



Emilie Passas<sup>1</sup>, Sophie Lanteaume PhD<sup>2,3</sup>, Sarah Sandonato<sup>4</sup>, Guillaume Buires MD<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Centre hospitalier de Valence, unité de recherche clinique, 179, boulevard Maréchal Juin, 26000 Valence, France

<sup>2</sup> Hôpital privé Drôme Ardèche, Clinique Pasteur, soins de support, 294, boulevard Charles de Gaulle, 07500 Guilhaud-Granges, France

<sup>3</sup> LIP/PC2S, Université Grenoble Alpes/Université Savoie-Mont-Blanc, 1251, avenue Centrale, 38000 Grenoble, France

<sup>4</sup> Centre hospitalier de Valence, plateforme de cancérologie, 179, boulevard Maréchal Juin, 26000 Valence, France  
<gbuires@ch-valence.fr>

# Socio-esthétique en oncologie : n'oubliez pas les hommes !

## Résumé

**Objectifs.** La socio-esthétique est la délivrance de soins de beauté appropriés à une population fragilisée par une agression physique, psychologique et/ou sociale. Elle offre de nombreux types de traitements, dont des soins du visage, du maquillage, des massages corporels, des conseils, etc. Nous avons cherché à démontrer que les bénéfices de la socio-esthétique ne diffèrent pas en fonction du sexe.

**Méthodes et variables.** Au total, 231 patients (dont 38,5 % d'hommes) ont été recrutés dans un hôpital général, entre le 12 janvier 2018 et le 30 juin 2021. Chaque patient a rempli un questionnaire sur les bénéfices ressentis et une échelle numérique d'évaluation de la douleur et du bien-être avant et après le traitement. **Résultats.** Dans chaque résultat considéré (douleur, bien-être, autres bénéfices), il y avait une amélioration globale significative avant/après le soin de socio-esthétique sans aucune différence significative entre les hommes et les femmes. Aucun patient n'a trouvé la séance de socio-esthétique inutile.

**Conclusion.** La socio-esthétique doit être proposée aussi bien aux femmes qu'aux hommes car elle est facilement acceptée et les bénéfices ne varient pas selon le sexe. Les hommes ne doivent pas être exclus de certains soins à cause de nos propres préjugés de soignants.

**Mots clés :** socio-esthétique, douleur, bien-être, soins de support en cancérologie, limitation d'accès aux soins, préjugés.

La socio-esthétique a été utilisée pour la première fois en psychiatrie en 1962 à San Francisco et en 1963 à Lyon [1]. Elle consiste à délivrer un soin de beauté et de bien-être adapté à une population fragilisée par une problématique physique, psychologique et/ou sociale. Ce type de soins a trouvé sa place dans de multiples indications, tant dans le milieu médical (notamment en oncologie) que dans le milieu social. Elle consiste en de nombreux soins différents, tels que des soins du visage, des pieds, des mains (manucure, pose de vernis à ongles), du maquillage, des conseils de

beauté ou de produits, des massages du corps ou de la tête, etc. Son impact est :

- physique : amélioration de l'aspect de la peau, restauration de l'apparence et maintien de la netteté et du gommage des imperfections cutanées ;
- psychologique : établissement de différents vecteurs de communication par une écoute non médicale, amélioration de la sensation de bien-être, réévaluation de l'image corporelle et de l'estime de soi ;
- social : évitement de l'isolement en favorisant la réinsertion sociale, le fait de se rendre présentable aux autres et l'acceptation de son image, voire le fait de se sentir à nouveau plus séduisant, d'où

Tirés à part : G. Buires

une influence positive sur les relations sociales et familiales [2].

En privilégiant l'écoute, le conseil et le toucher, en utilisant des produits cosmétiques, la socio-esthétique engage le patient par le contact physique et agit sur la perception de l'image ou de la présentation du corps.

