

Chloé OBEIN

Master Ingénierie de la Santé
Parcours Healthcare Business
Année universitaire 2024-2025

L'IMPACT DE LA SOCIO-ESTHÉTIQUE DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Dans quelle mesure les produits cosmétiques et les soins de socio-esthétique influencent-ils la qualité de vie et la santé des personnes atteintes de cancer ?

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Sous la direction de Madame Léa CANLER

Composition du jury:

- Présidente de jury : Madame Hélène GORGE
- Directrice de mémoire: Madame Léa CANLER
- 3ème membre de jury: Monsieur Arnaud PARENTY

Date de la soutenance: 13 juin 2025

Université de Lille
Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)
42 rue Ambroise Paré, 59120, Loos



Remerciements

Je souhaite exprimer mes remerciements à toutes les personnes ayant contribué à la rédaction de ce mémoire, marquant l'aboutissement de ces cinq années passées à ILIS.

Mes premiers remerciements s'adressent à ma directrice de mémoire, Madame Léa CANLER, pour son accompagnement précieux, ses conseils et sa bienveillance, qui m'ont permis de mener à bien ce travail. Son expérience dans le domaine des cosmétiques m'a inspirée et a renforcé mon envie d'évoluer dans ce secteur.

Je remercie les socio-esthéticiennes ayant accepté de participer à mes enquêtes terrain et de répondre à toutes mes questions. Leur disponibilité et leur implication m'ont permis de mieux découvrir leur métier et d'en saisir les enjeux avec justesse.

Je tiens également à remercier Madame Hélène GORGE, présidente de jury, pour sa grande disponibilité et ses conseils tout au long de cette année.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique d'ILIS, ainsi que les intervenants professionnels pour la formation dispensée pendant ces deux années de Master. Je les remercie également de m'avoir offert la possibilité de vivre des expériences riches, notamment lors de mon échange Erasmus et de mes expériences professionnelles.

Mes remerciements vont également à l'équipe de Botanika, et à mes collègues, qui ont contribué à rendre cette année d'alternance agréable et enrichissante.

Merci à mes camarades de promotion et amis, et à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant ces 5 années d'études supérieures, qui les ont rendues mémorables.

Enfin, je remercie de tout mon cœur mes parents et mon frère pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Table des matières

Remerciements.....	1
Liste des abréviations.....	4
Liste des figures.....	5
Liste des tableaux.....	5
Liste des annexes.....	6
Introduction.....	7
Partie I : Revue de la littérature.....	9
I. La santé mentale : définitions, enjeux et prise en charge.....	10
1. Définitions et conceptions.....	10
2. Le concept de Qualité de Vie et ses déterminants.....	13
2.1 Définition du concept de Qualité de Vie.....	13
2.2 Les déterminants de la Qualité de Vie.....	14
2.3 Mesure de la qualité de vie.....	16
3. Santé mentale, estime de soi et image corporelle.....	18
3.1 Définitions.....	18
3.2 Maladie et estime de soi face aux transformations corporelles.....	19
II. Le cancer.....	21
1. Définition et épidémiologie.....	21
2. Impacts physiques et psychologiques de la maladie.....	22
2.1 Répercussions liées au cancer.....	22
2.2 Impact des traitements oncologiques.....	23
2.3 Souffrance invisible et besoin de reconnaissance.....	27
3. Impact de la maladie sur l'estime de soi et l'image corporelle.....	27
III. Cosmétique et soins esthétiques.....	29
1. Définitions et cadre réglementaire.....	29
2. Les soins esthétiques : habitudes de consommation et besoins.....	32
3. Marques de cosmétiques engagées.....	35
3.1 Même Cosmetics.....	36
3.2 Ozalys.....	37
3.3 Eye Care Cosmetics.....	37
3.4 Revitalash Cosmetics.....	38
3.5 Avène.....	38
IV. Usage des cosmétiques en santé.....	41
1. Le rôle thérapeutique des cosmétiques.....	41
2. La socio esthétique.....	42
2.1 Définition.....	42
2.2 Champs d'intervention.....	43
2.3 Socio-esthétique en oncologie.....	45
2.4 La professionnalisation et la reconnaissance de la pratique.....	46
Conclusion de la revue de la littérature.....	48
Partie II : Méthodologie.....	49

I. Etude qualitative.....	50
1) Contexte de l'étude.....	50
2) Choix de la méthodologie.....	51
3) La population étudiée.....	52
4) Recueil et analyse des données.....	53
II. Étude quantitative.....	54
1) Contexte de l'étude et méthodologie.....	54
2) Population étudiée.....	55
3) Recueil et analyse des données.....	55
Partie III: Analyse des résultats.....	57
I. Contexte de la socio-esthétique sur le terrain.....	58
1) Différenciation entre esthétique et socio-esthétique.....	58
2) Intégration dans les équipes de soins.....	59
II. Les effets et bénéfices de la socio-esthétique en oncologie.....	60
1) Rôle dans le soutien psychologique et l'estime de soi.....	60
2) Un accompagnement clé dans le parcours de soins oncologiques.....	62
III. Les enjeux et difficultés.....	64
1) L'absence de reconnaissance officielle et légale.....	64
2) Les enjeux liés au manque de financement.....	66
3) Les risques pour les patients liés à la méconnaissance du métier.....	68
Partie IV : Préconisations.....	71
I. Une reconnaissance officielle du métier de socio-esthéticienne.....	72
II. Un meilleur cadre réglementaire pour protéger les patients.....	75
III. Renforcer la visibilité de la socio-esthétique.....	76
1) Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé.....	76
2) Une sensibilisation du grand public.....	76
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Annexes.....	87

Liste des abréviations

ADELI : Automatisation DEs Listes (répertoire recensant 21 professions médicales)

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

ARC : Fondation pour la Recherche sur le Cancer

ASEN : Association Socio-Esthéticiennes du Nord

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication

CODES : Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale

CPNP : Portail de Notification des Produits Cosmétiques

CSSC : Comité Scientifique pour la Sécurité des Consommateurs

DIP : Dossier d'Information sur le Produit

DLQI : Dermatology Life Quality Index

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FNSE : Fédération Nationale de Socio-Esthétique

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Liste des figures

Figure 1 : Mapping Concurrentiel des marques engagées pour les femmes atteintes de cancer.....	40
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau comparatif de 5 marques de cosmétiques en rapport avec le cancer.....	36
Tableau 2: Nombre de personnes interrogées et spécificités.....	53

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de qualité de vie SF-36 (Clinique SpineCor.).....	88
Annexe II: Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ - BR23.....	90
Annexe III : Guide d'entretien semi-directif.....	92
Annexe IV : Entretien semi-directif avec une socio-esthéticienne (EG).....	94
Annexe V : extrait du tableau d'analyse des verbatims.....	104
Annexe VI : trame du questionnaire Google Forms.....	106

Introduction

L'OMS [1] définit le concept de santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition souligne l'importance d'un regard global sur la santé, en incluant des dimensions psychologiques, émotionnelles et sociales. Dans ce cadre, le bien-être émotionnel de l'individu est de plus en plus pris en compte dans les parcours de soins. Ces aspects s'imposent comme un pilier de la prise en charge des personnes touchées par des maladies graves comme le cancer.

Dans un contexte où la médecine a longtemps focalisé ses actions sur le traitement des symptômes de la maladie et la guérison physique, l'approche considérant le patient dans son intégralité est de plus en plus reconnue. L'équipe soignante accorde désormais de l'importance au rapport au corps, à l'image de soi et à l'identité des patients. C'est pourquoi les produits cosmétiques et dermo-cosmétiques, ainsi que les soins associés, historiquement perçus comme accessoires ou superficiels, se situent aujourd'hui à la frontière du soin médical et du bien-être psychologique.

Ce mémoire examine la place des cosmétiques dans le système de santé, et étudie l'impact d'une discipline récente dans le parcours de soin des patients, la socio-esthétique. Nous nous pencherons sur les effets psychologiques et émotionnels des soins de socio-esthétique dans le parcours de soins des personnes atteintes de cancer. En quoi ces pratiques contribuent-elles à améliorer la qualité de vie ? Comment favorisent-elles l'estime de soi, apaiser la détresse psychologique, et accompagner la reconstruction identitaire dans ces parcours difficiles ?

Ces soins de support, incluant la socio-esthétique, la santé de la peau, ou encore la valorisation corporelle sont aujourd'hui intégrés dans certains établissements hospitaliers. Malgré cette évolution, leur reconnaissance reste partielle, et des questionnements se posent quant à leur accessibilité et leur intégration dans les pratiques de soins oncologiques. **Dans quelle mesure les produits cosmétiques**

et les soins de socio-esthétique influencent-ils la qualité de vie et la santé mentale des personnes atteintes de cancer ?

L'objectif principal de ce mémoire est de mettre en lumière le rôle des soins de socio-esthétique dans le parcours des patients, et d'analyser le lien entre cosmétique et santé. L'accessibilité et les freins à ces soins sera également mise en lumière. Ce mémoire s'appuiera sur une revue de littérature scientifique, et sur une étude terrain auprès de professionnelles de la socio-esthétique et de l'oncologie.

La première partie de ce mémoire sera consacrée à la revue de la littérature, exposant d'abord les fondements théoriques de la santé mentale et de la qualité de vie, puis le cancer et ses différents impacts. Nous nous intéresserons ensuite aux produits cosmétiques dédiés à la santé, puis à la socio-esthétique, pratiquée dans différents domaines, et notamment en oncologie. La seconde partie consistera en une étude de terrain, auprès de professionnelles et de patients concernés par la socio-esthétique. Enfin, des préconisations seront réalisées dans la dernière partie, afin de permettre de mieux reconnaître la pratique et sensibiliser les acteurs de la santé et le grand public.

Partie I : Revue de la littérature

I. La santé mentale : définitions, enjeux et prise en charge

Dans un premier temps, afin de mieux prendre en compte l'ensemble des sujets évoqués au cours de ce mémoire, nous commencerons par nous intéresser à la santé et au bien-être mental. La définition de ces différents concepts nous permettra de mieux comprendre comment la maladie peut affecter les aspects psychologiques des patients.

1. Définitions et conceptions

En la définissant selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est plus que l'absence de maladie mentale ou de troubles mentaux. Elle représente une forme de bien-être complet, qu'il soit physique, mental ou social, et fait partie intégrante de la santé. [1]

Il est important de relever dans cette définition que la santé mentale va au-delà de l'absence de troubles mentaux. [2] Un trouble mental, selon la définition de l'OMS, est caractérisé par une altération majeure de l'état cognitif, de la régulation des émotions et du comportement d'un individu sur le plan clinique. Il peut s'accompagner d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Un individu exempt de ces troubles n'est pas forcément en bonne santé mentale, et à l'inverse, une personne atteinte de troubles mentaux peut jouir d'une bonne santé mentale. [3] Un faible niveau de santé mentale, même en l'absence de trouble mental, aura des répercussions sur le fonctionnement de l'individu, tels que des problèmes affectifs et cognitifs divers, des problèmes de santé, une faible productivité au travail, ou encore une dépendance aux services de santé. La santé mentale interpelle notre capacité à jouir de la vie et à faire face aux défis auxquels nous pouvons être confrontés. Elle influence directement notre fonctionnement personnel et social, justifiant l'importance d'agir en amont des problèmes afin de la préserver. [2] En 2004, l'OMS a par ailleurs adopté une définition de la santé mentale, qu'elle décrit comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

Globalement, la santé mentale est composée de trois dimensions interdépendantes. Le statut global de santé mentale d'un individu regroupe le bien-être émotionnel, psychologique et social.

D'abord, la dimension émotionnelle est définie par Isabelle Doré et Jean Caron (Santé mentale : concepts, mesures et déterminants) [2] selon l'approche hédonique, faisant référence aux plaisirs de l'existence et au bonheur. Le bien-être émotionnel correspond aux réactions affectives exprimées par l'humeur et l'émotion. Il inclut la satisfaction à l'égard de la vie et des domaines de la vie. Plus la situation actuelle est conforme aux attentes d'un individu, notamment en termes d'aspirations et d'objectifs de vie, plus il aura d'affects positifs et une satisfaction à l'égard de la vie. Dans le cas contraire, si la distance entre la vie actuelle et la vie désirée par l'individu est grande, plus la situation lui procurera du stress et des affects négatifs, impactant son bien-être et sa santé mentale. La satisfaction à l'égard de la vie fluctue à travers le temps, selon les événements, les étapes et les contextes de vie. D'une manière globale, la dimension émotionnelle de la santé mentale est donc liée à la capacité de l'individu à exprimer, comprendre et à réguler ses émotions face aux situations et événements de la vie quotidienne.

Ensuite, la dimension psychologique de la santé mentale touche à une évaluation personnelle de l'individu. Selon Carol D. Ryff [4], différentes théories ont permis de mettre en valeur des dimensions spécifiques, selon des critères privés et personnels de l'individu. Parmi eux, on retrouve l'estime et l'acceptation de soi: une bonne santé mentale implique un sentiment d'identité et une attitude positive envers soi-même, et une acceptation des multiples aspects de sa personne, qu'ils soient bons ou mauvais. Une croissance personnelle et un but dans la vie sont également des critères de bien-être psychologique, qui permettent de donner un sens à la vie. De plus, la maîtrise de l'environnement influence la capacité à gérer les responsabilités de la vie quotidienne et le sentiment de compétence. Pour finir, l'autonomie contribue à l'équilibre et au bien-être psychologique, car elle permet à l'individu d'être autodéterminé et de ne pas être excessivement influencé par les opinions fortes des autres.

Enfin, la dimension sociale et fonctionnelle de la santé mentale est la faculté à remplir les rôles sociaux, qu'ils soient familiaux, professionnels ou personnels, et la

capacité à s'adapter aux changements. D'après le modèle de Keyes [5], le bien-être n'est pas un phénomène uniquement privé, défini par l'absence de conditions négatives telles que la dépression ou l'anxiété, ou par une évaluation personnelle de la vie de l'individu. Il inclut également des dimensions sociales. En effet, le bien-être social est lié au fonctionnement de l'individu dans la sphère sociale, selon cinq dimensions:

- L'intégration sociale représente la qualité de la relation de l'individu avec la société et la communauté. Les personnes saines auront le sentiment d'avoir quelque chose en commun et un sentiment d'appartenance à leurs communautés et à la société. Cette dimension est inspirée des concepts de cohésion sociale de Durkheim ou du concept d'aliénation culturelle et d'isolement social de Seeman.
- L'acceptation sociale est l'analogie sociale de l'acceptation personnelle. Les individus faisant preuve d'acceptation sociale ont tendance à faire confiance aux autres, ont des vues favorables de la nature humaine et se sentent à l'aise avec les autres.
- La contribution sociale reflète le degré auquel les individus sentent leur valeur sociale, et que leurs actions sont valorisées par la société et contribuent au bien commun.
- La cohérence sociale, correspondant à la perception de la qualité, de l'organisation et du fonctionnement du monde social. Cette dimension est liée au désir de donner un sens à la vie, et du besoin de compréhension du monde qui nous entoure.
- L'actualisation sociale: l'évaluation des individus par rapport à la condition et à l'avenir de la société. Les personnes plus saines seront optimistes quant au potentiel et l'évolution de la société, réalisé par ses institutions et ses citoyens.

La santé mentale est donc une construction dynamique et multidimensionnelle, qui ne se résume pas à l'absence de troubles psychiques. Elle dépend de l'équilibre entre nos émotions, nos pensées, nos relations sociales, et d'autres facteurs et déterminants qui seront développés dans les parties suivantes.

2. Le concept de Qualité de Vie et ses déterminants

2.1 Définition du concept de Qualité de Vie

La qualité de vie est un concept interdisciplinaire et complexe, étudié dans divers domaines relevant de la psychologie au marketing, en passant par la philosophie ou la sociologie. [6] Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". [7] Elle reflète ainsi le bien-être global des individus, sur le plan subjectif et objectif, en prenant en compte leur environnement, leur santé mentale ou encore leurs conditions de travail.

D'après Abbott L. Ferriss [8], il est important de différencier la qualité de vie de l'état de santé des personnes. Même s'il est vrai que lorsqu'un patient a des soucis de santé, sa qualité de vie est impactée, cela n'est pas toujours valable dans le sens inverse. Une personne peut jouir d'un bon état de santé physique et mental, ne se sentant pas déprimé ou anxieux, sans pour autant percevoir une qualité de vie élevée. Cela est lié au fait que la qualité de vie englobe des dimensions plus larges que la santé, telles que la satisfaction dans les relations sociales, le sentiment d'accomplissement, ou encore la sécurité financière.

La santé mentale est l'une des composantes essentielles de la qualité de vie : l'anxiété, la dépression, le stress chronique ou les troubles de l'humeur affectent directement la qualité de vie perçue. Le concept de "qualité de vie liée à la santé" a pour but de quantifier l'impact des maladies ou des différentes interventions de santé sur la vie quotidienne des patients, en prenant en compte leur propre point de vue. De nombreuses études ont d'ailleurs démontré que les perceptions des patients déterminent en partie l'impact qu'auront les services et les traitements sur leur état de santé. Les professionnels de santé doivent désormais considérer le point de vue du malade, et mesurer sa qualité de vie selon différentes règles. [9]

Les parties suivantes permettront d'explorer plus en détails quels facteurs impactent la qualité de vie, et quelles sont les règles et instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé.

2.2 Les déterminants de la Qualité de Vie

La qualité de vie reflète donc le bien-être global d'un individu, selon une multitude de conditions. Elle est influencée par des facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux, ainsi que par des déterminants individuels de la santé mentale. En s'appuyant sur l'analyse de Abbott L. Ferriss [8], on distingue quatre facteurs impactant la qualité de vie, formant une combinaison complexe.

Les **facteurs biologiques**, incluant les paramètres génétiques et héréditaires, le fonctionnement neurobiologique et la santé physique influencent le bien-être d'un individu. Cela peut être lié à des prédispositions génétiques à des conditions neurologiques, à des maladies chroniques ou encore à des troubles mentaux. Plus généralement, ces facteurs peuvent impacter la robustesse du système immunitaire ou les capacités motrices et sensorielles. Selon l'OMS, la santé physique est un pilier de la qualité de vie. Elle comprend la douleur et l'inconfort, l'énergie et la fatigue, le sommeil et le repos, la mobilité, les activités de la vie quotidienne, ou encore la dépendance aux substances médicinales et aux aides médicales.

La dégradation de l'une de ces dimensions peut affecter négativement d'autres domaines de la vie. En effet, les limitations fonctionnelles que cela entraîne peuvent impacter l'autonomie des individus, leur vie professionnelle, leur participation sociale et leur estime de soi. Dans cette mesure, la santé physique n'est pas uniquement une condition médicale, mais une réelle composante du bien-être global de l'individu.

Les **facteurs psychologiques** influencent profondément le bien-être subjectif et la capacité à ressentir du plaisir, entretenir des relations sociales, se projeter dans l'avenir ou surmonter des difficultés. Ils regroupent des ressources cognitives et émotionnelles ainsi que diverses expériences de vie qui modulent la façon dont un individu va percevoir et évaluer sa qualité de vie. Ces ressources internes, telles que la résilience, la régulation des émotions, les croyances personnelles, l'optimisme ou la capacité à gérer les conflits et le stress sont propres à chacun, et permettent de comprendre en quoi la perception de la qualité de vie est différente pour chaque individu. A cela s'ajoutent les expériences de vie marquantes comme les traumatismes, les pertes ou le stress chronique. Un individu ayant vécu des

événements traumatiques sans accompagnement psychologique peut plus facilement développer une vision pessimiste de la vie et du monde qui l'entoure, une vulnérabilité à des troubles mentaux comme la dépression ou un sentiment de désespoir. Ces symptômes sont totalement incompatibles avec une bonne qualité de vie. A l'inverse, les ressources internes positives comme une bonne estime de soi, un entourage social de qualité et un sentiment de contrôle sur sa vie permettent généralement de compenser des conditions de vie défavorables et d'atteindre une qualité de vie perçue comme satisfaisante.

De nombreuses études prouvent que la qualité de vie est liée à des **facteurs environnementaux et sociaux**. [2] Elle a tendance à augmenter avec l'âge, le niveau d'éducation et le statut socio-économique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les situations plus positives de travail, comme un emploi stable ou une meilleure rémunération sont associées positivement à la qualité de vie. Les composantes du soutien social (soutien émotionnel, confirmation de sa valeur, intégration sociale, soutien matériel) et de l'environnement (bonnes conditions de vie, absence de désordre...) sont associées à un bon niveau de santé mentale et de qualité de vie. Selon l'OMS, les déterminants sociaux et environnementaux de la qualité de vie incluent une grande quantité de facteurs comme la liberté, la sécurité physique, la sécurité, l'environnement domestique, la satisfaction au travail, les ressources financières, les opportunités d'acquérir de nouvelles informations et compétences, ou encore l'environnement physique, pouvant être perturbé par la pollution, le bruit, la circulation ou le climat.

Lorsque ces facteurs sont déficients, les individus peuvent subir des dégradations de leur qualité de vie, ce qui impactera leur santé mentale, leurs relations sociales ou leur productivité.

Enfin, la qualité de vie est influencée par des **facteurs sociaux-culturels** [2], déterminant les conditions dans lesquelles vit et évolue l'individu. La défavorisation socio-économique est établie comme un facteur lié à la maladie et une qualité de vie inférieure. Le lien entre les quartiers défavorisés et la qualité de vie peuvent être expliqués par la stabilité du voisinage, les différents modes de vie ou le degré de contrôle social dans le quartier. De plus, selon l'OMS, les systèmes de valeurs (qu'ils soient religieux, spirituels, philosophiques ou sociaux) ont une forte influence sur la

façon dont un individu interprète sa vie, établit ses priorités et juge ce que représente une “vie réussie”. Un contexte social avec des normes, un contrôle excessif voire des discriminations ou des inégalités influence la possibilité d’exprimer des émotions ou une identité, liée au genre, à la sexualité ou au statut social. Vivre dans un tel contexte peut renforcer le mal-être psychologique, si l’environnement est perçu comme hostile ou oppressif.

Ainsi, après avoir exploré les définitions et les principaux facteurs et déterminants de la qualité de vie, il convient de s’intéresser à la façon dont ce concept est mesuré et évalué de façon concrète. Cette mesure est essentielle pour mener des recherches scientifiques, notamment dans le domaine de la médecine auprès des patients, mais aussi des actions de politiques publiques auprès de populations spécifiques.

2.3 Mesure de la qualité de vie

La mesure de la qualité de vie est un indicateur central en santé, et notamment dans les soins des patients atteints de maladies chroniques, de cancers ou de troubles psychiques. Ces mesures permettent de comprendre l’impact global d’un traitement ou d’une maladie sur l’expérience vécue au quotidien par la personne. Elles sont utiles pour la pratique clinique, car elles permettent aux professionnels de santé d’adapter les traitements aux besoins individuels des patients.

D’après Doré, I. et Caron, J. [2], la plupart des échelles utilisées pour mesurer la qualité de vie en santé se basent sur l’auto-évaluation du patient, qui connaît mieux que quiconque quels effets le concernent. Ces échelles considèrent différentes dimensions comme la santé physique, la santé mentale, les relations sociales, l’environnement et peuvent aussi comporter des dimensions culturelles et spirituelles. Ainsi, cette approche est centrée sur le sujet, et se différencie des indicateurs médicaux purement objectifs.

Robert M. Kaplan et Andrew L. Riss évoquent ces questionnaires de mesure de la qualité de vie dans leur article “Quality of Life: Concept and Definition” [10], et notamment le SF-36, qui inclut 8 concepts :

- Le fonctionnement physique comme le niveau de mobilité

- Les limitations liées à l'état physique (fatigue ou capacité à accomplir les activités quotidiennes)
- La douleur corporelle
- La perception générale de la santé
- La vitalité
- Le fonctionnement social
- Les limitations liées à l'état émotionnel
- La santé mentale en général, notamment la satisfaction de vie, le sentiment d'accomplissement et le bien-être global.

