



## **PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8892**

### **Cosmétologie – aspects psychologiques**

**In this scientific policy advisory report the Superior Health Council estimates the psychological factors in aesthetical practices.**

It would like to provide to Public Health authority, physicians and field actors, specific recommendations for prevention of inconsiderate requests from some vulnerable people.

3 décembre 2014

## **1. INTRODUCTION ET QUESTION**

Un projet a été lancé, à l'initiative du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), visant à identifier les aspects psychologiques dont il faut tenir compte face à des pratiques de cosmétologie ou de chirurgie esthétique.

L'offre est en effet de plus en plus importante. Un individu désireux d'entreprendre des démarches pour modifier son apparence l'amènera toujours un jour ou l'autre à trouver quelqu'un pour réaliser un traitement. Devant ce constat de l'augmentation constante du recours à la cosmétologie, mais aussi des bénéfices indéniables des techniques de chirurgie de reconstruction, le CSS a voulu mettre en évidence les facteurs psychologiques en lien avec la cosmétologie, et les risques encourus par les personnes plus vulnérables face à cette mode, et pour lesquels tout praticien devrait être attentif lors des demandes d'intervention.

La problématique est en fait triple :

- 1) Premièrement, certaines techniques utilisées ne sont pas invasives et sont réversibles, comme les soins esthétiques prodigués par des esthéticiennes. Mais ces dernières se retrouvent souvent confrontées à la souffrance des personnes, sans être suffisamment formées pour pouvoir y faire face.
- 2) Deuxièmement, certaines techniques sont plus invasives et irréversibles. Comme la chirurgie et la médecine esthétique peuvent parfois entraîner des séquelles physiques et/ou physiologiques irréversibles, les demandes doivent être bien étudiées.

Certaines demandes peuvent en effet émaner de patients à la personnalité fragile, sensible, anxieuse, doutant de leur intégrité physique et psychique, drainant des frustrations. Ces patients attendent de leur démarche en chirurgie ou médecine esthétique une solution idéalisée à leur problématique, avec l'espoir de combler des attentes irréalisables. Par ailleurs, certains praticiens peuvent aussi donner de fausses illusions aux patients dans un but purement mercantile.

Le CSS s'est donc demandé quel encadrement prévoir pour éviter que des personnes fragilisées multiplient les demandes d'interventions dans le but d'améliorer leur apparence

physique, sans jamais trouver de satisfaction. Les aspects psychologiques sont en effet omniprésents dans une demande de soins relatifs au « paraître ».

- 3) Troisièmement, la chirurgie de reconstruction peut servir à corriger des défauts physiques innés ou acquis. Ici aussi les aspects psychologiques peuvent être importants car ces personnes sont souvent en réelle souffrance physique et/ou psychique. Comment garantir une prise en charge globale à ces patients fragilisés ?

## **2. RECOMMANDATIONS**

Dans le contexte de notre société actuelle, où le recours à la cosmétologie est de plus en plus fréquent pour améliorer son apparence physique, les différents intervenants devraient travailler en concertation afin d'évaluer les demandes des clients. De cette manière les demandes inconsidérées peuvent être identifiées et les personnalités les plus fragiles, vulnérables aux risques de dérives peuvent être protégées. La gestion de cette problématique requiert parfois le recours à des équipes multidisciplinaires.

Le CSS émet les recommandations suivantes :

### **Sur un plan général**

D'abord nous devons insister sur les méfaits de la publicité, qui est en principe interdite pour la chirurgie et la médecine esthétique. La publicité promet souvent certains résultats alors que les études publiées prouvent que les effets escomptés sont faibles à court terme voire nuls à long terme. De plus des complications peuvent apparaître. Il nous paraît donc indispensable de réfréner l'envahissement de cette dernière dans notre quotidien.

De plus, quel que soit le praticien, il serait souhaitable qu'avant d'intervenir, il ait l'occasion de s'entretenir avec le client afin de "conscientiser" ce dernier des avantages et inconvénients éventuels de ce qui sera entrepris. Dans ce cadre, il serait utile d'établir un document-questionnaire, à faire signer par le client, afin d'en conserver une trace qui pourra éventuellement servir en cas de litige.

### **Traitements esthétiques médicaux**

Le CSS recommande de faire un screening de tout patient qui demande une intervention de chirurgie esthétique. Ce screening doit évaluer :

- les éventuels problèmes psychologiques existants ;
- si le patient est lui-même à l'origine de la demande ;
- si l'image que le patient a des résultats escomptés est réaliste ;
- comment d'éventuelles interventions antérieures ont été évaluées par le patient.

Dans un premier temps, le médecin généraliste peut s'en charger et, dans un deuxième temps, le chirurgien. Il est recommandé de constituer pour ce faire de courts questionnaires à partir des instruments de screening déjà disponibles comme, par exemple PRIME-MD (Spitzer et al., 1999). En cas de doute, il faut en référer à un psychologue clinicien ou un psychiatre afin d'obtenir un diagnostic plus professionnel et mettre en place un traitement si cela s'avère nécessaire.

Il y a actuellement une reconnaissance de la médecine esthétique non chirurgicale. Depuis 2013, la loi du 23 mai (BS 2/07/2013) précise les qualifications exigées pour effectuer des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique.

Jusqu'à présent le titre était basé sur une reconnaissance de l'expérience mais un programme de formation doit être élaboré par le Conseil de médecine esthétique. Le CSS pourrait participer aux travaux de ce Conseil.

## Traitements non médicaux

- Esthéticien social (terme officiel lié à la formation – voir annexe 2 pour la description du profil professionnel)

Ensuite, partant du constat que, bien que les esthéticiens n'aient pas de formation médicale ou psychologique, alors qu'ils ont souvent un rôle d'écoute des personnes en souffrance, le CSS recommande de garantir à ceux-ci une formation spécifique « d'esthéticien social », comprenant une formation minimale à l'écoute, à l'empathie mais également aux limites de leur rôle et à la nécessité (et la manière) d'orienter vers des spécialistes si nécessaire.

Le CSS recommande aussi d'organiser des contrôles quant à la mise en pratique de cette formation.

### - Esthéticiens

En ce qui concerne les esthéticiens, le CSS rappelle les recommandations énoncées dans les avis publiés auparavant et qui vont dans le sens d'un maintien de l'accès à la profession (CSS 9163, 2014), d'une plus grande formation (en trois niveaux, avis 8587 - appareils cosmétiques et traitements apparentés (CSS 8587, 2011), d'un encadrement plus strict pour l'utilisation de certain(e)s appareils/techniques (création d'une commission chargée d'évaluer les appareils avant leur mise sur le marché) ou encore de règles strictes quant à l'hygiène (avis 8719 – exigences sanitaires) (CSS 8719, 2012) afin de réduire l'incidence de dommages infectieux après l'application de ces techniques.

Il convient d'insister à nouveau sur la nécessité d'une formation de base, ensuite sur une formation continue ainsi qu'un renforcement des contrôles afin de s'assurer de la mise en pratique des recommandations et des réglementations concernant la formation.

### Keywords et MeSH descriptors terms<sup>1</sup>

<b>Keywords</b>	<b>Mesh terms*</b>	<b>Sleutelwoorden</b>	<b>Mots clés</b>	<b>Stichworte</b>
Esthetic medicine	"Esthetics" "Medicine"	Esthetische Geneeskunde	Médecine esthétique	Ästhetische Medizin
	Cosmetic Techniques	Cosmetische technieken	Techniques cosmétiques	Kosmetischen Techniken
Plastic surgery	Surgery, Plastic	Plastische chirurgie	Chirurgie plastique	Plastische Chirurgie
	Reconstructive Surgical Procedures	Reconstructieve Chirurgie	Interventions chirurgicales de reconstruction	Rekonstruktive chirurgische Verfahren
Aesthetic	Esthetics	Esthetische	Esthétique	Ästhetisch

<sup>1</sup> Le Conseil tient à préciser que les termes Mesh et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition rapide du scope de l'avis. Pour de plus amples informations sur la méthodologie, consultez le chapitre "Méthodologie".

