

Les 3èmes rencontres du Réseau OncoLoiret

Mardi 17 novembre 2009

14h00 - 17h00

À L'AUDITORIUM DU MUSÉUM DES SCIENCES
NATURELLES D'ORLÉANS,
6 RUE MARCEL PROUST.

www.cancer-loiret.info

Le Résumé des Communications

Organisées par

OncoLoiret

Réseau de cancérologie au service du patient

Arh
Association
Régionale
de
Hématologie

urcam
Union
Régionale
de
Cancérologie
de
la
Région
de
Champagne
et
de
Brie

Avec le soutien de :



GlaxoSmithKline



NOVARTIS



amoena

Un grand merci à la Ville d'Orléans

Programme - Sommaire

14h00 - 14h15 : Accueil

14h15 - 15h15

Prise en charge d'un patient sous chimiothérapie

Docteur Jérôme Meunier Oncologue Médical CHR d'Orléans

15h15 - 15h35 : Pause

15h35 - 16h10

La socio-esthétique : un nouveau métier

*Mme Elisabeth de Loynes & Mme Emilie Riffet
Socio-esthéticiennes OncoLoiret*

16h10 - 16h50

Le travail en réseau : l'exemple du
socio-génogramme

*Mme Christine Léon-Guérin Psychologue Clinicienne et
Thérapeute Familiale Orléans*

Prise en charge des patients sous chimiothérapie anti-cancéreuse

Docteur Jérôme Meunier
Oncologue Médical
CHR d'Orléans

➤ La chimiothérapie

- > Terme générique utilisé pour décrire l'ensemble des traitements médicaux du cancer par voie injectable (IV, IM, SC, IP) ou par voie orale
- > fausse opposition aux thérapeutiques de développement récent dites « ciblées »
- > Le terme « chimiothérapie » est-il encore d'actualité en 2009 ?
 - > Oui, car :
 - Les produits chimiothérapeutiques « historiques » ont toujours une place importante dans les traitements médicaux des cancers
 - Les nouveaux composés disponibles depuis 2000 sont tous issus de la recherche pharmacologique et de l'ingénierie chimique
- > Le terme « chimiothérapie » est-il encore d'actualité en 2009 ?
 - > NON pour désigner l'ensemble des traitements anti-cancéreux médicamenteux, car :
 - Les cibles visées se sont diversifiées, DONC, les effets secondaires rencontrés sont multipliés
 - Les cibles visées sont devenues plus spécifiques des cellules cancéreuses
 - Les effets secondaires sont différents avec les plus récents composés EN PARTICULIER, diminution des effets secondaires « historiques » vomissements et chute des cheveux
 - La voie d'administration est de plus en plus souvent orale DONC, moins de séjours hospitaliers, passage obligé avec les chimio « historiques »
 - Les extra-hospitaliers ont donc un rôle accru

Evolutions de l'organisation d'un service d'oncologie médicale

- > Stabilité de l'hospitalisation conventionnelle, toujours indiquée pour :
 - > Certaines chimios nécessitant
 - une surveillance
 - et/ou des modalités d'administration prolongées (cisplatine, ifosfamide)
 - > La réalisation des traitements chez les patients les plus fragiles
 - > La prise en charge des effets secondaires sévères des traitements anti-cancéreux :
 - Aplasies fébriles
 - Hémorragies,
 - embolies pulmonaires,
 - déshydratations, ...
 - > Les soins palliatifs
- > Augmentation de l'activité ambulatoire (HDJ et consultations)
 - > Grâce à une augmentation du nombre de cas (vieillesse de la population...) et de leur survie
 - > Obtenue grâce à une amélioration de l'efficacité des traitements
 - > Donc, augmentation de la durée de suivi
- ◎ Contrebalancée par une augmentation des prises de traitement à domicile

- ⊙ Donc, légère diminution de la fréquence des passages des patients dans le service hospitalier

Evolutions des traitements anti-cancéreux médicamenteux

Jusqu'en 2000 :

- > **Chimiothérapie intra-veineuse** +++
 - Voie orale : endoxan, chloraminophène, vercyte, hydra, melphalan, étoposide, procarbazine
- > **Immunothérapie par cytokines** (interféron, interleukine 2 ; IV ou SC)
- > **Hormonothérapie**
 - SC, IM : « castration » chimique
 - PO : tamoxifène, anti-androgènes, progestatifs

Depuis 2000...