Un score résumé de santé mentale et de santé physique peuvent ainsi être calculés. L'importance de ce type d'évaluation est de tenir compte de la gravité des symptômes et de leur impact sur la vie quotidienne. Un exemple du questionnaire SF-36 est présenté en **Annexe I**. On peut y lire les différentes questions générales posées afin d'évaluer la qualité de vie. D'autres outils existent selon différents états et maladies. Pour notre sujet, il convient de s'intéresser à des questionnaires dédiés à l'oncologie.

La Plateforme Nationale de Qualité de vie et Cancer [11] est constituée d'un réseau de chercheurs en oncologie, œuvrant pour l'amélioration de la qualité de vie dans la prise en charge des cancers. D'après leurs travaux, ces questionnaires ne sont pas standards et universels. Il en existe des centaines, en fonction des concepts qu'ils mesurent. Le choix de l'échelle le plus adapté va dépendre de critères, dont le plus important est celui de la spécificité ou non de la population. Il existe des échelles génériques, qui peuvent être utilisées quelle que soit la population, et des échelles plus spécifiques. Les échelles spécifiques mesurant la qualité de vie en cancérologie sont disponibles sur le site de l'EORTC, Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement du Cancer. Il s'agit d'une organisation réunissant des experts en recherche clinique sur le cancer, dans toute l'Europe. Son objectif est de définir de meilleurs traitements pour les patients atteints de cancer afin de prolonger leur survie et d'améliorer leur qualité de vie. Les questionnaires de l'EORTC permettent d'évaluer l'impact des traitements et de l'évolution de la maladie sur la qualité de vie, selon les critères évoqués précédemment. L'**Annexe II** présente un exemple de ce questionnaire, destiné aux patientes atteintes de cancer du sein. Ces dernières doivent indiquer si elles ont rencontré une liste de symptômes et autres

problèmes liés à leur bien-être durant les dernières semaines, afin de pouvoir évaluer leur intensité.

Ainsi, l'intérêt de ces outils réside dans leur capacité à être répétés à différentes étapes du parcours du soin, et selon différents critères. Ils permettent de suivre l'évolution de la qualité de vie du patient, de mesurer l'efficacité des interventions, qu'elles soient médicales ou issues des soins de support, et d'anticiper certains effets indésirables, qu'ils soient physiques ou psychologiques. En intégrant des dimensions telles que la perception de soi, l'anxiété ou l'image corporelle, ces questionnaires permettent également de mieux comprendre les liens entre santé mentale, estime de soi et bien-être global. C'est dans cette perspective que nous nous intéresserons à l'impact de la santé mentale sur l'estime de soi et l'image corporelle dans la partie suivante.

3. Santé mentale, estime de soi et image corporelle

La santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles psychiques. Elle comprend aussi la capacité d'une personne à s'accepter, à se sentir en sécurité avec elle-même, et entretenir une relation bienveillante avec son corps. Dans ce cadre, estime de soi et image corporelle sont deux notions qu'il est important de considérer, notamment dans le cadre de maladies graves impactant la qualité de vie.

3.1 Définitions

L'estime de soi a été définie pour la première fois par le psychologue William James en 1890. [12] Il décrit ce concept comme "la conscience de la valeur du moi". L'estime de soi désigne un jugement ou une évaluation intime de soi, en lien avec ses propres valeurs, qui s'explique par un rapport entre le soi réel et le soi idéal. Le soi idéal serait ainsi le rapport entre les résultats que l'on obtient et ceux que l'on pense pouvoir obtenir. Selon la définition du Petit Larousse de la Psychologie (2008), l'estime de soi est "l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine". L'estime de soi est donc un jugement global que nous portons sur notre propre valeur.

L'image corporelle, quant à elle, désigne une représentation mentale que nous avons de notre corps, de ses attributs et de son apparence en général. Elle se forme à partir des représentations mentales, émotionnelles et visuelles que chacun a de son corps, et est donc totalement subjective car elle varie d'une personne à l'autre, en fonction de plusieurs facteurs. [13]

Estime de soi et image corporelle sont deux notions intimement liées, car notre apparence influe directement sur la façon dont nous nous sentons en tant qu'individu. Une faible estime de soi peut accentuer les critiques que nous nous adressons nous-mêmes sur le plan physique. Ainsi, une santé mentale affaiblie, marquée par le doute de soi, l'anxiété ou la dépression, a tendance à alimenter une perception négative de l'image corporelle. Cela est souvent renforcé par la pression sociale, les normes esthétiques dominantes et les comparaisons entraînées par les réseaux sociaux. [14]

3.2 Maladie et estime de soi face aux transformations corporelles

Dans la plupart des cas, l'expérience des personnes atteintes de maladies sérieuses et/ou chroniques a un impact négatif sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, en raison de la douleur, l'inconfort, les changements physiques et la perte de contrôle de leur propre corps. D'une manière tout aussi significative, la stigmatisation sociale pouvant accompagner les maladies graves peut porter un coup sévère à l'estime de soi et à l'image corporelle. [15]

Parmi ces changements physiques, on peut retrouver:

- La prise ou perte de poids rapide
- La limitation ou la perte de mobilité
- La limitation ou la perte de certaines fonctions physiques
- Les cicatrices
- Les changements au niveau de la peau et des ongles
- La perte des cheveux

L'expérience physique de la maladie et sa stigmatisation sociale peuvent avoir des effets psychologiques négatifs, comme des sentiments de peur (du rejet, de la perte de contrôle de son corps et de ses émotions, d'exposition de choses autrefois

privées à la vue de tous), des difficultés à maintenir des relations sociales ou une perte d'estime de soi, avec le sentiment d'être différent, déficient ou peu attirant.

Néanmoins, la stigmatisation des maladies graves et chroniques est de moins en moins forte, car la société évolue et on dispose de plus en plus d'informations. Par exemple, il y a cinquante ans, beaucoup craignaient que le cancer soit contagieux, entraînant une lutte pour les patients contre un isolement social et un sentiment de honte. La compréhension de la maladie par le grand public s'étant approfondie, cela n'est plus le cas aujourd'hui. De même, la stigmatisation du VIH / sida s'atténue depuis les années 1980, grâce à une meilleure éducation du grand public et une prévention permettant de réduire les facteurs de risque.

De tels efforts peuvent conduire à une meilleure compréhension des maladies graves et chroniques par la société, et ainsi permettre aux personnes qui en souffrent d'avoir une plus grande acceptation de leurs symptômes. Cependant, l'impact psychologique de ces changements corporels est souvent sous-estimé dans la prise en charge médicale, alors qu'il constitue un enjeu central du rétablissement, tant sur le plan mental que social. Nous étudierons dans les parties suivantes les méthodes mises en place afin de faciliter l'acceptation de la maladie par les patients, et l'amélioration de leur bien-être et de leur qualité de vie, ainsi que leurs enjeux et leur reconnaissance dans le parcours de soins.

II. Le cancer

Parmi les maladies graves ayant un grand impact sur la qualité de vie des patients, le cancer réunit des aspects à la fois physiques, psychologiques, sociaux et identitaires. En plus de menacer la survie de la personne, il implique des traitements lourds, souvent invasifs, et laissant des traces sur le corps et l'esprit. Il est donc pertinent d'explorer les effets psychologiques de cette maladie, et notamment son influence sur l'estime de soi et l'image corporelle du patient. Dans cette partie, nous explorerons cette maladie et ses effets sur des dimensions centrales de la qualité de vie.

1. Définition et épidémiologie

D'après la définition de l'OMS [16], le cancer englobe un vaste groupe de maladies pouvant apparaître dans presque tous les organes ou tissus du corps, caractérisées par la multiplication anarchique de cellules anormales dans l'organisme. Ces cellules se développent de manière incontrôlée, et se répandent au-delà de leurs limites habituelles pour envahir des régions voisines du corps. Elles peuvent également se propager à d'autres organes, et l'on parlera alors de métastases, constituant une cause majeure de décès par cancer. Les systèmes et organes pouvant être touchés sont variés (poumon, sein, prostate, colon, peau...), et ont leurs spécificités en matière de développement, de traitement et de pronostic.

Selon l'OMS, le cancer est la deuxième cause de décès dans le monde entier, faisant 9,6 millions de morts en 2018, soit un décès sur six. Ce fardeau continue de s'alourdir à l'échelle mondiale, exerçant une pression physique, émotionnelle et financière sur les familles, les communautés et les systèmes de santé.

En France, d'après les données de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer (INCa), les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. 433 000 nouveaux cas ont été mesurés en 2023, dont 57% chez l'homme. Ce nombre a doublé depuis 1990, et parmi les plus fréquents on retrouve le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme, puis le cancer du poumon et colorectal pour les deux sexes. Cette

augmentation des cas peut s'expliquer par l'évolution des modes de vie (sédentarité, tabac, alimentation), mais aussi par l'amélioration du dépistage. [17]

Grâce aux progrès médicaux, le taux de survie à cinq ans après diagnostic tend à augmenter, notamment pour les cancers détectés précocement. Parallèlement, le nombre de personnes vivant avec ou après un cancer est en croissance, ce qui soulève des enjeux liés à la qualité de vie, à la santé mentale et à la réinsertion sociale. Les traitements contre le cancer sont lourds et invasifs, et les conséquences physiques et psychologiques de la maladie peuvent persister après la rémission.

2. Impacts physiques et psychologiques de la maladie

Le cancer représente un événement de vie marquant, qui provoque des réactions psychiques complexes, ne relevant pas uniquement de la pathologie mentale. Il affecte la perception de soi, le rapport à son corps mais aussi le rapport au temps et aux autres. Globalement, il place le patient dans une situation de vulnérabilité émotionnelle et existentielle. Ainsi, nous analyserons les impacts psychologiques liés au cancer plus en détail.

2.1 Répercussions liées au cancer

L'annonce du diagnostic d'un cancer représente un événement psychique violent. Pour beaucoup, cet instant marque le passage d'une vie "avant" la maladie à une vie "avec" la maladie, qui va donner lieu à un ensemble de souffrances psychiques et émotionnelles. Ce processus peut s'apparenter à un deuil symbolique de la santé, entraînant différentes réactions émotionnelles en fonction de la personne et de la phase de la maladie, qu'elles soient la peur, l'angoisse, la colère, la tristesse ou le déni. Les affections cancéreuses, de plus en plus considérées comme des maladies chroniques, affectent profondément le patient sur les plans physique, psychologique et social. [18]

Les patients atteints de cancer sont plus exposés aux troubles anxieux, à la dépression et à d'autres états de détresse psychologiques, affectant leur bien-être global. [19] La maladie peut entraîner différents phénomènes psychiques, et notamment:

- La peur de la mort, constituant un facteur majeur d'anxiété, surtout dans les stades avancés de la maladie
- La perte de contrôle sur sa santé et sur son avenir, qui peut favoriser un sentiment d'impuissance, de frustration et d'injustice
- Un repli sur soi, et la perte d'intérêt ou de force pour réaliser des activités du quotidien
- La culpabilité, qui apparaît chez certains patients, notamment lorsque leur cancer est associé à des facteurs comme le tabac ou l'alcool, ou de ceux ayant le sentiment d'être un poids pour leurs proches.

Le déni est un autre mécanisme psychologique fréquent lors des premiers symptômes du diagnostic, qui ne coïncident donc pas nécessairement dans le temps avec une décision de consulter. On suspecte ce déni en cas de retard de consultation, qui peut protéger temporairement d'une réalité douloureuse.

Les transformations corporelles provoquées directement par la maladie impactent l'image de soi, et sa relation à soi-même et aux autres. Ces conséquences sont multipliées par les traitements, souvent associés à des effets secondaires.

2.2 Impact des traitements oncologiques

Les traitements oncologiques ont eux-mêmes des conséquences, tant psychologiques que psychopathologiques. Leurs impacts et leurs conséquences doivent impérativement être considérés dans la qualité de vie du patient.

Leurs effets secondaires sont souvent multiples et touchent l'individu dans sa globalité, que cela soit son corps, ses émotions, son image de soi et sa place dans la société. Parmi eux, on peut retrouver la fatigue, une perte de pilosité, des lésions dermatologiques, des nausées, des vomissements, des altérations cognitives, diarrhée, constipation, un dysfonctionnement sexuel, des douleurs musculaires ou

articulaires ou encore des bouffées de chaleur. Parmi ces traitements, inévitables car salvateurs sur le plan médical, on retrouve:

a) La chimiothérapie

Le centre de lutte contre le cancer Gustave Roussy définit la chimiothérapie comme les traitements médicamenteux ayant pour but la destruction des cellules cancéreuses par des mécanismes non spécifiques. Elle ne désigne donc pas un médicament en particulier, mais plutôt un principe de traitement regroupant un large éventail de médicaments. Certaines chimiothérapies peuvent être administrées par voie orale, d'autres par voie intraveineuse. Leur type et leur toxicité dépendent de la tumeur à traiter. [20]

Les effets secondaires sont plus ou moins maîtrisés, grâce à leur prévention et leur traitement par un bon suivi médical. Les médicaments de chimiothérapie s'attaquent non seulement aux cellules tumorales, mais aussi aux cellules saines qui se multiplient activement comme celles des cheveux, du sang ou des muqueuses digestives. C'est la principale raison expliquant le nombre d'effets secondaires. Les effets comme les nausées, vomissements, irritations de la bouche, et autres troubles digestifs peuvent être réduits par les médicaments dits de "support". Cependant, la chute des cheveux demeure un des effets indésirables majeurs de la chimiothérapie, malgré tous les progrès réalisés.

Au-delà de ces aspects physiques, la chimiothérapie peut être associée à des déficits cognitifs. Comme évoqué par un article publié en 2011 dans "Psycho-Oncologie" [21], les soignants s'intéressent de plus en plus aux plaintes fréquemment rapportées chez les patientes traitées par chimiothérapie, comme des difficultés à se souvenir, à penser ou à se concentrer. Des travaux mettent en évidence des troubles de la mémoire épisodique, de l'attention, des fonctions exécutives et de la vitesse de traitement. Ces troubles ont un impact négatif sur la qualité de vie des patientes, et, en se cumulant avec les autres effets secondaires des traitements, perturbent la vie quotidienne et la capacité à travailler ou à interagir socialement.

b) Les interventions chirurgicales

Comme le définit la Fondation pour la Recherche sur le Cancer (ARC) [22], le traitement des cancers par chirurgie consiste à retirer la tumeur. On parle d'exérèse ou de résection, qui est utilisée dans environ 80% des cas. La chirurgie est donc le principal traitement du cancer. Sa visée est curative, mais elle peut également être réalisée à visée diagnostique (pour retirer le tissu et l'analyser, afin de définir la nature de la lésion et faciliter le choix de traitements), ou à visée palliative (pour soulager la douleur liée à la taille de la tumeur et faciliter le fonctionnement de l'organe atteint).

Les interventions chirurgicales peuvent entraîner, dans les jours suivant l'opération, des douleurs, nausées, et un inconfort. Les séquelles physiques et mutilations qui y sont associées comme les cicatrices, les amputations partielles ou les stomies entraînent une certaine détresse. [23] Ces opérations fragilisent l'image de soi et la confiance corporelle, notamment lorsque les zones touchées sont chargées d'une forte valeur identitaire ou sexuelle, comme par exemple :

- La mastectomie, consistant à enlever le sein en totalité. On peut y recourir pour traiter les tumeurs grosses comparativement à la taille du sein, lorsque le cancer est présent dans plus d'une région ou s'il récidive. [24]
- L'hystérectomie, pratiquée pour enlever l'utérus, pour traiter des cancers des organes reproducteurs féminins ou des états précancéreux du col de l'utérus n'ayant pas disparu avec d'autres traitements. On peut aussi enlever lors de la même chirurgie d'autres organes comme le col, les ovaires, les trompes lymphatiques et des parties du vagin. [25]

Des effets secondaires peuvent se produire également à la suite des opérations chirurgicales. Ils n'affectent pas toutes les personnes de la même façon, et vont dépendre du type de chirurgie et de l'état de santé globale du patient. Ils sont généralement temporaires, pouvant être des douleurs, des saignements, des possibles infections, troubles de la vessie, voire des caillots sanguins dans les jambes ou les poumons. Au plus long terme, l'hystérectomie peut rendre la patiente stérile, et produire d'autres effets indésirables comme une accumulation de lymphes dans les jambes ou l'abdomen (lymphoedème).

La détection précoce des cancers permet des interventions moins invasives, sur de plus petites tumeurs et de plus petites zones, ce qui réduit le traumatisme.

c) La radiothérapie

Toujours selon la définition de l'ARC, la radiothérapie repose sur l'utilisation de rayons ionisants, dont la forte énergie permet de détruire les cellules cancéreuses. [22] Dans le cas de la radiothérapie externe, une source extérieure placée au regard de la lésion émet des rayons, qui traversent la peau pour atteindre leur objectif. Lors d'une radiothérapie interne, les rayonnements sont émis sur le site même de la tumeur. Seule ou en association avec la chimiothérapie, cette méthode de traitement est généralement curative, et parfois utilisée comme traitement palliatif pour diminuer les symptômes locaux associés à la tumeur.

Bien qu'indolore sur le moment, la radiothérapie laisse souvent des traces, comme des rougeurs (radiodermites), des brûlures et une certaine fatigue. Elle nécessite une exposition prolongée et répétée, ce qui génère du stress et un sentiment de dépendance.

d) L'omniprésence des procédures médicales

D'une manière générale, la fréquence des rendez-vous médicaux, les séjours hospitaliers prolongés et répétés, ainsi que la médicalisation de la vie intime, renforcent la dissociation entre le patient et son environnement habituel. Pour les patients non hospitalisés, les traitements requièrent souvent des déplacements qui mobilisent des ressources déjà limitées par la maladie. Tout cela entraîne une perte de repères, une désorientation et parfois une perte de sens. [26]

Ainsi, la compréhension et l'intégration de ces effets secondaires des traitements oncologiques dans l'accompagnement thérapeutique est indispensable pour une prise en charge globale et humaine du patient.

2.3 Souffrance invisible et besoin de reconnaissance

Dans beaucoup de cas, la détresse psychologique des patients est parfois silencieuse ou rendue invisible par les mécanismes de défense, les difficultés de communication, et parfois un manque de reconnaissance ou d'évaluation adéquat par les soignants. L'aspect purement médical est généralement privilégié, car il faut soigner la maladie en priorité. Les effets indésirables touchant à des aspects esthétiques comme la perte des cheveux ou la modification des ongles sont considérés comme moins prioritaires dans le parcours de soins. Cependant, ils représentent une forme de souffrance psychologique pour le patient, qu'il est essentiel pour l'équipe soignante de reconnaître et d'adopter une prise en charge globale et un soutien adapté. [26]

La prise en compte des souffrances du patient, tant physiques que psychologiques, est déterminante dans le processus de guérison. En cas de rémission, l'entourage a tendance à se concentrer sur la "victoire médicale", en oubliant que le chemin psychologique va au-delà de la rémission. Le patient doit apprendre à vivre avec ses séquelles, et réapprendre à apprécier son corps.

3. Impact de la maladie sur l'estime de soi et l'image corporelle

Le cancer constitue une épreuve pour les patients, tant sur le plan physique que psychologique, qui est aggravée par les traitements médicaux associés aux effets secondaires. Ces modifications, souvent visibles et ressenties par le patient, altèrent la perception de leur corps et d'eux-mêmes. Comme nous l'avons décrit précédemment, l'estime de soi est fortement liée à l'image corporelle. La dégradation de cette dernière contribue à une atteinte globale du sentiment d'identité et de dignité.

Les changements d'apparence physique peuvent amener les patients à se concentrer sur leur apparence et être hypersensibles à l'attention d'autrui. L'insécurité liée à l'apparence entraîne souvent une anxiété, altère la perception de soi et conduit une personne à éviter les interactions avec ses amis et sa famille, à un moment où ce soutien est vital pour faire face au cancer. Les changements dans la

façon dont le corps se sent, comme les douleurs liées à la maladie ou la fatigue liée aux traitements, rendent les activités du quotidien plus difficiles voire impossibles. Ces expériences affectent la confiance en soi des patients, les empêchant de se considérer comme des personnes indépendantes et compétentes, et ainsi impacter leur relation avec leur corps. [27]

Le caractère temporaire ou permanent des changements physiques causés par le cancer influe sur la manière dont ils modifient l'image corporelle. Pour la plupart des patients atteints de cancer, l'altération de la perception de soi résultant de changements physiques temporaires, tels que la perte de cheveux ou de poids, est limitée à la durée du traitement. La plupart retrouvent l'ancienne perception de leur corps et de leur personne lorsqu'ils sont en rémission et que ces changements disparaissent.

Cependant, certaines personnes continuent de lutter contre une image corporelle altérée même après la fin du traitement, en raison de changements physiques permanents. Certains patients traversent une période de deuil, et utilisent des mécanismes d'adaptation développés avant leur maladie pour s'adapter à leur état physique modifié. D'autres patients éprouvent des difficultés importantes à long terme pour faire face à leur nouvelle apparence ou à leur nouveau fonctionnement et peuvent développer des maladies psychiatriques telles que l'anxiété et la dépression.

Ainsi, certaines personnes parviennent à retrouver une forme de confiance en elles, à travers un long processus de résilience, d'acceptation ou de réinvention de leur image. Ce cheminement peut être facilité et soutenu par les soins de support, donnant au patient ou à la patiente un espace pour prendre soin de son apparence, sans forcément avoir une visée médicale.

III. Cosmétique et soins esthétiques

1. Définitions et cadre réglementaire

En France, le produit cosmétique est défini légalement par le Code de la Santé Publique. [28] Celui-ci est caractérisé comme une « substance ou un mélange destiné à être mis en contact avec les parties superficielles du corps humain (l'épiderme, les systèmes pileux et capillaires, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes) ou avec les dents et les muqueuses buccales, en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles » (article L.5131-1). Cette définition comprend plusieurs concepts clés autour des produits cosmétiques, qu'il faut impérativement distinguer des produits de santé comme les médicaments.

D'abord, il est important de relever l'action superficielle du produit cosmétique. Les produits cosmétiques ne sont pas destinés à pénétrer profondément dans l'organisme, ou à exercer une action systémique. [29] Leur fonction est esthétique ou hygiénique, et ils agissent sur les couches superficielles de la peau, ou sur d'autres structures visibles du corps comme les cheveux ou les ongles. Par exemple, une crème hydratante, un shampoing ou un rouge à lèvres répondent à cette définition, en agissant sur l'hygiène du corps ou sur l'apparence physique, sans modifier un processus physiologique profond.

Un autre concept majeur du produit cosmétique est son objectif non thérapeutique. Contrairement aux médicaments, il ne doit ni prévenir, ni soigner des maladies ou soulager des symptômes. Ainsi, il ne doit pas contenir de principe actif ayant une action métabolique, pharmacologique ou immunologique visant une pathologie. On distingue également les soins dermatologiques médicamenteux, qui font partie d'une branche des cosmétiques encadrés par une réglementation plus stricte et nécessitant une autorisation de mise sur le marché délivrée par les autorités sanitaires.

Malgré ces deux conditions les distinguant des médicaments, les produits cosmétiques jouent un rôle crucial dans l'accompagnement des altérations cutanées et des fragilités de la peau, bien que bénignes. Ils permettent de camoufler certaines

imperfections, de préserver une harmonie corporelle et d'accompagner les individus vivant avec une altération de leur image corporelle, sans agir directement sur la cause pathologique. L'utilisation de maquillage correcteur sur une affection dermatologique bénigne ou une détérioration de la peau due à une chirurgie peut améliorer significativement la qualité de vie du patient, et agir sur son bien-être psychologique.

