

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

L'épargne antalgique par les soins de socio- esthétique chez les patients en Unité de Soins Palliatifs

Une étude observationnelle rétrospective à l'Unité de
Soins Palliatifs du CHU d'Angers

JABER Alice

Née le 08 mai 1998 à Bordeaux (33)

Sous la direction de Mme la Docteur PETIT Marie

Membres du jury

Monsieur le Professeur URBAN Thierry | Président

Madame la Docteur PETIT Marie | Directeur

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Madame I Docteur DESCOLAS-DANNEELS Astrid | Membre

Soutenue publiquement le :
17 mars 2026

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Jaber Alice
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **13/01/2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée Jaber Alice
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des
rapports, thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 13/01/2026

Signature



A handwritten signature in grey ink, located in the bottom right corner of the page, next to the 'Signature' label.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILLET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine

MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine

FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Héléne	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Héléne	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Héléne		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Pour commencer, un grand merci un **Professeur Thierry Urban** pour avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Merci au **Professeur Christine Tessier-Cazeneuve** pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour votre accompagnement lors du stage femme-enfant et pour tous vos enseignements.

Merci au **Docteur Astrid Descolas-Danneels** pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Au **Docteur Marie Petit**, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour tes conseils, ton accompagnement et ton écoute, mais aussi pour ton enthousiasme durant ce travail.

Merci à **Mme Stéphanie Saudeau**, socio-esthéticienne au sein de l'Unité de Soins Palliatifs du CHU d'Angers, sans qui ce travail de thèse n'aurait jamais pu voir le jour. Merci pour cette pratique que tu m'as fait découvrir, merci pour ce que tu apportes chaque jour aux patients et à tes collègues.

Merci à toute **l'équipe de l'Unité de Soins Palliatifs du CHU d'Angers**, pour votre accueil chaleureux au cours de mes 6 mois de stage à vos côtés et pour tout ce que vous m'avez appris. Un remerciement tout particulier aux **Docteurs Camille Etesse** et **Xavier Du Crest**, qui m'ont transmis une partie de leur savoir dans les domaines des soins palliatifs et tant d'autres !

Merci à tous les maîtres de stage et à tous les professionnels de santé qui m'ont accompagnée pendant mes études, tant pendant l'internat que l'externat, qui m'ont fait confiance et m'ont aidée à progresser.

Merci à **Mme Samia Mehouchi**, qui nous a aidées sur la partie analyses statistiques, et notamment sur le calcul du nombre de sujets nécessaires.

Merci à mes **parents** d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours soutenue dans mes choix. Merci à **Tristan** de me supporter depuis toujours (même quand j'étais en PACES !), merci pour les chamailleries et la complicité. Merci à **Mathilde** et **Clément** pour les moments partagés depuis l'enfance, et à **Tonton Fred** pour tous les bons souvenirs.

Merci à tous les amis qui sont là depuis plus ou moins longtemps. Merci à **Salomé** et **Juliette**, mes amies de toujours, sans qui la vie paraîtrait bien fade et plus compliquée.

Merci à **Selma, Elisa, Noémie, Mimmoun**, pour avoir fait du lycée des années inoubliables.

Merci à tous mes amis de fac : **Mathilde, Ninon, Julie, Antoine, Charles, Laeticia, Yeelen, Marine, Clara, Benjamin, Clara, Elodie...** Merci d'avoir partagé tous ces bons et ces mauvais moments et d'avoir toujours été un soutien lors de ces années exigeantes.

Merci à **Guillaume, Alexandre, Laure, Hugo, Lysa, Zoé, Amandine, Stella, Pauline**, pour les liens tissés en ce début d'internat si particulier.

Merci également à tous ces auteurs qui, depuis l'enfance, m'ont permis de m'évader vers d'autres univers. Merci tout particulièrement à **Pierre Bottero** pour Gwendalavir et pour les nombreuses leçons de vie qui me servent encore aujourd'hui.

Et enfin, merci surtout à **Lucas**, mon cœur, d'être à mes côtés depuis sept belles années. Merci d'être toujours là pour moi et de partager cette vie avec moi.

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Design de l'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Utilisation du Score Antalgique**
- 4. Calcul du nombre de sujets nécessaires et analyse de données**
- 5. Objectif principal et objectifs secondaires**
- 6. Soins de socio-esthétique**
- 7. Dispositions réglementaires**

RÉSULTATS

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Limites et forces de l'étude**
- 2. Focus sur la population étudiée et sur la consommation d'antalgiques**
 - 2.1. Caractéristiques démographiques habituelles en USP
 - 2.2. Soins palliatifs et consommation d'antalgiques
 - 2.3. Une population d'étude peu douloureuse
- 3. Pistes de réflexion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

RESUME

Introduction

Les patients hospitalisés en Unité de Soins Palliatifs (USP) bénéficient d'une prise en charge complexe visant à améliorer leur confort et à réduire leur douleur. Parmi les soins proposés, les soins de socio-esthétique permettent une diminution de la douleur d'après la littérature. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la consommation antalgique dans cette étude pour savoir si les soins de socio-esthétique diminuaient la consommation d'antalgiques sur la journée de leur réalisation.

Méthodes

Nous avons mené une étude quantitative, rétrospective et monocentrique à l'USP du CHU d'Angers, basée sur l'analyse des dossiers des patients. L'objectif était d'évaluer leur consommation d'interdoses d'antalgiques. Pour cela, nous avons établi un Score Antalgique, fondé sur les paliers d'antalgiques : Paracétamol, Spasfon ou Nefopam = 1 ; Codéine ou Tramadol = 2 ; Morphine, Oxycodone ou Fentanyl = 3 ; Kétamine = 4. Nous avons comparé ce score la veille et le jour du passage de la socio-esthéticienne. Notre objectif principal était de rechercher une diminution du Score Antalgique le jour de l'intervention de la socio-esthéticienne, par rapport à un jour sans intervention.