- ⊙ **Formes orales** de chimiothérapies « classiques »
 - > vinorelbine (Navelbine)
 - > capécitabine (Xeloda)
 - > fludarabine (Fludara)
 - > temozolomide (Temodal)
 - > topotécan (Hycamtin)
- ⊙ Développement de l'**hormonothérapie** orale : anti-aromatases (3 composés)
- ⊙ Quasi-disparition des cytokines
- ⊙ Emergence de chimiothérapies plus « ciblées », en particulier **anti-angiogéniques**

Nouveaux composés depuis 2000

Oraux : presque exclusivement des traitements « ciblés » !!!

- > Les inhibiteurs de tyrosine kinase :
 - Erlotinib (Tarceva)
 - Gefitinib (Iressa)
 - Dasatinib (Sprycel)
 - Imatinib (Glivec)
 - Lapatinib (Tyverb)
 - Nilotinib (Tasigna)
 - Sorafenib (Nexavar)
 - Sunitinib (Sutent)
- > Les inhibiteurs de mTOR : Everolimus (afinitor)
- > Vorinostat (zolinza)
- > ATRA (Vesanoid), lenalidomide (Revlimid), etc.....

Injectables :

- > Anticorps monoclonaux :
 - Cetuximab (Erbix)
 - Panitumumab (Vectibix)
 - Bevacizumab (Avastin)
 - Trastuzumab (Herceptin)
 - Alemtuzumab (Mabcampath)
 - Rituximab (Mabthera)
 - pertuzumab
 - > Inhibiteur du protéasome : Bortezomib (Velcade)
 - > Inhibiteur de mTOR : Temsirolimus (Torisel)
 - > Trois molécules de chimio « classique » (seulement !!) : trabectedine, vinflunine et pemetrexed
 - > Effets indésirables : chimios « classiques »
- > Molécules de chimio « classiques » :

- > atteinte des cellules à **renouvellement rapide** (normales ou cancéreuses)
- > Donc engagées dans le cycle cellulaire
 - Effets sur les cellules (entre autres) :
 - De la moelle osseuse (cytopénies)
 - Des follicules pileux (alopécie)
 - Des muqueuses digestives (mucites, diarrhées...)
 - Des organes de la reproduction (stérilité)

Ce qui compte en pratique pour les patients sous chimiothérapie « classique » :

- > Suivi des paramètres hématologiques (NFS) avant chaque séance
- > Prise en charge des effets digestifs
 - Mucites
 - Nausées et/ou vomissements
 - Diarrhée et/ou constipation
- > Et de leurs conséquences nutritionnelles...
- > Prise en charge de l'alopécie
- > Rechercher une insuffisance rénale (créatinine) ou hépatique (bilirubine) pour certaines molécules

Effets indésirables : ce qui change avec les chimios « ciblées »

- > Thérapeutiques « ciblées » :
 - > Ils dépendent de la ou des cibles
 - > Exemple :
 - Le récepteur à l'EGF, impliqué physiologiquement dans le renouvellement des cellules du revêtement cutané
 - Blocage de l'EGFR □ effets secondaires cutanés au premier plan

Exemple du récepteur à l'EGF

- > Ciblé par :
 - > Des anticorps monoclonaux
 - Cetuximab (Erbix)
 - Panitumumab (Vectibix)
 - > Des inhibiteurs de tyrosine kinase
 - Gefitinib (Iressa)
 - Erlotinib (Tarceva)
 - Lapatinib (Tyverb)
- ⊙ Quelle que soit la molécule utilisée, les effets secondaires sont quasiment les mêmes !!!
 - > Rash acnéiforme
 - > Diarrhée
 Pour les plus fréquents, avec une prise en charge identique
- ⊙ Pour le rash, utilisation curative voire préventive
 - > de crèmes hydratantes (le traitement classique de l'acné empire la situation !),
 - > grasses
 - > et d'antibiotiques (cyclines)

Exemple : Le tosylate de sorafenib ou NEXAVAR® Traitement multicibles par voie orale

