée qui se manifeste au cours de l'enfance et de l'adolescence. La nature composite de ces interactions appelle dermatologue et psychiatre à travailler ensemble.

Peau et développement

La peau joue un rôle fondamental dans la structuration du sujet et dans la relation à l'autre. Première expérience de communication, première surface de contact entre le nouveau-né et ses parents, première assise de peau à peau sur le ventre de la mère, c'est par la peau que l'enfant entre dans le monde et dans la relation à l'autre. Cette réalité pendant un temps restée inaperçue est actuellement de plus en plus reconnue. Il est désormais de pratique courante, dans les maternités, de favoriser le premier contact peau à peau dès la naissance. En témoignent, par exemple, les programmes de soins peau à peau parent-nourrisson dans les situations de grande prématurité.

L'importance de la peau dans la construction de l'être humain est explicitée et partagée par les apports de la psychanalyse, de la psychologie du développement, de la théorie de l'attachement. Ces regards nous permettent d'affiner les nôtres et d'être plus attentifs à l'articulation entre "l'écorce et le noyau" [3].

Grâce aux soins que la mère va prodiguer, à la qualité de son toucher [4] au cours du nourrissage, du change…, l'enfant va acquérir ses limites externes et internes, sa peau psychique autant que physique [5]. À travers les mots que la mère va choisir pour transmettre à l'enfant ce qu'elle perçoit de ses éprouvés, celui-ci va parvenir à distinguer, attribuer, différencier, reconnaître, ressentir

Madonna del latte par Andrea Pisano (1290-1348).

ce qui lui vient du dedans ou du dehors. Le bébé va ainsi développer toutes les fonctions de la peau, aussi bien sur le plan physique que psychique [6]. Ce sont aussi les attributs que les parents choisissent pour transmettre à l'enfant le plaisir qu'ils éprouvent à être les parents de cet enfant-là et c'est ainsi que celui-ci va acquérir confiance en lui et consolider son narcissisme. Le toucher est donc un élément central dans la constitution de l'enveloppe corporelle et psychique, ainsi que du développement cognitif comportemental et émotionnel.

À l'adolescence, période de remaniements importants, la peau va de nouveau entrer en jeu. En effet, les changements psychiques et corporels amènent l'enfant à "sa forme définitive", l'identité sexuelle s'organise de manière irrévocable, les caractères sexuels se développent et deviennent visibles : le grain de la peau, les poils, etc. Dépasser la taille de ses parents ne laisse pas indifférent. L'aspect physique, la question de l'identité, la confrontation au corps de l'autre, aux pairs, deviennent essentiels.

L'adolescent doit se séparer du monde de l'enfance : il s'agit du deuxième processus de séparation-individuation [7], plus radical que le premier. Le jeune doit investir davantage les pairs, la relation à l'autre de verticale doit devenir horizontale. Il doit se faire une place parmi les autres et c'est toute la question de la confiance en soi, du narcissisme, de l'acceptation de son image et de ce que les autres lui renvoient. Les maladies de la peau à ce moment de la vie sont vécues comme une menace à sa propre image, à son estime de soi, à son identité.

Consultation conjointe

Notre pratique de consultation conjointe dermatologue-psychiatre nous permet une réflexion sur l'impact des maladies de la peau en relation avec le développement de l'enfant et de l'adolescent. Depuis de nombreuses années, la consultation conjointe conçue pour les enfants, pratiquée par le Dr Dupré et moi-même, est inscrite dans le projet global du service de dermatologie du Pr Laurent Misery au CHU de Brest [8], à côté d'un même dispositif adressé aux patients adultes.

La consultation conjointe nous permet l'approche psychosomatique prenant en compte l'unité du patient. Nous sommes convaincues de l'étiologie complexe des maladies cutanées. Les facteurs immunologiques, génétiques, allergiques n'excluent pas le rôle du stress, des traumatismes psychiques, des dysfonctionnements, des interactions, ainsi que le rôle des événements de la vie. Par notre présence conjointe, nous signifions aux parents et à l'enfant que nous sommes attentives à l'intrication du corps et du psychisme. Nous ne choisissons pas l'un au détriment de l'autre mais nous mettons l'accent sur leur nécessaire articulation.

Les patients s'aperçoivent de cet intérêt réciproque venu de praticiens s'intéressant à leur corps et à leur psyché. Ils peuvent profiter de cette situation pour s'approprier ce double regard. L'articulation entre expression

Revues générales

somatique et psychique, entre sensations et émotions, entre plainte et pensée peut s'en trouver facilitée.