Psychology	Psychology	Psychologie	Psychologie	Psychologie
Dependence	Behavior, Addictive	Afhankelijkheid	Dépendance	Abhängigkeit

\* MeSH (*Medical Subject Headings*) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

### 3. ELABORATION ET ARGUMENTATION

#### Liste des abréviations utilisées

CSS: Conseil Supérieur de la Santé  
 DSM IV : *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé

#### 3.1 Méthodologie

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Les experts du groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

Un groupe de travail *ad hoc* a donc été constitué, au sein duquel des experts en psychologie, chirurgie plastique, éthique, esthétique et assuétudes étaient représentés. L'avis est basé sur la littérature scientifique pertinente, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion et l'expérience clinique des experts. Pour étayer cette approche pluridisciplinaire mais aussi pour objectiver les avis formulés, une recherche bibliographique a été réalisée.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail et par le groupe de travail permanent «cosmétologie et appareils cosmétiques y compris la chirurgie esthétique», le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

#### 3.2 Elaboration

##### 3.2.1 *Enoncé de la problématique*

La dénommée loi Tilmans<sup>2</sup> du 23 mai 2013 (parue au Moniteur belge du 2 juillet 2013) a défini clairement les différents termes à utiliser lors de traitements esthétiques. En effet, ceux-ci sont d'une importance capitale afin de délimiter les domaines de compétences respectifs :

- 1) La chirurgie esthétique, qui comprend :
  - la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (terme officiel) ;
  - la médecine esthétique chirurgicale (terme officiel).
- 2) La médecine esthétique non chirurgicale

<sup>2</sup> Loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique [et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes

3) L'esthétique non médicale, qui comprend :

- les soins esthétiques non invasifs ;
- quelques actes invasifs, comme les tatouages, piercings et certains lasers.

Quelle différence existe-t-il entre chirurgie esthétique et médecine esthétique non chirurgicale ?

La chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (agrément 210) demande une formation complète, de chirurgie générale de 2 à 3 ans suivie d'une spécialisation de 3 à 4 années de chirurgie plastique. La chirurgie correctrice vise à remédier aux anomalies de développement, la chirurgie réparatrice vise à remettre à l'état normal les structures déformées ou enlevées suite à un traumatisme, la maladie ou la chirurgie. La chirurgie esthétique est destinée à améliorer une anatomie par ailleurs normale. On ne soigne pas une maladie en tant que telle mais on prodigue des soins esthétiques afin de corriger des défauts de contour ou les séquelles de l'âge.

La médecine esthétique non chirurgicale n'est pas invasive. Il s'agit d'une médecine anti-âge mais qui recourt néanmoins à des injections.

La médecine esthétique non chirurgicale n'a pas encore de titre officiel. Il n'y a pas encore de formation qui soit encore organisée. Les traitements sont donc pratiqués par des médecins ayant appris sur le tas. Cela peut mener à d'importants dégâts somatiques et parfois d'ordre psychologique.

L'esthétique non médicale et les applications purement cosmétiques, le maquillage sont des actes réalisés chez une personne en bonne santé.

### 3.2.1.1 Aspects sociologiques

De tout temps, on observe l'utilisation de « traitements esthétiques » déjà constatée dans les civilisations anciennes.

Au cours de ces dernières décennies, la mode a imposé ses lois, entraînant dans son sillage conformisme et anticonformisme. Sur un plan sociologique, il existe indéniablement un effet de mode autour de la beauté (Lejour, 1987).

Dans un contexte de séduction poussé à l'extrême s'est ajouté à l'aspect vestimentaire et au-delà du maquillage, la transformation de son corps.

Ce sujet se retrouve dans tous les médias : on vend du rêve. La publicité et la presse féminine ont considérablement favorisé le commerce et la popularité des cosmétiques. Dans les pays riches, certains cosmétiques et traitements esthétiques sont utilisés par des jeunes filles et parfois de jeunes garçons à un âge de plus en plus jeune mais aussi par les personnes âgées.

Avec l'allongement de la vie et les conséquences de l'effet du vieillissement sur l'aspect physique de la personne âgée, on constate en effet une demande accrue de soins visant à freiner cet inéluctable processus. Pour les personnes âgées également, le risque d'entreprendre des traitements à la chaîne est tout aussi préoccupant. Les produits et accessoires de maquillage, solvants à ongles, ont suivi ce marché. Quand un segment du marché est en perte de vitesse, les industriels inventent de nouveaux produits : fluo, intégrant des paillettes, ou ayant un goût (pour les rouges à lèvres par exemple). Par la publicité et des conditionnements étudiés, ils cherchent à conquérir un public plus jeune mais aussi plus âgé (avec les produits dits anti-âge, anti-âge).

Au gré des modes et de l'afflux des demandes, la chirurgie esthétique s'est quant à elle banalisée (Henderer, 1996). On ne peut plus feuilleter une revue sans trouver l'une ou l'autre vedette vanter la transformation de ses seins, de ses lèvres, de ses fesses, etc. A lire les revues « people », on ne peut que constater une surenchère dans les modifications esthétiques en tout genre.

En médecine et en chirurgie esthétique il n'existe aucune indication fonctionnelle. L'opération est la plupart du temps effectuée uniquement pour des raisons psychologiques et sociales (Cook et al, 2006). Dans ce contexte, on est en droit de s'interroger sur la pertinence du recours à la médecine et à la chirurgie esthétique, en particulier au vu des risques encourus par certaines personnes. On sait par ailleurs qu'environ 30 % des personnes qui consultent pour un traitement esthétique ne sont finalement pas opérées parce que la raison paraît déraisonnable. Cela montre bien toute l'importance de l'évaluation de la demande.

Dans le domaine de la chirurgie esthétique, la publicité n'est pas autorisée mais il en va tout autrement dans le domaine de l'esthétique non médicale où des dérives notamment dans l'utilisation de certains produits sont constatées.

En effet, si on vend du rêve, on vend aussi du mensonge. Cette publicité mensongère est parfois une véritable arnaque susceptible d'entraîner des catastrophes personnelles. Aussi, est-il indispensable de protéger le consommateur et d'éviter que certains d'entre eux n'aillent s'endetter pour pouvoir s'offrir des services parfois fort coûteux, mais aussi parfois fort décevants.

Par ailleurs, on ne manque pas non plus de stigmatiser l'échec esthétique des traitements et des chirurgies effectuées chez untel ou unetelle.

Bref, dans ce contexte d'engouement et de suspicion, la médecine/chirurgie esthétique et la chirurgie plastique ont pris une place importante, et qu'elles ne sont certainement pas prêtes de quitter.

Dans un chapitre consacré à la chirurgie esthétique qu'il avait intitulé « L'ivresse de la métamorphose », Lowenstein (2005) pose un regard plus psychanalytique en soulignant que derrière les expressions « mal dans son corps » ou « mal dans sa peau », l'envie, le besoin de modifier son nez, gonfler ses lèvres ou se débarrasser de ses bourrelets sont devenus aussi banal que de vouloir changer la couleur de ses cheveux. Peu importe le prix ou les risques éventuels d'une anesthésie générale, pourvu que soit atteint un idéal de beauté et de fraîcheur. A ce stade, l'auteur estime que le terme de « transformation esthétique » lui paraît aujourd'hui davantage adapté. Citant le chirurgien Maurice Mimoun (1996), il souligne que « le corps (de la patiente) est devenu un écran sur lequel un film serait projeté et dont elle ne connaîtrait pas le sens » (sic).

Force est donc de constater que l'exploitation du marché cosmétologique est un fait socioculturel sur lequel les autorités ont du mal à agir.

### **3.2.1.2 Aspects psychologiques**

#### **L'image de soi**

L'image de soi renvoie au paraître. Il s'agit d'une « carte de visite » qui se construit au fil des premières années de la vie et qui permet de se situer dans le regard des autres comme dans son propre regard.

Cette image de soi tend vers une certaine recherche d'idéal, tout en étant modulée par le contexte culturel et social. Ainsi, cette image de soi est aussi confrontée aux diktats de la mode. L'image de soi va au-delà de notre enveloppe corporelle, dans la mesure où elle repose aussi sur des composantes psychiques qui peuvent être en concordance ou non avec la représentation du corps (De Mol, 2012). C'est la raison pour laquelle tout un chacun a de lui-même une image physique et psychique susceptible de fluctuer au gré des événements de la vie.

A l'arrière-plan des effets de mode se profile aussi, sur le plan psychologique voire psychanalytique, toute une dynamique relative au narcissisme (Bergeret, 1974).

S'il existe encore quelques différences entre le monde occidental qui prône le « je » et le monde oriental focalisé plutôt sur le « nous », il faut bien reconnaître que nous vivons de plus en plus dans une culture narcissique où est valorisé le dépassement de soi (compétition sportive par exemple) alors que la maladie et la mort font l'objet de beaucoup de craintes, si elles ne sont pas tout simplement occultées.

Dans un tel contexte culturel, il s'avère donc normal d'afficher un certain degré de narcissisme. Pourtant, dire de quelqu'un qu'il est narcissique reste péjoratif. Si on peut malgré tout faire preuve d'envie et de jalousie envers celui qu'on qualifie de narcissique, on soulignera surtout chez ce dernier un manque de profondeur psychologique et une superficialité dans les contacts interpersonnels. C'est la raison pour laquelle au narcissisme reste associée une connotation ambiguë et ambivalente (De Mol, 2005).

Dans le culte de la beauté, on doit donc s'interroger sur les motivations psychologiques qui amènent un individu à chercher à tout prix à « paraître ».