La directive 76/768/CEE du 27 juillet 1976 [30] a longtemps fondé la réglementation applicable aux produits cosmétiques dans l'Union Européenne. Cette directive harmonisait les différentes réglementations nationales afin de faciliter la libre circulation des produits cosmétiques en Europe. Son objectif était de garantir un niveau élevé de protection de la santé publique, grâce aux exigences que l'on retrouve encore aujourd'hui, comme les substances interdites, les allégations et obligations en matière d'étiquetage, les substances soumises à restriction et la réglementation autour des expérimentations animales. Au fil du temps, cette réglementation a montré quelques limites, provoquées par l'évolution rapide de la science et des attentes sociétales en matière de sécurité et d'éthique. Le Règlement (CE) n°1223/2009 relatif aux produits cosmétiques a été adopté dans le but de moderniser ce cadre réglementaire, et renforcer la protection des consommateurs. [31] Contrairement à une directive, ce règlement « cosmétique » est directement applicable, de façon uniforme, dans les 28 pays de l'Union européenne, et concerne également les produits cosmétiques importés sur le territoire de l'Union Européenne. [32]

Le Règlement 1223/2009 est fondé sur des principes rigoureux: encadrer la composition des produits, assurer une traçabilité complète et favoriser une information transparente pour les consommateurs. Si la réglementation autour des produits cosmétiques est stricte, elle a un objectif: garantir la sécurité du consommateur. Grâce à cette réglementation et à l'engagement des fabricants, un produit cosmétique est nécessairement sûr pour la santé humaine.

Des règles existent ainsi pour contrôler la façon dont les produits sont fabriqués et commercialisés, afin d'assurer l'information du consommateur pour une bonne utilisation du produit, mais aussi pour répertorier les éventuels effets indésirables et retirer du marché rapidement un produit défectueux ou contrefait. Les Annexes du

Règlement cosmétique énumèrent les substances interdites (annexe II), les substances réglementées (annexe III) et trois listes positives de substances autorisées comme les colorants (annexe IV), les conservateurs (annexe V) et les filtres ultraviolets autorisés (annexe VI). Dans les annexes III à VI, sont précisées à quelle concentration maximale et à quelles conditions les substances peuvent être utilisées en toute sécurité, ainsi que les conditions d'emploi et les avertissements devant être obligatoirement repris sur l'étiquetage. Ces Annexes sont régulièrement actualisées en tenant compte des dernières avancées scientifiques, par la Commission européenne sur la base des avis d'un comité d'experts indépendants : le Comité Scientifique pour la Sécurité des Consommateurs (CSSC).

La fabrication des produits cosmétiques est normée selon les « Bonnes Pratiques de Fabrication » (BPF) définies par la norme ISO 22716 publiée en 2008. Celle-ci a pour but d'assurer un niveau homogène de qualité et de sécurité durant les différentes étapes du processus de fabrication (achats, réception, production, contrôle, stockage, expédition). Avant d'être mis sur le marché, un produit cosmétique doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse de sécurité, formalisée dans le « dossier d'information sur le produit » (DIP). Ce dossier doit être en permanence actualisé et tenu à la disposition des autorités sanitaires pour leurs contrôles, et mis à jour même après la commercialisation, si de nouvelles informations scientifiques sont disponibles. Ce rapport évalue les risques pour la santé humaine, en tenant compte des données toxicologiques disponibles sur les ingrédients, l'exposition prévue et les résultats des tests effectués.

De plus, la réglementation européenne est engagée en matière de protection animale et constitue des avancées éthiques majeures. Depuis 2004, l'expérimentation de produits cosmétiques finis sur les animaux de laboratoire est interdite, et cette interdiction s'est élargie en 2009 : il n'est désormais plus possible de commercialiser des produits cosmétiques contenant des ingrédients testés sur l'animal de laboratoire. Cependant, trois exceptions scientifiques subsistent, pour les tests de reprotoxicité, de toxicité à dose répétée et de toxicocinétiques, lorsqu'ils sont conduits en dehors de l'Union européenne.

Enfin, afin d'assurer la traçabilité, tout produit cosmétique doit être notifié via le Portail de Notification des Produits Cosmétiques (CPNP) avant la mise sur le

marché. C'est cette base de données qui permet aux autorités sanitaires d'accéder rapidement aux informations nécessaires en cas de problème.

Ainsi, la cosmétique telle qu'on la connaît aujourd'hui joue un rôle clé, dans l'apparence physique mais aussi dans le soutien psychologique lié aux affections de l'image corporelle et la qualité de vie. Ce secteur hautement réglementé garantit sécurité, efficacité et transparence pour le consommateur, des exigences nécessaires au quotidien et encore plus dans des contextes de fragilité liés à des maladies graves.

2. Les soins esthétiques : habitudes de consommation et besoins

Les soins de beauté s'inscrivent dans un ensemble de techniques et de pratiques corporelles qui visent à améliorer l'apparence d'une personne. Cette apparence corporelle est entretenue à l'aide de produits cosmétiques, d'appareils ou de techniques manuelles. Ils contribuent au marquage social et culturel du corps à travers la soustraction, l'addition ou la modification de certaines de ses parties. [33]

Selon Juliette Rennes (Encyclopédie critique du genre, 2016) [34], ces pratiques varient en fonction des parties du corps concernées, les méthodes employées, les éventuelles pathologies de la personne, mais aussi de l'accès selon le type de population et le sens qui leur est attribué. Généralement, les soins esthétiques sont liés à l'entretien quotidien de l'apparence, et ne font pas l'objet d'un choix à plus long terme ou de projet, contrairement à des modifications du corps plus radicales telles que la chirurgie esthétique ou le tatouage.

Les habitudes de consommation des cosmétiques sont ancrées dans une dynamique où la recherche du bien-être physique se lie aux besoins psychologiques. De nombreuses études ont démontré l'impact de l'apparence physique sur l'estime de soi et la qualité de vie, qui contribue grandement à la confiance en soi, influence les relations sociales et joue un rôle sur l'état émotionnel général. A l'inverse, il est prouvé qu'une altération de l'apparence, qu'elle soit liée au vieillissement, à une maladie ou un accident, peut entraîner des conséquences sur la santé mentale, une perte d'estime de soi et parfois même un isolement social. [35]

L'industrie cosmétique s'adapte de plus en plus pour répondre aux besoins esthétiques classiques en constante évolution, et aux attentes plus spécifiques liées à la santé et au bien-être. Le groupe L'Oréal agit au quotidien de par sa Fondation et son programme Beauty For a Better Life, qui donne accès à des soins de beauté et de bien-être gratuits à des femmes fragilisées par la maladie ou la précarité. [36] Leur conviction est que la beauté peut aider les personnes en situation de vulnérabilité à améliorer leur estime d'elles-mêmes, à regagner confiance et leur permettre de retrouver leur place dans la société. D'autres marques s'engagent dans la lutte contre des maladies graves comme le cancer, comme Pierre Fabre [37] à travers son programme United Against Skin Cancer ou Sisley [38] avec sa fondation Sisley d'Ornano. Ces programmes d'accompagnement des personnes fragilisées ont pour but de leur permettre de retrouver une image positive d'elles-mêmes et de mieux vivre leur parcours de soins. Le geste esthétique devient un acte de reconstruction identitaire, autant qu'un support psychologique essentiel.

Dans le milieu professionnel de l'esthétique, l'approche sociologique de Morgan Cochenec (*Le soin des apparences*, 2004) [39] met en lumière les besoins des clientes en institut de beauté. Le travail de l'esthéticienne a parfois fait l'objet de luttes pour trouver une profondeur et une légitimité. Autour du soin de beauté s'est construit un monde chargé de symboles et de représentations sociales, longtemps catégorisé comme "superficiel". Cependant, cette approche sociologique démontre que travailler le corps en institut est en réalité au-delà des aspects physiques. La capacité d'écoute de l'esthéticienne est souvent citée comme fondamentale, et les soins du corps et de l'apparence deviennent un prétexte pour parler d'autre chose. Les clientes viennent pour se délivrer de leurs angoisses, de leurs problèmes liés au corps comme le vieillissement, les possibles dégradations physiques ou le poids, mais aussi liés à la vie quotidienne comme le travail ou la famille. Ainsi, le soin peut être perçu comme une "thérapie esthétique", grâce au soutien psychologique offert par les professionnelles de l'esthétique, lors d'un moment consacré à la cliente et ses besoins.

La reconnaissance institutionnelle du besoin lié aux soins esthétiques pour le bien-être des personnes atteintes de maladies graves marque une avancée importante. Un reportage récent de France TV Info souligne qu'une nouvelle loi a été

adoptée par l'Assemblée Nationale concernant la prise en charge partielle de certains soins cosmétiques pour les patient(e)s atteint(e)s de cancer. [40] Crèmes apaisantes, gels intimes adaptés ou shampoings spécifiques après de lourds traitements seront désormais considérés comme des éléments essentiels dans le parcours de soins, et non plus comme des accessoires superflus. Cette mesure montre que l'impact psychologique de l'apparence dans la guérison et la qualité de vie des malades est mieux prise en compte, au même niveau que les soins psychologiques, le coaching nutritionnel ou autres soins de support. Cette loi soulagera les patients en couvrant davantage de leurs besoins liés à la maladie, et en leur offrant de nouveaux moyens de se sentir mieux dans leur corps durant leur traitement.

Parallèlement, les soins esthétiques sont un outil important dans la prise en charge des personnes âgées et/ou isolées. Le vieillissement ou la précarité sont souvent accompagnés d'une dégradation de l'image de soi, aggravée par d'autres facteurs comme l'isolement social et la perte d'autonomie. C'est dans ce contexte que les soins de beauté, comme des massages, des soins du visage ou des coiffures peuvent contribuer significativement à l'estime de soi, à la dignité et au maintien du lien social pour ces personnes. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les structures associatives intègrent des séances de soins esthétiques dans l'accompagnement au quotidien. Ces moments permettent de soigner l'apparence, et surtout d'offrir un espace d'écoute et de bienveillance afin de rompre l'isolement et favoriser le bien-être psychologique.

Pour résumer, les besoins et habitudes de consommation en cosmétiques et dans le domaine de l'esthétique ne se résument pas uniquement à une quête superficielle de beauté. Ces besoins sont plutôt liés à la préservation de son identité, de maintenir un lien positif avec son corps et de favoriser une certaine intégration dans le tissu social. [41] Les cosmétiques jouent un rôle de plus en plus reconnu et valorisé dans l'amélioration de la qualité de vie, que cela soit pour accompagner des traitements difficiles, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou en situation de précarité, ou simplement pour se sentir mieux dans sa peau au quotidien.

3. Marques de cosmétiques engagées

Dans ce contexte dans lequel les soins et traitements médicaux peuvent impacter profondément la peau, la pilosité et l'image de soi des personnes atteintes de cancer, des marques de cosmétiques ont émergé en s'engageant pleinement ou partiellement auprès d'elles. Dans cette sous-partie, nous analyserons cinq marques afin de déterminer comment elles répondent aux attentes de femmes dont la santé a fragilisé le corps, en conciliant soin, féminité et exigence dermatologique.

Ainsi, suite à une étude concurrentielle, j'ai choisi de me focaliser sur cinq marques de cosmétique et de dermo-cosmétique, qui portent un intérêt plus ou moins marqué pour les femmes atteintes de cancer. Le **tableau 1** suivant compare différents aspects de ces marques, que je développerai ensuite.

	Année de création	Positionnement	Spécificité en lien avec la santé	Valeurs et histoire	Distribution	Produits phare
 Même Cosmetics	2015	- Prix plutôt accessibles - Marque consacrée aux personnes touchées par le cancer	Dédiée aux femmes concernées par le cancer, produits d'origine naturelle et aux compositions clean, pour mieux supporter les traitements et les effets indésirables.	La marque propose une offre complète et sûre, afin de répondre en toute confiance aux effets indésirables des traitements anti-cancéreux, tout en apportant ce qu'il faut de féminité et de bonne humeur pour traverser en beauté cette période difficile.	Pharmacies et parapharmacies, magasins spécialisés dans le mieux vivre pendant le cancer, site internet	Soins visage et corps, maquillage, soins mains, pieds et ongles, cheveux et cuir chevelu, routines
 Ozalys	2018	- Prix plutôt accessibles - Pas totalement consacrée aux personnes touchées par le cancer, mais les compte parmi ses cibles	Initialement pensée pour les femmes atteintes de cancer, Ozalys a été créée pour combler les manques de la dermocosmétique en agissant à tout moment de la vie des femmes (puberté, grossesse, maladie...).	À des moments de vie essentiels, le corps des femmes se révèle plus vulnérable. La sensibilité hormonale au moment de la puberté, de la grossesse, de la ménopause et du cancer, bouleverse la vie des femmes. Une vie dont Ozalys s'engage à prendre soin depuis sa création en 2017.	Pharmacies et parapharmacies, boutiques distributrices partenaires, site internet	Soins visage et corps, cheveux, hygiène du corps et hygiène buccodentaire
 Eye Care	1981	- Prix accessibles - Pas totalement consacrée aux personnes touchées par le cancer mais les compte parmi ses cibles et proposent des soins de support oncologiques	Pour peaux et yeux sensibles, allergiques ou sous traitements oncologiques	Eye Care offre une réponse dermo-cosmétique qui permet aux personnes sensibles, allergiques, porteuses de lentilles, ou aux patientes en cours de traitement oncologique de prendre soin d'elles, de se réapproprier leur féminité grâce à une offre de produits de soin et de maquillage adaptée à leur besoin.	Pharmacies, parapharmacies, opticiens, site internet	Soins des yeux, soins du visage, soin des mains et des ongles, soins capillaires, soins de support oncologique
 Revitalash	2006	- Prix peu accessibles et plutôt luxe - Pas consacrée aux personnes touchées par le cancer mais produits qui s'adaptent à cette cible, et forte histoire de marque en lien avec le cancer	Composées par des médecins et ophtalmologues à partir d'ingrédients nourrissants et sûrs à l'efficacité scientifiquement prouvée, les formules sont spécialement conçues pour revitaliser les cils, les sourcils et les cheveux.	La marque a été créée par un médecin ophtalmologue afin d'aider sa femme à se sentir belle pendant sa lutte contre le cancer du sein. Une partie des bénéfices est reversé à la lutte contre le cancer du sein, hommage à la cofondatrice.	Boutiques d'esthétique, boutiques distributrices partenaires, site internet	Sérums et soins pour cils et sourcils, soins pour cheveux clairsemés, maquillage et soins pour les yeux.
 Avène	1990	- Prix plutôt accessibles, Grand public - Pas consacrée au cancer mais produits de dermo-cosmétique à visée dermatologique et médicale	Peaux sensibles, atopiques, soins post-traitements (sécheresse, brûlures, radiothérapie...). Produits avec des actifs innovants pour soulager les effets cutanés induits par les traitements du cancer.	Engagements pour une peau et une vie apaisée, une haute efficacité sans compromis sur la sécurité. Engagés pour la dermatologie et la qualité de vie des peaux sensibles, pour l'environnement et une production responsables, engagés pour l'oncologie	Pharmacies et parapharmacies	Soins visage, corps, maquillage

Tableau 1 : tableau comparatif de 5 marques de cosmétiques en rapport avec le cancer

3.1 Mème Cosmetics

Créée en 2015 par Judith Levy et Juliette Couturier, MEME est la première marque de produits dermo-cosmétiques destinée aux femmes concernées par le cancer. [42] Elle a pour objectif de proposer des soins dermo-cosmétiques testés cliniquement, sans substances controversées et avec des ingrédients d'origine naturelle. Ces produits sont spécifiquement adaptés aux peaux et aux corps fragilisés par les traitements anticancéreux, tout en apportant ce qu'il faut de féminité et de bonne humeur pour traverser en beauté cette période difficile. Ses deux fondatrices, passionnées par l'univers de la beauté, ont créé la marque autour de cette cause qui leur tient à cœur. Elles sont à l'origine des valeurs de la marque, l'expertise, la qualité, la féminité, l'humain, surtout, la proximité et l'échange permanent avec les consommatrices.

Depuis la commercialisation de MÈME en février 2017, la start-up connaît une forte croissance, compte plus de 11000 clientes sur son e-shop et près de 2500 pharmacies référençant les produits de la marque en France et en Belgique. Leurs gammes proposent des soins et du maquillage, couvrant visage, corps, cheveux et ongles.

3.2 Ozalys

Créée en 2017 et lancée en 2018, Ozalys s'adresse aux femmes pendant des moments de leur vie essentiels. [43] La marque s'engage à proposer des soins pour accompagner la sensibilité hormonale au moment de la puberté, de la grossesse, de la ménopause et du cancer. Ses 10 produits d'hygiène et de soin, pensés pour les peaux et muqueuses les plus fragiles, sont certifiés et validés chez la femme enceinte et allaitante.

La marque s'adresse donc également aux femmes touchées par le cancer, mais il ne s'agit pas de leur cible principale. Son idée fondatrice est de pallier l'absence de solutions dermo-cosmétiques pendant les étapes sensibles de la vie des femmes. Ozalys développe une forte dimension émotionnelle autour de la vulnérabilité du

corps et du respect de la peau. Elle est plutôt accessible, vendue en pharmacies, parapharmacies, boutiques partenaires et sur le site internet.

3.3 Eye Care Cosmetics

Fondée en 1981 par les Laboratoires Contapharm, Eye Care propose une gamme complète de soins et de maquillage dédiée à toutes les formes et moments de sensibilité. [44] La marque est recommandée par les médecins, dermatologues, allergologues, oncologues et ophtalmologues, confrontés à un environnement auquel les individus sont de plus en plus sensibles. Les produits offrent également une réponse haute tolérance et adaptée aux personnes en cours de traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique. Ils peuvent être utilisés dans le cadre de soins de support nécessaires pour traiter les réactions secondaires fréquentes comme la peau déshydratée et sensible.

Par ses produits, Eye care propose des solutions accessibles et médicales, mais possède une image moins lifestyle et travaillée que d'autres marques spécialisées dans le cancer. Sa communication repose davantage sur une rigueur scientifique et dermatologique de précision. La marque est facilement accessible en pharmacies, parapharmacies et opticiens.

3.4 Revitalash Cosmetics

Revitalash est une marque américaine née en 2006, à partir d'un produit revitalisant pour les cils créé par un médecin ophtalmologue pour sa femme atteinte d'un cancer du sein. [45] La marque propose désormais une collection complète de soins cosmétiques, destinés à sublimer la beauté naturelle des cils, cheveux et sourcils. Bien qu'elle ne soit pas une marque proposant des solutions spécifiquement oncologiques, son origine est profondément liée à cette problématique. Ses produits sont conseillés aux femmes en post-traitements lourds, pour retrouver leur féminité et renforcer leur apparence.

La marque reverse une partie de ses bénéfices à la lutte contre le cancer, et possède des engagements forts envers cette maladie, notamment en hommage à la cofondatrice. Le positionnement de la marque est plus haut de gamme que les quatre autres présentes dans le tableau comparatif, avec des prix plus élevés et une image plus orientée luxe.

3.5 Avène

Avène, marque emblématique des Laboratoires Pierre Fabre, est née en 1990. Elle propose des traitements adaptés aux peaux sensibles ou en post-traitements, destinés à résoudre différentes problématiques comme la sécheresse cutanée, les brûlures ou les effets secondaires liés à la radiothérapie. La marque bénéficie d'une légitimité dermatologique forte, liée au laboratoire Pierre Fabre dont elle fait partie. Ce dernier est reconnu comme le créateur de la notion de dermocosmétique, pour désigner les cosmétiques disponibles à l'officine. Avène est une référence pour le grand public, alliant performance médicale et douceur sensorielle, facilement accessible et renommée en pharmacies et parapharmacies. [46]

Les engagements en oncologie d'Avène sont visibles sur son site internet, proposant des conseils et des modes d'emplois de ses produits pour les personnes atteintes de cancer. Le Laboratoire Dermatologique est engagé en oncologie depuis plus de 30 ans, et vise à améliorer la qualité de vie des patients touchés par le cancer. Ses soins peuvent soulager les effets cutanés induits par les traitements anti-cancéreux, et sont recommandés par le corps médical pour leur efficacité et leur innocuité prouvées. Ainsi, Avène est une solution générale et accessible, offrant des solutions de soins pour les personnes atteintes de cancer.

Pour résumer, ce benchmark permet de mettre en évidence une segmentation au sein de ces marques. La **figure 1** ci-dessous est un mapping concurrentiel, permettant de mieux visualiser leur positionnement. L'axe horizontal détermine la spécialisation de la marque dans le domaine du cancer, allant du plus général au plus spécialisé. L'axe vertical détermine l'accessibilité de la marque en termes de prix et de distribution.

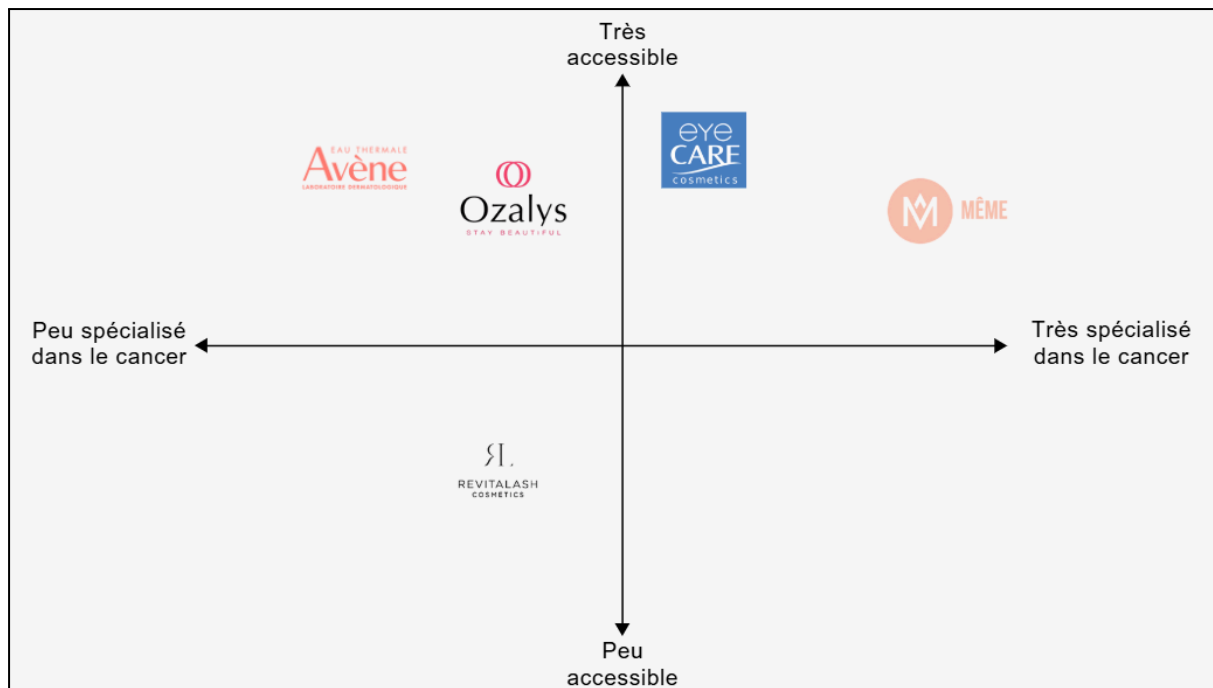


Figure 1 : mapping concurrentiel des marques engagées pour les femmes atteintes de cancer

On peut ainsi définir leur positionnement envers les femmes atteintes de cancer de la façon suivante :

- Mème Cosmétiques : ciblage exclusif
- Ozalys : ciblage prioritaire mais discours élargi à d'autres vulnérabilités rencontrées par les femmes
- Eye Care : solutions dermo-cosmétiques incluant les patientes oncologiques
- Revitalash Cosmetics : origine émotionnelle liée au cancer, mais approche cosmétique large
- Avène : dermo-cosmétique généraliste mais adaptée aux post-traitements

Ce paysage concurrentiel montre que le marché de la dermo-cosmétique est en structuration et en évolution constante. La cosmétique devient réellement un secteur lié au mieux-être et à la réappropriation de soi dans le parcours lié à la maladie.