- ⊙ **Les effets secondaires** les plus fréquents :
 - diarrhées et troubles gastro-intestinaux (nausées et vomissements, douleurs abdominales, ballonnements)
 - éruptions et desquamation sur peau sèche
 - Syndrome mains –pieds
 - HTA
- ⊙ Les moins fréquents : asthénie, gêne respiratoire, anémie, douleurs osseuses, douleurs au niveau du site tumoral

- ⊙ Ces effets secondaires = interruptions de traitement dans 10% des cas et une adaptation de dose ou une pause dans 20% des cas

Exemple : Le malade de sunitinib ou SUTENT® Traitement multicibles par voie orale

- ⊙ **Les effets secondaires FREQUENTS** : asthénie, troubles gastro-intestinaux (diarrhées, nausées et vomissements, stomatite, douleurs gastriques), modification de la couleur de la peau et des cheveux, xérodémie, dysgueusie, inappétence, poussées d'HTA
- ⊙ **SERIEUX mais PLUS RARES** : embolie pulmonaire, thromboses veineuses, HTA sévère, neutropénie, thrombopénie, hémorragies, perforations intestinales, insuffisance cardiaque

Le bevacizumab ou AVASTIN® Traitement antiangiogène injectable (IV)

- ⊙ Les plus graves :
 - > perforations gastro-intestinales : 1.4 à 2% (intervalle libre nécessaire entre acte chirurgical et l'injection d'AVASTIN®)
 - > hémorragies : 4%, souvent mineures (épistaxis) ou au niveau de tumeurs en place (bronchiques, cérébrales)
 - > thrombo-embolies artérielles (3 à 10%) et thrombo-embolies veineuses (9 à 16%)
- ⊙ Les plus fréquents : asthénie, diarrhées, nausées, douleurs diffuses, poussées hypertensives, protéinurie (dose dépendante)

L'ALOPECIE

- ⊙ fréquente,
- ⊙ toujours réversible,
- ⊙ débute 10 jours après la chimiothérapie
- ⊙ effet maximal 1 à 2 mois après le traitement.
- ⊙ repousse des cheveux lente (un peu plus d'un cm par mois)
- ⊙ la texture des cheveux peut être modifiée
- ⊙ l'alopécie est d'autant plus fréquente que la chimiothérapie associe plusieurs drogues
- ⊙ les schémas intermittents à forte dose sont plus alopeciant que les schémas hebdomadaires

Les produits les plus alopeciant :

- > 1) les anthracyclines, les taxanes
- > 2) le CPM, l'IFM, la NVB
- > 3) DTIC, MTX, VCR, VLB
- > 4) BLM, 5 FU(IC)
- >

Les mesures :

- > cheveux courts, pas de couleur ni permanente
- > perruque ou "prothèse capillaire"

Casque réfrigérant :

- > effet très limité,
- > contre-indications nombreuses (LA, métas crâniennes, osseuses ou cutanées, tumeurs à fort potentiel métastatique au niveau cérébral)

LA MUCITE BUCCALE, LES PROBLÈMES DENTAIRES

- ⊙ complications fréquentes
- ⊙ en rapport avec l'action propre des molécules ou l'immunodépression
- ⊙ nécessitent une bonne prévention (hygiène dentaire) ou des traitements curatifs
- ⊙ gêne fonctionnelle souvent importante (dysphagie pouvant entraîner un amaigrissement)
- ⊙ partie visible de lésions qui peuvent être plus diffuses sur l'appareil digestif
- ⊙ porte d'entrée possible chez le neutropénique pour une septicémie
- ⊙ toutes les chimiothérapies, à des degrés divers, et la radiothérapie peuvent être responsables.

La prévention

- ⊙ Importance de l'état dentaire, remise en état nécessaire
- ⊙ Bains de bouche :

- > préventifs (Hextril* Eludril* par exemple)
- > curatifs par une association telle que :
 - Mycostatine 2 à 3 flacons
 - Collargol 1% 1 c à soupe
 - dans 250 cc de bicarbonate de Na à 1.4 %
- > ou bien
 - Fungizone susp 40 ml
 - Eludril ou autre 75 ml
 - Xylocaine 5% 1 à 2 flacons
 - dans 100 cc de bicarbonate de Na à 1.4 %
- ⊙ Maintien d'une bonne salivation : glaçons, Artisial, S 25
- ⊙ Le fluconazole ou TRIFLUCAN* à raison de 50 à 100 mg jour permet de résoudre le problème de la prévention des candidoses récidivantes
- ⊙ Le sucralfate ou ULCAR* peut améliorer la situation au niveau de la cavité buccale et du tube digestif
- ⊙ Les lésions virales herpétiques sont fréquents et doivent être dépistées : prescription de Zovirax ou de Zélitrex