Résultats

Nous avons analysé les données de 60 patients. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre le Score Antalgique avant (1,8) et après (1,867) le passage de la socio-esthéticienne. Cependant, une différence a été constatée dans le sous-groupe « Score antalgique avant soins ≥ 5 », suggérant une possible épargne antalgique chez les patients les plus douloureux.

Conclusion

Aucune diminution du Score Antalgique n'a été observée avant et après le passage de la socio-esthéticienne. Cependant, il serait intéressant de mener des études complémentaires ciblant les patients avec une consommation élevée d'interdoses d'antalgiques, afin d'évaluer si les soins de socio-esthétique pourraient permettre une épargne antalgique dans cette population.

INTRODUCTION

La socio-esthétique est une pratique née en 1960 dans les pays anglo-saxons et dans les années 70 en France. Elle se définit aujourd'hui comme une pratique de soins esthétiques auprès de personnes souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique ou psychique, ou par la précarité sociale. Il s'agit d'une discipline reconnue par l'Institut National du Cancer comme un soin de bien-être, et non comme un soin de support, en raison d'un niveau de preuve insuffisant sur son bénéfice même si cela concourt au bien-être des malades (1).

Les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pendant et après la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer lorsqu'ils sont mis en place.

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants. Ils sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge (2).

Les patients hospitalisés en Unité de Soins Palliatifs (USP) sont des patients dont la prise en charge est complexe. Leur prise en charge vise à améliorer leur confort de vie et à diminuer leurs symptômes, dont un des principaux est la douleur. Il s'agit le plus souvent de patients ayant un cancer, avec souvent des douleurs importantes, motivant la prise d'antalgiques. Parmi les traitements antalgiques utilisés, on retrouve notamment les opioïdes dits « forts », comme la Morphine, parfois à fortes doses (3-6). Cependant, les médicaments antalgiques utilisés ont de nombreux effets indésirables qui peuvent également participer à la dégradation de leur qualité de vie, tels que la confusion (7), la somnolence, la constipation, des hallucinations, une accoutumance... L'usage de méthodes non médicamenteuses à visée antalgique permet donc de diminuer ces effets indésirables, et ces méthodes sont d'autant plus efficaces si elles permettent de diminuer la consommation d'antalgiques chez ces patients, et donc les effets indésirables liés aux traitements antalgiques.

Les soins de socio-esthétique ont déjà démontré, dans diverses études, une amélioration du bien-être des patients ou de leurs accompagnants. Ces études, menées respectivement sur des patients de Soins palliatifs en ambulatoire, des patients de Gériatrie en ambulatoire, les aidants des patients en Soins Palliatifs et les aidants des patients en Gériatrie, montraient de manière prospective à l'aide de questionnaires que les différents patients étaient satisfaits des soins de socio-esthétique reçus, et qu'ils en avaient perçu une amélioration de leur qualité de vie (8-11). D'autres méthodes non médicamenteuses ont déjà démontré une efficacité dans la prise en charge de la douleur chez les patients en Soins palliatifs, tels que la musicothérapie (12), l'art-thérapie (13), et l'hypnose (14).

Très peu d'études ont été faites afin de démontrer un effet antalgique aigu de la socio-esthétique chez les patients atteints de cancer (15,16). Ces études prospectives évaluaient la douleur des patients avant et après une séance de socio-esthétique, à l'aide d'un questionnaire utilisant une échelle numérique pour quantifier la douleur. En revanche, aucune étude évaluant l'effet antalgique de la socio-esthétique chez les patients hospitalisés en USP n'a été réalisée, et aucune étude n'a recherché si l'effet antalgique était associé à une diminution de prise des interdoses des traitements antalgiques.

Il existe peu d'études permettant de prouver une épargne antalgique grâce à des méthodes non-médicamenteuses. La seule retrouvée dans la littérature montre que la TENS permet une épargne thérapeutique antalgique chez les patients ayant des douleurs articulaires et musculosquelettiques chroniques (17).

Existe-il une épargne médicamenteuse antalgique chez les patients en USP après une séance de socio-esthétique ?

MÉTHODES

1. Design de l'étude

Nous avons fait une analyse quantitative, monocentrique, rétrospective, sur analyse de dossier des patients. Nous avons étudié les dossiers des patients en USP au CHU d'Angers, où une socio-esthéticienne intervient tous les jeudis auprès des patients qui le souhaitent. Nous avons comparé la prise d'antalgiques des patients sur deux périodes de 24h : la journée avant (mercredi) et celle du passage de la socio-esthéticienne (jeudi). La période « avant socio-esthéticienne » était du mercredi 6h au jeudi 6h, et la période « après socio-esthéticienne » était du jeudi 6h au vendredi 6h. Les patients étaient donc leurs propres témoins.

Par mesure de simplification, nous allons par la suite parler des périodes « avant socio-esthéticienne » et « après socio-esthéticienne », mais en réalité, il s'agit plutôt d'une « journée sans socio-esthéticienne » que nous comparons à une journée « avec socio-esthéticienne ». Notre étude étant rétrospective, nous n'avons pas pu recueillir l'heure de passage de la socio-esthéticienne.

2. Population étudiée

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients majeurs hospitalisés en USP au CHU d'Angers, sur une période allant de janvier 2024 à août 2024, ayant eu au moins une séance avec la socio-esthéticienne et ayant été présents dans l'unité sur la période de 48h du mercredi 6h au vendredi 6h ayant encadré cette séance. Les patients ne devaient pas avoir eu de modification de leur traitement antalgique de fond sur cette même période.

Au cours de l'étude, nous avons dû exclure un patient qui avait une PCA de Morphine en raison des relevés des nombres de bolus administrés à des heures non fixes, et deux patientes ayant également reçu des soins auprès d'une autre socio-esthéticienne que celle du service.