En oncologie, bien que les données scientifiques disponibles sur les effets de la socio-esthétique soient minces, tant en nombre qu'en méthodologie, elles suggèrent un certain bénéfice sur la qualité de vie et la satisfaction corporelle [3-8]. Si la dimension esthétique est souvent au premier plan, les patients réclament particulièrement le toucher [4] et le bien-être procuré.

Une socio-esthéticienne travaille dans notre institution depuis 2018. L'effet antalgique d'une séance de socio-esthétique ayant été immédiatement noté par nos infirmières, nous avons mené une étude prospective qui a montré que la socio-esthétique diminuait significativement la douleur chez la population générale atteinte de cancer [9] et post-opératoire après une chirurgie du cancer des voies aérodigestives supérieures [10].

Dans cette expérience, nous avons proposé aux hommes ce soin socio-esthétique, habituellement réservé aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Le but de cette étude était de montrer qu'ils pouvaient bénéficier autant que les femmes et qu'ils pouvaient être réintégrés dans certains soins dont ils sont habituellement exclus en raison de leur sexe.

## Méthodes

### La socio-esthéticienne

La formation de la socio-esthéticienne comprend : certification en massothérapie pour plusieurs types de massage : drainage lymphatique, circulaire, dos, californien, main, visage selon le type de peau, pieds, cuir chevelu et tronc.

La socio-esthéticienne travaillant dans l'établissement est présente pendant quatre heures, une demi-journée/semaines, au cours desquelles elle peut voir cinq à six patients. Elle se présente et présente la socio-esthétique aux patients, les interroge sur leurs problèmes causés par le cancer ou les

traitements, leur explique les différentes options de soins et les aide à choisir.

### Population de l'étude

Un total de 231 patients ont accepté une séance de socio-esthétique entre le 12 janvier 2018 et le 30 juin 2021 : 89 hommes (38,5 %) et 142 femmes (61,5 %). Tous les patients ayant bénéficié d'une prise en charge socio-esthétique ont accepté de participer à l'étude.

Les caractéristiques démographiques de la population sont présentées dans le *tableau 1*.

La *figure 1* montre la distribution de la localisation du cancer. La distribution du type de cancer par sexe était significativement différente ( $p < 10^{-3}$ ).

### Soins de socio-esthétique

Différents soins de socio-esthétique étaient disponibles, proposés par la socio-esthéticienne aux patients : soins du visage, maquillage, manucure, conseils sur la gestion des effets secondaires, conseils beauté, massages relaxants ou modelants, etc. Chaque patient pouvait choisir un ou plusieurs de ces soins lors d'une séance. Chaque séance de socio-esthétique se déroulait dans la chambre du patient. La durée moyenne d'une séance de socio-esthétique était d'environ 30 minutes (20 minutes à une heure).

Le moment de l'administration des médicaments par les infirmières (notamment les analgésiques) n'a pas été modifié en raison de la séance de socio-esthétique.