LES DIARRHEES

- ⊙ Complication majeure des chimiothérapies au 5FU en infusion continue et/ou utilisant de l'irinotecan (=campto)
- ⊙ Importance d'une bonne prévention :
 - > doses de chimiothérapie à aménager
 - > et/ou traitement curatif précoce
- ⊙ Les prescriptions:
 - > Lopéramide (=Imodium), diosmectite (=Smecta)
 - > réhydratation, réalimentation
 - > +/- antibiothérapie

LES RALENTISSEMENTS DU TRANSIT

- ⊙ produits responsables : alcaloïdes de la pervenche (=poisons du fuseau mitotique)
 - > Vincristine (=oncovin),
 - > Vinblastine (=velbé),
 - > Vinorelbine (=navelbine),
 - > Vinflunine (=javlor)
- ⊙ Les troubles électrolytiques en rapport avec les vomissements aggravent ces phénomènes, pouvant aller jusqu'à un tableau subocclusif.
- ⊙ Traitement par :
 - > Prostigmine (S/C ou comprimés)
 - > puis si nécessaire
 - aspiration,
 - réhydratation
 - et réalimentation parentérale complémentaire
- > Autres médicaments responsables :
 - > des antiémétiques aussi courants que le Zophren et le Kytril
 - > les antalgiques et en particulier les morphiniques ralentissent le transit, peuvent provoquer des nausées et des vomissements,

LES ULCERATIONS DIGESTIVES (HAUTES)

- ⊙ Complications fréquentes
- ⊙ Importance des hernies hiatales déjà présentes avec reflux gastro-oesophagien
- ⊙ Peuvent toucher l'ensemble du tube digestif (destruction d'un épithélium à renouvellement rapide)
- ⊙ Traitement par
 - > les antagonistes des récepteurs à l'histamine (RANIPLEX*)
 - > ou inhibiteur de pompe à protons de la cellule pariétale gastrique (MOPRAL, INEXIUM...)
- ⊙ Un traitement de fond doit être installé durant la chimiothérapie

LES NAUSEES ET VOMISSEMENTS

⊙ Effet secondaire majeur avec des conséquences importantes :

- > refus de poursuivre le traitement,
- > altération de l'état général,
- > amaigrissement,
- > inconfort.

1) les vomissements aigus : contemporains de la chimiothérapie

2) les vomissements retardés : au delà des 48 heures qui suivent le traitement, empêchent la restauration de l'état général indispensable à la poursuite du traitement - peuvent durer 10 à 15 jours

3) les vomissements anticipés : apparaissent avant la cure de chimiothérapie et nécessitent une préparation adaptée

⊙ Les molécules responsables :

- > 1) CDDP, DTIC, ADM
- > 2) CPM, IFM, CBDCA, EPI.
- > 3) 5 FU, BLM, VP 16, DHAD, MTC, VLB, VCR, MTX
- > 4) les polychimiothérapies
- > 5) certaines des thérapies ciblées antiangiogéniques

⊙ Le traitement :

- > 1) les vomissements aigus :
 - importance d'une bonne prévention,
 - les antiHT3(ZOPHREN* ou KYTRIL*),
 - Les neuroleptiques (Primpéran, plitican, vogalene)
 - les corticoïdes,
 - Les anxiolytiques (tranxène, Lexomil)

- > 2) les vomissements retardés : le Primpéran, le Plitican, le Tranxène mais aussi le Zophren dans les formes majeures et l'Emend

- > 3) les vomissements anticipés :
 - Primpéran,
 - Lexomil, Tranxène ou Valium ou autre anxiolytique dans les 48 heures qui précèdent la cure

> Problèmes :

- Avec les anti 5HT3 : céphalées, ralentissement du transit
- Avec le Primpéran / Plitican : troubles extrapyramidaux avec trismus (Ponalide IM ou IV, Artane IM)

CONCLUSION : bon encadrement des troubles digestifs : nausées et vomissements, diarrhées ou constipation, épigastralgies, RGO, douleurs abdominales, état sub-occlusif...INDISPENSABLE !!!