Concernant les patients restés plusieurs semaines en Unité de Soins Palliatifs et ayant donc rencontré la socio-esthéticienne à plusieurs reprises, s'ils respectaient toujours les critères d'inclusion et de non-inclusion, nous les avons inclus pour chaque séance avec la socio-esthéticienne comme un nouveau patient.

Concernant les doses de traitement antalgique de fond, en raison de la grande diversité de molécules et de voies d'administration, nous avons converti les doses des traitements opioïdes en équivalent morphine orale.

3. Utilisation du Score Antalgique

Pour cette étude, nous avons voulu comparer les interdosés d'antalgiques administrés aux patients avant et après le passage de la socio-esthéticienne. Les doses de ces antalgiques étant très dépendantes de la posologie d'antalgiques de fond et donc très variables d'un patient à l'autre, nous avons décidé de créer un score d'antalgique prenant en compte la molécule utilisée, sans considérer la dose utilisée. Pour ce faire, nous nous sommes inspirées d'une étude portant sur l'épargne antalgique grâce à la TENS (17). Nous avons donc procédé ainsi, en nous basant sur les différents paliers d'antalgiques :

- Paracétamol ou Spasfon ou Nefopam = 1 ;
- Codéine ou Tramadol = 2 ;
- Morphine ou Oxycodone ou Fentanyl = 3 ;
- Kétamine = 4.

La Kétamine, psychotrope parfois utilisé en soins palliatifs pour son effet antalgique dans les douleurs en cas de douleurs réfractaires aux antalgiques de palier 3 habituels, a été codée à 4 en raison de son puissant effet antalgique.

Ainsi, pour calculer le Score Antalgique, nous avons additionné le nombre de prises d'interdosés en prenant en compte le score déterminé ci-dessus pour chaque molécule.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires et analyse de données

La taille de l'échantillon prévue pour mettre en évidence une différence du Score Antalgique de 1 et d'un écart type de la différence de 1,95 (calculé en se basant sur un échantillon de données), avec une puissance de 80 % et au risque $\alpha = 0,05$, était de 60 sujets, chaque patient étant son propre témoin.

Nous avons analysé les données en réalisant un test t de Student pour données appariées, à l'aide du site Biostatgv.

5. Objectif principal et objectifs secondaires

Notre objectif principal était de démontrer une diminution du Score Antalgique sur la journée du passage de la socio-esthéticienne, comparé à un jour sans.

Secondairement, nous avons également voulu rechercher si cet effet était retrouvé différemment dans différents sous-groupes, en fonction du sexe du patient, de sa pathologie principale justifiant d'une admission en USP, de son traitement antalgique de fond, et de l'intensité du Score Antalgique avant le passage de la socio-esthéticienne.

6. Soins de socio-esthétique

Les soins étaient prodigués par la socio-esthéticienne rattachée au service de Soins Palliatifs du CHU d'Angers, qui était donc toujours la même professionnelle. Le type de prestation était laissé au choix du patient : massage du visage, du dos, des mains, des jambes, soins de beauté du visage, manucure... Les soins étaient réalisés en chambre du patient ou en salle de relaxation Snoezelen et duraient entre 30 minutes et 1h.

7. Dispositions réglementaires

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique du CHU d'Angers, et a été enregistrée sous le numéro 2024-192. Nous avons également eu la validation de la CNIL, sous le numéro d'enregistrement ar24-0092v0.

RÉSULTATS

Nous avons pu analyser les données de 60 patients, dont 30 femmes et 30 hommes (*Tableau I*). La moyenne d'âge était d'environ 70,87 ans. La majorité des patients étaient principalement hospitalisés dans le cadre d'une pathologie cancéreuse (63%). Plus de la moitié des patients (52%) n'avaient aucun traitement antalgique de fond. On remarque également qu'aucun patient n'avait de traitement de fond par Codéine, Tramadol ou Kétamine. Les antalgiques les plus souvent utilisés en traitement de fond étaient d'abord le Paracétamol (25%), puis la Morphine (18%) et l'Oxycodone (8%).

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

Analyse de la population	
Hommes/Femmes	30/30
Moyenne d'âge	70,866667
Pathologie principale	
1. Cancer	38 (63%)
2. Maladie neuro-dégénérative	12 (20%)
3. Insuffisance d'organe avec LAT	3 (5%)
4. Autre	7 (12%)
Traitement de fond : molécules utilisées	
Paracétamol	15 (25%)
Nefopam	2 (3%)
Spasfon	4 (6%)
Codéine	0 (0%)
Tramadol	0 (0%)
Morphine	11 (18%)
Oxycodone	5 (8%)
Fentanyl	1 (1%)
Kétamine	0 (0%)
Aucun traitement de fond	31 (52%)

Dans l'ensemble de la population d'étude (*Figure 1*), le Score Antalgique (SA) avant soins de socio-esthétique était de 1,8 (écart-type 0,36) et après soins de socio-esthétique de 1,86667 (écart-type 0,38). Ce résultat ne révèle donc pas de différence significative, avec une p-value de 0,829.

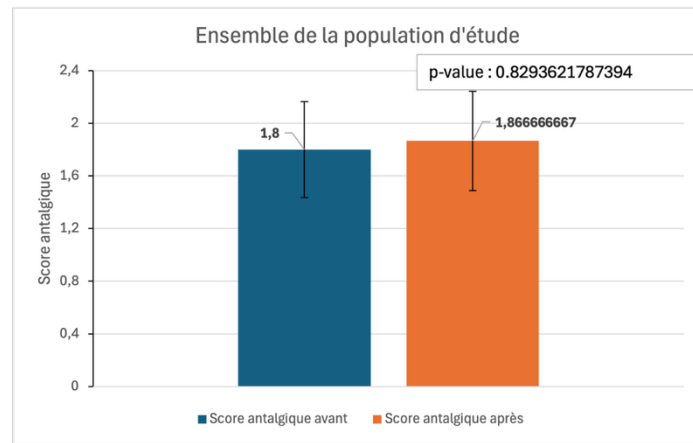


Figure 1. Comparaison des moyennes et écart-types des Scores Antalgiques avant et après soins de socio-esthétique dans l'ensemble de la population d'étude. N=60

La quasi-totalité des analyses en sous-groupes (*Figure 2*) ne montrent pas de différence supérieure à 1 entre les moyennes des SA avant et après soins de socio-esthétiques.