IV. Usage des cosmétiques en santé

Par définition, les cosmétiques ne sont pas considérés comme des médicaments. Malgré cela, ils jouent un rôle essentiel dans le maintien de la santé, notamment pour les peaux sensibles et fragilisées par des traitements médicaux. Nous verrons dans cette partie le rôle des cosmétiques et des soins esthétiques dans la santé.

1. Le rôle thérapeutique des cosmétiques

Dans des conditions pathologiques comme dans des situations physiologiques normales, les cosmétiques n'ont pas seulement une fonction hygiénique ou superficielle. De nombreuses études reconnaissent leurs effets bénéfiques sur le bien-être psychologique, l'estime de soi et l'amélioration de la qualité de vie. Chez les personnes atteintes de maladies graves, avec des symptômes lourds et visibles et des traitements altérant l'apparence, l'utilisation des cosmétiques permet une meilleure acceptation de la maladie et une meilleure observance de son traitement médical [47].

La recherche scientifique a permis de prouver les bénéfices des cosmétiques dans diverses situations médicales. L'étude de Peuvrel et al. (2012) [48] a pour but d'évaluer la qualité de vie après une leçon de maquillage correctif chez des patients avec différentes dermatoses, comme l'acné, la rosacée, des cicatrices ou des effets secondaires de chimiothérapie. Elle a permis de démontrer que la participation à ces séances entraînait une baisse significative du score de qualité de vie dermatologique (DLQI) dès un mois après l'intervention. Ces résultats concernaient les patients avec une altération de leur qualité de vie légère à importante. Les dimensions les plus améliorées par l'étude n'étaient pas uniquement esthétiques, mais aussi émotionnelles. Les patients ont recommencé à s'investir dans leurs activités quotidiennes et dans leurs loisirs, et 95% des participants ont continué à se maquiller et à utiliser les conseils reçus après la leçon. Cela prouve à quel point ce type d'interventions est facilement accepté et durable dans le temps. Ces soins ont des répercussions concrètes sur le vécu de la maladie, le rapport aux autres et sur l'autonomie au quotidien.

Globalement, les études évaluant l'impact des cosmétiques auprès de personnes fragilisées ont montré que ces soins leur ont permis de se réapproprier leur corps, impacté par des symptômes et traitements parfois lourds. Comme le rappelle un article de J. Alloncle, étudiant l'impact des cosmétiques et de la socio-esthétique dans les services de soins palliatifs, "Si la cosmétique ne soigne pas, elle apporte un peu de bonheur et nourrit la force de vivre". [49] Ainsi, il ne s'agit pas de dissimuler des stigmates, mais bien de soutenir l'individu dans son intégrité physique, psychique et sociale.

2. La socio esthétique

2.1 Définition

D'après la définition du CODES [50], le Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale, délivrant le diplôme pour exercer ce métier, la socio-esthétique est la pratique professionnelle de soins esthétique auprès de populations souffrantes et fragilisées par une intégrité physique (maladie, accident, vieillesse), psychique (maladies mentales, addictions...) et/ou en détresse sociale. Il s'agit d'une approche sociale du soin portée au corps fragile, précaire ou exclu, auprès des personnes en situation de vulnérabilité et/ou de désocialisation. Complémentaires aux autres prises en charge médico-psycho-sociales, elle contribue à la reconnaissance identitaire de toute personne humaine tout au long de la vie. [51]

La socio-esthétique est née dans les années 1960 en Angleterre, et elle a commencé à se professionnaliser en France à partir des années 1970, notamment sous l'impulsion du CODES, créé en 1978 avec pour mission d'aider les souffrants à dépasser leur mal-être en les réconciliant avec leur corps et leur image grâce aux soins esthétiques. On peut d'ailleurs citer Renée Rousière, la fondatrice du CODES : "Bien au-delà de l'esthétique et du souci d'apparence, la socio-esthétique participe à la réconciliation du corps et de l'âme". [52]

Cette discipline mobilise des techniques esthétiques traditionnelles comme des soins du visage, modelage, manucure, maquillage à des fins thérapeutiques,

relationnelles et psychologiques, dans le but de réconcilier les bénéficiaires avec leurs corps, et de restaurer leur estime de soi. La socio-esthéticienne répond donc aux situations auxquelles ces personnes font souvent face, telles que la baisse de l'estime de soi, l'isolement social, la fatigue physique et/ou mentale, la douleur et ainsi, aide à la restauration de leur identité et du contact social.

2.2 Champs d'intervention

Comme expliqué ci-dessus, la socio-esthétique cible différentes populations vulnérables, subissant des atteintes à leur intégrité physique, psychique ou sociale. Les socio-esthéticiennes interviennent dans différents types d'établissements afin de proposer des soins adaptés, mais aussi des conseils et un soutien psychologique. Parmi ces champs d'intervention, nous nous intéresserons au milieu hospitalier, la gériatrie dans le milieu médico-social et chez les personnes en situation de précarité.

En milieu hospitalier, la socio-esthétique peut être intégrée aux soins de supports, définis comme l'ensemble des soutiens nécessaires aux patients, en parallèle des traitements curatifs et médicaux. Les interventions des socio-esthéticiennes ont pour but d'atténuer les effets indésirables des traitements médicaux, accompagner les transformations corporelles liées à la maladie, et soutenir psychologiquement les patients au cours de cette phase de vulnérabilité. [53]

Au CHRU de Tours, où les soins de socio-esthétique sont bien intégrés, la socio-esthéticienne va intervenir par recommandation de l'équipe médicale ou à la demande du patient. Ces séances sont décrites comme un moment de calme et d'apaisement permettant de s'extirper un instant des soins médicaux et de s'évader en se concentrant sur le toucher bienveillant de la socio-esthéticienne. En fin de séance, la professionnelle prend un temps afin d'échanger avec la personne accompagnée, afin de connaître son ressenti et de s'assurer de la qualité du moment passé, en constatant ou non les bienfaits physiques et psychiques. Les soins se déroulent de manière individuelle, au chevet de la personne accompagnée, dans sa chambre en hospitalisation complète ou en hôpital de jour. [53]

Une étude menée à l'hôpital Tenon à Paris [49], dans une unité de soins palliatifs, a mis en lumière les bienfaits des soins de socio-esthétique chez les patients, préservant leur dignité. Ces soins permettent d'atténuer les stigmates de la maladie, comme la perte de cheveux, le teint altéré, l'amaigrissement, les œdèmes... Ils permettent surtout de créer un moment de répit où la personne est sujet de soins et d'attention. Les bénéfices relevés sont multiples :

- Physiques : amélioration de l'aspect de la peau, restauration de l'apparence et maintien de la netteté, correction de certaines imperfections et amélioration de la sensation de bien-être grâce à un toucher agréable, reposant, et à l'effet rafraîchissant des produits de beauté
- Psychologique : vecteurs de communication par une approche différente et une écoute non-médicalisée, aide au maintien d'une énergie positive, et influence positive sur les relations sociales et familiales

Dans le milieu médico-social, et plus particulièrement chez les personnes âgées, la socio-esthétique a son importance dans ce contexte de vieillissement du corps. Elle répond à de nombreuses problématiques liées à l'isolement affectif, la dépression et elle permet de revaloriser l'image de la personne âgée, en la rapprochant de la réalité extérieure par un contact différent de celui de l'équipe médicale. [54]

L'un des apports clés de la socio-esthétique réside dans la dimension polysensorielle de ces soins. Au-delà du toucher, moyen de communication non verbale exceptionnelle, les autres sens sont sollicités : l'odorat avec les différents parfums, l'ouïe avec la musique relaxante par exemple. Ces éléments permettent d'apporter une forte stimulation pour la mémoire, ce qui est essentiel pour des personnes atteintes de troubles cognitifs. De manière générale, ces ateliers permettent de recréer des espaces d'échanges et de plaisir, et de garder un lien social.

Chez les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale comme les personnes sans-abri, les femmes victimes de violences ou encore les personnes en réinsertion, le corps peut être abîmé par des mauvaises conditions de vie, mais

aussi par l'indifférence ou le rejet. [55] Une personne précaire vit sous la menace constante des risques physiques et sociaux, dans un état de vigilance épuisant laissant peu de place au soin de soi ou à la beauté. L'estime de soi est liée à l'apparence, et lorsque le corps se dégrade sous l'effet de la fatigue, du froid, de l'insécurité ou de la violence, la souffrance devient alors visible. [56]

Dans ce contexte, la prise en charge des socio-esthéticiennes est axée sur l'écoute, la réhumanisation et la reconstruction identitaire, grâce à un espace de reconnexion à soi. Ces soins redonnent de la visibilité à des personnes que la société a rendues invisibles.

2.3 Socio-esthétique en oncologie

Une étude menée par Bouak et Bouteyre en 2010 [57] auprès de patientes atteintes de cancer prouve les bienfaits de la socio-esthétique en oncologie. Après avoir reçu ces soins, les patientes ont constaté des améliorations significatives de l'estime de soi, de leur sentiment d'identité et une baisse de leur anxiété. Ces aspects sont importants en particulier chez des femmes touchées par des traitements pouvant être mutilants et avec de forts symptômes physiques et psychologiques.

La socio-esthétique intervient auprès de ces patients en tant que soin d'accompagnement relationnel et corporel. Elle est intégrée aux soins de support, qui font partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de cancer. Ils sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques » (AFSOS, Association Francophone des Soins Oncologiques de Support). L'objectif est de maintenir, autant que possible, une qualité de vie satisfaisante sur les plans physique, psychologique et social, tout en tenant compte des besoins individuels, familiaux et contextuels des patients. [58]

La socio-esthétique peut aussi être appelée onco-esthétique pour accompagner les patients atteints de cancer tout au long du parcours de soins. Elle s'inscrit dans une réhabilitation du corps, grâce à des soins permettant de limiter les effets indésirables

des traitements sur la peau et les phanères, les situations de stress et d'anxiété et les perturbations de l'image corporelle.

Dans plusieurs structures hospitalières ou médico-sociales, l'accès à la socio-esthétique est facilité par des associations spécialisées. Parmi elles, l'association Belle & Bien est l'une des plus actives dans le domaine de l'onco-esthétique. Depuis 2001, sa mission est d'accompagner les femmes qui affrontent le cancer en leur offrant des soins onco-esthétiques qui donnent de la confiance et renforcent l'estime de soi : des ateliers pédagogiques pour apprendre les techniques d'auto-soin et d'auto-maquillage. En moyenne, l'association touche 4580 bénéficiaires par an grâce à ses 125 bénévoles dans toute la France. Elle propose des ateliers de soins gratuits pour les femmes atteintes de cancer, en partenariat avec les hôpitaux et centres de soins. [59]

Ces ateliers assurés par des professionnelles bénévoles offrent un espace d'expression, de répit et de partage. D'autres associations comme Étincelle [60], Onco bien-être [61] ou des regroupements de socio-esthéticiennes comme l'ASEN (Association Socio-Esthéticiennes du Nord) [62] proposent des accompagnements similaires. Ces initiatives témoignent de la volonté de considérer la beauté comme une ressource de soin et d'estime, et non une futilité vue comme superficielle. La mission de ces associations est de permettre au patient de se retrouver, de se voir, de se vivre en tant que personne et non uniquement comme malade.

2.4 La professionnalisation et la reconnaissance de la pratique

L'exercice de la socio-esthétique nécessite des compétences spécifiques et exigeantes. Il requiert une formation initiale en esthétique, avec un diplôme d'État (CAP, Bac Pro, BTS) qui garantit une maîtrise des techniques de soin. Mais cette formation ne suffit pas à exercer auprès d'un public fragilisé et intervenir dans les milieux de la santé, de la précarité, du handicap ou du grand âge.

La formation de socio-esthétique la plus courante en France est dispensée par le CODES (Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale). Ce dernier délivre une certification accessible uniquement aux esthéticiennes diplômées, et se base sur les dimensions relationnelles, psychologiques et éthiques du soin. Parmi les

spécificités essentielles, on y retrouve les règles d'hygiène hospitalière, la gestion de la douleur, l'écoute active ou encore l'adaptation du geste à chaque situation de vulnérabilité. [50]

Il existe également des Diplômes Universitaires (DU) de socio-esthétique, proposés par différentes universités comme La Sorbonne. [63] Sur la fiche de la formation disponible sur leur site, on peut voir que ses objectifs sont d'améliorer la prise en charge des patients afin de revaloriser l'estime et l'image de soi, de permettre à des esthéticiennes classiques d'avoir une formation complémentaire pour prendre en charge des personnes fragilisées, et de mieux appréhender le rapport aux corps malades, vieillissants, handicapés et en souffrance. Ces formations universitaires proposées par de plus en plus d'établissements montrent que la profession est reconnue progressivement parmi les équipes de soin pluridisciplinaires.

Des structures comme la Fédération Nationale de Socio-Esthétique (FNSE) œuvrent à la reconnaissance de la socio-esthétique, en représentant, protégeant et valorisant les socio-esthéticiennes auprès des instances publiques et des structures qui les embauchent. Elles militent pour que le métier soit reconnu comme une profession paramédicale à part entière, et justifier la pertinence des interventions des socio-esthéticiennes. [52]

Ainsi, en réunissant les dimensions esthétiques, relationnelles et psychosociales, la socio-esthétique dépasse le simple embellissement et bien-être physique, pour toucher à la véritable restauration de l'identité des patients, au maintien de leur dignité et leur lien social. Cet accompagnement est essentiel au bien-être global des personnes en situation de vulnérabilité. Sa légitimité dans les pratiques de soins de santé est croissante, mais de plus en plus de centres de formation et d'associations favorisent son développement, comme un outil thérapeutique complémentaire.

Conclusion de la revue de la littérature

Ainsi, la santé mentale et la qualité de vie, particulièrement fragilisés chez les patients atteints de cancer, doivent impérativement être considérés au cœur d'une approche globale, intégrant le corps et l'esprit. Les cosmétiques en santé et la socio-esthétique jouent un rôle clé, car ils permettent à ces personnes de restaurer leur image corporelle et leur estime de soi. Lorsqu'ils sont placés au cœur du parcours de soins, ils contribuent grandement à améliorer la qualité de vie, et le bien-être psychologique et social. En combinant soins adaptés et accompagnement personnalisé, la socio-esthétique soutient la réhabilitation psychosociale des patients. Il est donc essentiel d'encourager son intégration dans les protocoles de prise en charge, afin de promouvoir une approche plus complète et plus humaine de la santé.

Partie II : Méthodologie

Cette seconde partie du mémoire a pour but d'expliquer les méthodes et outils nécessaires à la réalisation de l'étude. D'abord, nous présenterons l'étude qualitative, qui fut principalement utilisée. Dans un premier temps, nous établirons le contexte de l'étude, puis la méthodologie choisie pour la mener à bien. Dans un second temps, nous décrirons la population étudiée au cours de l'étude, et dans un troisième et dernier temps, nous parlerons du recueil et de l'analyse de ces données. Ensuite, nous verrons en quoi a consisté l'étude quantitative, qui a permis d'appuyer certains concepts vus au cours de l'étude qualitative. Nous établirons son contexte, sa population cible et comment ont été analysées les données obtenues.

I. Etude qualitative

1) Contexte de l'étude

L'objectif de cette enquête est de rassembler les différents points de vue de socio-esthéticiennes intervenant en oncologie afin de mettre en lumière différents aspects. Pour rappel, ces soins sont destinés aux personnes souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique (maladie, accident, vieillesse...) ou psychique, ou par la précarité sociale. Ils sont destinés à plusieurs types de personnes, et parmi ces différents publics, j'ai choisi les patientes atteintes de cancer.

Les problématiques apparues lors de la revue de littérature et auxquelles nous chercherons à apporter des réponses sont les suivantes:

- Quelle est la place des soins esthétiques dans le parcours de soins de santé des personnes atteintes de cancer?
- Les soins de support comme la socio-esthétique sont-ils assez reconnus dans le domaine médical et par les institutions ?

Plusieurs hypothèses ont émergé lors de la revue de littérature, notamment :

- La socio-esthétique contribue au mieux-être psychologique et à l'estime de soi des patients, en les aidant à mieux vivre les transformations corporelles
- Les soins socio-esthétiques peuvent renforcer l'adhésion au soins médicaux
- Le rôle de la socio-esthéticienne n'est pas totalement connu par le grand public et mal défini dans le système de santé

Dans un premier temps, cette étude de terrain va permettre de répondre aux problématiques ci-dessus, ainsi qu'aux hypothèses initiales. Elle permettra ensuite de formuler des préconisations afin de légitimer la pratique de la socio-esthétique dans le parcours de soins des patients atteints de cancer.

2) Choix de la méthodologie

Afin d'étudier différents aspects de la socio-esthétique, une étude qualitative a été mise en place afin de répondre aux questionnements soulevés dans ce mémoire. Ce choix s'est fait dans le but de comprendre les expériences et les pratiques des professionnelles, au plus près de leur vécu. L'étude qualitative est une méthode de recherche descriptive, et a pour objectif de comprendre et interpréter des phénomènes, des comportements et des expériences humaines en profondeur. Ici, l'étude qualitative a été menée grâce aux entretiens, recueillant les informations verbales à partir de questions préparées ou non. Elle s'attache à la richesse et la complexité des discours, et explore le "comment" et le "pourquoi" des phénomènes sociaux. [64]

La méthode qualitative s'appuie sur différents outils de collecte de données, dont l'entretien, qui occupe une place centrale. Il se décline sous différentes formes, et notamment:

- L'entretien directif, sous la forme d'un questionnaire strictement suivi, qui limite la liberté de réponse
- L'entretien non-directif, étant libre à la personne interrogée, comme un récit de vie
- L'entretien de groupe, permettant d'analyser les interactions entre plusieurs participants
- L'entretien semi-directif, à mi-chemin entre le questionnaire structuré et la souplesse, sous forme de discussion avec des questions souples

L'entretien semi-directif a été choisi afin de réaliser l'enquête de ce mémoire. Il consiste à interroger un enquêté à l'aide d'une grille de questions ouvertes utilisée

de manière très souple, favorisant la discussion. Il permet de cadrer l'échange, pour recueillir des informations sur des points précis, tout en favorisant l'émergence de nouveaux sujets ou de points de vue inattendus, en fonction des réponses et du vécu de la personne interrogée. [65] Concrètement, chaque entretien a été mené à l'aide d'une grille de questions ouvertes, utilisée de manière souple afin de laisser émerger librement les propos des enquêtées. Ces questions ont été posées afin d'assurer que tous les points essentiels soient abordés, et n'ont pas toujours été posées de la même façon et dans le même ordre selon les entretiens. Le guide d'entretien semi-directif utilisé pour interroger les socio-esthéticiennes est présenté en **Annexe III**.

Cette méthode s'est avérée très adaptée car elle a permis de recueillir des témoignages détaillés et variés, avec des exemples vécus au quotidien par les socio-esthéticiennes.

3) La population étudiée

Dans le cadre de cette étude, la population la plus pertinente à étudier était les socio-esthéticiennes elles-mêmes, car il s'agit du premier corps de métier concerné. Les interroger s'est avéré crucial afin de recueillir leurs témoignages et leurs potentielles difficultés.

J'ai également choisi d'interroger une psycho-oncologue, afin d'obtenir plus de détails liés à la qualité de vie et à l'estime de soi des patients atteints de cancer, et si elle avait déjà eu l'occasion de collaborer avec des socio-esthéticiennes.

Nom	Profession	Secteur d'activité	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
EG	Socio-esthéticienne	Hôpitaux (services de médecine générale, soins palliatifs, chimiothérapie), milieu médico-social	20/03/2025	26 min
AA	Socio-esthéticienne	Hôpitaux (services de cancérologie, gynécologie, pédiatrie)	24/03/2025	21 min
CR	Socio-esthéticienne	Hôpitaux (soins palliatifs, oncologie, psychiatrie), milieu médico-social	31/03/2025	20min
MQ	Psycho-oncologue	Centre hospitalier	01/04/2025	15 min
CB	Socio-esthéticienne	Cancérologie	05/05/2025	24 min
LY	Socio-esthéticienne	Cancérologie (associations)	13/05/2025	22 min

Tableau 2: Nombre de personnes interrogées et spécificités

Interroger 5 socio-esthéticiennes a permis de recueillir des profils différents avec des parcours professionnels variés. Plusieurs sujets et thématiques sont revenus fréquemment, permettant de recueillir des données pertinentes pour répondre aux problématiques.

4) Recueil et analyse des données

Au total, 6 entretiens semi-directifs ont été réalisés. En **Annexe IV** figure l'un des entretiens les plus pertinents, réalisés avec une socio-esthéticienne intervenant dans plusieurs établissements, et très engagée pour la reconnaissance de son métier.

La prise de contact avec les professionnelles a été faite principalement par LinkedIn. J'ai découvert certaines personnes grâce à des publications ou des reportages, et je les ai cherchées sur ce réseau pour ensuite leur envoyer un message pour leur proposer un entretien. Dans certains cas, les personnes démarchées ont refusé car elles n'exerçaient pas ou peu dans des services oncologiques, mais les six

personnes interrogées étaient ravies de partager leur expérience et leur métier, se montrant très disponibles et accessibles. Les socio-esthéticiennes y ont vu une opportunité de mieux faire connaître leur profession et leurs engagements auprès du grand public. Les entretiens ont été réalisés par téléphone ou par visioconférence.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes. Suite à cela, je les ai retranscrits afin de pouvoir mieux les analyser. Cela a permis de faire ressortir les idées et mots clés, ainsi que les notions récurrentes lors des échanges. J'ai construit un tableau à partir des thématiques, des passages des entretiens citant ces thématiques (ou verbatims) et du nombre d'entretiens dans lesquels sont ressorties ces thématiques. Un extrait de ce tableau est présenté en **Annexe V**. Les six entretiens réalisés ont permis d'aborder l'ensemble des thématiques que je souhaitais explorer. Au fil de la collecte de données, les discours des personnes interrogées ont commencé à présenter des similarités, avec des propos récurrents et des éléments évoqués lors des entretiens précédents. Une saturation théorique a donc été observée vis-à-vis des réponses aux problématiques centrales de l'étude.

II. Étude quantitative

1) Contexte de l'étude et méthodologie

Afin de recueillir l'avis de patients atteints de cancer à propos de la socio-esthétique, une étude quantitative a été réalisée. L'objectif était de mieux comprendre quel type de patients pouvaient être concernés par ces soins, s'ils les connaissaient, y avaient déjà eu recours et quelle fut leur expérience. L'intérêt de cette étude était de recueillir un avis différent de celui des socio-esthéticiennes interrogées, afin de juger la pertinence de ces soins du point de vue des personnes les recevant.

L'étude quantitative est une technique de collecte de données permettant d'analyser des comportements, des opinions, ou des attentes en grande quantité. L'objectif est de déduire des conclusions mesurables statistiquement, et de prouver ou démontrer des faits en quantifiant des phénomènes. Les résultats sont exprimés en chiffres et prennent la forme de données statistiques, présentables dans des graphiques ou tableaux. Parmi les différentes techniques de collecte de données quantitatives, on

retrouve le sondage (pour poser une seule question) et le questionnaire (pour poser plusieurs questions). [66]

Le questionnaire a donc été choisi, afin de poser une sélection de questions à un échantillon représentatif de la population étudiée, ici les personnes atteintes de cancer. Les questions étaient ouvertes ou fermées. L'outil ayant été utilisé afin de recueillir les réponses au questionnaire est Google Forms, permettant d'être partagé via un lien, facile d'accès et rapide. La trame de ce questionnaire est présentée en **Annexe VI**.

2) Population étudiée

Le principal enjeu de la diffusion de ce questionnaire quantitatif était de toucher un public très spécifique : les patients touchés ou ayant été touchés par le cancer. Ces personnes pouvaient répondre aux questions, peu importe leur âge, leur type de cancer, à quel stade de leur parcours ils se trouvaient, et s'ils connaissaient ou non les soins de socio-esthétique.