Les consultations ont lieu dans le service de dermatologie, les patients nous sont adressés le plus souvent par des dermatologues de l'hôpital ou de ville. Il peut s'agir le plus fréquemment de dermatites atopiques, mais aussi de pelade, d'alopécie, d'excoriations récurrentes, de pathomimie. Un minimum de 45 minutes par consultation est prévu. Nous recevons dans un premier temps les parents et l'enfant puis, selon l'âge, l'enfant seul, pour terminer avec toute la famille. La consultation débute toujours par l'aspect dermatologique avec examen clinique puis une transition progressive se fait vers l'aspect psychologique. Au cours de la consultation, nous interagissons en respectant les espaces réciproques. Il arrive souvent que nous nous aidions à relancer, à soutenir la parole, parfois l'une est plus en contact avec les parents et l'autre avec l'enfant. La consultation se termine par une restitution commune qui permet de repartir avec une ébauche de compréhension de la problématique sous-jacente. Elle associe une prescription médicamenteuse quand elle est nécessaire, un retour vers son dermatologue, une orientation vers un autre type de prise en charge à caractère psy : psychomotricité ou consultation pédopsychiatrique, ou proposition de prise en charge au niveau de notre consultation quand l'articulation psyché-soma nous apparaît particulièrement impliquée.

Au cours de ces consultations conjointes l'attention est portée sur les manifestations de la peau, bien sûr, mais tout autant sur l'expression verbale et non verbale, sur le langage du corps, sur ses postures. Le recueil de l'anamnèse précoce, notamment, nous aide à nous forger une représentation des premières interactions et des échanges par le toucher. Il faut souligner, à la suite du Dr Sylvie Consoli [9], la disponibilité non seulement psychique mais aussi corporelle qui doit nous habiter pour éprouver quasiment dans notre corps les difficultés du patient, et pouvoir ainsi l'aider à les transformer dans une forme plus métabolisable et aboutir à une certaine réparation. Le rôle thérapeutique des consultations conjointes est intrinsèquement lié à leur cadre et à leur déroulement, facilitateur d'une circulation entre les sensations et les pensées, permettant souvent de sortir de l'impasse de la recherche de la cause pour se fier plutôt à la logique du symptôme, aux répétitions qu'il engendre accompagnées de bénéfices secondaires pour les deux partenaires, parent et enfant, et qu'il faut essayer de défaire.

Ces consultations transdisciplinaires en pratique assez rares se révèlent très utiles pour nos patients.

L'impact des maladies de la peau

Nous recevons des pathologies assez sévères et chroniques, principalement des dermatites atopiques, dont on sait l'impact sur la qualité de vie [10]. Au cours des consultations, ces enfants et adolescents nous donnent à voir des corps enveloppés de manière rigide par des peaux épaissies, carapaces qui mettent l'autre à distance, donnant une impression d'autosuffisance qui renferme, en réalité, une forme de nostalgie d'un contact lointain et raté, ou à l'inverse des enfants éparpillés avec des peaux poreuses, sans tenue, sans limite, donnant l'impression de presque se dissoudre dans le monde environnant dans lequel ils cherchent appui.

Leur énergie est prise par la peau qui les gratte. Quand le regard de l'autre se pose sur ces peaux abîmées on peut lire dans le regard la honte de se sentir dépouillé, à découvert, c'est alors tout le sentiment de soi, bien avant l'estime de soi, qui est mis à mal. Souvent, ces enfants et ces adolescents inhibés qui se cachent au regard des autres semblent fatigués par leurs symptômes, leurs traitements, ils manquent d'élan, apparaissent déprimés. L'atteinte narcissique qu'ils vivent prend la forme d'un certain renoncement au plaisir de vivre, et favorise la problématique de la dépendance et du lien à l'autre. Ces enfants parlent peu ou laissent parler leur parent pour eux comme si une partie de leur vie ne leur appartenait pas. Nous sommes souvent amenées à devoir les solliciter pour qu'ils soient plus présents à eux-mêmes et à nous, pour qu'ils sortent d'une espèce de brouillard qui les enveloppe.