Le seul sous-groupe montrant une différence de SA supérieure à 1 est le sous-groupe « Score Antalgique avant soins de socio esthétique ≥ 5 », contenant 11 patients. Dans ce sous-groupe, nous avons un SA avant soins de socio-esthétique de 6,91 et après soins de socio-esthétiques de 5,09.

Les résultats de ce sous-groupe sont contrebalancés par ceux du sous-groupe opposé, « Score Antalgique avant les soins de socio-esthétique < 5 », avec 49 patients. Dans ce sous-groupe, le SA avant soins de socio-esthétiques est de 0,65, puis de 1,14 après soins de socio-esthétiques.

Chez les patients dont la pathologie principale ayant mené à l'hospitalisation en USP est un cancer, (38 patients), nous ne trouvons pas non plus de différence du SA avant et après soins de socio-esthétique. Dans cette sous-population, le SA avant soins de socio-esthétique est de 1,97, et le SA après est de 2,34.

Chez les patients ayant un traitement antalgique de fond, c'est-à-dire 29 des patients de notre étude, nous ne trouvons pas non plus de différence du SA avant et après soins de socio-esthétique (2,90 avant versus 2,51 après).

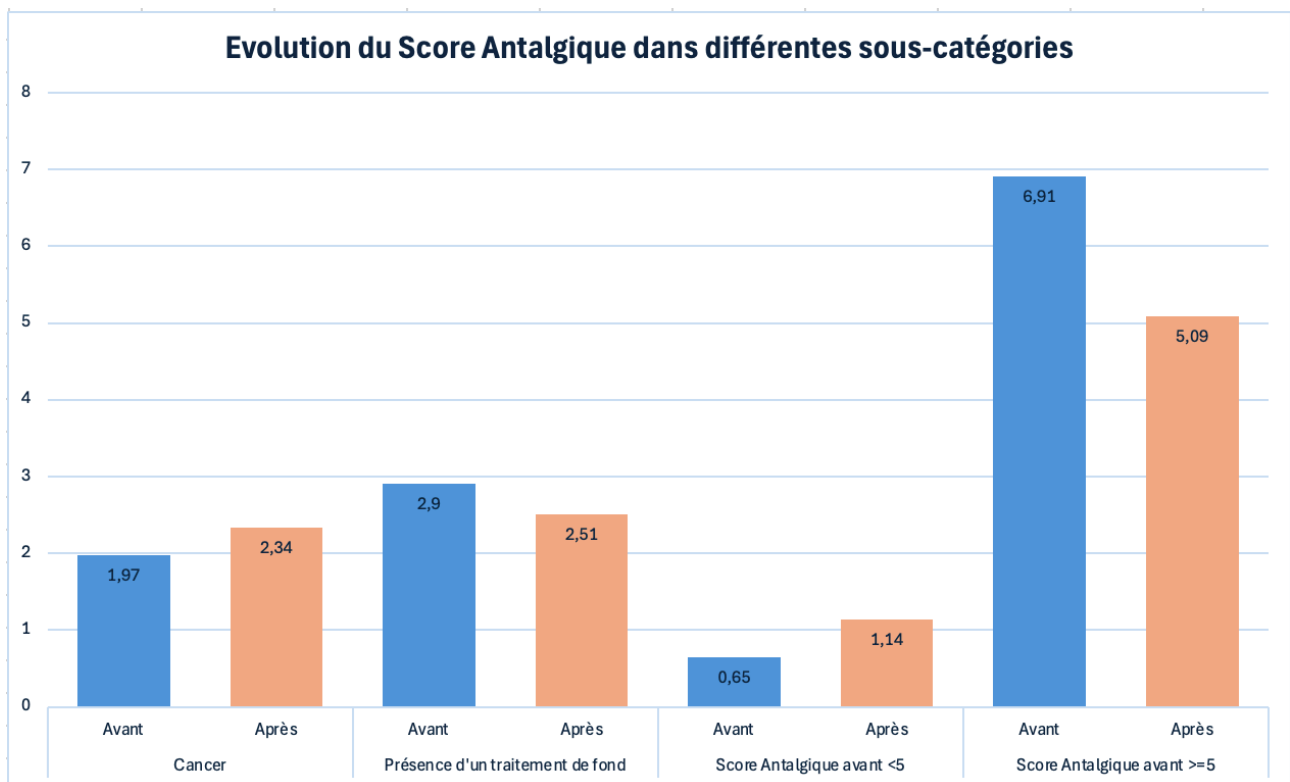


Figure 2. Évolution du Score Antalgique avant et après le passage de la socio-esthéticienne dans différents sous-groupes

Concernant les 11 patients avec un SA avant soins de socio-esthétique supérieur ou égal à 5, on remarque que 7 d'entre eux avaient un antalgique de palier 3 en traitement de fond (6 patients avec Morphine, 1 patient avec Oxycodone), avec des doses très variables allant de 6 à 600 mg d'équivalent morphine orale/24h. Ces patients étaient également consommateurs d'interdoses de palier 3 avant soins de socio-esthétique pour 10 d'entre eux (8 patients avec Morphine, 1 patient avec Oxycodone et 1 patient avec Fentanyl) (*Tableau II*). En comparant cette sous-catégorie à l'ensemble de la population de notre étude, on remarque que les patients ayant un $SA \geq 5$ ont plus souvent un cancer que la population d'ensemble, et ont un traitement antalgique de fond comprenant plus souvent des antalgiques de palier 3.