Bien entendu, il n'y a pas lieu de remettre en question le souhait légitime de réparer des handicaps physiques, des malformations, des laideurs invalidantes à nos propres yeux et à ceux de notre société, à l'origine de moqueries, d'exclusion et de blessures mortifiantes dans le jeune âge, à la puberté et plus tard dans la vie relationnelle, justifiant entièrement les interventions chirurgicales esthétiques plus réparatrices que purement esthétiques, bien que non fonctionnelles.

A la limite de l'opportunité de telles interventions se pose le problème de l'outrage du temps qui passe. Les personnes atteintes de « jeunisme », terrorisées à l'idée de vieillir, peuvent être obsédées par les publicités antirides, les promesses de jeunesse éternelle et estiment que des interventions esthétiques deviennent des injonctions incontournables. Dans de tels cas, les réparations esthétiques peuvent favoriser le bien-être psychologique et l'apaisement mais seulement en complément d'une réflexion médicale protectrice.

## **Troubles psychologiques**

L'ampleur des troubles psychologiques n'est pas à sous-estimer. En fonction de l'étude, il semble que 7 à 15 % des patients de chirurgie esthétique présentent un trouble de la perception corporelle, un trouble qui peut parfaitement être traité sur le plan psychologique ou psychiatrique, et qui représente une contre-indication à cette chirurgie. Ces patients font notamment une telle fixation sur une imperfection physique limitée qu'ils s'en préoccupent (totalement à tort) constamment et manifestent aussi un comportement déviant (par exemple éviter le contact social en raison d'un problème souvent même invisible pour les autres) (Honingman et al, 2004 ; von Soest et al, 2011). Un autre exemple de conséquence grave évitable est le fait que le suicide chez les femmes ayant des implants mammaires survient deux à trois fois plus fréquemment par rapport à un groupe de femmes comparable n'ayant pas subi de chirurgie (Sarwer, 2007).

Sur un mode plus psychanalytique, Lowenstein (2005) constate qu'« une intervention esthétique favorise un bouleversement intime bien plus important qu'un changement de coiffure. Or, lorsque nous constatons le trouble intérieur, entraîné par le simple fait de se couper les cheveux (chez les femmes) ou de se raser la tête (chez les hommes), nous devons mieux évaluer, avant toute intervention esthétique radicale, la perturbation psychologique qui en découlera.

Nous percevons mieux la réalité de cette perturbation lorsque nous conservons une cicatrice visible, post-chirurgicale ou post-traumatique. Tout changement brutal du corps provoque une modification de la perception de soi-même, une sensation de « corps étranger », que notre cerveau, habitué au corps précédent, va initialement refuser de reconnaître, ou tout simplement

rejeter. Et ce, quelle que soit la volonté initiale de changement ou d'amélioration esthétique. Dans les services de transplantation (de cœur, de foie, de rein, etc.) le rejet immunologique est bien connu mais aussi le rejet psychologique qui nécessite la présence de psychologues en vue de préparer le patient à l'acceptation d'un nouvel organe et s'assurer, par la suite, que « la greffe a bien pris ». Le corps médical doit donc évaluer précisément avec les patients l'impact des transformations physiques, développer sa vigilance afin de dépister, à travers la répétition des interventions chirurgicales ou même des « maquillages permanents », non seulement les probabilités d'effets indésirables (anesthésie générale, cicatrice chéloïde, douleurs neurologiques postopératoires, résultat esthétique catastrophique, etc.) mais aussi le risque d'escalade compulsive et incontrôlée.

Contre la mode actuelle, contre un marché de la beauté qui recrute à tout-va, il faut raison garder et privilégier l'être au paraître. Afin de ne pas laisser certaines patientes devenir « belles à en mourir ». C'est pourquoi, en cas de doute, toute intervention esthétique, toute mutation souhaitée nécessitent un accompagnement psychologique. Dans ces cas, seul un médecin ou un psychothérapeute sauront éviter les dangers de ces opérations.

Outre les réactions psychologiques liées aux risques médicaux mentionnés plus haut, il faut faire mention de risques purement psychiques. Parmi les dérives que l'on peut constater dans les démarches des sujets visant à modifier l'image physique et psychique qu'ils ont d'eux-mêmes, il existe une problématique particulière qui concerne les addictions ou assuétudes que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préfère appeler "dépendances" (Porot, 1952). Comme elles risquent de ne pas être totalement satisfaites du résultat obtenu, que ce soit en recourant aux traitements esthétiques non médicaux, à la chirurgie esthétique, ou à la médecine esthétique non chirurgicale, certaines personnes vont continuer à chercher à tout prix à obtenir cet idéal qu'elles n'obtiendront jamais. Aussi risquent-elles dans le pire des cas, d'aller de chirurgien en chirurgien, d'opération en opération, pour en arriver à des situations de plus en plus dommageables tant sur le plan physique que psychique. Mickaël Jackson en est un exemple célèbre.

### **3.2.2 Gestion des risques**

#### **3.2.2.1 Interventions invasives et irréversibles (chirurgie esthétique)**

Pour identifier les facteurs auxquels il faut être attentif devant une demande d'intervention en chirurgie esthétique, afin d'éviter les abus et les insatisfactions, il faut d'abord savoir quels sont les facteurs qui influencent la satisfaction des personnes ou l'apparition d'éventuels problèmes psychologiques après l'intervention.

On constate en effet que les personnes qui sont « mal dans leur peau » sont certainement plus susceptibles de tomber dans le piège qui consiste à croire qu'un traitement esthétique les rendront plus heureuses. Bien au contraire, elles risquent d'être déçues et de rester confrontées avec leur problème psychologique sous-jacent mais aussi parfois à de nouveaux problèmes physiques qui pourraient être irréversibles, entre autres, par la présence des cicatrices inévitables après toute intervention chirurgicale. Par leur fragilité, par leur vulnérabilité, ces personnes à risque doivent être informées au mieux afin que leur demande soit mieux recadrée et que les difficultés psychologiques auxquelles elles sont confrontées fassent l'objet d'une attention particulière. Il est donc important de pouvoir les identifier.

Il ressort de la littérature existante que la grande majorité (en moyenne 80 % ou plus) des patients subissant de la chirurgie esthétique est satisfaite de l'opération et du résultat. Il faut cependant ajouter que les pourcentages de satisfaction varient d'une intervention à l'autre. Les femmes chez qui une réduction mammaire a été réalisée sont par exemple plus satisfaites que les femmes ayant subi une augmentation mammaire (Honingman et al., 2004). Dans le premier cas, un bénéfice somatique (réduction des dorsalgies) est associé au bénéfice esthétique alors que dans le second, seul le bénéfice esthétique est attendu. Cependant, il existe un certain



nombre de critiques concernant la manière dont a été réalisée l'étude des conséquences psychologiques. Souvent, il n'existe pas de groupe de comparaison ou de référence, la période de follow-up est très courte et l'abandon de certains interlocuteurs entre la mesure de début et les suivantes est élevé (Cook et al., 2006).

Malgré la satisfaction prépondérante, une importante minorité de patients n'est pas satisfaite voire très insatisfaite de l'opération esthétique qu'elle a subie. Les raisons en sont généralement psychosociales mais l'insatisfaction peut aussi découler d'une indication mal posée, d'un acte mal effectué, d'une mauvaise compréhension des souhaits esthétiques du patient, de rançons cicatricielles trop élevées, de complications comme des hématomes, des infections et autres retards de cicatrisation.

Un article de review (Honingman et al., 2004) qui résume les résultats de 14 études relatives aux conséquences psychosociales de la chirurgie esthétique identifie plusieurs éléments prédictifs d'insatisfaction et de conséquences négatives :

- les patients qui font réaliser l'intervention à cause de leur partenaire ou pour sauver leur relation alors qu'ils ne sont pas eux-mêmes suffisamment persuadés de sa nécessité sont plus insatisfaits ;
- les patients dont les espérances sont irréalistes par rapport au résultat de l'intervention sont souvent insatisfaits ;
- les patients qui étaient insatisfaits d'une intervention esthétique précédente sont plus souvent insatisfaits de la nouvelle intervention ;
- les hommes et les patients plus jeunes sont moins satisfaits que les femmes et les patients plus âgés.

Les hommes demandeurs de chirurgie esthétique représentent un groupe particulier de patients. En effet, ils sont de plus en plus influencés par le regard des autres. Si dans les années 80, la demande d'intervention chirurgicale était exceptionnelle, à l'heure actuelle, 10 à 15 % des hommes entreprennent de telles démarches. La plupart des interventions concernent la liposuction, les paupières ou le lifting. La tranche d'âge se situe entre 40 et 60 ans. Les raisons les plus souvent évoquées ont trait à la nécessité d'une apparence pour garder ou trouver un emploi. Une raison plus marginale pour l'homme âgé porte sur son désir de rencontrer une femme plus jeune que lui. Mais les hommes sont moins habitués à changer de look et d'apparence, et, bien que cette situation évolue, le recours à la chirurgie ou à la médecine esthétique pour un homme reste encore socialement peu accepté sauf chez les adolescents et les jeunes adultes.