Pour diffuser le questionnaire, j'ai demandé à certaines socio-esthéticiennes s'il était possible pour elles de le transmettre auprès de patients, je l'ai envoyé à des associations en lien avec le cancer, et je l'ai partagé auprès de groupes de patients sur les réseaux sociaux. Cependant, le fait de ne pas pouvoir diffuser ce questionnaire auprès du grand public et de mon réseau personnel a limité le nombre de réponses obtenues. Le nombre de patients ayant répondu au questionnaire n'était malheureusement pas représentatif de la population étudiée, soit les personnes atteintes de cancer en France.

Malgré un nombre de données quantitatives trop faibles pour mener une analyse statistique, il a été choisi de conserver certaines réponses afin d'appuyer et de confirmer certaines paroles que les socio-esthéticiennes ont pu avoir lors des entretiens semi-directifs.

3) Recueil et analyse des données

Parmi les réponses jugées pertinentes pour l'analyse des résultats de cette étude, celles des questions ouvertes ont principalement été retenues. En effet, des similitudes entre ce que les socio-esthéticiennes ont pu affirmer et ce que certains patients ont répondu ont été remarquées. Trois questions ouvertes ont été conservées, puisque les participants pouvaient écrire librement leur réponse :

- Si vous n'avez pas bénéficié des soins de socio-esthétique, en auriez-vous souhaité, et quels ont été vos freins ?
- Pouvez-vous préciser la nature des effets ressentis lors du soin de socio-esthétique ?
- Selon vous, comment les soins socio-esthétiques pourraient-ils évoluer pour mieux répondre aux besoins des patients ?

Les réponses à ces questions, plutôt variées, ont permis d'appuyer les réponses des socio-esthéticiennes liées à la perception des patients. Elles ont été prises en compte lors de l'analyse des résultats et intégrées dans les parties pertinentes.

Partie III: Analyse des résultats

I. Contexte de la socio-esthétique sur le terrain

1) Différenciation entre esthétique et socio-esthétique

Comme défini précédemment, la socio-esthétique est à la croisée du soin, du bien-être et de la psychologie. Elle s'adresse à des publics fragilisés, dans des contextes médicaux ou sociaux exigeants, et notamment en oncologie dans le cadre de cette étude. Contrairement aux métiers de l'esthétique classique, centrés sur l'embellissement dans un cadre plutôt commercial ou de bien-être, la socio-esthétique est un véritable accompagnement corporel et psychologique dans des situations où le corps est abîmé, médicalisé et vulnérable. C'est un métier prenant en compte de nombreux enjeux cliniques et humains. Comme l'explique la socio-esthéticienne EG, exerçant en cancérologie: *“Une esthéticienne classique ne va pas se renseigner au préalable pour savoir [les symptômes du patient]. En esthétique on n'apprend pas ce qu'est une métastase osseuse alors qu'en socio-esthétique oui, et puisqu'on lui demande un soin esthétique de massage, elle va masser sur une métastase osseuse. Vous imaginez des dégâts que ça peut créer ? C'est pour ça que je précise bien, que la socio-esthétique est différente du soin esthétique.”*

De plus, la volonté d'apporter plus qu'un soin de surface est un moteur fréquent chez les professionnelles du secteur. Plusieurs des socio-esthéticiennes interrogées évoquent une reconversion, née d'un besoin de sens: *“Les seules choses que je savais, c'était que je voulais aider des gens, et les toucher. (AA)”*, *“J'ai toujours eu cette envie d'aller plus loin que l'esthétique classique. (LY)”*

L'intervention d'une socio-esthéticienne est justifiée par une spécificité clinique, et ce métier nécessite une formation rigoureuse, notamment au sein du CODES (Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale), organisme de référence en France. Comme le rappelle cette socio-esthéticienne, *“On ne s'improvise pas comme ça à pouvoir accompagner des patients autant fragilisés. [...] On doit avoir des connaissances solides. (CB)”*

La posture professionnelle est également profondément différente des métiers d'esthétique classiques. En socio-esthétique, le soin est relationnel et pédagogique,

et vise autant l'autonomie que la réappropriation de l'image de soi. Il permet au patient de se reconstruire et de renouer avec lui-même. L'une des socio-esthéticiennes interrogées a évoqué ce travail profond de réparation: *“Ce n'est pas simplement la prise en charge d'un symptôme, mais de ramener le patient dans une dynamique de soins à lui, avec tout ce que psychologiquement cela permet comme réparation à l'interne. (CB)”*

Il est donc nécessaire de rappeler que la socio-esthétique n'est pas une extension de l'esthétique dans le milieu médical, mais un métier à part entière, engagé au service de la dignité, de l'estime de soi et de la qualité de vie des personnes les plus vulnérables.

2) Intégration dans les équipes de soins

L'intégration des socio-esthéticiennes au sein des équipes médicales et paramédicales est une dimension essentielle à prendre en compte pour témoigner de leur légitimité professionnelle et de l'efficacité de leur action. Elle est plutôt aboutie dans les grandes structures hospitalières et notamment en cancérologie. Les socio-esthéticiennes sont souvent recommandées par les soignants eux-mêmes, qui sont au plus près des patients en souffrance ou fragilisés dans leur rapport au corps. Comme le résume cette socio-esthéticienne intervenant dans plusieurs établissements parisiens, *“Tout le corps médical et paramédical nous recommande. [...] Les médecins nous sollicitent dès qu'un patient est en souffrance. (EG)”* Dans ce type de cas, ce sont les professionnels de santé qui identifient un mal-être chez le patient, et lui proposent des soins de socio-esthétique. Ce mode d'orientation dépend donc de la sensibilisation de l'équipe soignante, ce qui peut créer des inégalités d'accès selon les établissements ou services.

Par ailleurs, l'un des intérêts essentiels des soins de socio-esthétique en oncologie est son soutien à l'adhésion aux traitements médicaux, en améliorant l'état psychologique du patient et son envie de poursuivre ce combat contre le cancer: *“Si elles se sentent mieux psychologiquement, forcément elles sont dans de meilleures dispositions pour poursuivre leur traitement.”* (Psycho-oncologue MQ interrogée).

Cet aspect montre à quel point la socio-esthétique a un réel impact lorsqu'elle est bien intégrée dans le parcours de soins.

Certaines des socio-esthéticiennes interrogées travaillent en lien direct avec les oncologues, dermatologues, infirmiers, aides-soignants, mais aussi avec des psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, onco-sexologues... Grâce à cette approche interdisciplinaire, les patients bénéficient d'une prise en charge globale, grâce aux soins oncologiques de support. Dans certaines structures, les socio-esthéticiennes sont même intégrées jusqu'au dossier patient informatisé, où elles peuvent participer aux transmissions du patient, comme dans le cas de cette socio-esthéticienne: *“J'ai la possibilité d'assister aux transmissions ou réunions de cette équipe pluridisciplinaire quand elles ont lieu, notamment pour parler un petit peu des situations qui peuvent être complexes. [...] Avec aussi une traçabilité de l'activité dans le dossier informatisé du patient, pour venir notifier ce qu'on a fait avec le patient. (CB)”*

Cette dynamique de collaboration semble plus marquée dans certains services et dans certains établissements. Les socio-esthéticiennes l'ayant mentionnée intervenaient plutôt dans de grandes structures hospitalières, ou dans des centres régionaux de lutte contre le cancer. Lorsque la reconnaissance des soins est effective, elle renforce l'efficacité des soins et valorise pleinement l'impact positif du métier de socio-esthéticienne: *“Une fois qu'on intervient, c'est vrai que c'est souvent très apprécié, aussi bien par les médecins que par les équipes soignantes. Les aide-soignantes, les infirmières remarquent que si je passe avant elles, qui vont faire un soin médical un peu douloureux pour le patient, ça se passe mieux si je fais un soin socio-esthétique avant car le patient est plus détendu (AA)”*.

II. Les effets et bénéfices de la socio-esthétique en oncologie

1) Rôle dans le soutien psychologique et l'estime de soi

La socio-esthétique constitue un levier thérapeutique puissant pour restaurer l'image corporelle et offrir un espace de parole bienveillant. Elle occupe une place centrale dans le soutien psychologique des patients atteints de cancer. Les

traitements anticancéreux comme la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et la chirurgie provoquent un grand nombre d'altérations visibles du corps, venant bouleverser la perception de soi. *“L'importance des soins de support, dont la socio-esthétique justement pour venir prévenir les effets secondaires des traitements, que ce soit au niveau de la peau, des cils, des sourcils, des ongles, etc. (CB)”* Cette socio-esthéticienne, ainsi que l'ensemble des personnes interrogées ont mentionné les effets secondaires les plus rencontrés dans leur quotidien, qui sont la perte de cheveux, de cils et de sourcils, les altérations cutanées et acnéiformes, le décollement des ongles, les cicatrices ou encore les poches de stomie.

Ces modifications, souvent brutales, ont des conséquences profondes sur la confiance en soi, le rapport au corps et la capacité à se reconnaître dans son reflet. La psycho-oncologue interrogée a souligné, au cours d'un exemple clinique lié aux poches de stomie: *“On voit qu'il y a une réelle perturbation de l'image corporelle, de l'estime de soi à ce moment-là et il faut retrouver un quotidien qui n'est plus le même, essayer de s'adapter au mieux. Il y a des gens qui y arrivent mais pour d'autres ça peut être beaucoup plus compliqué. (MQ)”* La perte de cheveux est également une préoccupation majeure dès l'annonce du diagnostic d'un cancer, car elle est perçue comme une atteinte très visible de la maladie. L'une des socio-esthéticiennes interrogées a décrit cet effet “double peine”: *“Devoir supporter les traitements et avoir le regard des autres, de la famille, des enfants, c'est vraiment difficile à vivre. (AA)”*

Globalement, les retours des patients après un soin de socio-esthétique sont très positifs. Le fait d'être touché, écouté et considéré impacte directement le moral des patients, comme l'a exprimé cette socio-esthéticienne : *“Par exemple pour un soin du visage, le but est vraiment d'apporter du bien être et d'aller plus en profondeur qu'un soin qui aurait juste un effet immédiat. C'est vraiment un effet sur sur le moyen terme qu'on recherche. Certaines pleurent, elles me disent qu'elles se rendent compte qu'elles se sont trop longtemps oubliées, négligées, à faire passer les autres avant. [...] Beaucoup aussi me disent que ça leur redonne envie de prendre soin d'elles, de continuer, d'essayer de changer leurs habitudes et de s'accorder un petit*

peu plus de temps. (CB)” Ces effets positifs ont également un certain impact sur la volonté des patients à continuer leur traitement. Les conditions de vie difficiles liées à la maladie et aux effets secondaires peuvent provoquer une baisse de l’envie de se battre contre le cancer. L’accompagnement offert par la socio-esthétique peut leur permettre de les remettre dans de bonnes dispositions pour poursuivre ces traitements, comme a pu le confirmer cette professionnelle : “Si elles se sentent mieux psychologiquement, moralement, si elles se sentent vraiment écoutées, encadrées, accompagnées, forcément oui, ça va les mettre dans de meilleures dispositions pour poursuivre leur traitement. (EG)”

Parmi les réponses au questionnaire diffusé aux patients atteints de cancer, 8 personnes ont décrit les effets qu’ils ont ressentis suite à des soins socio-esthétiques. Les réponses à la question “Pouvez-vous préciser la nature des effets ressentis lors du soin de socio-esthétique ?” sont :

- *Bien-être psychologique, détente*
- *Peau moins sèche*
- *Une détente, quelqu’un qui permet de reprendre possession de votre corps*
- *Bienfaits psychologiques et physiques : se sentir bien, mieux, en se montrant sans cheveux, grâce à des massages et des techniques de maquillage*
- *Hydratation de la peau et détente*
- *Retrouver une belle peau qui est abîmée par les traitements*
- *Régulation d’une peau très sèche, apprentissage d’une routine de soins*
- *Plus de sérénité*

On retrouve chez ces personnes des effets physiques comme une amélioration de la qualité de la peau, mais également des effets psychologiques.

Ainsi, le rôle d’accompagnement de la socio-esthétique a un impact direct sur le moral, la capacité à faire face aux traitements. Ces soins laissent une trace positive dans le vécu du patient, en renforçant sa résilience et sa perception de lui-même.

2) Un accompagnement clé dans le parcours de soins oncologiques

Les soins de socio-esthétique peuvent être réalisés à toutes les étapes du parcours de soins oncologiques, que cela soit dès l'annonce du diagnostic, pendant les traitements actifs, en rémission ou en soins palliatifs. Face à ces bouleversements, la socio-esthétique propose une gamme de soins adaptés, notamment, des soins du visage, des massages, des manucures, du maquillage correcteur, des soins du cuir chevelu ainsi que des conseils cosmétiques. L'un des objectifs est de soulager ces effets secondaires, et notamment les plus visibles, ainsi que d'accompagner la réappropriation du corps: *“On a un rôle qui est d'atténuer les effets secondaires des traitements. (EG)”*

Le travail autour des cicatrices des patients est un exemple fort, montrant que le rôle de la socio-esthéticienne n'est, certes, pas médical, mais qu'il est essentiel dans l'accompagnement du patient, comme l'explique cette socio-esthéticienne: *“Il ne s'agit pas pour moi de travailler directement sur la cicatrice, c'est le rôle des kinés, mais de sensibiliser la patiente à l'importance de la toucher, de la masser, de se la réapproprier. (CB)”*

Un autre aspect important de la socio-esthétique est l'enseignement des gestes d'auto-soin. Elles peuvent par exemple expliquer aux patients comment appliquer une crème, comment maquiller un teint affaibli, ou quels produits utiliser, afin de privilégier des formulations n'aggravant pas leurs symptômes cutanés. L'une des socio-esthéticiennes interrogées a insisté sur cette dimension pédagogique importante, puisqu'elle garantit aussi la sécurité du patient: *“Notre rôle, c'est aussi de pouvoir sécuriser les patients avec des produits qui vont garantir cette sécurité et les soulager. (CR)”* Les socio-esthéticiennes jouent également un rôle de médiation et d'orientation sociale, en conseillant d'autres prestations aux patients, comme des prothésistes ou boutiques spécialisées, comme expliqué par cette praticienne: *“On travaille aussi avec les réseaux de partenaires pour informer les patients : où trouver sa prothèse capillaire, sa lingerie adaptée... (AA)”*

Au-delà d'un soin technique, la socio-esthétique crée un véritable temps pour soi, favorisant la parole et l'expression d'émotions longtemps refoulées: *“Certaines*

pleurent, elles me disent qu'elles se sont trop longtemps oubliées. [...] Ça leur redonne envie de prendre soin d'elles. (CB)” En se rétablissant, ce lien entre le patient et son propre corps devient un outil de reconstruction psychologique, comme le résume cette socio-esthéticienne: *“Ce n'est pas simplement la prise en charge d'un symptôme. C'est ramener le patient dans une dynamique de soin à lui-même, avec tout ce que cela permet comme réparation à l'interne. (CB)”*

Ces témoignages prouvent que la socio-esthétique dépasse la simple dimension d'esthétique, car l'apparence n'est qu'un moyen d'accès. Le but véritable est de permettre au patient de retrouver une estime de soi, de la dignité et le sentiment “d'exister en dehors de la maladie”. La force de ce métier réside dans cet accompagnement global, sensible et personnalisé.

III. Les enjeux et difficultés

1) L'absence de reconnaissance officielle et légale

Malgré son intégration croissante dans les équipes de soins et une utilité reconnue par les patients et le corps médical, la socio-esthétique souffre encore aujourd'hui d'un manque de reconnaissance formelle par les instances politiques, administratives et institutionnelles. A ce jour, la socio-esthétique ne figure pas dans les nomenclatures des professions de santé reconnues. Il n'existe pas de numéro ADELI spécifique au métier, ni de code dans les grilles hospitalières, ce qui rend leur intégration administrative complexe. Cette socio-esthéticienne intervenant dans plusieurs hôpitaux souligne: *“On fait partie intégrante de l'équipe paramédicale et médicale. On a accès aux transmissions. [...] Mais on n'a pas de reconnaissance politique. (CB)”*

Certaines socio-esthéticiennes sont d'ailleurs embauchées sous des statuts détournés ou flous: *“On n'a pas de reconnaissance à l'hôpital, moi je suis embauchée en tant qu'aide-soignante faisant office de socio-esthéticienne. (CR)”* Ce flou juridique est d'autant plus problématique que la profession implique une intervention auprès de publics fragiles, avec des gestes nécessitant une formation

rigoureuse et spécifique. Pourtant, aucune réglementation ne protège aujourd'hui ni les patients ni les praticiennes en cas de litige ou de complication.

Pourtant, dans les structures où la socio-esthétique est bien implantée, les professionnelles sont intégrées aux réunions de services, collaborent avec les soignants et accèdent aux données patient : *“Je fais partie de l'équipe de soins de support, j'accède au dossier informatisé, je rédige des comptes rendus. (CB)”* Cette reconnaissance dépend entièrement de la volonté locale des établissements et des équipes, ne reposant sur aucune obligation légale, comme l'a rappelé cette socio-esthéticienne: *“Il n'y a pas d'obligation de maintenir l'activité. [...] Contrairement à la douleur ou au soutien psychologique, la socio-esthétique n'est pas un soin de support reconnu par l'INCa. (LY)”*

Dans les établissements où cette discipline est en cours de développement ou peu intégrée, ce manque de reconnaissance légale s'accompagne d'une méconnaissance du métier: *“C'est un métier qui n'est pas simple, mais qui n'est pas encore reconnu partout, parce que j'avoue que j'ai rencontré des médecins qui ne savaient même pas ce que c'était. [...] Il faut toujours expliquer notre métier (CR)”*. Des socio-esthéticiennes travaillant à leur compte ont également confié qu'il était difficile de faire enregistrer leur activité d'auto-entrepreneuse correctement, compliquant la création de leur entreprise ou l'accès à certaines aides.

Face à cette situation, des socio-esthéticiennes s'engagent activement pour faire avancer la reconnaissance institutionnelle de leur métier, et notamment deux des professionnelles interrogées. L'une d'elles est membre du conseil d'administration de l'AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) et agit pour l'inscription de la socio-esthétique dans les parcours de soin formalisés: *“Dans mes missions secondaires, je fais partie du Conseil d'Administration de l'AFSOS, la société savante des soins oncologiques de support, au même titre qu'il y a la société savante des oncologues médicaux, des chirurgiens, etc. Il y a 6 mois, j'ai été élue en tant que trésorière, donc je fais maintenant partie des membres du Bureau. Nous œuvrons à la reconnaissance du métier, et un jour à une possibilité d'exercer dans toutes les structures de soins pour que le plus de patients aient accès à cet accompagnement, parce qu'on est convaincu de*

l'importance de notre travail au vu de l'impact des traitements anticancéreux aujourd'hui. (CB)”

L'autre socio-esthéticienne fortement engagée dans la reconnaissance de son métier mentionne des pétitions, des démarches parlementaires et des actions collectives portées par des fédérations comme la FNSE (Fédération Nationale de Socio-Esthétique), pour faire valoir la légitimité du métier à l'échelle nationale. Elle est d'ailleurs elle-même à l'origine d'actions pour lutter pour cette reconnaissance : *“J'ai mis en place il y a plus de 5 ans maintenant, une pétition. J'ai sollicité pas mal de politiques avec des questions prioritaires à l'Assemblée Nationale, sauf qu'elles n'ont jamais pu aboutir à cause des changements au niveau de l'Assemblée Nationale (EG)”*.

Ainsi, même si la socio-esthétique et son efficacité est reconnue sur le terrain par les équipes médicales et les patients, elle demeure institutionnellement invisible ou floue, ce qui freine son déploiement et sa sécurisation. De plus, ce manque de cadre pose des questions financières et liées à la sécurité.

2) Les enjeux liés au manque de financement

L'un des freins majeurs dans la généralisation de la socio-esthétique dans les parcours de soin réside dans l'insuffisance de son financement. Même si, comme expliqué précédemment, le métier est de plus en plus reconnu par les soignants et les bénéficiaires, il dépend le plus souvent de ressources externes instables, limitant l'accès pour les patients et rendant les postes parfois fragiles.

Contrairement à d'autres soins de support comme le soutien psychologique ou la kinésithérapie, la socio-esthétique n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie. Comme l'a expliqué cette socio-esthéticienne interrogée: “Il y a bien une cotation d'acte, mais avec une facturation à 0 parce que les actes ne sont pas remboursés.” Une autre professionnelle a pointé l'absurdité de cette approche, remboursant des produits cosmétiques pour les patients comme des vernis spécifiques, alors que l'accompagnement global lié à ces cosmétiques reste ignoré: *“On ne parle pas encore de rembourser la socio-esthétique, on parle de rembourser*

une crème, on parle de rembourser un vernis alors que comme je l'ai expliqué la dernière fois à l'Assemblée Nationale, en fait, quand on a un cancer, la première chose qui est touchée, c'est l'image. [...] C'est bien beau de rembourser des vernis et des crèmes. Sauf que malheureusement, si vous avez pas eu la bonne onco-prescription avant, d'onco-esthétique, le patient n'a pas d'indications pour le poser. (EG)''

En l'absence de moyens de financements garantis par l'Etat, la majorité des socio-esthéticiennes dépendent d'associations ou de fondations privées, comme la Ligue contre le Cancer ou des appels à projet ponctuels: *“On fonctionne souvent sur des dons ou des partenariats (LY)”, “On a des conventions de partenariat avec la Ligue Contre le Cancer. [...] En fait, on est prestataires pour la Ligue, ce qui fait que en fait, c'est la Ligue qui se met en lien direct avec les structures et qui va proposer les services d'une socio-esthéticienne. (EG)''* Cette dépendance à des financements extérieurs rend difficile la planification à long terme et freine la création de postes fixes dans les hôpitaux et autres structures de soins.

De plus, la majorité des socio-esthéticiennes interrogées exercent en freelance, ou via des contrats avec des associations, ce qui limite la stabilité de leur présence dans les établissements : *“Je travaille à mon compte, 3 journées par semaine j'ai un contrat donc je ne suis pas salariée. [...] Les missions étaient compliquées à avoir mais avec du temps, j'ai trouvé des patients. (AA)''* La plupart des socio-esthéticiennes ont par ailleurs mentionné l'absence d'obligation institutionnelle de maintenir le poste. L'une d'entre elles a résumé ce manque de reconnaissance de leur métier lié aux difficultés de financement : *“Le financement, c'est le nerf de la guerre. [...] Entre choisir une infirmière et une socio-esthéticienne, le choix est vite fait. (CR)''*

Il est donc évident que cette réalité financière a des conséquences directes pour les bénéficiaires. Étant donné que l'accès aux soins socio-esthétiques dépend de la présence locale d'un soutien associatif ou d'une structure pouvant financer les prestations, ces soins deviennent payants en l'absence de ces relais. Ils sont alors inaccessibles pour de nombreux patients, notamment lorsqu'ils sont en situation de précarité. L'une des socio-esthéticiennes interrogées a insisté sur cette nécessité

d'avoir un soutien public minimal: *“Alors peut-être qu'ils ne pourront pas nous rembourser à 100%. Je veux dire, il y a des diététiciennes qu'on ne rembourse pas, les psychologues ne sont pas remboursés à 100%, etc. Peu importe, mais au moins peut-être une partie prise en charge pour les patients, ça me paraît indispensable. (EG)”*

Certaines mutuelles commencent à proposer des remboursements pour des soins de socio-esthétique: *“je sais que maintenant il y a certaines mutuelles qui peuvent rembourser des soins (AA)”*. Si cette évolution est une avancée encourageante, elle reste limitée et inégale selon les régions et les contrats.