Tableau II. Détail de la consommation antalgique des 11 patients ayant un Score Antalgique avant \geq 5. Chaque ligne représente un patient. SA = Score Antalgique. Les interdoses sont mesurées en nombre d'interdoses reçues. Pour les traitements de fond : Paracétamol en g/24h, Nefopam en mg/24h, Spasfon en mg/24h, Morphine et Oxycodone en mg/24h d'équivalent morphine orale.

SA avant	Interdoses avant					SA après	Interdoses après					Traitement de fond					
	Paracétamol	Nefopam	Morphine	Oxycodone	Fentanyl		Paracétamol	Nefopam	Morphine	Oxycodone	Fentanyl	Paracétamol	Nefopam	Spasfon	Morphine	Oxycodone	Fentanyl
6					2	6					2	3			600		
6	4	2				7	2	2	1								
6	3		1			9	3		2						48		
6			2			0						3			6		
5		2		1		1		1				3				22	
5	2		1			5	2		1								
5	2		1			3			1						60		
8	2		2			8	2		2				480	60			
6			2			3			1			3					
12			4			6			2			4			24		
11	2		3			8	2		2				240				

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre étude ne retrouve pas de différence dans la consommation d'antalgiques après le passage de la socio-esthéticienne, comparativement à avant. Pourtant, nous constatons à la fois en pratique clinique et dans les données de la littérature (15,16) que les patients se disent moins douloureux après une séance de socio-esthétique.

1. Limites et forces de l'étude

Notre étude présente certaines limites. Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique. Nous n'avons pas pu recueillir l'heure de passage de la socio-esthéticienne, alors que nous ne savons pas combien de temps dure un éventuel effet antalgique de ces soins : nous avons choisi arbitrairement une période de 24h avant et après les soins, mais peut-être qu'une période d'observation plus longue ou, au contraire, plus courte, aurait été davantage pertinente.

Notre étude comporte plusieurs forces. Pour commencer, l'utilisation d'un Score Antalgique se basant sur les paliers des antalgiques utilisés semble pertinent cliniquement, car il permet à la fois de comparer des patients ayant des doses de fond d'antalgiques très différents les uns des autres, et permet également de faire ressortir la différence de puissance des différents antalgiques utilisés. Ce Score Antalgique nous a été inspiré par une étude portant sur l'épargne antalgique grâce à la TENS (17). De plus, le recueil des données a été exhaustif en termes de traitements antalgiques, nous avons pu recueillir les données concernant tous les traitements antalgiques reçus par les patients grâce à leur dossier médical informatisé sans donnée manquante. Il est également à noter que certains traitements antalgiques, notamment les traitements opioïdes, sont parfois utilisés à visée eupnéisante dans les situations de fin de vie, ce qui aurait pu être un facteur de confusion dans notre étude. Cependant, dans l'USP du CHU d'Angers, les prescriptions font la distinction entre les traitements opioïdes à administrer « si douleur » ou « si dyspnée ». Pour notre étude, nous n'avons pris en compte que les traitements administrés « si douleurs », et donc nos résultats ne sont pas faussés par les éventuels traitements antalgiques donnés à visée eupnéisante. Enfin, il s'agit d'un sujet assez novateur car très peu d'études ont été faites sur les soins de socio-esthétique et leurs effets antalgiques. Ce dernier point est à la fois une force et une faiblesse, car ayant très peu d'études de référence, voire aucune concernant les soins de socio-esthétique en USP, nous avons dû tâtonner pour trouver une méthodologie correspondant à notre hypothèse initiale. Cette étude permet une première étape d'identification des facteurs pouvant biaiser et influencer la consommation d'antalgiques dans le

contexte d'une séance de socio-esthétique. Elle met la lumière sur de nombreux biais, que nous n'avions pas mesuré, notamment un biais de sélection avec une population sur les six mois de recrutement finalement peu douloureuse.

2. Focus sur la population étudiée et sur la consommation d'antalgiques

2.1. Caractéristiques démographiques habituelles en USP

D'après les chiffres nationaux de 2018, parmi les patients hospitalisés en soins palliatifs (ce qui regroupe à la fois les patients hospitalisés dans les services hospitaliers de médecine et chirurgie pour des motifs de soins palliatifs, mais également ceux en SSR ou en HAD), 51% des patients sont des hommes, contre 49% de femmes (18). Cette prédominance masculine est observée sur l'ensemble des classes d'âge excepté entre 30 et 50 ans et après 85 ans. L'âge moyen des patients hospitalisés en soins palliatifs est de 74 ans chez les hommes et de 77 ans chez les femmes.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques de notre population d'étude, en termes de répartition des sexes, nous sommes exactement à 50% de femmes et 50% d'hommes. En revanche, notre moyenne d'âge de 70 ans (plus précisément, 70 ans chez les hommes et 71 ans chez les femmes) nous montre que notre population semble plus jeune que la population habituelle en soins palliatifs.

Notre population d'étude semble également refléter les pathologies habituellement rencontrées en Unité de Soins Palliatifs, avec une prédominance des pathologies cancéreuses, très pourvoyeuses de douleurs, suivies par des maladies neuro-dégénératives, généralement moins douloureuses.

Nous voyons donc que les caractéristiques démographiques de notre population d'étude sont relativement semblables à celles des patients habituels de soins palliatifs. En revanche, nous avons été surpris par la faible consommation d'antalgiques dans notre population, bien que nous n'ayons pas de chiffres précis à notre disposition afin de pouvoir comparer notre population à celle habituelle en soins palliatifs à l'échelle nationale.