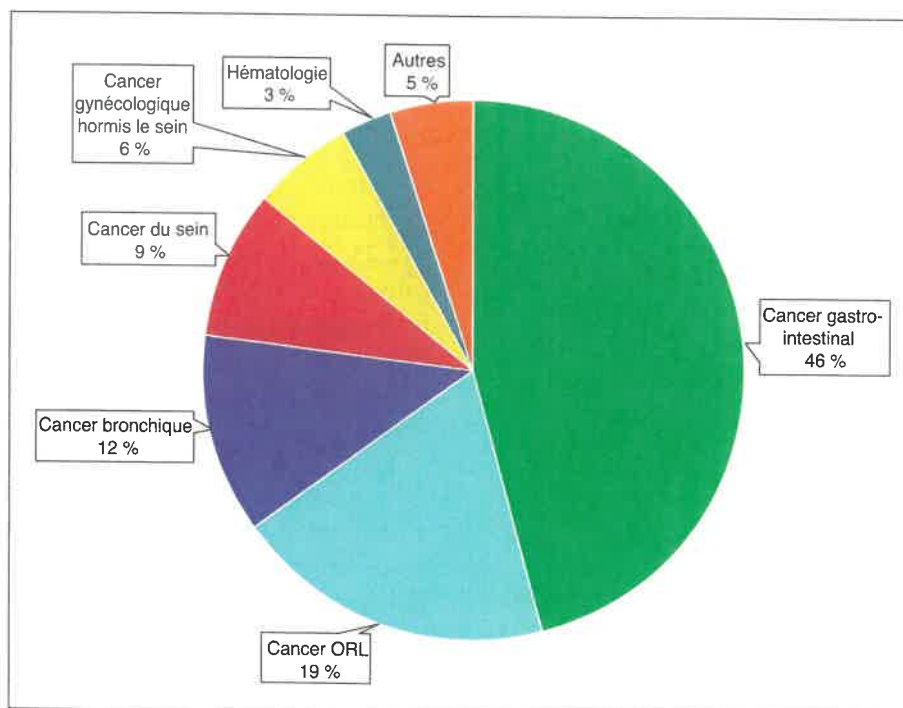
### Objectifs et critères d'évaluation

L'objectif de l'étude était de montrer que les bénéfices ressentis par les patients après une séance de socio-esthétique n'étaient pas significativement différents chez les hommes et les femmes.

Le critère d'évaluation principal était une évaluation numérique de l'intensité de la douleur sur 11 points (0 = aucune douleur, à 10 = la pire douleur imaginable), avant et après la séance de socio-esthétique, comparée entre les hommes et les femmes.

**Tableau 1.** Démographie, types de soins et bénéfices ressentis selon le sexe des patients.

	Femmes	Hommes	p
<b>Caractéristiques démographiques de la population</b>			
Âge moyen $\pm$ écart-type (années)	66,7 $\pm$ 11,6	65,7 $\pm$ 11,1	0,494
<b>Traitement du cancer en cours (%)</b>	98,6	95,3	0,283
<b>Types de soins de socio-esthétique</b>			
Soin du visage (%)	20	15,3	0,475
Maquillage (%)	0,7	1,2	1
Massage (%)	42,8	51,8	0,236
Manucure / soins des mains (%)	44,8	42,4	0,82
Conseils de gestion des effets secondaires (%)	27,8	25,9	0,875
Conseils de beauté (%)	17,9	9,4	0,118
<b>Bénéfices des soins de socio-esthétique d'après les patients</b>			
Moment de relaxation (%)	94,4	97,7	0,413
Conseils techniques (%)	23,4	16,3	0,258
Trucs et astuces pour mieux gérer les effets secondaires des traitements du cancer (%)	29,0	33,7	0,542
Moins penser à la maladie (%)	65,5	66,3	1
Avoir une meilleure image de soi (%)	36,6	39,5	0,755
Un moment d'écoute (%)	73,8	82,6	0,171
Rendre le temps plus agréable (%)	86,9	91,9	0,348
Regagner de la confiance en soi (%)	24,8	33,7	0,204
Etre plus combatif (%)	40,0	33,7	0,417
Diminuer l'anxiété par rapport aux autres (%)	9,7	15,1	0,3
Diminuer l'anxiété par rapport au cancer (%)	29,0	27,9	0,983
Aider à accepter la maladie (%)	27,6	32,9	0,478
Apporter plus de confort (%)	7,6	12,8	0,284



**Figure 1.** Distribution de la localisation du cancer.

Les critères d'évaluation secondaires étaient l'utilisation d'un questionnaire précédemment utilisé par Sagatchian *et al.* [7], remis à tous les participants immédiatement après la séance. Ce questionnaire évaluait le ou les types de soins socio-esthétiques réalisés et le ou les bénéfices ressentis par les patients. Une évaluation du bien-être a également été réalisée à l'aide d'une échelle numérique (-10 : pire bien-être imaginable, 0 : ni bon ni mauvais, +10 : meilleur bien-être imaginable). Tous les critères d'évaluation secondaires ont été comparés entre les hommes et les femmes.