De plus, les réponses au questionnaire diffusé aux patients atteints de cancer ont permis d'identifier les éléments les ayant empêché d'accéder à des soins de socio-esthétique. 7 personnes ont répondu à la question “Si vous n'avez pas bénéficié de ces soins, en auriez-vous souhaité ? Quels ont été vos freins ?” :

- *Oui, les finances*
- *Pourquoi pas, mais manque d'accès et de temps*
- *Oui mais loin des soins*
- *Oui mais je ne prends pas le temps de prendre un rdv*
- *Oui, le coût*
- *Oui, l'argent / le manque d'information*
- *Pourquoi pas, manque d'accès dans les communes les plus isolées*

Ainsi, malgré sa légitimité clinique et son impact avéré, la socio-esthétique souffre d'un modèle économique fragile et incertain, limitant son déploiement, excluant certains patients selon les zones géographiques et leurs moyens financiers, et empêche une reconnaissance professionnelle entière et durable des praticiennes.

3) Les risques pour les patients liés à la méconnaissance du métier

Ainsi, la socio-esthéticienne souffre d'une méconnaissance liée à un manque de cadrage légal et une absence de reconnaissance officielle. En plein développement

dans le parcours de soins oncologiques, ces manquements exposent les patients à des risques réels.

En l'absence de réglementation claire, les soins de socio-esthétique peuvent être réalisés par des personnes non formées aux patients fragilisés et atteints de cancer : *“Ce qui peut être dangereux, très clairement, c'est qu'aujourd'hui on peut se retrouver avec des esthéticiennes dans des services. Finalement, légalement, à partir du moment où elles ont un CAP esthétique, elles peuvent faire des soins esthétiques même si elles ne sont pas formées ou habilitées pour. Donc il y a quand même un danger au niveau des patients. (EG)”*

Ces professionnels non qualifiés à ces soins spécifiques sont parfois sollicités pour intervenir auprès de patients atteints de cancer, au mépris de la sécurité des patients. L'une des socio-esthéticiennes a illustré ce danger de manière très claire, en évoquant les risques liés à des massages mal réalisés par des professionnels non qualifiés, pouvant être dramatique chez des patients en oncologie: *“En cancérologie on a des patients malheureusement en fin de vie qui peuvent avoir des métastases osseuses, donc ça veut dire qu'en fait l'os devient friable. Une esthéticienne classique ne va pas se renseigner au préalable pour le savoir. En esthétique on n'apprend pas ce qu'est une métastase osseuse alors qu'en socio-esthétique oui, et puisqu'on lui demande un soin esthétique de massage, elle va masser sur une métastase osseuse. Vous imaginez des dégâts que ça peut créer ? (EG)”*

Une socio-esthéticienne interrogée a également rapporté une situation vécue en EHPAD, au cours de laquelle un cadre de santé lui a demandé de former son équipe d'aide-soignantes pour qu'elles épilent les résidentes : *“Par exemple en EHPAD un cadre de santé (et c'est là que je vois la méconnaissance des soins) est venu me voir en me disant “Vous pouvez former mes aides-soignantes pour qu'elles fassent des épilations et qu'elles épilent Madame?”. Je lui ai dit “Pardon ? Alors je vais vous faire un rappel à la loi pur et simple en fait, les seuls actes esthétiques qui peuvent être réalisés sont par des personnes diplômées, et ça c'est l'article de la loi et je peux vous l'envoyer. (EG)”* Elle a également évoqué les risques pouvant arriver si des gestes, paraissant simples à réaliser et superficiels, étaient mal réalisés par des

personnes non formées à la socio-esthétique: *“La résidente, malheureusement, peut faire un œdème de Quinck, s’étouffer et décéder. (EG)”*

Ce témoignage, appuyant d’autres exemples mentionnés par les socio-esthéticiennes interrogées, montre à quel point l’intervention auprès de personnes malades ou âgées requiert des compétences précises. Malheureusement, ces soins peuvent être jugés comme superficiels malgré les risques qu’ils présentent. En réalité, ces soins requièrent des compétences précises, notamment sur les contre-indications médicales et les précautions à prendre en cas de traitement lourds. *“Seules les socio-esthéticiennes sont habilitées à pouvoir exercer auprès de personnes fragiles. (CB)”*, a résumé cette professionnelle en mentionnant les soins de socio-esthétique.

Conclusion de l’analyse des résultats

Les entretiens menés avec des socio-esthéticiennes exerçant en oncologie et une psycho-oncologue ont permis de faire émerger plusieurs réalités auxquelles est confrontée la socio-esthétique aujourd’hui.

D’une part, la socio-esthétique prouve chaque jour que son impact est considérable sur les patients atteints de cancer. Ces soins permettent de soulager les effets secondaires, restaurer l’image corporelle, améliorer l’estime de soi, tout en apaisant les patients et les soutenir dans l’adhésion à leurs traitements. Ils sont de plus reconnus et valorisés par les patients et professionnels de santé, qui constatent quotidiennement leurs bénéfices.

D’une autre part, l’efficacité des soins de socio-esthétique est encore peu prise en compte dans les politiques de santé publique. Le métier est mal défini légalement, peu reconnu par les institutions et peu ou pas financé. Ce manque de reconnaissance compromet la pratique et l’avenir du métier, et met en danger les patients.

Dans le questionnaire diffusé aux patients atteints de cancer, les réponses à la question “Selon vous, comment les soins socio-esthétiques pourraient-ils évoluer pour mieux répondre aux besoins des patients ?” résument ces enjeux :

- *Être entièrement gratuits pendant et après les traitements et plus de personnel*
- *Les soins devraient être gratuits en dehors des hôpitaux*
- *Être présents partout*
- *Plus de mise en pratique physique des conseils donnés*
- *Gratuité, hebdomadaire*
- *Ils devraient être systématiquement proposés aux malades avec la possibilité d’avoir divers échantillons de produits de soins pour aider dans ses futurs choix et achats*
- *Que cela fasse partie du parcours de santé dès le diagnostic*

Le rôle de la socio-esthétique dans la qualité de vie des patients est indéniable, et la discipline a toute sa place au sein des soins oncologiques de support. Son avenir dépendra de la capacité collective à reconnaître la valeur humaine, thérapeutique et sociale de ces soins, qui relèvent de bien plus que de l’esthétique et des soins de beauté jugés superficiels.

Partie IV : Préconisations

Suite à cette analyse des résultats obtenus durant l'enquête de terrain, nous pouvons élaborer plusieurs pistes de recommandations, afin de mieux reconnaître le métier de socio-esthéticienne et de valoriser ses bénéfices. Deux approches vont être abordées: la reconnaissance officielle du métier auprès des institutions, afin d'obtenir les protections légales nécessaires et les financements. Ensuite, différents éléments devraient être mis en place afin de mieux faire connaître la socio-esthétique auprès du grand public, et de casser certains stéréotypes liés au domaine de l'esthétique.

I. Une reconnaissance officielle du métier de socio-esthéticienne

En oncologie, en soins palliatifs, auprès de personnes âgées ou en situation de précarité, la socio-esthétique s'impose progressivement comme un outil thérapeutique complémentaire. Son efficacité est reconnue par les professionnels de santé et les patients, figurant parmi les soins de support.

Cependant, malgré cette légitimité de terrain, la socio-esthétique ne bénéficie pas d'un cadre réglementaire clair. Comme évoqué par les professionnelles interrogées lors des entretiens semi-directifs, le métier n'est pas répertorié dans les grilles de la fonction publique, et n'est pas doté d'un numéro ADELI. Ce dernier est un système d'enregistrement permettant d'identifier les professionnels de santé et leur donnant le droit d'exercer. Il recense 21 professions médicales en France et remplit de nombreuses fonctions, comme l'élaboration de listes départementales dans le domaine sanitaire et social, l'information des professionnels sur les lieux d'exercice, les nouveaux traitements, les politiques et risques sanitaires. Il est le symbole de la reconnaissance institutionnelle de la socio-esthétique, car en attribuant un numéro ADELI à cette pratique, l'Agence Régionale de la Santé la reconnaîtra comme soin de santé. [67] Cette absence de statut freine l'accès aux soins pour les patients, peut limiter l'embauche dans certaines structures, ce qui fragilise le statut professionnel des socio-esthéticiennes.

Comme l'ont témoigné les socio-esthéticiennes interrogées, celles-ci sont déjà considérées comme faisant partie intégrante des équipes de soins. On peut citer l'une d'entre elles, témoignant des enjeux liés à la reconnaissance institutionnelle : *“On est reconnues par nos patients, par les structures, mais ce qu’il manque, c’est que le métier soit légiféré pour de vrai.”* Ce manque de législation fragilise la discipline, même si elle démontre au quotidien son efficacité, ses bienfaits et sa complémentarité avec les soins médicaux. Il est donc impératif de mettre en place des dispositions réglementaires concrètes, afin de :

- garantir des conditions d'exercice sécurisées et durables aux socio-esthéticiennes
- offrir une meilleure équité d'accès aux soins pour les patients, pour que toutes les personnes intéressées puissent bénéficier de socio-esthétique
- intégrer la socio-esthétique dans les dynamiques de santé, basées sur la qualité de vie.

Ainsi, l'une des étapes essentielles de la reconnaissance du métier de socio-esthéticienne est son inscription dans les grilles des métiers hospitaliers, au même titre que les soins de support actuellement reconnus, comme la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique et social, la rééducation ou la nutrition. En étant reconnus par la loi, ces pratiques bénéficient d'un cadre mieux établi, et pourront répondre à plusieurs enjeux déterminants pour les patients comme pour les professionnels.

Aujourd'hui, la majorité des socio-esthéticiennes intervient dans des structures médico-sociales sous un statut d'auto-entrepreneur ou prestataires engagées par des associations. Cette configuration peut parfois s'avérer complexe, en raison de l'absence de contrats stables, de rémunérations incertaines et une dépendance à des financements ponctuels. En inscrivant la socio-esthétique au sein des métiers de la fonction publique hospitalière, les établissements pourraient créer plus facilement des postes reconnus, à temps plein ou partiel. Cela soulagerait grandement les socio-esthéticiennes, en leur assurant une intégration durable au sein des équipes de soins.

De plus, l'institutionnalisation de la socio-esthétique permettrait une reconnaissance des qualifications spécifiques pour l'exercer. Elle nécessite un parcours et des connaissances en esthétique classique, et l'addition d'une formation d'accompagnement des publics fragiles, comme celle dispensée par le CODES. Inscrire la profession dans le répertoire ADELI permettrait de définir un niveau de rémunération correspondant à cette double qualification, la valorisant et proposant des perspectives d'évolution de carrière.

Le remboursement des soins de socio-esthétique, qu'il soit partiel ou total, est une étape supplémentaire dans la reconnaissance de la pratique. Comme évoqué par certaines socio-esthéticiennes interrogées, les produits de soins à visée oncologique, comme des crèmes, vernis ou autres produits cosmétiques, sont déjà remboursés par la Sécurité Sociale. Mais parfois, ces produits nécessitent un accompagnement et une formation complémentaire, pour permettre aux patients de les utiliser correctement. Si la socio-esthétique reste encore en marge des systèmes de remboursement, c'est en partie en raison de son positionnement entre esthétique, soin et bien-être. Des études ont prouvé son effet sur l'anxiété, l'image de soi et la qualité de vie, ce qui pourrait justifier une prise en charge financière, comme cela peut être fait pour l'accompagnement psychologique. Cela permettrait de faciliter l'accès pour les patients n'ayant pas les moyens ou ne pouvant pas bénéficier des structures spécialisées. Il s'agit d'un aspect très important dans la reconnaissance du métier, comme a pu l'affirmer l'une des socio-esthéticiennes interrogées : *“Dans le futur, j' imagine des socio-esthéticiennes dont les soins sont remboursés parce qu'on fait déjà partie des équipes. On est reconnues par nos patients, on est reconnues par les structures puisqu'elles font appel à nous. C'est vraiment être reconnues par les politiques, que le métier soit légiféré pour de vrai, qu'on soit remboursées et qu'on ait un vrai numéro ADELI.”*

Ainsi, pour que la socio-esthétique soit intégrée dans le système de santé, et ainsi légitime dans les pratiques de terrain, il faudrait :

- La prendre en compte et la faire apparaître dans les grilles de métiers de la fonction publique hospitalière

- Donner un code ADELI à la profession de socio-esthéticienne, afin de l'enregistrer formellement parmi les professions de santé
- La rattacher aux nomenclatures nécessaires au remboursement des soins.

II. Un meilleur cadre réglementaire pour protéger les patients

Chez les patients atteints de cancer, et notamment lors de leurs traitements, dans des contextes d'hospitalisation ou de soins palliatifs, les soins socio-esthétiques nécessitent une connaissance approfondie des pathologies, du parcours médical de la personne et des potentiels effets secondaires induits par les traitements. Les bénéficiaires sont psychologiquement et physiquement fragilisés, et leur accompagnement nécessite des professionnels qualifiés.

L'absence de protection du titre de socio-esthéticienne peut mener à des interventions potentiellement dangereuses, puisqu'elles peuvent être menées par des personnes non formées. Dans les exemples données par les socio-esthéticiennes interrogées au cours de l'étude de terrain, des esthéticiennes classiques non formées à la socio-esthétique pouvaient être amenées à intervenir sur des patients avec de graves symptômes cutanés. Et à l'inverse, des cadres de santé sollicitent leurs équipes médicales et paramédicales afin de réaliser des actes socio-esthétiques sur des patientes âgées, sans y être formés. Ces erreurs peuvent avoir des conséquences graves, car des massages et autres manipulations cutanées réalisés sur des zones tumorales ou métastatiques, ou l'utilisation de produits non adaptés peuvent nuire au patient, aggraver leur état ou compromettre leurs traitements médicaux. Ainsi, il est indispensable de prévenir ces dérives, en empêchant via la loi de laisser des personnes n'ayant pas la double formation d'esthétique et de socio-esthétique pratiquer ces soins auprès des patients. Comme évoqué précédemment, l'enregistrement des socio-esthéticiennes dans le répertoire ADELI serait le moyen d'assurer le suivi et la traçabilité des actes réalisés dans ce cadre, et limiter leurs dérives. Cela assurerait une meilleure sécurité des soins de socio-esthétique, tout en valorisant les professionnelles réellement formées à l'accompagnement de personnes vulnérables auprès des établissements et de leur direction.

III. Renforcer la visibilité de la socio-esthétique

1) Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé

Afin de développer davantage la socio-esthétique et de la faire connaître auprès du grand public, un levier essentiel est la recommandation des soignants auprès des patients. Il est nécessaire de les former aux bénéfices et spécificités de cette pratique, car aujourd'hui, les patients sont principalement orientés vers les socio-esthéticiennes grâce à la sensibilisation individuelle des professionnels de santé les prenant en charge. Plusieurs entretiens avec des socio-esthéticiennes réalisés au cours de cette étude ont montré que lorsque les équipes connaissent le métier, les patients sont mieux orientés et bénéficient d'un réel suivi.

Intégrer des modules de sensibilisation à la socio-esthétique dans la formation des professionnels de santé, comme les infirmiers, aides-soignants, oncologues ou médecins généralistes permettrait ainsi de mieux orienter les patients vers ce soin complémentaire. Ces derniers ne connaissent pas toujours les possibilités qui s'offrent à eux, et l'accès qu'ils ont aux soins de support. Les diriger vers la socio-esthétique pour répondre à certaines de leurs problématiques assurerait un parcours de soins plus fluide.

2) Une sensibilisation du grand public

La faible reconnaissance institutionnelle de la socio-esthétique comme métier à part entière s'accompagne d'une méconnaissance et de préjugés de la part du grand public. Beaucoup de personnes ignorent l'existence de cette pratique, en quoi elle consiste, ses modalités, les structures dans lesquelles elle est accessible, et la formation nécessaire.

Contrairement à d'autres soins de support comme le soutien psychologique ou la prise en charge diététique, la socio-esthétique est souvent uniquement associée à sa dimension esthétique. Elle peut être réduite à de la "coquetterie" ou une

prestation esthétique classique. Des stratégies de communication et la médiatisation de la socio-esthétique sont des moyens efficaces de mieux informer le grand public de l'existence de ces soins, et de les légitimer, et cela peut importe la pathologie des potentiels bénéficiaires. Parmi ces stratégies, il est notamment nécessaire de :

- faire connaître la socio-esthétique dans les hôpitaux, les centres de soins ou les établissements médico-sociaux
- informer les patients et leur entourage (leurs aidants) des lieux où ces soins sont disponibles
- expliquer et prouver les effets de la socio-esthétique sur la qualité de vie, le moral et l'estime de soi.

Parmi les outils pouvant être employés, on peut utiliser des supports de communication au sein des établissements de santé, comme des affiches et brochures. Des reportages, vidéos et témoignages de patients disponibles sur les réseaux sociaux seraient efficaces pour toucher le plus grand nombre. Cela fait partie de la stratégie actuelle de certaines socio-esthéticiennes interrogées, qui réalisent des posts réguliers sur leurs réseaux sociaux, afin de partager leur quotidien, des exemples de soins ou encore les avancées de leur lutte pour légitimer leur métier auprès des institutions. Les réseaux sociaux constituent un levier de visibilité important, et pourraient être encore plus impactants si les institutions soutenaient des projets permettant d'ancrer la socio-esthétique dans les représentations collectives. Promouvoir la pratique au cours de journées dédiées au cancer ou à d'autres maladies, réaliser des programmes de santé publique ciblés sur le bien-être et le soin du corps pourraient être pertinents afin de renforcer la légitimité de la socio-esthétique.

De plus, la pratique de la socio-esthétique, en plein développement, n'est pas encore accessible partout en raison du faible nombre de professionnelles qualifiées. Il est donc nécessaire de valoriser la discipline auprès des centres de formation, afin de faire naître des vocations durables et engagées. Ainsi, les formations esthétiques classiques, de type CAP ou BTS, devraient intégrer une sensibilisation à la socio-esthétique. De même, de meilleures passerelles de formation pour les professionnels de santé (tels que les infirmières, aide-soignantes...) souhaitant se spécialiser dans l'approche corporelle et esthétique, ou de personnes souhaitant se

reconvertir professionnellement devraient être proposées. Ces mesures, ainsi que l'ouverture de plus de places en formation spécialisée de socio-esthétique dans plus de villes, permettrait de renforcer l'attractivité du métier, et de former plus de professionnelles. Cela assurerait les patients de pouvoir bénéficier de soins socio-esthétiques dans les établissements auxquels ils ont accès, sans devoir se déplacer dans les grandes villes.

Ainsi, il est aujourd'hui indispensable de mettre en place un cadre réglementaire solide et structuré. Celui-ci permettrait de garantir la sécurité des soins, la juste reconnaissance des professionnels et un accès égal pour tous les patients, peu importe leur situation financière et géographique. En parallèle, une meilleure visibilité et reconnaissance auprès du grand public et des équipes soignantes permettrait d'inscrire durablement la pratique dans le parcours de santé des personnes fragilisées.

Conclusion

Ce mémoire avait pour but d'identifier la place des produits cosmétiques dans le système de santé et leur impact dans les parcours de soins des patients. La problématique initiale, qui nous a guidés tout au long de ce travail était de comprendre dans quelle mesure les produits cosmétiques et les soins de socio-esthétique influencent la qualité de vie et la santé mentale des personnes atteintes de cancer.

D'abord, nous avons étudié les fondements théoriques de la santé mentale à travers différents concepts comme la qualité de vie, l'image corporelle et l'estime de soi. Puis, nous nous sommes intéressés au cancer et à ses impacts physiques et psychologiques. Les concepts clés liés aux produits cosmétiques ont été définis, pour ensuite identifier leurs spécialisations dans la santé. Enfin, nous avons examiné les fondements de la socio-esthétique et son utilité dans divers parcours de soins.

Afin d'appuyer cette revue de la littérature, une enquête de terrain a été réalisée auprès de socio-esthéticiennes et d'une onco-psychologue. Leurs discours ont permis de mettre en lumière différents aspects importants de leur métier comme les bienfaits de leurs soins et leur formation pluridisciplinaire, mais aussi les défis liés au manque de reconnaissance institutionnelle et la méconnaissance du grand public.

En réponse à notre problématique initiale, il est possible d'affirmer que les cosmétiques et soins socio-esthétiques sont un outil essentiel dans le parcours de soins oncologiques, car ils permettent d'offrir un moment bénéfique sur le plan physique comme sur le plan psychologique. Les douleurs du patient sont calmées par certains gestes, l'aspect de la peau est amélioré, les imperfections camouflées, ce qui contribue à son bien-être physique. Mais au-delà de cela, le patient a bénéficié d'un moment pour lui, l'ayant apaisé, redonné confiance en lui et contribué à son envie de continuer ses traitements pour battre la maladie.

Cette étude a permis de souligner que le soin du corps, à travers des gestes esthétiques et une attention portée à l'image de soi, peut devenir un véritable levier thérapeutique. Dans un système de santé en quête de plus d'humanité et de personnalisation, les produits cosmétiques et la socio-esthétique sont des ressources précieuses. Ces pratiques réconciliant le corps, l'image et le regard porté sur soi à des moments sensibles comme lors du parcours de soins d'un cancer, doivent être valorisées plus que jamais. Cela passe par la mise en place de nouvelles recherches et politiques de santé, en lien avec les questions de santé mentale actuelles.

Ainsi, il apparaît essentiel de reconnaître pleinement la pratique de la socio-esthétique. Favoriser leur intégration institutionnelle, leur financement et leur diffusion auprès du grand public contribuera à construire un système de santé attentif à la personne dans sa globalité, et non plus uniquement à la maladie. La beauté, par le biais des produits cosmétiques ou des soins associés, ont toute leur place au cœur de la dignité humaine et des processus de soins de santé.

Bibliographie

1. Santé publique France. (6 décembre 2023). *Santé mentale*. Consulté le 15 février 2025 à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

2. Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

3. Organisation mondiale de la Santé. (2022, 8 juin). *Troubles mentaux*. Consulté le 16 février 2025 à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

4. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

5. Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>

6. Ferriss, A. L. (2004). The quality of life concept in sociology. *The American Sociologist*, 35(3), 37–51. <https://doi.org/10.1007/s12108-004-1016-3>

7. Organisation mondiale de la Santé. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Consulté le 2 mars 2025 à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

8. Ferriss, A.L. The quality of life concept in sociology. *The American Sociologist* 35, 37–51 (2004). <https://doi.org/10.1007/s12108-004-1016-3>

9. Leplège, A. et Debout, C. (2007). Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 18-24. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rsi.088.0018>.

10. Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4(3), 263–271. <https://doi.org/10.1080/15412550701480356>

11. Guillemin, F., & Omorou, A. (2022, 27 janvier). Guide de bon usage des questionnaires de qualité de vie en cancérologie (chapitre 3). *Plateforme nationale Qualité de vie et Cancer*.

- 12.** Guerrin, B. (2012). Les concepts en sciences infirmières. Dans *Association de Recherche en Soins Infirmiers eBooks* (p. 185-186).
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0185>
- 13.** Dany, L. et Morin, M. (2010). *Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français*. Bulletin de psychologie, Numéro 509(5), 321-334.
<https://doi.org/10.3917/bupsy.509.0321>.
- 14.** Seidah, A., Bouffard, T. et Vezeau, C. (2004). *Perceptions de soi à l'adolescence: différences entre filles et garçons*. Enfance, 56(4), 405-420.
<https://doi.org/10.3917/enf.564.0405>.
- 15.** Bradley University. (s.d.). *Illness & body image*. The Body Project. Consulté le 8 mars 2025 à l'adresse <https://www.bradley.edu/sites/bodyproject/disability/illness/>
- 16.** Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). *Cancer*. Consulté le 16 mars 2025 à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1
- 17.** Santé publique France. *Cancers*. Consulté le 16 mars 2025 à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
- 18.** Fischer, G.-N. (2004). *Psychologie du cancer : Un autre regard sur la maladie et la guérison*. Odile Jacob.
- 19.** Razavi, D., & Delvaux, N. (2019). *Psycho-oncologie : concepts théoriques et interventions cliniques* (2e édition.). Elsevier Masson.
- 20.** Gustave Roussy. (s.d.). *La chimiothérapie*. Consulté le 18 mars 2025 à l'adresse <https://www.gustaveroussy.fr/fr/chimiotherapie>
- 21.** Lange, M., Giffard, B., Eustache, F., Morel, N., Noal, S., & Joly, F. (2011). *Impact de la chimiothérapie adjuvante sur les fonctions cognitives dans le cancer du sein : revue de la littérature*. Psycho-Oncologie, 5(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1007/s11839-010-0303-1>
- 22.** Fondation ARC. (s.d.). *Cancer : les traitements et les soins de support*. Consulté le 18 mars 2025 à l'adresse <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-les-traitements-et-les-soins-de-support>
- 23.** Razavi, D., Lewis, F., Hertay, A., Delvaux, N., & Farvacques, C. (2019). *Adaptation psychologique au diagnostic et aux traitements*. Psycho-oncologie de l'adulte (2^e éd., chap. 5). Elsevier Masson.