Ce questionnement peut par ailleurs, comme chez les femmes, révéler une problématique psychique sous-jacente. Un changement d'image corporelle chez un homme d'âge mûr, peut aussi faire décompenser une personnalité fragile plus que chez une femme car dès leur plus jeune âge, les femmes ont l'habitude de se « camoufler » que ce soit par les changements de coiffure, de maquillage ou d'accessoires tels que faux-cils, faux-ongles, boucles d'oreilles, etc.

- les patients ayant des antécédents de problèmes psychologiques ou psychiatriques (dépression et angoisse, dysmorphophobie, en anglais « *body dysmorphic disorder* » (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*) ou un trouble limite ou narcissique de la personnalité) sont fréquemment insatisfaits (Honingman et al., 2004).

Une **problématique dépressive** apparente ou latente pourrait en effet expliquer un besoin – illusoire – de compensation en cherchant une solution psychologique à une souffrance. Ainsi, des difficultés conjugales ou familiales mais aussi professionnelles où l'individu craint de ne plus pouvoir être « à la hauteur » de ses ambitions ou d'une reconnaissance de leurs proches, peuvent rendre compte d'une situation de désarroi où l'amour propre est mis en cause. Les failles

narcissiques qui apparaissent parmi les causes de cette problématique dépressive renvoient aux personnalités fragiles et vulnérables mentionnées plus haut.

Si le **trouble dysmorphique** ne se retrouve que dans 1 à 2 % de la population générale, la prévalence monte à 6 à 15 % dans des centres de chirurgie esthétique et de dermatologie (DSM-IV-TR). Les symptômes inhérents au trouble méritent donc d'être rappelés, d'autant plus que certains individus présentent de manière plus larvée des caractéristiques qui pourraient en faire des personnes à risque.

Ce trouble connu historiquement comme « dysmorphophobie » est une préoccupation concernant un défaut de l'apparence physique. Ce dernier peut être imaginaire ; si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement socioprofessionnel. Cette préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme l'anorexie mentale.

Les plaintes (DSM-IV-TR) concernent généralement des imperfections du visage ou de la tête : cheveux clairsemés, acné, rides, cicatrices, artères ou veines apparentes, pâleur ou rougeur du teint, gonflement, asymétrie faciale ou disproportion des traits, pilosité excessive. La forme, les dimensions ou d'autres caractéristiques du nez, des yeux, des paupières, des sourcils, des oreilles, de la bouche, des lèvres, des dents, de la mâchoire, du menton, des joues ou de la tête sont d'autres préoccupations répandues. Toutefois, n'importe quelle partie du corps peut être l'objet de la préoccupation tels que les organes génitaux, les seins, les fesses, l'abdomen, les bras, les mains, les pieds, les jambes, les hanches, les épaules, la colonne vertébrale, des parties plus importantes du corps ou de façon plus globale la taille du corps ou la carrure et la musculature. La préoccupation peut concerner plusieurs parties du corps à la fois. Si la plainte est souvent précise et focalisée, elle peut être parfois plus vague. Certains individus, gênés de leurs préoccupations, ou bien pour d'autres raisons, évitent de décrire leurs « défauts » en détail et font plutôt référence à leur laideur en général alors que, si on veut les aider, il faut leur faire exprimer clairement l'objet de leur insatisfaction.

A cause de leurs difformités présumées, ces sujets décrivent souvent leurs préoccupations comme extrêmement douloureuses, sources de torture accablante. Ils passent plusieurs heures par jour à ressasser leurs défauts au point que ces pensées peuvent dominer leur existence. En découle parfois un évitement du travail, de l'école ou des situations publiques. L'examen de leurs défauts soit directement, soit dans des surfaces réfléchissantes, peut prendre plusieurs heures par jour. Certains utilisent des éclairages spéciaux ou des loupes pour scruter leurs défauts. A chaque fois, ils augmentent leurs préoccupations et l'anxiété qui y est associée. De ce fait, certains évitent les miroirs, parfois en les recouvrant, parfois en les retirant de leur environnement. Ils se livrent parfois à des comparaisons avec autrui à propos de la partie de leur corps qu'ils trouvent affreuses. Des idées de référence sans rapport avec leurs défauts imaginaires sont également répandues. Ils pensent souvent que les autres portent une attention particulière à leurs défauts supposés, en train d'en parler ou de s'en moquer. Ils peuvent essayer de camoufler leurs défauts en laissant pousser leur barbe pour couvrir des cicatrices imaginaires sur le visage, en portant un chapeau pour cacher une perte de cheveux imaginaire, en rembourrant leur caleçon pour mettre en valeur un pénis jugé trop petit.

Ces idées peuvent conduire au délire. Délirantes ou non, les préoccupations anxieuses concernant des défauts imaginaires sont assez répandues. L'évitement d'activités courantes peut conduire à un isolement social extrême. Dans certains cas, ces sujets ne sortent plus de chez eux que la nuit, lorsqu'on ne peut pas les voir. Ils peuvent abandonner l'école, éviter des entretiens d'embauche, occuper des emplois au-dessous de leurs capacités voire ne pas travailler du tout. Parfois, ils ont peu d'amis, évitent de sortir avec des personnes du sexe opposé et s'éloignent souvent de toute relation sociale. Peuvent en découler des hospitalisations répétées, des idées suicidaires, voire des tentatives de suicide. Ces sujets sont souvent en quête de traitements médicaux dermatologiques, dentaires, chirurgicaux, susceptibles de corriger leurs

défauts imaginaires. Ces traitements peuvent aggraver leurs troubles en renforçant les préoccupations ou en en créant de nouvelles (DSM-IV-TR).

Cette dysmorphophobie peut être associée à un trouble dépressif majeur, un trouble délirant, une phobie sociale et à un trouble obsessionnel compulsif. Dans les centres cliniques de santé mentale, une fréquence de ce trouble chez des sujets souffrants de troubles anxio-dépressifs qui va de 5 % à environ 40 % a été signalée (DSM-IV-TR).

Ce trouble commence habituellement dans l'adolescence mais peut parfois être constaté pendant l'enfance. Le début peut être soit progressif, soit brutal. L'évolution est plutôt continue avec peu d'intervalles libres bien que l'intensité des symptômes puisse varier avec le temps. La partie du corps qui fait l'objet de la préoccupation peut rester la même mais peut aussi changer (DSM-IV-TR).

Sur un mode plus psychanalytique, Lowenstein (2005) s'interroge aussi sur le **rapport de certains patients avec leur corps** : « Il peut s'agir de mannequins faméliques, de danseuses ne tenant debout que grâce à leur chignon, de sportifs « bodybuildés », de tatoués ou de « piercés ». Toutes et tous nous expliquent initialement et simplement qu'ils se trouvent plus beaux ainsi et ne supporteraient pas de se voir, de se montrer autrement. Le trouble de la représentation de leur schéma corporel est indiscutable, aussi réel que celui des personnes anorexiques décompensées (qui perçoivent leur corps squelettique toujours trop gros), des héroïnomanes ou cocaïnomanes par voie veineuse, en période d'intoxication lourde (pour qui le corps n'est plus qu'une veine à trouver malgré les abcès ou les thromboses) ou encore des patients sous l'emprise d'hallucinogènes comme le LSD (qui délirent et voient leur corps s'allonger, se rétrécir, se déformer, etc.).

Il est dès lors nécessaire de réaliser un screening avant l'intervention. Un tel screening peut être réalisé par le généraliste sur la base de courts questionnaires établis à partir de PRIME-MD (Spitzer et al., 1999), avant de rediriger le patient, mais également par le chirurgien qui pourrait par des questions systématiques dirigées vérifier si le patient présente ou a présenté un problème psychologique important ou si le patient est lui-même partisan de l'opération ou si le patient se fait une idée réaliste de ce qu'il attend comme résultat et comment le patient considère des interventions esthétiques antérieures. Si le chirurgien soupçonne que quelque chose ne va pas, il pourrait diriger le patient vers un psychologue clinique et/ou un psychiatre.

Dans certains protocoles la consultation psychologique devient d'ailleurs de plus en plus obligatoire comme on le constate lors de démarches de transsexualisme ou lors de traitements de l'obésité.

### 3.2.2.2 Techniques non invasives et réversibles

Si les chirurgiens esthétiques et plasticiens bénéficient d'une formation médicale et psychologique, il n'en est pas de même pour les esthéticiennes.