Le cadre de la consultation permet également de mettre en évidence l'incidence de la peau et de ses maladies dans la relation parents-enfant [11], et plus tard de l'adolescent à ses parents. Au cours de la consultation, les enfants jeunes sont souvent physiquement collés à leurs parents. Ils plongent leurs mains dans le sac de leur mère à la recherche d'objets qui représentent cette proximité indifférenciée sans, le plus souvent, qu'il y ait de réaction de la part de celle-ci. Les enfants peu conscients de l'état de leur peau laissent leur parent exprimer sa propre souffrance, porte-parole de la leur. Dans ce cas, le trouble de l'attachement [12] est bien plus global et concerne souvent tous les aspects du développement : troubles du sommeil, de l'alimentation, angoisse de séparation, phobie sociale, manque d'imagination, difficulté à jouer, parfois à apprendre.

De même, pour les plus grands, il est difficile de regarder leur peau, de lui attribuer une qualité, de discriminer les sensations, de ressentir la douleur, d'indiquer le traitement et ses effets, comme si la peau ne leur appartenait pas en entier. Déléguer aux parents permettrait de mettre la réalité à distance. Parfois, la dépendance se noue, dès le début de la maladie, suite à des soins prolongés, lourds et sans résultats immédiats. Le climat d'anxiété est majoré et la problématique principale concerne alors les troubles de l'attachement. La charge des soins se concentre souvent sur un

POINTS **FORTS**

- Au delà des liens anatomiques et physiopathologiques que peau et système nerveux entretiennent, la peau joue un rôle fondamental dans la structuration du sujet et dans sa relation à l'autre.
- L'approche psychosomatique nous aide à saisir ces liens par une attention portée conjointement à l'étiologie complexe des maladies cutanées et à la globalité du sujet et de sa problématique.
- La clinique psychosomatique, exercée grâce à la consultation conjointe dermatologue-pédopsychiatre, nous permet de percevoir, dans le cadre d'affections cutanées sévères, l'impact réciproque de la peau et du psychisme dans le développement de l'enfant et de l'adolescent. Cet impact se révèle principalement en termes de dépendance, d'atteinte de l'estime de soi, de dépressivité.
- Il est important d'offrir un cadre thérapeutique qui puisse prendre en compte conjointement le soin à la peau et le soutien aux ressources internes de l'enfant et de l'adolescent en lien à ses parents.

seul parent et la qualité de l'interaction peut insensiblement en être entravée et rejaillir sur l'ensemble des relations parent-enfant et/ou adolescent. On retrouve alors une trop grande proximité, un désir excessif de protection ou parfois un mouvement d'éloignement face à une peau trop abîmée qui blesse aussi le narcissisme parental. À l'adolescence, cette proximité se teinte plus particulièrement d'une certaine agressivité ou excitation qui rend plus difficile la juste distanciation nécessaire pour grandir et prendre son autonomie.

La consultation conjointe est un lieu thérapeutique qui utilise comme levier l'abord de la peau doublé de la mise en représentation et en mots grâce à notre présence simultanée. Nous proposons d'observer ensemble la peau en soutenant le regard de l'enfant et de l'adolescent à sa propre découverte. Nous l'aidons à discriminer ce qu'il voit, ses sensations, les affects associés, les différences qu'il remarque d'une fois sur l'autre. Nous nous intéressons aussi avec lui et avec ses parents au traitement et aux projections qui l'entourent. S'approprie-t-il ces questions ou laisse-t-il son parent s'en occuper ? L'explication du mécanisme de la maladie et du médicament adaptée à l'âge est aussi un moment qui permet l'expression des théories que chacun se forge sur sa propre maladie, sur ce qu'on imagine sur sa cause, sur son mécanisme, sur l'action du médicament.

Nous pouvons ainsi travailler sur la passivité, qui est un trait fréquemment retrouvé, en faisant des liens avec d'autres activités quotidiennes qui sont souvent déléguées aux parents et dont ceux-ci se plaignent tout en s'exécutant. Aux parents, nous offrons l'occasion de prendre conscience des cercles vicieux qui s'instaurent insidieusement et qui renforcent la dépendance. Le récit de l'histoire de vie permet de faire des liens, de redonner un sens à certains comportements, de déjouer les bénéfices secondaires qui enferment dans des répétitions. Nous représentons un binôme harmonieux avec des angles de vue différents qui s'intègrent et sur lequel nos jeunes patients et leurs parents peuvent prendre appui. Un exemple clinique peut illustrer le cadre thérapeutique de la consultation conjointe ainsi qu'un type de problématique fréquemment rencontré.