2.2. Soins palliatifs et consommation d'antalgiques

La majorité des chiffres à notre disposition concerne la consommation d'antalgiques dans la population générale en ville et à l'hôpital. Cependant, la population générale de ville n'est évidemment pas du tout

comparable à la population d'une Unité de Soins palliatifs, chez qui on peut s'attendre à une plus grande consommation d'antalgiques qu'en population générale. En 2017, l'antalgique opioïde le plus consommé en France était le Tramadol, en ville comme à l'hôpital, puis la Codéine en association et la poudre d'Opium associée au Paracétamol. Viennent ensuite la Morphine, premier antalgique opioïde fort, puis l'Oxycodone. À l'hôpital, le Morphine représente en 2017, 50 % de la consommation d'antalgiques opioïde fort, suivie de près par l'oxycodone (37 %), avec une consommation de Morphine de l'ordre de 0,23 dose définie journalière/1000 habitants/jour. (19) On voit donc que les antalgiques les plus consommés par la population générale hospitalière sont les antalgiques de palier 2, ce qui ne correspond pas à notre population d'étude en USP, car aucun de nos patients n'a d'antalgique de palier 2. Ceci qui peut facilement s'expliquer par le fait que ce sont des antalgiques qui sont souvent mal tolérés, notamment chez les patients âgés chez qui ils ne sont pas recommandés. En USP, la majorité des patients sont âgés, comme l'a indiqué notre moyenne d'âge de 70 ans, c'est-à-dire une population dans laquelle l'usage d'antalgiques de palier 2 n'est pas recommandée. Quant à nos quelques patients jeunes, lorsqu'ils ont des douleurs, il s'agit généralement de douleurs cancéreuses qui nécessitent des antalgiques de palier 3 pour être soulagées.

On estime qu'environ 50 à 60% des patients ayant une pathologie cancéreuse souffrent de douleurs (20), que ce soit un lien avec la pathologie tumorale, avec les traitements du cancer ou avec d'autres comorbidités. Ces douleurs nécessitent très souvent des traitements antalgiques de palier 3 pour être soulagées, parfois à de fortes doses, notamment chez les patients relevant principalement de soins palliatifs (3-5). Les doses de traitement opioïdes varient selon les études, avec par exemple, dans une étude italienne de 2010 menée en Unité de Soins Palliatifs, des traitements opioïdes de 170 mg d'équivalent morphine orale une semaine avant le décès, augmentant jusqu'à 262 mg d'équivalent morphine orale le jour du décès (3). Certaines études suggèrent même d'initier les traitements opioïdes dès le début du traitement des douleurs afin d'obtenir plus rapidement une efficacité antalgique (6). En effet, le soulagement des douleurs cancéreuses est primordial dans l'accompagnement de ces patients, malgré les risques d'effets indésirables liés aux opioïdes, notamment la confusion (7), la sédation, l'accoutumance, les hallucinations, la constipation...

2.3. Une population d'étude peu douloureuse

Plusieurs données suggèrent que notre population d'étude semble peu douloureuse comparativement à ce que l'on peut attendre d'une population d'Unité de Soins Palliatifs. Pour commencer, 52% de nos patients

n'avaient aucun traitement antalgique de fond et, parmi les 29 patients ayant un traitement antalgique de fond, seuls 17 avaient un antalgique de palier 3 parmi leur traitement de fond, soit uniquement 28% de notre population d'étude, ce qui semble peu pour des patients d'Unité de Soins Palliatifs. Les patients avec un traitement antalgique de fond par Morphine n'avaient que 81 mg d'équivalent morphine orale par jour en moyenne, et ceux traités par Oxycodone en traitement de fond avaient une dose moyenne d'équivalent morphine orale à 27 mg par jour uniquement.

De plus, aucun patient n'avait de la Kétamine, que ce soit en traitement de fond antalgique ou en interdoses. L'usage de la Kétamine en Unité de Soins Palliatifs se fait lors d'une persistance de la douleur malgré un traitement antalgique de palier 3 bien conduit : l'absence de Kétamine dans les traitements de notre population d'étude pourrait signifier que les patients étaient suffisamment soulagés par les traitements antalgiques qu'ils avaient. L'absence de Kétamine dans notre population n'est pas particulièrement étonnante, car il s'agit d'un antalgique assez rarement utilisé car ayant de nombreux effets indésirables, notamment des troubles psychodysléptiques avec des hallucinations anxiogènes, et elle n'est donc utilisée que lorsque toutes les autres ressources ont été inefficaces.

Cette faible consommation d'antalgiques pour une population d'USP peut s'expliquer par les critères d'inclusion de notre étude, notamment par le fait que les traitements antalgiques de fond ne devaient pas avoir été modifiés au cours de notre période d'observation de 48h. Les patients douloureux ont généralement de nombreuses adaptations de leurs thérapeutiques au cours de leur séjour en USP, et cette méthodologie peut avoir causé un biais de sélection en écartant certains des patients les plus douloureux.

Il est à noter également que nous n'utilisons que très rarement les anti-inflammatoires non stéroïdiens en Unité de Soins Palliatifs, en raison de leurs fréquents effets indésirables et contre-indications chez ces patients polyopathologiques et souvent âgés. En revanche, il arrive d'utiliser des anti-inflammatoires stéroïdiens type corticoïdes, mais pour diverses indications, et pas uniquement à visée antalgique. Par exemple, ils peuvent servir à visée eupnéisante dans les cas de lymphangite carcinomateuse, ou afin de réduire l'œdème cérébral dans les pathologies cancéreuses neurologiques. Ils n'ont donc pas été relevés ici comme des antalgiques.