L'écoute des personnes en souffrance est un élément essentiel dans la pratique des esthéticiens. Mais ceux-ci ne sont pas toujours préparés à un tel rôle, ni à cerner avec pertinence où se trouvent les limites de leur rôle professionnel. Les esthéticiens devraient en effet savoir comment prodiguer leurs conseils et adapter le plus adéquatement les solutions proposées à leurs clients. Ils ne peuvent apporter qu'un peu de bien-être mais doivent être capables, le cas échéant, d'orienter leurs clients vers d'autres spécialistes de la santé.

Dans le cadre de leurs formations, les futurs esthéticiens sont sensibilisés aux problématiques psychologiques et ont l'occasion d'effectuer des stages qui leur permettent de confronter le bagage théorique à la pratique professionnelle. Ces formations doivent bien sûr être valorisées et, dans la mesure du possible, généralisées.

Il y a cependant lieu de s'inquiéter à cet égard quant au devenir de la profession d'esthéticien lorsque le marché européen fera apparaître en Belgique des esthéticiens non formés aux aspects psychologiques et qui risquent dès lors de suivre certains patients dans leurs demandes inconsidérées et d'en arriver à des abus. . La Commission européenne a publié une communication sur l'évaluation des réglementations nationales en matière d'accès aux professions le 02 octobre 2013 (COM (2013) 676 final) qui a fait l'objet d'un avis du CSS (CSS, 2014). Aussi, est-il urgent d'imposer un contrôle du titre d'esthéticien, par l'entremise d'une reconnaissance par le ministère d'un diplôme reposant sur une formation certifiée.

Se pose ainsi la question : que fait-on après l'écoute ? Ceci est également vrai pour les bénévoles ou les kinésithérapeutes qui devraient bénéficier d'une formation à l'écoute et à l'empathie. Il leur faut également apprendre qu'il existe des limites à leurs compétences et que certaines questions n'aboutiront pas nécessairement à des réponses. Pourtant, il est souvent difficile de recommander quelqu'un de plus spécialisé, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un dermatologue ou d'un « psy ». Sans doute faut-il encore toujours déplorer que tout ce qui touche à la psychiatrie reste encore tabou, ou simplement rejeté car mal compris.

Si un esthéticien travaille dans un groupe multidisciplinaire comprenant un psychologue, la situation sera certainement plus facile. Toutefois, si la perspective de consulter un psychologue est mal perçue, le patient risque de s'adresser ailleurs. Si l'esthéticien se sent mal à l'aise pour conseiller le recours à un psychologue, une solution serait de conseiller une visite chez le médecin généraliste.

Quoi qu'il en soit, la situation évolue. En effet, consulter un psychologue passe certainement mieux que d'aller voir un psychiatre souvent assimilé à un neurologue ou à tout ce qui a trait à la « folie ».

On comprend dès lors que la fédération des esthéticiennes recommande la poursuite d'une septième année comprenant une formation pour informer, détecter le moment à partir duquel une personne a besoin d'aide. Cette formation complémentaire est toujours en discussion avec la ministre. Le CSS a pu constater qu'en ce qui concerne les traitements esthétiques en Belgique, il existe dans le cadre des formations pour devenir esthéticien social, une approche pour intervenir auprès des personnes souffrantes et/ou fragilisées afin de contribuer à leur bien-être et de leur permettre de retrouver une image positive d'elles-mêmes et une meilleure estime de soi.

### **3.2.2.3 Chirurgie de reconstruction**

Une intervention de reconstruction est une procédure qui permet, après mutilation par accident ou par exérèse carcinologique ou par malformation de naissance, de tenter de restaurer l'anatomie par de la chirurgie mais également par des techniques de médecine esthétique ou de pratique d'esthéticienne. Même si ces interventions ne sont pas toujours anatomiques, elles permettent en général à une patiente de se retrouver après la période de deuil qui s'est passée entre la mutilation et la reconstruction.

Ces interventions de reconstruction constituent un cadre particulier, car les personnes sont particulièrement en souffrance ou fragilisées et que les compétences relationnelles de l'intervenant seront aussi importantes que ses compétences scientifiques et techniques. Heureusement, ces cas sont pris en charge le plus souvent par des équipes pluridisciplinaires.

D'où la nécessité d'élaborer des critères d'agrément, de déterminer un statut officiel d'infirmier esthétique ou d'esthéticien(ne) « social(e) », qui devrait bénéficier d'une formation spécifique pour contribuer à la reconstruction de l'image du patient et à la restauration de son bien-être, en tenant compte de ses spécificités, et dans les limites de sa fonction.

La Fédération Wallonie-Bruxelles a notamment mis en place une année de formation complémentaire pour que les esthéticiennes puissent travailler en maison de repos, en prison ou en milieu hospitalier. Ainsi, à titre d'exemple, la fédération a obtenu de l'institut Bordet que les esthéticiennes y soient acceptées pour apporter chaleur humaine et soins aux personnes en traitement.

En Flandre existe également une 7<sup>ème</sup> année qui permet aux esthéticiennes de se perfectionner et de développer des compétences dans le domaine des soins après un traitement contre le cancer ou à l'occasion de problèmes dermatologiques comme le psoriasis. Les esthéticiennes suivent le programme de l'enseignement secondaire technique comprenant durant les quatre dernières années 20 heures de théorie et 16 heures de pratique où elles ont l'occasion d'avoir un contact avec les patients. En collaboration avec la fédération du cancer, les esthéticiennes qui le souhaitent, peuvent se perfectionner en suivant une formation spéciale relative aux traitements à offrir aux personnes victimes d'un cancer comprenant 18 heures d'oncologie et 24 heures de psychologie. Si les centres de cancer se montrent intéressés par de tels soins, les esthéticiennes sont cependant peu nombreuses à s'y engager. Elles ont tendance à préférer les centres de beauté.

#### 4. REFERENCES

APA - American Psychiatric Association - DSM-IV-TR - Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition, Texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par Guelfi JD et al, Masson, Paris, 2003, 1120 p.

APA - American Psychiatric Association. DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013; p. 242-7.

Bergeret J. La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes. Donod; Paris, 1974, 283 p.

Cook SA, Rosser R, Salmon P. Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2006;59(11):1133-51.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Esquisse de gestion de risques relatifs aux appareils destinés à des applications cosmétiques et à des traitements cutanés cosmétiques similaires. Bruxelles: CSS; 2011. Avis n° 8587.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations relatives à la maîtrise des infections lors de la pose de maquillage semi-permanent et permanent, de tatouages et de piercings. Bruxelles: CSS; 2012. Avis n° 8719.

CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Impact de la communication de la commission européenne sur les réglementations en matière d'accès aux professions et plus particulièrement sur l'accès à la profession d'esthéticien(ne). Bruxelles: CSS; 2012. Avis 9163.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Sécurité et efficacité des techniques de lipolyse. Bruxelles: CSS; 2013. Avis nr 8837.

De Mey A. La chirurgie esthétique : est-ce encore de la médecine ?. Rev. Med Brux 2004;4:A363-4.

De Mol J. Le dommage psychique: du traumatisme à l'expertise. Larcier, 2012, 302 p.

De Mol J. Le psychisme et l'image de soi: de la clinique à l'expertise. Revue belge du dommage corporel, 2005, 32, 2-3-4, 77-84.

Henderer UT. Ethique et apparence. A propos du thème plus général : chirurgie esthétique, pratique privée, problèmes ou solutions ?. Ann chir esthét 1996;41(4):400-9.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg 2004;113(4):1229-37.

Lejour M. La chirurgie esthétique et le mythe de la beau - Revue de l'université de Bruxelles – 1987/3-4 1987. p.37-40.

Lowenstein W. Ces dépendances qui nous gouvernent – Comment s'en libérer ? Calmann-lévy, Paris; 2005.

Porot A. Manuel alphabétique de Psychiatrie, PUF, 1952, 746 p.

Royaume de Belgique. Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, MB du 02 juillet 2013; p. 41511.

Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. Plast Reconstr Surg 2007;120(7 Suppl 1):110S-7S.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282(18):1737-44.

von Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. Plast Reconstr Surg 2011;128(3):765-72.

## **5. ANNEXE(S)**

Le Conseil fourni les annexes suivantes pour information. L'information contenue dans ces annexes fait partie intégrante de l'avis et est soutenue par le Conseil<sup>3</sup>.

Annexe 1<sup>out</sup> : Schéma de capitalisation de la section « esthéticien social »

Annexe 2<sup>out</sup> : Profil professionnel

Annexe 3<sup>out</sup> : Lieux de stage, soins prodigués et résultats

Annexe 4<sup>out</sup> : Sensibilisation de l'esthéticienne sociale aux principales pathologies rencontrées en milieu hospitalier

Annexe 5<sup>out</sup> : Des soins par des Esthéticiennes Sociales pour des personnes atteintes de Sclérose en Plaques : un début de collaboration.