### Dispositions réglementaires

Toutes les procédures effectuées dans le cadre des études impliquant des participants humains étaient conformes aux normes éthiques du comité d'éthique institutionnel et à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et ses amendements ultérieurs ou à des normes éthiques comparables.

La recherche a été approuvée par le Comité de protection des personnes (CPP) Nord-Ouest I (N° 19.11.09.19514).

### Biostatistiques

Pour comparer les critères binaires, des tests de chi-2 ont été effectués. Pour comparer les moyennes des critères continus, des tests t de Student ont été réalisés.

Tous les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel R ([www.the-r-project.com](http://www.the-r-project.com)).

Une différence anticipée de réduction des moyennes d'évaluation de la douleur de 1/10 entre les hommes et les femmes, avec une puissance statistique de 0,9 et un risque  $\alpha$  de 0,05, avait conduit à un calcul de population minimale de 17,8 patients.

### Résultats

Le *tableau 1* présente les types de soins socio-esthétiques délivrés et les bénéfices rapportés par sexe.

Aucun patient n'a connu une augmentation de la douleur après la séance de socio-esthétique.

Chez les femmes, la douleur a diminué de 0,68/10 en moyenne avec la séance ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0). Chez les hommes, la douleur a diminué en moyenne de 0,83/10 avec la séance ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0). Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes ( $p = 0,425$ ).

Un total de 156 patients n'avait aucune douleur avant la séance de socio-esthétique (67,3 %). Aucune séance de socio-esthétique n'a déclenché de douleur. En sélectionnant les patients présentant une douleur avant les soins (76 patients, 32,8 % de la population totale), la diminution moyenne de la douleur était plus importante : -1,88/10 chez les femmes ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0), -2,00 chez les hommes ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0), sans différence significative entre les femmes et les hommes ( $p = 0,820$ ).

Le bien-être s'est amélioré de façon significative dans les deux populations après la séance de socio-esthétique : +8,13/20 chez les femmes ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0) et +12,25 chez les hommes ( $p < 10^{-5}$  par rapport à 0). La différence homme/femme dans le gain de bien-être après la session de socio-esthétique a approché la signification ( $p = 0,065$ ).

### Discussion

Notre étude est la première à montrer que les bénéfices des soins de socio-esthétique sont au moins aussi importants chez les hommes que chez les femmes (le bien-être était plus augmenté chez les hommes que chez les femmes, respectivement +12,25/20 et +8,13/20, mais de façon non significative,  $p = 0,065$ ) et que la socio-esthétique était facilement acceptée, autant par les hommes que par les femmes. La seule différence significative trouvée concernait la distribution du type de cancer par sexe ( $p < 10^{-3}$ ), ce qui peut s'expliquer par les cancers gynécologiques (cancer du sein et cancer non mammaire). Notre cohorte n'a pas inclus d'hommes atteints d'un cancer du sein. Notre étude a également montré un haut niveau de satisfaction, quel que soit le sexe, vis-à-vis de la socio-esthétique puisqu'aucun patient ne l'a trouvée inutile, confirmant ainsi d'autres études [1, 3, 7, 9, 10]. Au contraire, une séance de socio-esthétique est perçue comme une distraction pendant le

traitement (temps de relaxation et temps passé plus agréable), un concept également retrouvé dans l'étude d'Amiel *et al.* [3].

Le ratio de sexe (38,5 % d'hommes dans notre cohorte) de notre étude est totalement inhabituel, uniquement rapporté dans les études publiées par notre équipe [9, 10]. En effet, la plupart des études de socio-esthétique ont été menées chez des femmes atteintes d'un cancer du sein [3, 4, 6, 8, 11-15]. Notre position institutionnelle est de le proposer à toutes les unités médicales de l'établissement prenant en charge des patients atteints de cancer. Les services qui ont le plus répondu (gastro-entérologie, ORL) ont des proportions de répartition des sexes différentes de la sénologie. Il n'y a donc pas de données bibliographiques disponibles, hormis notre expérience [9, 10] sur l'impact socio-esthétique du cancer du sein.