Enfin, 49 patients, donc 81% de notre population étudiée, avait un Score Antalgique < 5 avant les soins de socio-esthétique, ce qui est plutôt faible, dont 34 (56% de la population étudiée) avaient un Score Antalgique à 0 avant les soins de socio-esthétique. Ceci semble indiquer que notre population était indolore ou suffisamment soulagée par son traitement antalgique de fond, ce qui ne permet pas de démontrer une diminution du Score Antalgique. Comme le suggère le résultat du sous-groupe de patients ayant un Score Antalgique ≥ 5 avant soins

de socio-esthétique, avec, dans ce sous-groupe, une diminution du Score Antalgique avant et après les soins de socio-esthétique supérieure à 1, on peut se demander si les soins de socio-esthétique ne sont pas particulièrement efficaces pour diminuer la prise d'interdoses d'antalgiques dans cette population plus douloureuse. Dans notre étude, ce sous-groupe a un faible effectif de 11 patients, ne permettant pas de conclure à un effet d'épargne antalgique par les soins de socio-esthétique dans cette population, néanmoins, une étude portant sur ces patients plus douloureux pourrait être intéressante à réaliser.

3. Conclusion et pistes de réflexion

Notre étude ne montre pas de différence significative dans la consommation d'antalgique chez les patients d'USP par la réalisation d'un soin de socio-esthétique. Plusieurs hypothèses s'offrent à nous pour expliquer cette absence de diminution. Peut-être qu'un effet ne s'observe que chez les patients ayant déjà une consommation élevée d'interdoses d'antalgiques, comme nous pouvons le voir dans les analyses en sous-groupe. En effet, le seul sous-groupe chez qui on observe une diminution du Score Antalgique est celui des patients ayant un Score Antalgique ≥ 5 avant les soins de socio-esthétique, mais nous n'avons que 11 patients dans ce sous-groupe, ce qui ne nous permet pas de conclure. Il serait intéressant de pouvoir mener une étude supplémentaire sur cette catégorie de patients en particulier.

Il serait également intéressant de conduire une étude prospective avec un plus large recueil d'informations, notamment pour observer l'évolution de la douleur dans les heures qui suivent le passage de la socio-esthéticienne et donc l'éventuelle période d'efficacité des soins de socio-esthétique. Peut-être également qu'une étude plus qualitative, avec un entretien auprès des patients avant et après soins de socio-esthétique, pourrait faire ressortir des notions intéressantes.

Peut-être que l'effet antalgique de la socio-esthétique agit essentiellement sur la part psychique de la douleur, mais pas sur sa part physique, ce qui pourrait expliquer que nous ne constatons pas une diminution de la prise d'interdoses d'antalgiques. En effet, il existe différentes composantes à la douleur : une composante nociceptive, due aux pathologies des patients (ici, principalement les douleurs cancéreuses), mais également les composantes émotionnelle, cognitive, et comportementale. La socio-esthétique a probablement un effet sur ces dernières composantes qui, par nature, sont moins quantifiables que la composante nociceptive sur laquelle agissent les antalgiques. Le design de notre étude, rétrospective et quantitative, ne permet pas d'évaluer une donnée qui n'est peut-être pas mesurable.

Enfin, réaliser une étude similaire, mais étudiant la consommation d'anxiolytiques, pourrait être intéressante, surtout si l'on considère que l'effet antalgique des soins de socio-esthétique est davantage marqué sur la part psychologique, émotionnelle, de la douleur que sur la part nociceptive. En effet, peut-être que la socio-esthétique est davantage efficace pour diminuer les angoisses que pour diminuer les douleurs, puisqu'il s'agit d'un soin global, holistique, prenant en compte l'intégralité du patient et non uniquement sa douleur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Krakowski I, Dorval É, Meyer N, Nallet G, Bouchand P, Ellien F. Axes opportuns d'évolution du panier de Soins oncologiques de support.
2. SFAP – La définition des soins palliatifs [Internet]. SFAP. [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.sfap.org/soins-palliatifs-fin-de-vie/sinformer-sur-les-soins-palliatifs/definitions/>
3. Mercadante S, Ferrera P, Casuccio A. The use of opioids in the last week of life in an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. déc 2010;27(8):514-7.
4. Tarot A, Delorme J, Authier N, Guastella V. Prescription d'opioïdes pour les patients atteints de cancer avec métastases osseuses ; étude pharmaco-épidémiologique nationale transversale. *Bull Cancer (Paris)*. 1 déc 2021;108(12):1120-5.
5. Twycross RG, Bergl S, John S, Lewis K. Monitoring drug use in palliative care. *Palliat Med*. 1994;8(2):137-43.
6. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardis M, Aloisio L, Mazzei A, Paladini A, et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage*. mai 2004;27(5):409-16.
7. Yoo SH, Kang J, Kim HJ, Lee SW, Hong M, Jung EH, et al. Opioid use and subsequent delirium risk in patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter registry study. *Sci Rep*. 12 mars 2024;14(1):6004.
8. Martini J. Soins de socio-esthétique: impact sur la prise en charge des patients en soins palliatifs en ambulatoire au sein du réseau Ensemble [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne ; 2020-...., France]: Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2020.
9. Beauville-Robert S. Socio-esthétique et hypnose. Thérapeutiques ambulatoires proposées à la population gériatrique de l'association NEXUMEA. Evaluation de l'impact de ces soins auprès de ces « usagers » [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne ; 2020-...., France]: Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2023.
10. Hovaere M. L'hypnose et la socio-esthétique pour les aidants: étude pilote du réseau de soins palliatifs et cancérologiques ensemble à Paris [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne ; 2020-...., France]: Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2020.
11. Elmensi R. Socio-esthétique et hypnose: thérapeutiques ambulatoires proposées aux aidants de la population gériatrique suivie par l'association NEXUMEA [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne ; 2020-...., France]: Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2023.
12. Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. mai 2013;45(5):822-31.
13. Collette N, Güell E, Fariñas O, Pascual A. Art Therapy in a Palliative Care Unit: Symptom Relief and Perceived Helpfulness in Patients and Their Relatives. *J Pain Symptom Manage*. janv 2021;61(1):103-11.
14. Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative

care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med.* janv 2018;7(1):17-31.