---

<sup>3</sup> Néanmoins, certaines annexes (identifiées<sup>out</sup>) n'ont pas été traduites et revues en ce qui concerne leur mise en forme et typographie car elles proviennent de sources extérieures au Conseil.

## 6. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Comme il y a très peu de publications sur cette problématique il serait nécessaire d'étendre la recherche scientifique.

## 7. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Les noms des experts nommés du CSS par AR ainsi que les membres du Bureau et du Collège, et les déclarations générales d'intérêts de ces derniers sont disponibles sur notre site web [www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be) (page : [composition et fonctionnement](#) - page : [Conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis :

DE MEY Albert	Médecine, chirurgie plastique	ULB
DE MOL Jacques	Psychologie	ULB
DE MOOR Roeland	Dentisterie restauratrice, traumatologie dentaire et lasers en dentisterie	UGent
DE GUCHT Véronique de THIBAUT de BOESINGHE Léopold	Klinisch en Gezondheidspsycholoog Prévention et protection au travail - bioéthique	Universiteit Leiden UGent  UCL

Le groupe de travail a été présidé par Jacques DE MOL et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD et Anne-Madeleine PIRONNET.

Le groupe permanent "cosmétologie et appareils cosmétiques y compris la chirurgie esthétique

BEELE Hilde	Médecine, dermatologie	UZ Gent
BORIES Yvon	Art infirmier, hygiène hospitalière	AZ Nikolaas, Sint Niklaas
DE CUYPER Christa	Médecine, dermatologie	AZ Sint-Jan, Brugge

L'administration était représentée par :

MEUNIER Joëlle	Chef de cellule cosmétiques	DG4 – nutrition et cosmétique
PASTEELS Karine	Expert technique	DG2 – Service des inspections
VRINDTS Els	Chef de cellule inspection des produits de consommation-NL	DG4 – Inspection produits de consom- mation

Les personnes suivantes ont été entendues :

BOECKX John	Président	BESKO
CHALIASOS Maria	Infirmière, socio-esthétique	IPETPPS
DELGOFFE Daniel	Ingénieur, conseiller technique	UNEB-NUBE - Union Nationale des Esthéticiennes de Belgique

GYS Francine  
HEBRANT Jean

Présidente honoraire  
Président

BESKO  
Société de médecine  
esthétique

HERS Denis  
SALEMBIER Nadine

Médecine, psychiatrie  
Présidente

UCL  
UNEB- NUBE



## Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

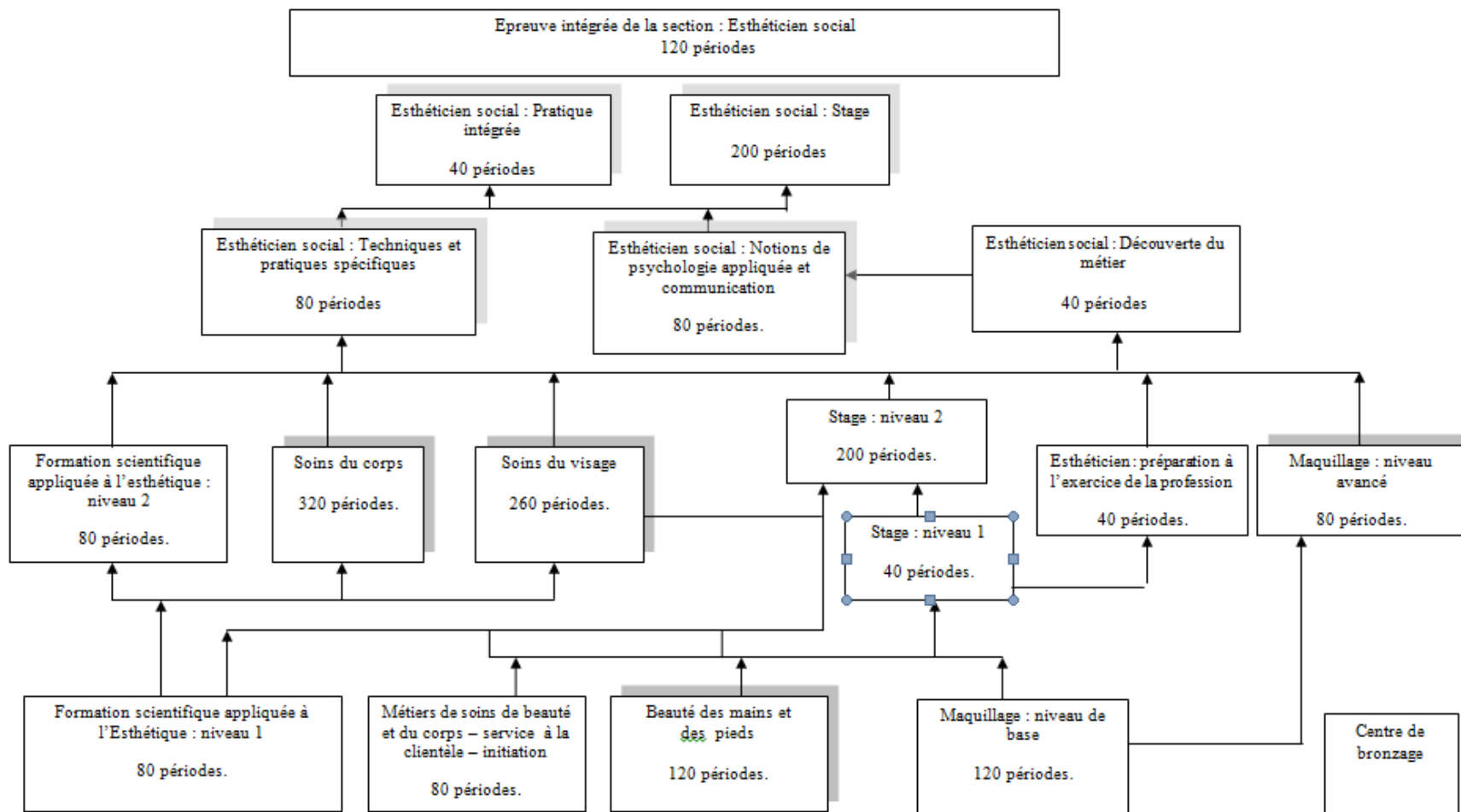
Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 40 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet ([www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).

SCHEMA DE CAPITALISATION DE LA SECTION « ESTHETICIEN SOCIAL »



**Annexe 2<sup>out</sup> :**

**MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE**

**ADMINISTRATION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE DE REGIME 1**



**CONSEIL SUPERIEUR DE L'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE**

**Profil professionnel**

***ESTHETICIEN SOCIAL <sup>1</sup>***

**Enseignement secondaire supérieur**

Approuvé par le Conseil supérieur de l'Enseignement de Promotion sociale le 28 avril 2011

*ESTHETICIEN SOCIAL*<sup>4</sup>

## I. CHAMP D'ACTIVITE :

L'esthéticien social est un esthéticien spécialisé qui intervient auprès de personnes souffrantes et/ou fragilisées afin de contribuer à leur bien-être et de leur permettre de retrouver une image positive d'elles-mêmes et une estime de soi.

Par des compétences relationnelles, scientifiques et techniques complémentaires propres à cette approche, il les aide à retrouver une estime de soi au travers de la reconstruction d'une image positive de leur corps.

Par sa capacité d'écoute, des soins corporels esthétiques et des attentions et conseils prodigués, il participe au bien-être et soutient l'effort de (re)construction identitaire des personnes fragilisées.

Il intervient auprès de personnes de tout âge qui, du fait d'une pathologie, d'un contexte de vie particulier ou d'un traumatisme subi, ont besoin de son aide pour améliorer leur vie sociale.

Il situe son action au sein d'un réseau ou d'une équipe pluridisciplinaire, dans le respect des règles déontologiques et des convictions des personnes aidées.

## II. TACHES :

*Tenant compte des spécificités des bénéficiaires et dans les limites de sa fonction, contribuer à la reconstruction de leur image et à la restauration de leur bien-être,*

- ◆ identifier les besoins de la personne ;
- ◆ établir une relation d'empathie avec la personne ;
- ◆ dans le cadre d'un travail en réseau ou en équipe pluridisciplinaire, collecter et transmettre des informations sur les soins esthétiques prodigués aux personnes ;
- ◆ adopter une démarche proactive, notamment s'inquiéter du prescrit médical ;
- ◆ concevoir, organiser et réaliser des soins adaptés aux patients sur prescription médicale ou à l'initiative de l'équipe de soins dans les limites et les règles de la profession ;
- ◆ donner des conseils, des explications en matière de soins esthétiques, d'artifices de maquillage, de dermocorrection, et orienter vers les spécialistes;
- ◆ planifier ses interventions en tenant compte des ressources matérielles et des contraintes inhérentes au contexte de travail ;
- ◆ appliquer les règles d'hygiène, d'ergonomie, de sécurité et de déontologie ;
- ◆ participer à un processus de formation continue ;
- ◆ développer une pratique réflexive.