24. Société canadienne du cancer. (2024, janvier). *Chirurgie du cancer du sein*. Consulté le 22 mars 2025 à l'adresse <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/treatment/surgery>
25. Société canadienne du cancer. (s.d.). *Hystérectomie*. Consulté le 22 mars à l'adresse <https://cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/hysterectomy>
26. Razavi, D., Lewis, F., Hertay, A., Delvaux, N., & Farvacques, C. (2019). Adaptation psychologique au diagnostic et aux traitements. *Psycho-oncologie de l'adulte* (2e éd., chap. 5). Elsevier Masson.
27. Bell, P. F. (2024). *Self-image, body image, and cancer*. EBSCO. <https://www.ebsco.com/research-starters/health-and-medicine/self-image-body-image-and-cancer>
28. Ministère de la Santé. (2014). *Produits cosmétiques*. Consulté le 14 février 2025 à l'adresse <https://sante.gouv.fr/produits-cosmetiques>
29. Abramovits, W. (1988). Definition of cosmetology, cosmetics, and other pertinent terms. *Clinics in Dermatology*, 6(3), 5–8. [https://doi.org/10.1016/0738-081X\(88\)90025-9](https://doi.org/10.1016/0738-081X(88)90025-9)
30. Vigan, M. (2004). Réglementation européenne des cosmétiques. *EMC - Dermatologie-Cosmétologie*, 1(3), 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.emcdc.2004.06.001>
31. Union européenne. (2009). *Règlement (CE) no 1223/2009 relatif aux produits cosmétiques*. Journal officiel de l'Union européenne, L 342, 59–209. Consulté le 26 avril 2025 à l'adresse https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/LSU/?uri=oj:JOL_2009_342_R_0059_01
32. Fédération des Entreprises de la Beauté (FEBEA). (2023). *Des produits cosmétiques sûrs, assurément*. Consulté le 26 avril 2025 à l'adresse <https://www.febea.fr/sites/default/files/2023-08/df-febea-brochurereglementationcosm-web-ok.pdf>
33. Ghigi, R. (2021). *Beauté*. Dans J. Rennes Encyclopédie critique du genre (p. 84-94). <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0084>.
34. Rennes, J. (2016). *Encyclopédie critique du genre*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01>.
35. Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.

- 36.** Fondation L'Oréal. (s.d.). *Le programme – Nos convictions*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.fondationloreal.com/fr/nos-programmes/le-programme-nos-convictions>
- 37.** Pierre Fabre. (s.d.). *Engagés auprès des patients contre le cancer*. Consulté le 27 avril à l'adresse <https://www.pierre-fabre.com/fr/nos-marques/soigner-le-cancer/engages-aupres-des-patients-contre-le-cancer>
- 38.** Sisley Paris. (s.d.). *La Fondation Sisley-d'Ornano*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.sisley-paris.com/fr-FR/fondation/>
- 39.** Cochenec, M. (2004). *Le soin des apparences : l'univers professionnel de l'esthétique-cosmétique*. Actes de la recherche en sciences sociales, 154(4), 80-91. <https://doi.org/10.3917/arss.154.0080>.
- 40.** Franceinfo. (2025, 29 janvier). *Cancer du sein : soutiens-gorge, soins psychologiques remboursés... Les améliorations prévues par la nouvelle loi*. https://www.franceinfo.fr/sante/cancer/cancer-du-sein-soutiens-gorge-soins-psychologiques-rembourses-les-ameliorations-prevues-par-la-nouvelle-loi_7043981.html
- 41.** Dany, L. (2020). *Psychologie du corps et de l'apparence : L'image corporelle dans tous ses états*. Presses universitaires de Provence. <https://doi.org/10.4000/books.pup.38525>
- 42.** MÊME Cosmetics. (s.d.). *MÊME, la dermo-cosmétique d'origine naturelle, pensée pour les peaux sensibles*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.memecosmetics.fr/fr/>
- 43.** Ozalys. (s.d.). *Soins hydratants adaptés aux étapes de vie des femmes*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.ozalys.com/fr/>
- 44.** Eye Care Cosmetics. (s.d.). *Traitements oncologiques*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.eyecare.fr/fr/33-traitements-oncologiques>
- 45.** RevitaLash France. (s.d.). *Impact*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.revitalash.fr/pages/impact>
- 46.** Eau Thermale Avène. (s.d.). *Maquillage et image de soi pendant les traitements contre le cancer*. Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.eau-thermale-avene.fr/votre-peau/votre-peau-pendant-un-cancer>

- 47.** Battie, C., & Verschoore, M. (2011). *Dermatologie, cosmétique et bien-être*. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 138(4), 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2011.01.028>
- 48.** Peuvrel, L., Quéreux, G., Brocard, A., Saint-Jean, M., Vallet, C., Mère, A., Labetoulle, G., Fol, C., & Dréno, B. (2012). *Evaluation of quality of life after a medical corrective make-up lesson in patients with various dermatoses*. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 224(4), 374–380. <https://doi.org/10.1159/000339478>
- 49.** Alloncle, J. (2002). Une nouvelle approche en soins palliatifs: la socio-esthétique. *InfoKara*, . 17(2), 59-60. <https://doi.org/10.3917/inka.022.0059>.
- 50.** CODES. (s.d.). *Cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale*. Consulté le 04 mai 2025 à l'adresse <https://socio-esthetique.fr/>
- 51.** Dambuyant-Wargny, G. (2023). *La socio-esthétique. Prendre soin, soulager et embellir le corps vulnérable : Prendre soin, soulager et embellir le corps vulnérable*. Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.dambu.2023.01>.
- 52.** Fédération Nationale de Socio-Esthétique. (s.d.). *Fédération Nationale de Socio-Esthétique*. Consulté le 04 mai 2025 à l'adresse <https://fnsefrance.fr/>
- 53.** CHRU de Tours. (s.d.). *Soins de support – La socio-esthétique*. Consulté le 06 avril 2025 à l'adresse <https://www.chu-tours.fr/cancerologie/la-socio-esthetique/>
- 54.** Torres Maguedano, M.-A., Nancy, R., & Prat, C. (2011). Vieillir dans la dignité : Les apports de la socio-esthétique en gériatrie. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 18(177).
- 55.** Besozzi, T. (2023). La socio-esthétique auprès des sans-abri : agir sur le corps et l'identité des « grands marginaux ». *Recherche en soins infirmiers*, 154(3), 29-42. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rsi.154.0029>.
- 56.** Dambuyant, G. (2024). La beauté des « petites gens » : La socio-esthétique auprès du corps vulnérable. *Pensée plurielle*, 59(1), 79-90. <https://doi.org/10.3917/pp.059.0079>.
- 57.** Bouak, J., Bouteyre, E. (2010). Cancer et socio-esthétique: évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psycho Oncologie* 4 (Suppl 1), 38–46. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0299-6>

- 58.** Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (s.d.). *Que sont les soins de support ?* Consulté le 08 mai 2025 à l'adresse <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
- 59.** Belle & Bien. (s.d.). *Qui sommes-nous.* Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.bellebien.fr/qui-sommes-nous/>
- 60.** Association Étincelle. (s.d.). *Rebondir avec un cancer.* Consulté le 27 avril 2025 à l'adresse <https://www.etincelle.asso.fr/>
- 61.** Onco Bien-Être. (s.d.). *Onco Bien-Être – Soins esthétiques pour les patients en chimiothérapie.* Consulté le 28 avril 2025 à l'adresse <https://www.oncobien-etre.fr>
- 62.** Association Socio-Esthéticiennes du Nord (ASEN). (s.d.). *CHU Lille Maison des Usagers.* Consulté le 28 avril 2025 à l'adresse <https://www.maisondesusagers.chu-lille.fr/association/asen/>
- 63.** Sorbonne Université. (s.d.). *DU – socio esthéticien(ne).* Consulté le 09 mai 2025 à l'adresse <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/du-socio-estheticienne/>
- 64.** EVAL. (2021). *Analyse qualitative.* Consulté le 25 avril 2025 à l'adresse <https://www.eval.fr/methodes-et-outils/analyse-qualitative/>
- 65.** Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif* (LIEPP Fiche méthodologique n°3). <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1>
- 66.** Scribbr. (2019). *Étude quantitative : définition, techniques, étapes et analyse.* Consulté le 11 mai 2025 à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-quantitative/>
- 67.** Doctolib. (2021). *Numéro ADELI : où le trouver ? À quoi sert-il ?* Consulté le 14 mai 2025 à l'adresse <https://info.doctolib.fr/blog/numero-adeli/>

Annexes

Annexe I : Questionnaire de qualité de vie SF-36 (Clinique SpineCor.)



SF-36 Questionnaire au patient

▲ # de dossier

▲ Date (AAAA-MM-JJ)

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- ☐ Excellente
 ☐ Très bonne
 ☐ Bonne
 ☐ Médiocre
 ☐ Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- ☐ Bien meilleur
 ☐ Plutôt meilleur
 ☐ À peu près pareil
 ☐ Plutôt moins bon
 ☐ Beaucoup moins bon

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes.
Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités?

Oui, beaucoup limité.e
 Oui, un peu limité.e
 Non, pas du tout limité.e

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc. | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc. | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Soulever et porter les courses. | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Monter plusieurs étages par l'escalier. | ☐ | ☐ | ☐ |
| e. Monter un étage par l'escalier. | ☐ | ☐ | ☐ |
| f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir. | ☐ | ☐ | ☐ |
| g. Marcher plus d'un kilomètre à pied. | ☐ | ☐ | ☐ |
| h. Marcher plusieurs centaines de mètres. | ☐ | ☐ | ☐ |
| i. Marcher une centaine de mètres. | ☐ | ☐ | ☐ |
| j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller. | ☐ | ☐ | ☐ |

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **physique**?

Oui Non

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail? | ☐ | ☐ |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | ☐ | ☐ |
| c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses? | ☐ | ☐ |
| d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité? | ☐ | ☐ |

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **émotionnelle**?

Oui Non

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail? | ☐ | ☐ |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | ☐ | ☐ |
| c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention? | ☐ | ☐ |

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

☐ Pas du tout ☐ Un petit peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

☐ Nulle ☐ Très faible ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Grande ☐ Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

☐ Pas du tout ☐ Un petit peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses sont allées pour vous au cours de ces 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez.

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti.e dynamique?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Vous vous êtes senti.e très nerveux.se?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Vous vous êtes senti.e si découragé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Vous vous êtes senti.e calme et détendu.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Vous vous êtes senti.e débordant.e d'énergie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Vous vous êtes senti.e triste et abattu.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Vous vous êtes senti.e épuisé.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Vous vous êtes senti.e bien dans votre peau?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Vous vous êtes senti.e fatigué.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

☐ En permanence ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Quelquefois ☐ Rarement ☐ Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants sont-ils vrai ou faux pour vous?	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Je suis en parfaite santé.	☐	☐	☐	☐	☐

▲ Signature du patient

▲ Date

Annexe II: Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ - BR23

ENGLISH



EORTC QLQ - BR23

Patients sometimes report that they have the following symptoms or problems. Please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week.

During the past week:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
31. Did you have a dry mouth?	1	2	3	4
32. Did food and drink taste different than usual?	1	2	3	4
33. Were your eyes painful, irritated or watery?	1	2	3	4
34. Have you lost any hair?	1	2	3	4
35. Answer this question only if you had any hair loss: Were you upset by the loss of your hair?	1	2	3	4
36. Did you feel ill or unwell?	1	2	3	4
37. Did you have hot flushes?	1	2	3	4
38. Did you have headaches?	1	2	3	4
39. Have you felt physically less attractive as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
40. Have you been feeling less feminine as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
41. Did you find it difficult to look at yourself naked?	1	2	3	4
42. Have you been dissatisfied with your body?	1	2	3	4
43. Were you worried about your health in the future?	1	2	3	4
During the past <u>four</u> weeks:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
44. To what extent were you interested in sex?	1	2	3	4
45. To what extent were you sexually active? (with or without intercourse)	1	2	3	4
46. Answer this question only if you have been sexually active: To what extent was sex enjoyable for you?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
47. Did you have any pain in your arm or shoulder?	1	2	3	4
48. Did you have a swollen arm or hand?	1	2	3	4
49. Was it difficult to raise your arm or to move it sideways?	1	2	3	4
50. Have you had any pain in the area of your affected breast?	1	2	3	4
51. Was the area of your affected breast swollen?	1	2	3	4
52. Was the area of your affected breast oversensitive?	1	2	3	4
53. Have you had skin problems on or in the area of your affected breast (e.g., itchy, dry, flaky)?	1	2	3	4

Annexe III : Guide d'entretien semi-directif

I) Présentation du sujet et du déroulé de l'entretien

Durée, autorisation d'enregistrer

II) Questions

A. GENERALITES

- 1) Présentez vous + Quel est votre rôle au sein de l'association / entreprise?
- 2) Quelle est votre mission principale et depuis combien de temps exercez-vous?

B. QUESTIONS PLUS SPÉCIFIQUES

Parcours de soins

- 1) Comment les patients sont-ils informés de l'existence des soins esthétiques spécialisés, comment sont-ils dirigés vers vous?
- 2) Quels types de soins proposez-vous et en quoi répondent-ils aux problématiques de ces patients?
- 3) Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par les patients pour accéder à ces soins ? (ex. : manque d'information, freins financiers, logistiques, etc.)
- 4) Travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de santé (oncologues, psychologues, infirmiers...) pour assurer un suivi global des patientes ?
- 5) À quel stade du parcours de soins les patientes bénéficient-elles généralement de vos services ? (Diagnostic, traitements, rémission...)
Les patients peuvent-ils continuer à bénéficier de ces soins après la fin de leurs traitements médicaux ?

Effets sur le bien-être, impacts sur la santé

- 6) Quels effets directs voyez-vous sur les patients ? (pouvez-vous donner un exemple?)
- 7) Quels retours des patients et de leurs familles pouvez-vous noter sur leur qualité de vie et leur moral?

8) Selon vous, les soins esthétiques ont-ils un impact sur l'adhésion aux traitements médicaux, et les aident-ils à mieux supporter les effets secondaires de leurs traitements?

Perspectives d'amélioration

9) Rencontrez-vous des résistances de la part du personnel médical ou des institutions de santé par rapport à la mise en place de ces soins?

10) Y a-t-il des aides financières pour ces soins (assurances, associations, financements hospitaliers) ?

11) Selon vous, les soins onco-esthétiques sont-ils assez reconnus et considérés dans le parcours de soins des patientes ?

12) Selon vous, quels sont les principaux freins à la généralisation de ces soins dans le système de santé (*manque de reconnaissance, coûts, manque de formation des soignants...*) ?

13) Comment imaginez-vous l'évolution du rôle des socio-esthéticiennes dans les prochaines années ?

Annexe IV : Entretien semi-directif avec une socio-esthéticienne (EG)

Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer notre échange pour pouvoir le retranscrire?

Bien-sûr!

Merci beaucoup! Pour commencer, est-ce que vous pouvez peut-être vous présenter, expliquer votre métier et vos missions au quotidien ?

Alors du coup, moi j'interviens en partenariat avec la Ligue contre le Cancer. Moi je suis à mon propre compte depuis bientôt 14 ans et en fait, on a des conventions de partenariat avec la Ligue. Nous socio-esthéticiennes, on va intervenir en notre nom, mais aussi au nom de la Ligue. En fait, on est prestataires pour la Ligue, ce qui fait que en fait, euh c'est la Ligue qui se met en lien direct avec les structures et qui va proposer du coup les services d'une socio-esthéticienne. J'exerce dans différents services dans des hôpitaux, notamment la clinique Belharra, le service de médecine, soins palliatifs et de chimiothérapie.

Alors moi, mes missions au quotidien sont d'intervenir auprès de personnes atteintes d'un cancer, auprès de personnes âgées, dans des maisons de retraite, dans les EHPAD. Et également travailler dans le social auprès de bénéficiaires, notamment un centre maternel et un foyer pour pré-ados et adolescents.

Et également les personnes à domicile alors après là, c'est divers et variés. Il y a des personnes handicapées, il y a des personnes âgées, il y a des personnes atteintes de cancer.

D'accord, et donc comment les personnes atteintes de cancer sont informées de l'existence de votre métier ?

Après évidemment il y a les réseaux sociaux, il y a l'espace Ligue contre le Cancer qui fait quand même pas mal d'événements, qui fait pas mal d'affiches, en tout cas pour les personnes qui ont le cancer. Il y a des affiches qui sont présentes dans les chambres des patients et dans les services, donc ils savent qu'on existe.

Le personnel soignant, également, médical du coup parle de nous généralement à l'annonce du cancer. Voilà, on annonce le cancer, mais on l'explique aussi. L'importance des soins de support, dont la socio-esthétique justement pour venir prévenir les effets secondaires des traitements, que ce soit au niveau de la peau, des cils, des sourcils, des ongles, etc.

Donc le personnel soignant vous recommande souvent auprès des patients ?

Oui, oui, les infirmières, aide-soignantes, médecins, les kinés, ça peut être même les diététiciennes, des psychologues aussi. Vraiment tout le corps euh médical et paramédical, même social en fait, nous recommande auprès des patients.

D'accord. Donc en général vous trouvez que la socio-esthétique est assez considérée et reconnue par le corps médical ?

Oui, tout à fait. Pas par les politiques encore, mais par le médical, oui on va peut-être y arriver au fur et à mesure. C'est en fait ce qui est fou, c'est qu'on fait partie intégrante de l'équipe paramédicale et médicale, on a accès aux transmissions des patients, on fait nous-mêmes des transmissions, on fait des onco, euh on fait des prescriptions onco-esthétiques. Mais derrière ?

En cancérologie on a des patients malheureusement en fin de vie qui peuvent avoir des métastases osseuses, donc ça veut dire qu'en fait l'os devient friable. Une esthéticienne classique ne va pas se renseigner au préalable pour savoir - déjà en esthétique on n'apprend pas ce qu'est une métastase osseuse alors qu'en socio-esthétique oui - et qu'est-ce qu'elle va faire puisqu'on lui demande un soin esthétique de masser, elle va masser sur une métastase osseuse. Vous imaginez des dégâts que ça peut créer ?

C'est pour ça que je précise bien, c'est vraiment "socio-esthétique" qui est différente du soin esthétique. Évidemment que ça fait du bien, c'est très bien, mais la socio-esthétique c'est encore quelque chose de différent.

Donc malgré cela votre métier n'est pas du tout reconnu par les politiques, et la sécurité sociale ?

Exactement. Moi je me bats pour ça justement. Donc du coup j'ai mis en place il y a plus de 5 ans maintenant, une pétition. J'ai sollicité pas mal de politiques justement qui ont mis des questions prioritaires à l'Assemblée Nationale, sauf qu'en fait, ben elles sont revenues caduques parce que y a eu pas mal de changements au niveau de l'Assemblée nationale, donc ça n'a jamais pu aboutir en fait.

Aujourd'hui, on a une petite fenêtre qui s'ouvre puisque en fait, ben maintenant ça a quand même soulevé, mais on ne parle pas encore de socio-esthétique, on parle de rembourser une crème, on parle de rembourser un vernis alors que comme je l'ai expliqué la dernière fois à l'Assemblée Nationale, en fait, quand on a un cancer, la première chose en fait qui est touchée, c'est l'image de soi, par un traitement et peu importe le cancer qui soit du sein, du poumon, de ce que vous voulez. Sauf que bien souvent on n'en parle pas.

Et en fait, pour reprendre une phrase que vous pouvez peut-être glisser dans votre mémoire, et ça, c'est vraiment ma phrase pionnière et je pense que ça donnera peut-être tout votre sens à votre mémoire. Selon l'OMS, donc l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé se définit comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement, et non pas simplement une absence de maladie et d'infirmité. Je pense que là ça résume l'importance de la socio esthétique en une phrase.

Oui, je suis complètement d'accord, c'est une définition que j'avais relevée pour mon mémoire.

Ah bah voilà! Je pense que pour introduire le mémoire c'est une très bonne réflexion. Le corps de notre métier c'est vraiment ça quoi. Quand on dit être en bonne santé, ça veut pas dire ne pas être malade et ne pas avoir d'infirmité, ou d'handicap, c'est pas ça hein. C'est pas que ça en fait. Pour ça il faut un bien-être physique, mental et social. Et ça souvent les gens l'oublient en fait. "Ah Bah t'as pas de handicap ? T'as t'as pas de maladie ? Tu vas bien ?" Bah non, ça va bien plus loin que ça. Ce serait bien si c'était que ça. D'ailleurs c'est bien pour ça qu'on voit malheureusement de plus en plus des gens qui se suicident, qui vont pas bien ou qui sont en dépression. Parce que justement ça se voit pas. Et ce n'est pas parce que ça se voit pas que ça veut dire que ça va en fait et qu'ils sont pas malades

Non non, c'est chouette en tout cas, bravo de vraiment de vous y intéresser.

Merci! Après, j'avais d'autres questions encore, si vous avez encore un peu de temps!

Oui, bien sûr, oui, dites-moi.

Par rapport aux effets que vous voyez sur les patients au quotidien, avez-vous des exemples et des retours de ces patients, grâce aux effets que vous voyez sur leur moral et leur qualité de vie ?

Alors du coup, des exemples concrets, euh ça peut être sur des personnes, vous savez en fait les effets secondaires des traitements ça peut être un peu comme des allergies en fait, voire des folliculites, donc c'est des rashes acnéiformes. C'est une forme d'acné mais qui est liée au traitement, la personne n'a pas du tout une peau acnéique ou grasse. Euh... Donc j'ai vu sur certaines patientes que le fait de faire appel à mes soins permettait de soit ne pas développer de rash uniforme ou de folliculite, soit de limiter les dégâts, c'est-à-dire un aspect de la peau apaisée beaucoup plus souple, l'absence de boutons, l'absence de rash acnéiforme, ou vraiment s'atténuer de façon considérable.

Ce qui peut être également très flagrant, c'est au niveau de la repousse des cils et des sourcils. Avec les protocoles de soins proposés par les socio-esthéticiennes, ça permet à des patientes, qui même parfois me voient en cours, c'est à dire que j'ai pas pu les voir avant, mais je les vois en cours de traitement et qui par exemple ont perdu tous leurs cils et leurs sourcils, me dire en suivant les protocoles: "Oh mais regardez j'ai j'ai des points noirs au niveau de mes sourcils et de mes cils", et je leur explique "Eh oui c'est super en fait ce sont les bulbes qui repoussent". Donc des exemples comme ça. Les ongles des patients aussi très importants, très souvent on oublie les ongles. Euh c'est hyper important, notamment je pense aux molécules de taxol et de taxotère. Malheureusement, en fait, elles ramollissent la matrice de l'ongle et créent du coup une certaine fragilité qui fait que quand il y a le moindre choc, en fait l'ongle c'est comme si vous le coincez dans une porte, donc qu'est ce qu'il fait ? Il noircit, il se décolle. En plus de ça, toutes les chimiothérapies dessèchent les ongles, donc ils deviennent friables, ils se cassent, ils se décollent.