Vignette clinique

Victor a 14 ans. C'est un immense garçon à la peau noire avec un regard doux mais fuyant, qui se cache derrière sa capuche et ses gants et laisse parler sa mère. Victor souffre depuis quelques mois d'une dermatite atopique qu'il a négligée. Nous invitons rapidement les parents à aller dans la salle d'attente. Victor accepte l'examen, son eczéma est étendu, il s'est infecté, devenant assez visible. L'adolescent est gêné par le prurit et par la "honte" face aux autres. Il nous parle spontanément de lui : originaire de Guadeloupe, il a été adopté à la naissance, famille adoptive et biologique gardent des relations. La dermatite s'est manifestée au retour du dernier séjour au cours duquel Victor a appris la mort de son père et la nouvelle union de sa mère biologique. Le développement de Victor a été émaillé d'asthme, de troubles du sommeil, d'encoprésie, de colères aux frustrations et aux séparations d'avec sa mère adoptive. Plusieurs prises en charge rééducatives et psychologiques ont été tentées.

L'adolescence est marquée par un certain mal-être, par des attitudes contradictoires vis-à-vis de ses parents, oscillant entre l'éloignement et la proximité, ainsi que par des transgressions.

La scolarité est chaotique et Victor vient une nouvelle fois de changer d'établissement. Au terme de notre consultation, nous avons présenté à Victor la conduite à tenir pour soigner la dermatite, éviter les séquelles de dépigmentation. Nous lui avons proposé de l'aider à suivre le traitement pour sa peau et aussi à tenir dans sa nouvelle école. Victor s'est engagé avec nous dans un suivi régulier qui a duré 1 an et qui s'est terminé quand lui-même nous a dit : "*Je suis mieux dans ma peau.*" En effet, la dermatite s'était

Revues générales

bien améliorée et il avait trouvé une stabilité dans son comportement. Au cours du suivi, nous avons rencontré ponctuellement les parents pour faire le point sur le traitement et les aider à trouver une plus juste distance.

La problématique de Victor tournait principalement autour de la perte et de l'identité. Elle se cristallisait sur la peau qui se perdait et qui risquait de changer de couleur s'il n'y prenait pas garde. Victor était attentif et comme intrigué par notre présence conjointe. Il a été très respectueux du cadre prévu même quand tout se défaisait à nouveau autour de lui, acceptant de partager notre regard sur sa peau, ses sensations, ses impressions, son humeur, ses pensées. Il est possible que nous ayons représenté pour lui une occasion de différenciation et de complémentarité. Nous lui avons proposé un lieu apaisant, bienveillant, loin de l'excitation extérieure. Nous pensons que cette offre a contribué à lui permettre de restaurer sa peau et en même temps de réparer sa sécurité interne abîmée et source de mal-être pour lui.

Conclusion

Les consultations conjointes nous mettent en contact direct avec l'impact des affections cutanées, aussi bien au regard de la construction de l'identité que de la relation aux autres. Elles nous permettent de saisir l'importance de l'articulation de la peau et du psychisme, mais aussi de proposer un cadre thérapeutique qui s'adresse aux deux.

Tous mes remerciements au Dr Dominique Dupré, dermatologue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Valéry P. *L'idée fixe ou deux hommes à la mer*. Gallimard, 1933.
2. Chastaing M, Misery L. Psychiatrie et Dermatologie. *EMC Dermatologie*, 2019;0:1-18.
3. Abraham N, Torok M. *L'écorce ou le noyau*. Flammarion, 1978.
4. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, 1999.
5. Bick E. "L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces" (1968) in : *Un espace pour survivre*. Éditions du Hublot, 2006.
6. Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Dunod, 1997.
7. Jeammet Ph. *Paradoxes et dépendances à l'adolescence*. Éditions Fabert, 2014.
8. Misery L, Chastaing M. Joint consultation by a psychiatrist and a dermatologist. *Dermatolog Psychosom*, 2003;4: 160-164.
9. Misery L. Dermatite atopique et stress. *Ann Dermatol Vénéreol*, 2005;132: S112-115.
10. Consoli SG. Psychothérapie psychanalytique et dermatologie: Supplément à *Nervure-Journal de Psychiatrie*, mars 2006.
11. Squillante M, Chastaing M, Misery L. La dermatite atopique dans la vie de famille. *Cutis et Psyché*, juin 2006.
12. Guedney N, Guedney A. *L'attachement approche clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson, 2016.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.