De nombreuses études ont rapporté qu'il existe une inégalité d'accès aux soins selon le sexe, pas spécialement dans le monde du cancer, dans les pays développés et en voie de développement [16-19]. Ces différences favorisent parfois les hommes et parfois les femmes. La socio-esthétique, lorsqu'elle est proposée uniquement aux femmes, est un exemple d'exclusion des hommes de l'accès aux soins.

Très peu d'études ont été menées sur la socio-esthétique. La plupart a un petit nombre de patients et/ou n'utilise pas les mêmes critères d'évaluation, ce qui rend les comparaisons ou les méta-analyses difficiles ou impossibles. Il existe cependant quelques études randomisées comparant la socio-esthétique à l'absence de socio-esthétique [5, 6, 8, 11-14] qui semblent montrer plusieurs avantages pour les patients atteints de cancer :

- une amélioration de l'image corporelle [4-6, 11, 12] ;
- des bénéfices psychologiques et sociaux [3] : amélioration de l'humeur et de la perception de la maladie, moins de découragement, plus de confiance en soi et en l'avenir [5], moins de détresse et de comportements d'évitement [13] ;
- une meilleure acceptation des effets secondaires des traitements [3].

Cependant, il existe des résultats contradictoires entre ces études : Quintard et Lakdja [6] n'ont pas trouvé d'effet significatif de la socio-esthétique sur la

dépression et l'anxiété ; l'estime de soi a été significativement améliorée par la socio-esthétique dans certains cas [12], mais pas dans d'autres [6, 14]. S'agit-il d'un problème de puissance statistique, de méthodologie (il n'y a pas de groupe contrôle : que mesure-t-on ? L'impact réel de la socio-esthétique ? De la personne qui s'occupe individuellement du patient ?) ou d'une réalité ?

Notre expérience montre que la socio-esthétique est acceptée par les hommes et qu'ils en ont bénéficié au moins autant que les femmes. C'est un exemple de sexisme inversé, illustrant les préjugés que nous avons tous et qui touchent probablement aussi d'autres soins de bien-être (comme la sophrologie, la réflexologie plantaire, etc.), voire d'autres traitements. Nous, soignants, limitons nous-mêmes l'accès aux soins de certains de nos patients. Pensons à la dernière fois où nous nous sommes dit : « Je ne vais pas proposer ce traitement parce que c'est un homme/une femme ou un jeune/un vieux ou ... (rayer la mention inutile) car cette personne va le refuser ». Demandons et voyons s'il/elle refuse.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## ■ Références

1. Couteau C, Sebille-Rivain V, Jourdan E, *et al.* Impact of socio-aesthetics as supportive care in a large, multi-specialty hospital. *J Dermatol Res* 2017 ; 2 : 96-102.
2. Alloncle J. Une nouvelle approche en soins palliatifs : la socio-esthétique. *InfoKara* 2002 ; 17 : 59-60.
3. Amiel P, Dauchy S, Bodin J, *et al.* Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care Cancer* 2009 ; 17 : 839-45.
4. Bouak J, Bouteyre E. Cancer et socio-esthétique : évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psycho-Oncol* 2010 ; 4 : S38-46.
5. Huang S, Liu HE. Effectiveness of cosmetic rehabilitation on the body image of oral cancer patients in Taiwan. *Supportive Care Cancer* 2008 ; 16 : 981-6.
6. Quintard B, Lakdja F. Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psychooncology* 2008 ; 17 : 1032-8.
7. Saghatchian M, Laplace A, Fekih M, *et al.* 1555 BEAUTY, a large randomised controlled trial of beauty care for early stage breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: Impact on body image-related quality of life. *Eur J Cancer* 2015 ; 51 : S222-3.