---

<sup>4</sup> Le masculin est utilisé à titre épïcène

### III. DEBOUCHES :

- ◆ Services hospitaliers (pédiatrie, maternité, dermatologie, oncologie, chirurgie, psychiatrie, gériatrie, grands brûlés, soins palliatifs, ...),
- ◆ centres de revalidation,
- ◆ maisons de repos, maisons de repos et de soins,
- ◆ services d'aide et/ou de soins à domicile,
- ◆ centres d'accueil pour personnes en difficulté (centres pour toxicomanes, maisons maternelles,...),
- ◆ maisons médicales,
- ◆ en milieu carcéral,
- ◆ ...

**MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE**  
**ADMINISTRATION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
**ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE DE REGIME 1**

**DOSSIER PEDAGOGIQUE**  
**SECTION**  
**ESTHETICIEN SOCIAL**  
**ENSEIGNEMENT SECONDAIRE SUPERIEUR**

**CODE: 95 51 20 S 20 D1**

**DOCUMENT DE REFERENCE INTER-  
RESEAUX**

**Approbation du Gouvernement de la Communauté française du 16 septembre 2013,  
sur avis conforme de la Commission de concertation**

# ESTHETICIEN SOCIAL<sup>5</sup>

## ENSEIGNEMENT SECONDAIRE SUPERIEUR

### 1. FINALITES DE L'UNITE DE FORMATION

#### 1.1. Finalités générales

Conformément à l'article 7 du décret de la Communauté française du 16 avril 1991 organisant l'enseignement de promotion sociale, cette unité de formation doit :

- ◆ concourir à l'épanouissement individuel en promouvant une meilleure insertion professionnelle, sociale, culturelle et scolaire ;
- ◆ répondre aux besoins et demandes en formation émanant des entreprises, des administrations, de l'enseignement et, d'une manière générale, des milieux socio-économiques et culturels.

#### 1.2. Finalités particulières

Conformément au champ d'activité et aux tâches décrites dans le profil professionnel ci-annexé et approuvé par le Conseil supérieur de l'enseignement de promotion sociale, cette section vise à permettre à l'étudiant de développer des compétences théoriques, techniques et pratiques dans le domaine de l'esthétique sociale pour contribuer au bien-être, à la revalorisation et à la (re)construction de l'image et de l'estime de soi de personnes souffrantes et/ou fragilisées dans différents milieux tels que hôpitaux, MR (maison de repos), MRS (maison de repos et de soins), centres d'accueil de jour, résidences-services, services d'aide et de soins aux personnes, maisons de quartier, espaces « bien-être », milieu carcéral, associations de protection des femmes battues, ...

### 2. UNITES DE FORMATION CONSTITUTIVES DE LA SECTION :

Intitulés	Classement de l'unité	Codification de l'unité	Domaine de formation	Unités déterminantes	Nombre de périodes
Métiers de soins de beauté et du corps : service à la clientèle- initiation	ESIT	83 01 05 U 11 D2	805		80
Formation scientifique appliquée à l'esthétique : niveau 1	ESIT	91 6101 U11 D1	904		80
Beauté des mains et des pieds	ESIT	83 21 08 U 11 D1	805		120
Maquillage : niveau de base	ESIT	83 21 07 U 11 D1	805		120
Esthéticien : stage niveau 1	ESIT	83 21 06 U 11 D1	805		40/10
Formation scientifique	ESST	91 61 02 U21 D1			80

<sup>5</sup> Le masculin est utilisé à titre épïcène

appliquée à l'esthétique : niveau 2			904		
Soins du corps	ESST	83 21 02 U 21 D1	805		320
Soins du visage	ESST	83 21 03 U 21 D1	805		260
Maquillage : niveau avancé	ESST	83 21 04 U 21 D1	805		80
Esthéticien : préparation à l'exercice de la profession	ESST	83 21 05 U 21 D1	805		40
Responsable de l'accueil dans un centre de bronzage	ESST	83 21 18 U 21 D1	805		24
Esthéticien : stage - niveau 2	ESST	83 21 06 U 21 D1	805		200/20
Esthéticien social : Découverte du métier	ESST	95 51 21 U21 D1	901		40
Esthéticien social : Notions de psychologie appliquée et communication	ESST	95 51 22 U21 D1	901	X	80
Esthéticien social : Techniques et pratiques spécifiques	ESST	83 21 08 U21 D1	805	X	120
Esthéticien social : Stage	ESST	95 51 23 U21 D1	901	X	200/20
Esthéticien social : Pratique intégrée	ESST	95 51 24 U21 D1	901	X	40
Epreuve intégrée de la section : Esthéticien social	ESST	95 51 20 U22 D1	901		60/20

<b>TOTAL DES PERIODES DE LA SECTION</b>	
A) nombre de périodes suivies par l'étudiant	<b>1984</b>
B) nombre de périodes professeur	<b>1554</b>



## Annexe 3<sup>out</sup>

**Vous trouverez ci-dessous, quelques exemples de lieux de stage, les soins prodigués et les résultats.** Les soins de bien-être auprès de personnes en souffrance sont réalisés soit de manière autonome par la socio-esthéticienne mais toujours en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, soit en collaboration avec une personne qualifiée en esthétique ou socio-esthétique.

### Sur le Ghdc, Grand Hôpital de Charleroi :

1 . Le service des **soins palliatifs** sur le site de l'IMTR Loverval : principalement des modelages corps, des soins visage et maquillages « bonne mine », des poses vernis.

→ En dehors des soins et de la présence de la famille, les patients en fin de vie sont souvent seuls dans leur chambre. La présence et les soins des socio-esthéticiennes sont une continuité aux soins infirmiers. La relation « privilégiée » qui s'installe entre eux favorise la communication et l'expression des sentiments du patient. Tout en respectant ce que le patient lui aura confié et en ne tenant compte que de ce qui servira à la continuité des soins, la socio-esthéticienne pourra faire appel à l'équipe pluridisciplinaire afin de répondre aux besoins du patient. Le but est de garantir une fin de vie aussi confortable que possible tant sur le plan physique que sur le plan psychologique et social.

Le regard des familles sur leur « parent » en fin de vie a un impact très important sur la qualité de la fin de vie des patients. C'est pourquoi, la socio-esthéticienne peut intervenir directement chez les patients en fin de vie mais aussi auprès des membres de la famille.

Une socio-esthéticienne qui a suivi sa formation à l'IPETPPS de Farciennes a été engagée dans ce service. Elle est présente toute une journée par semaine. Elle collabore étroitement avec les infirmières, les médecins et les psychologues. Un local est en cours d'aménagement afin de dispenser de soins d'hygiène et de bien-être (baignoire adaptée, ...). Une collaboration s'installe entre les soignants et la socio-esthéticienne.

2. Le service des **grands brûlés** sur le site de l'IMTR Loverval : en consultation, les patients qui le souhaitent peuvent bénéficier de soins personnalisés et adaptés (soins esthétiques et conseils).

Une esthéticienne spécialisée dans ce domaine collabore avec les médecins de la consultation, en externe.

3. Le service de **chimiothérapie de jour** sur le site de Notre-Dame Charleroi : il existe un local « soins esthétiques ». Les soins de bien-être proposés sont les soins visage, le maquillage « bonne mine », la reconstruction des sourcils et cils au crayon, des poses vernis adaptés, des conseils en foulards, prothèses capillaires et mammaires, des conseils en soins corps adaptés (hydratant),...

Dans ce service, les patients attendent leur « tour » pour recevoir leur résultat d'analyse sanguine et leur traitement iv pendant quelques heures. L'attente est parfois longue... La socio-esthéticienne organise des soins ou conseils esthétiques selon les demandes des patients et en collaboration avec les infirmières et les médecins.

Une socio-esthéticienne qui a suivi sa formation à l'IPETPPS de Farciennes a été engagée dans ce service. Elle est présente toute une journée par semaine. Elle collabore étroitement avec les infirmières, les médecins et les psychologues. Nous avons pu constater que le nombre de patients demandeurs de soins esthétiques ne cesse d'augmenter.