15. Buiret G, Sandomato S, Chidiac F, Lantheaume S. Effets antalgiques de la socio-esthétique chez les patients atteints de cancer. *Bull Cancer (Paris)*. nov 2021;108(11):1030-5.

16. Buiret G, Sandomato S, Chidiac F. Effet antalgique aigu en postopératoire immédiat de la socioesthétique en cancérologie des voies aérodigestives supérieures. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* sept 2021;22(4):195-9.

17. Guy M, Juhel C, Rigaudier F, Foucher C, Mayeux G, Sichère P, et al. Mise en évidence d'une épargne thérapeutique antalgique grâce à l'utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée pour le soulagement des douleurs articulaires et musculosquelettiques chroniques : essai contrôlé, randomisé, conduit en ouvert et en cross-over. *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 sept 2021;22(4):175-86.

18. ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Internet]. [cité 18 août 2025]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/>

19. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques.

20. Delorme T. Épidémiologie de la douleur en cancérologie, conséquences sur l'organisation des soins. *Douleur Analgésie.* 2019;32(1):3-8.

LISTE DES FIGURES

Figure 1	9
Figure 2	10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	8
Tableau II	11

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	4
1. Design de l'étude.....	5
2. Population étudiée.....	5
3. Utilisation du Score Antalgique.....	6
4. Calcul du nombre de sujets nécessaires et analyse de données.....	6
5. Objectif principal et objectifs secondaires.....	7
6. Soins de socio-esthétique.....	7
7. Dispositions réglementaires	7
RÉSULTATS	8
DISCUSSION ET CONCLUSION	12
1. Limites et forces de l'étude.....	12
2. Focus sur la population étudiée et sur la consommation d'antalgiques.....	13
2.1. Caractéristiques démographiques habituelles en USP.....	13
2.2. Soins palliatifs et consommation d'antalgiques.....	13
2.3. Une population d'étude peu douloureuse.....	14
3. Pistes de réflexion.....	16
BIBLIOGRAPHIE	18
LISTE DES FIGURES	20
LISTE DES TABLEAUX.....	21
TABLE DES MATIERES	22

L'épargne antalgique par les soins de socio-esthétique chez les patients en Unité de Soins Palliatifs

RÉSUMÉ

Introduction

Les patients hospitalisés en Unité de Soins Palliatifs (USP) bénéficient d'une prise en charge complexe visant à améliorer leur confort et à réduire leur douleur. Parmi les soins proposés, les soins de socio-esthétique permettent une diminution de la douleur d'après la littérature. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la consommation antalgique dans cette étude pour savoir si les soins de socio-esthétique diminuaient la consommation d'antalgiques sur la journée de leur réalisation.

Méthodes

Nous avons mené une étude quantitative, rétrospective et monocentrique à l'USP du CHU d'Angers, basée sur l'analyse des dossiers des patients. L'objectif était d'évaluer leur consommation d'interdoses d'antalgiques. Pour cela, nous avons établi un Score Antalgique, fondé sur les paliers d'antalgiques : Paracétamol, Spasfon ou Nefopam = 1 ; Codéine ou Tramadol = 2 ; Morphine, Oxycodone ou Fentanyl = 3 ; Kétamine = 4. Nous avons comparé ce score la veille et le jour du passage de la socio-esthéticienne. Notre objectif principal était de rechercher une diminution du Score Antalgique le jour de l'intervention de la socio-esthéticienne, par rapport à un jour sans intervention.

Résultats

Nous avons analysé les données de 60 patients. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre le Score Antalgique avant (1,8) et après (1,867) le passage de la socio-esthéticienne. Cependant, une différence a été constatée dans le sous-groupe « Score antalgique avant soins ≥ 5 », suggérant une possible épargne antalgique chez les patients les plus douloureux.

Conclusion

Aucune diminution du Score Antalgique n'a été observée avant et après le passage de la socio-esthéticienne. Cependant, il serait intéressant de mener des études complémentaires ciblant les patients avec une consommation élevée d'interdoses d'antalgiques, afin d'évaluer si les soins de socio-esthétique pourraient permettre une épargne antalgique dans cette population.

Mots-clés : socio-esthétique, soins palliatifs, épargne antalgique, douleur

Analgesic saving by the socio-aesthetic care among Palliative Care Unit Patients

ABSTRACT

Introduction

Patients in Palliative Care Units (PCU) receive complex care aimed at improving their comfort and reducing pain. Among the cares offered, socio-aesthetic care allows a pain diminution according to literature. We were particularly interested by the analgesic consumption in this study to know if the socio-aesthetic care led to a diminution of the analgesic consumption on the day of their realization.

Methods

We conducted a quantitative, retrospective, single-center study at the PCU of Angers University Hospital, based on the analysis of patient records. The aim was to assess their use of analgesic interdoses. To do this, we established an Analgesic Score based on analgesic levels: Paracetamol, Spasfon, or Nefopam = 1; Codeine or Tramadol = 2; Morphine, Oxycodone, or Fentanyl = 3; Ketamine = 4. We compared this score the day before and the day of the socio-aesthetician's visit. Our primary goal was to investigate whether there was a reduction in the Analgesic Score on the day of the socio-aesthetician's intervention compared to a day without intervention.

Results

We analyzed data from 60 patients. No statistically significant difference was observed between the Analgesic Score before (1.8) and after (1.867) the socio-aesthetician's visit. However, there was a difference in the subgroup "Analgesic score before care ≥ 5 ," suggesting a possible analgesic saving among the most painful patients.

Conclusion

No reduction in the Analgesic Score was observed before and after the socio-aesthetician's visit. However, it would be interesting to conduct further studies targeting patients with high analgesic interdose use, to assess whether socio-aesthetic care could allow for analgesic saving in this population.

Keywords : socio-aesthetic, palliative care, analgesic saving, pain