Donc des exemples concrets par exemple chez des patientes, on arrive à retrouver une matrice d'ongles saine, ou alors dans certains cas de maintenir une matrice d'ongles saine grâce aux conseils. L'ongle ne se décolle pas, il reste souple, idem pour la peau d'ailleurs, la peau reste souple, elle reste, euh on va dire, sans symptômes de rougeur. Pareil, on peut prévenir les radiodermites parce qu'on a aussi des traitements par rayon, donc éviter tout ce qui est brûlure en fait, au niveau de la radiothérapie.

D'accord, très bien, et donc vous voyez tous ces effets sur le moral du patient, et est-ce que ça a aussi un impact sur le traitement médical ? Est-ce que l'adhésion est améliorée ?

Oui, alors bien sûr, en fait, on va dire que malheureusement avec les effets secondaires, parfois certains patients en fait baissent les bras. Ils ont plus envie, à juste titre hein. Au bout d'un moment, quand on a, voilà, on nous a enlevé les seins, j'ai plus de cheveux, j'ai plus de cils, j'ai plus de sourcils, j'ai des boutons sur la figure, j'ai des syndromes main-pied, ça me fait mal, ça me brûle...

Ah oui, évidemment en fait, ça apporte déjà une meilleure image de soi, parce que si on arrive à se sentir bien dans son corps, on arrive à mieux s'apprécier dans le miroir. Donc évidemment que forcément le moral, bah ça va avec. "Ah bah je me sens jolie, je me sens bien, j'ai pas mal, mes ongles vont bien." Ça allège aussi la charge mentale de se dire je vais bien, donc évidemment que ça, ça a un impact sur le moral, ça encourage à continuer les traitements. Une meilleure image de soi, une meilleure estime de soi. Et ça maintient la dignité aussi des patients parce que malheureusement, des fois, avec la maladie, on a tendance à ne plus se sentir digne.

Donc pour vous, les principaux freins pour l'instant, c'est vraiment les institutions, les aides de l'État et la généralisation ?

Clairement, c'est les aides de l'État. Et en fait, aujourd'hui, on pourrait très bien, comme certains psychologues ou diététiciennes, puisque après tout, ça reste du soin de support aussi hein, avoir un numéro déjà propre ADELI, la plupart on est socio-esthéticienne avec un vrai diplôme, donc soit un DU, soit une certification RS

ou RNCP. Sauf qu'en fait, avec nos diplômes, on devrait pouvoir avoir accès à un numéro ADELI.

En fait, on nous assimile aux esthéticiennes. Et en fait même nous par exemple, on va à la Chambre des Métiers, "Ah on connaît pas socio-esthétique, on vous met soin de beauté hors salon", voilà. En soin de beauté hors salon, vous pouvez poser des ongles, ou je sais pas quoi, tous dans le même groupe c'est pas grave!

Sauf qu'en fait, quelque part ce qui peut être dangereux, très clairement, c'est qu'aujourd'hui on peut se retrouver avec des esthéticiennes dans des services. Finalement, légalement, au niveau de la loi, à partir du moment où elles ont un CAP esthétique, elles peuvent faire des soins esthétiques même si elles ne sont pas formées ou habilitées pour. Donc il y a quand même un danger au niveau des patients. Et ça, c'est quand même aussi à prendre en compte. Au-delà des bienfaits que ça peut apporter, il y a quand même une mise en danger du patient. Comme pour l'exemple que je vous ai donné pour les métastases osseuses. Enfin, je veux dire, ça peut être dramatique pour un patient.

Et oui les gens se disent "Ouais c'est bon c'est la socio-esthéticienne. Bon elle va mettre du vernis sur le patient." Bah non en fait c'est pas juste une pose de vernis. C'est pas juste ça en fait, ça va bien au-delà du bien-être, au-delà du bien-être moral, du mieux-être. Il y a aussi un bien-être physique. C'est les 2 en fait, c'est un tout. C'est vraiment la définition de l'OMS, et ça, je pense que les politiques, il faut qu'ils l'entendent. Voilà, c'est super important. Normalement, je devrais remonter à l'Assemblée Nationale prochainement. Je ne sais pas si vous me suivez sur les réseaux ou autre, enfin je pense sur LinkedIn oui mais je ne sais pas si vous me suivez sur Instagram ou autre.

Oui, sur LinkedIn et j'avais vu votre reportage Kombini.

Et du coup c'est vrai qu'on essaye en tout cas de faire avancer le projet. Moi le l'objectif ce serait qu'on ait un numéro ADELI. Alors peut-être qu'ils ne pourront pas nous rembourser à 100%. Je veux dire, y a des diététiciennes qu'on rembourse pas, les psychologues sont pas remboursés à 100%, et cetera. Peu importe, mais au moins peut-être une partie prise en charge pour les patients, ça me paraît

indispensable parce qu'aujourd'hui c'est bien beau de de rembourser des vernis et des crèmes. Sauf que malheureusement, si vous avez pas eu la bonne onco-prescription avant, onco-esthétique, le vernis comment je le pose, comment je le mets ? Ça n'a aucun sens en fait.

Et puis ça permettrait justement de pouvoir un petit peu cadrer les remboursements, parce qu'aujourd'hui c'est tout et n'importe quoi. Alors bon, ce n'est pas mon cas parce que maintenant, évidemment, et heureusement, par exemple moi j'interviens sous couvert de la Ligue. Aujourd'hui les structures elles sont pas folles, elles se protègent même si c'est pas obligatoire. Elles n'ont pas non plus envie de se mettre en danger. Il y a quelques années, c'était le cas, mais par contre, pour vous donner un exemple, par exemple les EHPAD demandent votre diplôme, la Ligue demande le diplôme également. Il faut que ce soit soit un DU, soit un certificat RNCP ou RS : les 3 choix. Si on les a, c'est OK. Par contre ils prendront pas quelqu'un qui n'est pas diplômé, heureusement, même si c'est pas obligatoire. Mais quand même, il y a des gens qui passent entre les mailles du filet hein, il y en aura toujours.

Mais au-delà de ça, moi je pense au danger du patient et par exemple je pense à autre chose. Moi j'ai vu par exemple en EHPAD un cadre de santé (et c'est là que je vois la méconnaissance des soins) qui est venu me voir en me disant, "vous pouvez former mes aides-soignants pour qu'elles fassent des épilations et qu'elles épilent Madame ?", je lui dis "Pardon ?" "Oui, vous prenez 2 min là".

"Alors je vais vous faire un rappel à la loi pur et simple en fait, les seuls actes esthétiques qui peuvent être réalisés sont par des personnes diplômées, avec le minimum, CAP et ça c'est l'article de de loi et je peux vous l'envoyer."

Vous connaissez les gens comme ils sont procéduriers, demain votre aide soignante malencontreusement brûle, irrite la résidente ou lui pose une crème sur le visage lors d'un soin du visage ou autre. La résidente malheureusement fait un œdème de Quick, s'étouffe et décède, je peux vous garantir qu'au tribunal on va pas vous faire de cadeau, on va pas vous dire "Ah vous étiez soignante, vous avez fait ça ?". On va vous dire "Madame, la loi ? Vous avez un diplôme d'esthétique, socio-esthétique ? Non, vous n'aviez rien à faire." Et là bien sûr ça sera sauf qui peut hein, c'est pas le directeur de l'EHPAD qui va venir vous sauver hein.

Tout le monde ne sait pas en fait, c'est pas cadré. Pour eux, ça reste du superficiel, c'est du soin esthétique fait auprès de personnes fragiles donc on s'en fout. Sauf que le jour où on met en danger la personne ou on va mettre en danger un professionnel, une équipe, peu importe, et ben là enfin y a plus personne quoi. Et c'est dommage que ce soit pas cadré et légiféré. Moi je ne comprends pas.

Oui, ça a vraiment un aspect médical.

Complètement, c'est une vraie formation. C'est possible de faire le parallèle, même si ça n'enlève en rien les bienfaits de soins esthétiques, on est toutes pareilles, après un soin du visage, on se sent bien, on se sent détendu, etc. Attention, en oncologie, on a quand même un rôle qui est quand même d'atténuer les effets secondaires des traitements et de proposer des soins en fonction des pathologies, des métastases, etc. Ça je préfère vraiment vous le dire, pour pas qu'il n'y ait malheureusement d'amalgame, c'est super important.

On se bat déjà en tant qu'esthétique, en tant que socio-esthéticienne pour vraiment se différencier de l'esthétique classique. C'est un vrai métier, c'est pas une option comme certains peuvent le penser, on a un certificat ou un diplôme universitaire à la fin. Donc voilà, c'est quand même important de bien souligner que voilà la différence entre l'esthétique classique qui effectivement apporte un bien-être physique, moral, etc, mais auprès de personnes fragilisées, puisque votre mémoire est orientée comme ça. Seules les socio-esthéticiennes sont habilitées à pouvoir exercer auprès de personnes fragiles, et voilà pourquoi.

Et cela n'est pas vraiment reconnu en tant que soin de santé par certains cadres de santé et équipes médicales?

Tout à fait. Alors on est reconnu comme soin de support quand même, par la Ligue, par l'AFSOS, par l'INCa. On est reconnu comme soin de support, mais malgré tout, je ne sais pas pourquoi, quel est le blocage au niveau politique, mais ça commence à s'ouvrir. Je pense que pour eux et on l'a bien vu dernièrement.

Alors dans un autre cas hors de l'oncologie, avec Monsieur Darmanin parce que des surveillants de prison se sont plaints, "Les soins du visage c'est terminé en prison, voilà basta." On cherche pas à savoir si c'est des si c'est vraiment du soin du visage,

si c'est vraiment des cours sur l'hygiène, sur c'est comment, à quoi ça sert, si ça sert à une réinsertion professionnelle, si c'est plutôt des soins axés sur l'hygiène, sur comment prendre soin de soi proprement ? Comment être réhabilité ? Non, non.

C'est là que je vous dis, que je n'aime pas le terme de “soins esthétiques” auprès des personnes fragilisées, mais vraiment les “soins de socio-esthétiques” parce qu'en fait on aurait tendance à dire “Non mais c'est bon, elle va nous parler de soin du visage. Allez hop hop hop, vous me supprimez tout ça.” Si Monsieur Darmanin, si aujourd'hui nos soins étaient vraiment cadrés politiquement, avec une vraie règle et mieux connus, y aurait pas ça en fait.

En fait malheureusement beaucoup de gens ont tendance à associer à confondre esthétique, côté entre guillemets, superficiel, bien être, je fais mon soin, je me sens bien, je me sens jolie, à un réel bénéfice d'intégration, mieux être, enfin, c'est plus profond que ça en fait.

Oui, je comprends tout à fait, ça m'aide beaucoup à mieux comprendre aussi la perspective et l'importance des soins.

D'ailleurs l'esthétique n'est qu'un outil, ça ne définit pas notre métier, absolument pas. Et on est vraiment des thérapeutes en fait hein finalement. Notre boulot c'est oui, on a le mot “esthétique” dans notre métier, mais ça s'arrête pas au soin du visage et à mettre du vernis rose quoi. Et c'est c'est très compliqué à le faire comprendre. Mais même auprès de mes proches hein, qui me connaissent depuis des années. Moi, j'ai ma sœur qui me dit “Oui, du coup, dans les prisons, ils ont des soins du visage et même pas moi”. Pour eux c'est purement esthétique, superficiel et il faut arriver à sortir de ça, le mettre en valeur et dire “non, ça sert à ça” et c'est un vrai métier.

Avec notre pétition, on est en train de se battre à l'Assemblée Nationale pour être reconnues. S'il y avait pas d'intérêt, on se battrait pas comme ça pour que ce soit reconnu.

J'avais une dernière question pour finir, comment vous imaginez, du coup l'évolution de votre métier dans les prochaines années ?

Alors on va dire, j'ai de l'espoir, vraiment. Alors on va dire qu'il y ait de plus en plus de socio-esthéticiennes, mais surtout surtout qu'on soit reconnues par les institutions compétentes et qu'on soit remboursées. Donc moi dans le futur j'imagine des socio-esthéticiennes dont les soins sont remboursés parce qu'on fait déjà partie des équipes, on peut pas dire qu'on fait pas partie des équipes, c'est pas vrai. Donc ça cet espoir là c'est déjà en place. Mais aujourd'hui vraiment qu'on soit reconnu par nos politiques, on est aussi reconnu par nos patients, on est reconnu par les par les structures puisqu'ils font appel à nous. C'est vraiment être reconnu par les politiques, que le métier soit légiféré pour de vrai, oui. Qu'on soit remboursées. Légiférer, rembourser, qu'on ait un vrai numéro ADELI. Enfin voilà, moi, mes espoirs.

Et que cela soit reconnu par le grand public aussi ? C'est vrai que les soins ne sont pas toujours connus.

Non, et c'est vrai que c'est peu connu mais de plus en plus on l'est et je suis contente. Beaucoup de petits posts sur les réseaux. Beaucoup de gens ne savent pas, donc il faut qu'on informe au maximum. Bon, c'est beaucoup mieux qu'il y a 14 ans, très clairement, et les réseaux sociaux y ont contribué, mais y a encore du boulot.

D'accord, je vous remercie, je pense que vous avez répondu à toutes mes questions.

N'hésitez pas à m'envoyer votre mémoire, ça me fera plaisir de pouvoir le lire! Bon courage, je sais ce que c'est, il faut en faire un pour la socio-esthétique, pour passer le diplôme. Mémoire, soutenance de mémoire, vous voyez comme quoi c'est pas juste un métier superficiel!

Je vous l'enverrai quand il sera finalisé! Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé, et je vous souhaite une bonne soirée.

Passez une bonne soirée, au revoir !

Annexe V : extrait du tableau d'analyse des verbatims

Thématique	Résumé	Exemples de verbatims	Occurrences
Différenciation socio-esthétique / esthétique	Nécessité de différencier les soins en raison des enjeux médicaux et humains Pratique nécessitant d'avoir des connaissances médicales solides, notamment en cancérologie	“En esthétique on n'apprend pas ce qu'est une métastase osseuse alors qu'en socio-esthétique oui [...]” - EG “On ne s'improvise pas comme ça à pouvoir accompagner des patients autant fragilisés” “On doit avoir des connaissances solides” - CB	5/6
Manque de reconnaissance institutionnelle	Absence de statut reconnu dans les grilles hospitalières, malgré les bienfaits et l'utilité prouvés du métier. Lutte des socio-esthéticiennes pour faire reconnaître leur métier par les institutions et le gouvernement	“On est en train de se battre à l'Assemblée nationale pour être reconnu. S'il y avait pas d'intérêt, on se battrait pas comme ça pour que ce soit reconnu.” - EG “Moi je suis embauchée en tant qu'aide-soignante faisant office de socio-esthéticienne.” - CR “Contrairement à la douleur ou au soutien psychologique, la socio-esthétique n'est pas un soin de support reconnu par l'INCa” - LY	4/6
Soutien psychologique / estime de soi	Accompagnement sur l'image de soi et l'impact psychologique de la maladie	“On voit qu'il y a une réelle perturbation de l'image corporelle, de l'estime de soi et il faut retrouver un quotidien qui n'est plus le même” - MQ “[...] ramener le patient dans une dynamique de soins à lui, avec tout ce que psychologiquement	6/6

		cela permet comme réparation à l'interne" - CB	
Effets secondaires des traitements	Soins esthétiques adaptés pour soulager les conséquences physiques des traitements lourds, et favoriser l'adhérence à ces traitements	"On a quand même un rôle qui est d'atténuer les effets secondaires des traitements." - EG "[...] prévenir les effets secondaires des traitements, que ce soit au niveau de la peau, des cils, des sourcils, des ongles etc"- CB	5/6
Manque de financement	Problèmes d'accès, peu de financement dédié, pas de remboursement de la sécurité sociale, et dépendance à des associations ou fondations	"On parle de rembourser une crème, on parle de rembourser un vernis. [...] Ce qu'il faut rembourser, c'est la socio-esthétique." - EG "On fonctionne souvent sur des dons ou des partenariats" - LY	4/6
Reconnaissance par les équipes médicales, et complémentarité avec les psychologues	Appui fort des soignants même si le métier n'est pas institutionnalisé, recommandations des services de socio-esthéticiennes aux patients dans le besoin	"Tout le corps médical et paramédical nous recommande." + "Les médecins nous sollicitent dès qu'un patient est en souffrance." - EG "J'ai la possibilité d'assister aux transmissions ou réunions de cette équipe pluridisciplinaire"+ accès au dossier patient - CB	5/6
Les risques pour les patients liés à la méconnaissance du métier	Le manque de cadrage légal et l'absence de réglementation claire peuvent mettre en danger le patient, la structure ou la professionnelle pratiquant le soin	"[...] Une esthéticienne sans formation socio-esthétique qui masse sur une métastase osseuse, vous imaginez les dégâts que ça peut créer ?" - EG	4/6

Annexe VI : trame du questionnaire Google Forms

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur **l'influence des cosmétiques et des soins esthétiques dans le parcours de soins des patient(e)s atteint(e)s de cancer**, je réalise ce questionnaire afin d'analyser leur contribution au bien-être physique et psychologique.

Si vous êtes ou avez été touché(e) par cette maladie, votre aide m'est précieuse pour mieux comprendre votre expérience et votre perception des soins de socio-esthétique. Votre participation contribuera à mettre en lumière leur rôle important et à étudier leur accessibilité dans votre parcours de soins.

Merci pour votre temps et votre participation !

(Durée de 5 à 10 minutes, vos réponses resteront anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de recherche.)

1. Quel est votre âge ?

- Moins de 30 ans
- 30-45 ans
- 46-60 ans
- Plus de 60 ans

2. Quel est votre type de cancer ?

(Réponse libre)

3. À quel stade du parcours de soins êtes-vous actuellement ?

- Diagnostic
- En cours de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...)
- En rémission
- Autre : *(préciser)*

Les soins socio-esthétiques

4. Savez-vous en quoi consistent les soins socio-esthétiques ?

- Oui
- Non

La socio-esthétique se définit comme une pratique de soins esthétiques auprès de personnes souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique (maladie, accident, vieillesse...) ou psychique, ou par la précarité sociale.

5. Avez-vous déjà bénéficié de soins socio-esthétiques ?

- Oui
- Non

6. Comment avez-vous entendu parler des soins socio-esthétiques ?
(plusieurs choix possibles)

- Réseaux sociaux / Internet
- Hôpital / clinique
- Oncologue ou autre professionnel de santé
- Une autre patiente
- Association de patients
- Autre:....
- Je ne connais pas ces soins

7. À quel moment avez-vous bénéficié de ces soins ?
(plusieurs choix possibles)

- Avant de commencer les traitements
- Pendant les traitements
- Après les traitements
- Je n'en ai pas bénéficié

→ Si non, auriez-vous souhaité en bénéficier? Quels ont été vos freins?

Les effets des soins esthétiques

8. Avez-vous ressenti un bénéfice physique ou psychologique grâce aux soins socio-esthétiques ?

- Oui, un bénéfice physique (moins d'effets secondaires, peau apaisée, etc.)
- Oui, un bénéfice psychologique (meilleure estime de moi, détente, etc.)
- Oui, les deux
- Non, aucun bénéfice

Pouvez-vous préciser la nature de ces effets?

9. Quels types de soins avez-vous reçus ?
(plusieurs choix possibles)

- Soins du visage
- Soins du corps (massages, hydratation...)
- Soins des mains et des ongles
- Maquillage correcteur
- Conseils sur l'alopécie (perte de cheveux)
- Autre : *(préciser)*

10. Ces soins ont-ils eu un impact sur votre bien-être général ?

- Oui, très positif
- Oui, légèrement positif
- Non, aucun impact
- Non, expérience négative

11. Pensez-vous que ces soins devraient être plus accessibles aux patient(e)s ?

- Oui, absolument
- Oui, mais je pense qu'ils sont déjà relativement accessibles
- Non, je ne pense pas que ce soit une priorité dans le parcours de soins

12. Pensez-vous que ces soins vous ont aidée à mieux supporter les effets secondaires des traitements ?

- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non

Accès aux soins

13. Avez-vous eu des réticences avant d'accepter ces soins ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser:....

14. Avez-vous eu des difficultés pour accéder à ces soins ?

- Oui, manque d'informations
- Oui, manque d'accessibilité et de disponibilité
- Oui, coût trop élevé
- Non, aucun problème

15. Selon vous, que faudrait-il améliorer pour que plus de patient(e)s aient accès à ces soins ?

(plusieurs choix possibles)

- Plus d'informations de la part du personnel médical
- Plus de financements pour que ces soins soient gratuits ou remboursés
- Plus de socio-esthéticiennes dans les établissements de santé
- Plus d'ateliers de groupe et d'événements de bien-être pour les patient(e)s
- Autre:

16. Pensez-vous que le personnel médical est suffisamment informé sur l'importance des soins socio-esthétiques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17. Seriez-vous prêt(e) à recommander ces soins à d'autres patientes ?

- Oui, sans hésitation
- Oui, mais avec certaines réserves
- Non

18. Selon vous, comment les soins socio-esthétiques pourraient-ils évoluer pour mieux répondre aux besoins des patient(e)s ?

(Réponse libre)

L'IMPACT DE LA SOCIO-ESTHÉTIQUE DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Pratique émergente depuis les années 1970 en France, la **socio-esthétique** consiste à adapter des soins esthétiques traditionnels auprès de personnes fragilisées par la maladie, l'âge ou la précarité. En mobilisant le toucher, des gestes spécifiques et une attention particulière à ces publics, elle vise à rétablir un confort, une réassurance et une **reconstruction identitaire**. En parallèle, les **cosmétiques** jouent un rôle de plus en plus reconnu dans la prise en charge globale des patients. Leur usage n'est plus seulement perçu comme accessoire, mais comme un réel outil pouvant soulager différentes problématiques cutanées et réaffirmer le sentiment d'identité du patient. Chez les patients atteints de **cancer**, les symptômes de la maladie et les **traitements oncologiques lourds** provoquent des altérations physiques, affectant profondément l'estime de soi, la **qualité de vie** et la **santé mentale**. Ces bouleversements, tant corporels que psychiques, justifient pleinement l'intégration de soins socio-esthétiques dans les **parcours thérapeutiques**. Ce mémoire vise à étudier la place et la reconnaissance de la **socio-esthétique** dans le système de santé actuel, et explore ses effets positifs sur le moral, l'image corporelle et l'observance des traitements. Il cherche à mettre en lumière les obstacles freinant son développement, tels que l'absence de reconnaissance institutionnelle, et à proposer des pistes pour mieux encadrer et développer cette pratique à fort potentiel humain et thérapeutique.

Mots clés : socio-esthétique, cosmétiques, cancer, santé mentale, qualité de vie, traitements oncologiques, parcours thérapeutique, reconstruction identitaire

THE IMPACT OF SOCIO-AESTHETICS IN THE CARE PATHWAY OF CANCER PATIENTS

As an emerging practice in France since the 1970s, **socio-aesthetics** involves adapting traditional beauty treatments for people made vulnerable by illness, age or poverty. Using touch, specific gestures and special attention to these people, it aims to re-establish comfort, reassurance and a **rebuilding of identity**. At the same time, **cosmetics** are playing an increasingly recognised role in the overall care of patients. Their use is no longer seen as merely superficial, but as a real tool that can alleviate various skin problems and reaffirm the patient's sense of identity. For **cancer** patients, the symptoms of the disease and **heavy oncological treatments** cause physical changes, profoundly affecting self-esteem, **quality of life** and **mental health**. These upheavals, both physical and psychological, fully justify the integration of **socio-aesthetic care** into the **therapeutic pathway**. The aim of this thesis is to study the place and recognition of **socio-aesthetics** in the current healthcare system, and to explore its positive effects on morale, body image and compliance with treatment. It seeks to highlight the obstacles hindering its development, such as the lack of institutional recognition, and to suggest ways in which this practice, which has great human and therapeutic potential, can be better supervised and developed.

Key words: socio-aesthetics, cosmetics, cancer, mental health, quality of life, oncological treatments, therapeutic pathway, rebuilding of identity