4. Les **centres de l'obésité** (5 sites) : projets en cours. Il consiste à apprendre aux patients à se réapproprier leur corps par le toucher-massage et à reprendre confiance en soi par des ateliers de « relooking »

### **Sur le site de l'ISPPC de Charleroi :**

1. Le service de **chimiothérapie de jour** sur le site de Vésale Montigny Le Tilleul :  
modelages des mains et des pieds, soins visage et maquillage « bonne mine »,  
reconstruction sourcils et cils au crayon, des poses de vernis adaptés, des conseils en  
foulards, prothèses capillaires et mammaires, des conseils en soins corps adaptés  
(hydratant),..  
→ Comme pour le service du GHdC, l'impact est le même. Ici, il n'y a pas encore de  
socio-esthéticienne engagée mais une intervention volontaire d'une conseillère en  
beauté de la Fondation Cancer.  
L'infirmière en chef du service constate que les patients qui ont bénéficié de soins  
esthétiques demandent à suivre leur chimiothérapie le vendredi car c'est le jour où les  
socio-esthéticiennes sont présentes.  
Elle constate également que certains patients ont été moins angoissés ou moins  
agressifs pendant leur traitement suite aux soins esthétiques.  
En effet, installés confortablement, certains patients qui bénéficient de modelages  
doux finissent par s'endormir, le temps du traitement.
2. Les divers **services de chirurgie et de médecine** (oncologie, clinique du sein,  
pneumologie, maternité,..) sur le site du CHU Charleroi.
3. Le service de **consultation Sclérose en plaques** site CHU Charleroi et site Vésale  
Montigny Le Tilleul : En collaboration avec les psychologues du service, des ateliers bien-  
être avec différents stands ont été réalisés. Les soins prodigués sont principalement des  
modelages corps adaptés. Vu le succès des soins bien-être pendant les ateliers, les  
psychologues ont demandé s'il était possible de diriger les patients qui souhaitent un soin  
vers le local bien-être du CHU.  
Une collaboration a dès lors été instaurée et les patients se rendent régulièrement au  
local pour profiter des bienfaits des modelages.

**A la Maison de Repos et de Soins de Couillet** : le projet bien-être d'une aide-soignante de  
cette maison de repos a été accepté. Un local bien-être composé d'une baignoire type  
balnéothérapie et une table de massage surdimensionnée pour permettre des soins  
d'hygiène et de bien-être aux résidents. Cette aide-soignante est également esthéticienne.  
Elle constate que les soins de bien-être sur les personnes âgées démentes ont un effet  
apaisant et la relation soignant-soigné est améliorée.  
Nous collaborons également avec les centres pour personnes handicapées jeunes et moins  
jeunes, les cpas et les maisons maternelles pour les jeunes filles mères. Nous  
accompagnons les personnes à la recherche d'un emploi, les femmes battues, les enfants  
d'écoles primaires... Le but est, d'améliorer l'estime de soi, de favoriser la réinsertion  
sociale et de promouvoir les liens sociaux.

## **SENSIBILISATION DE L'ESTHETICIENNE SOCIALE AUX PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES EN MILIEU HOSPITALIER**

### **1. LES PATHOLOGIES CARDIAQUES**

- L'angor et l'infarctus du myocarde
- Les pathologies des valves cardiaques
- L'insuffisance cardiaque
- L'opéré du cœur

### **2. LES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES**

- L'embolie pulmonaire
- L'insuffisance respiratoire chronique
- Le cancer des voies respiratoires (bouche, gorge, bronchique) et ses traitements
- L'oxygénothérapie

### **3. LES PATHOLOGIES CIRCULATOIRES**

- Les œdèmes (origines, traitements)
- L'AVC (origines, traitements, la prise d'anticoagulants)

### **4. LES PATHOLOGIES DIGESTIVES**

- Le reflux gastro-œsophagien,
- Les fausses déglutitions,
- L'ulcère d'estomac,
- Le cancer de l'estomac,
- Les diverticules et les polypes intestinaux,
- Le cancer des intestins,
- La pancréatite
- La cirrhose du foie

### **5. MALADIES DU SYSTÈME LYMPHATIQUE**

- Le lymphome
- L'éléphantiasis
- Le phénomène du « gros bras »

### **6. LES PROBLEMES HORMONAUX**

- Les problèmes liés à la ménopause
- L'hyper et l'hypothyroïdie

### **7. LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

- Les différentes dépressions
- La sclérose en plaque
- Les myopathies

### **8. LES PATHOLOGIES URINAIRES**

- Les coliques néphrétiques
- L'insuffisance rénale (phénomène, traitement- dialyse)

## **9. LES MALADIES INFECTIEUSES**

- Le SIDA
- La tuberculose
- Les hépatites

## **10. L'ONCOLOGIE ET LES SOINS PALLIATIFS**

- La cancérogénèse
- La psychologie du patient cancéreux
- Les traitements et leurs effets secondaires
- La douleur cancéreuse

## **11. LA GERIATRIE**

- L'arthrose
- L'ostéoporose
- La maladie d'Alzheimer
- La maladie de Parkinson
- La démence sénile
- L'incontinence

## **12. LA PSYCHIATRIE**

- L'alcoolisme et le syndrome de Korsakoff
- Le cas particuliers des médicaments
- Autres pathologies : voir le cours de psychologie.

## **13. LA DERMATOLOGIE**

- Les principales pathologies
- Les pathologies microbiennes

## **14. LA MATERNITE**

- Les différentes pathologies demandant un alitement prolongé de la mère

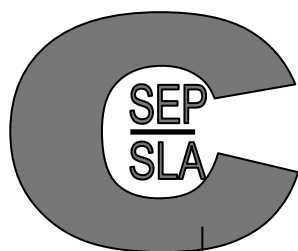
## **15. LA PEDIATRIE**

- Les caractéristiques d'un service de pédiatrie
- Le développement psychomoteur de l'enfant
- L'adolescent en pédiatrie
- Les principales pathologies aiguës de l'enfant
- Quelques pathologies chroniques
- L'enfant en cancérologie

## **16. LES GRANDS BRULES**

- Les différents types de brûlures
- Les stades de la brûlure
- Les conséquences physiologiques des brûlures
- Les conséquences psychologiques des brûlures
- La douleur.

Nadine Salembier, Présidente de l'Union Nationale des Esthéticiennes de Belgique [administration@uneb-nube.be](mailto:administration@uneb-nube.be) – [www.uneb-nube.be](http://www.uneb-nube.be)



### **Des soins par des Esthéticiennes Sociales pour des personnes atteintes de Sclérose en Plaques : un début de collaboration.**

A l'occasion de la Journée Mondiale de la Sclérose en Plaques, l'équipe de prise en charge de Sclérose en Plaques du C.H.U. de Charleroi a organisé une journée bien être au cours de laquelle des personnes atteintes de la maladie ont pu bénéficier de soins effectués par des stagiaires esthéticiennes sociales de l'Institut Provincial d'Enseignement Technique de promotion sociale de Farciennes. Ce fût un moment très riche pour ces patients, qui ont relaté les bienfaits des soins socio-esthétiques reçus, et, qui sont enthousiastes à l'idée de la prolongation de cette collaboration.

#### **Que peut apporter l'esthéticienne sociale au patient atteint de Sclérose en Plaques ?**

Les soins esthétiques pratiqués par des esthéticiennes sociales formées notamment dans le domaine médical, et psychologique contribuent à l'accompagnement du patient dans l'acceptation de la maladie et à son adaptation à celle-ci. En effet, la Sclérose en Plaques (SEP) est une maladie chronique du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) qui apparaît généralement entre 20 et 40 ans, donc, chez des patients jeunes parfois en pleine élaboration de leur projet de vie. Cette maladie incurable entraîne des symptômes imprévisibles variant selon la forme de la maladie et des zones du système nerveux central affectées. La Sclérose en Plaques peut provoquer différents handicaps, des troubles de la vue, de l'équilibre, des sensations altérées (picotements, brûlures,...), des troubles de la coordination, etc. La personne atteinte de la maladie est donc confrontée à de multiples pertes, et, va entamer un processus de deuil par lequel elle va devoir s'adapter matériellement et psychologiquement à celles-ci.

Si les soins de socio-esthétiques représentent un espace privilégié où le patient va pouvoir (re) prendre soin de lui, et, par là, diminuer le stress, augmenter ses ressources psychiques pour faire face à la maladie, ils sont aussi des soins relationnels. En effet, l'esthéticienne sociale crée un climat de respect et d'empathie ce qui permet d'ouvrir à une relation authentique dans laquelle le patient peut se dire. L'esthéticienne sociale n'est pas une psychologue, mais elle est formée à pratiquer la relation d'aide par l'écoute active, et à accueillir les affects du patient tout en respectant les limites de sa fonction.

Les soins de socio-esthétiques aident à l'amélioration de l'image et de l'estime de soi. La Sclérose en Plaques affecte l'aspect fonctionnel du corps et entraîne aussi souvent aussi des modifications dans l'image de soi, (c.à.d. la représentation que la personne a d'elle-même) Cette représentation, bien sûr, influence la façon dont elle va ou pas communiquer avec les autres.

Il semble donc que l'esthéticienne sociale a sa place dans une équipe de prise en charge de patients atteints de Sclérose en Plaques et, plus loin, que les soins de socio-esthétiques seraient bien utiles dans d'autres services hospitaliers dans le cadre de prise en charge globale du patient.

*Fabienne Genesse. Psychologue.  
Convention SEP/SLA. - C.H.U. Charleroi*