⊙ EXEMPLE de PROTOCOLE ANTI EMETISANT :

- > La veille (Vo **anticipés**) : une benzodiazépine : Xanax, Tranxène ou Téresta ou du Lexomil
- > Le jour du traitement (Vo **aigus**) : sétron IV, corticoïdes IV, neuroleptique IV ou anxiolytique per os,
- > Les jours qui suivent (Vo **retardés**) : sétron per os ou Emend, neuroleptique per os, autre antiémétique si Vo moins marqués (CT moyennement émétisante).

LA TOXICITE HEMATOLOGIQUE

- ⊙ Effets secondaires les plus constants et potentiellement les plus graves
- ⊙ Le risque : choc septique et septicémie avec un engagement du pronostic vital possible
- ⊙ Surveillance habituelle: NFS, plaquettes
- ⊙ Myélotoxicité variable en fonction des molécules, de la posologie
- ⊙ Plus importante en cas d'associations de plusieurs molécules

Les incidents :

- > la leucopénie : < 2 à 3000 GB

- > la neutropénie : < 1500 PN dans les 3 à 4 jours qui suivent le traitement
- > importance de la lymphopénie elle est prédictive d'une neutropénie future
- > la thrombopénie à **J10, restaurée le plus souvent à J 21 (formes avec toxicité très retardée)**
- > l'anémie toujours plus tardive dans son installation

La surveillance :

- > à J 8 - J 10 pour les sujets fragiles, les protocoles agressifs, les premières cures (biologie plus complète)
- > avant chaque cure pour définir les doses de la cure à programmer et calculer les intervalles

La conduite à tenir :

- > LA NEUTROPENIE
 - non fébrile : surveillance quotidienne de la NFS
 - Fébrile (> 38°C) : antibiothérapie avec ou sans facteurs de croissance
- > les facteurs de croissance : chaque fois que la situation constitue un risque évident ou prévisible pour le malade (NF> 20%)
 - > LA THROMBOPENIE
 - > 25 000 plaquettes, pas de saignements : surveillance
 - < 25 000 plaquettes, saignements ou état fébrile associé : concentrés plaquettaire (facteurs de croissance en attente)
 - nadir retardé par rapport à celui de la leucopénie
 - > L'ANEMIE
 - o chiffre limite : Hb ≤ 8 g → transfusion érythrocytaire
 - o transfusions légitimes à un taux d'Hb supérieur
 - si sujet fatigué,
 - âgé,
 - tolérant mal l'anémie (insuffisant respiratoire notamment ou cardiaque)
 - > La chimiothérapie serait plus efficace chez un patient non anémique
 - > facteurs de croissance disponibles : les EPO (pas chez les patients curables !!!)
 - > LA LYMPHOPENIE
 - > risque infectieux (si < à 200 ou 400 / mm³) mycosique, viral ou parasitaire
 - > long délai de récupération (10 à 12 mois après la CT)

TOXICITE CUTANEOUQUEUSE

- ⊙ Rash – éruptions – xérodermie – taches pigmentées: bléomycine
- ⊙ Mucite, conjonctivite, anite, épistaxis : Taxanes (Taxotère), MTX, 5 FU et la plupart des autres molécules
- ⊙ Onycholyse (taxanes) : vernis opaques durcisseurs
- ⊙ Lésions cutanées des nouvelles molécules : souvent en relation avec l'efficacité du TT (acné de l'Erbitux® ou cetuximab)

LES TROUBLES NEUROLOGIQUES

- > Altération de l'audition : le cisplatine
- > Altération de la vision : baisse de l'acuité, visuelle, phénomène transitoire ?
- > Acroparesthésies : neuropathie sensitive (oxaliplatine, cisplatine, taxanes, le Taxol® en particulier)
 - > Benzodiazépines
 - > Antidépresseurs tricycliques
 - > Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (venlafaxine)
- > +/- Altération des fonctions cognitives et troubles de la mémoire

EXTRAVASATIONS

- ⊙ La Clinique :
 - > bien connue en périphérie sur les membres supérieurs

- > Plus sournoise et parfois grave au niveau des PAC
- > nécessitent une extrême vigilance surtout quand on utilise une IC sur PAC et des produits dangereux.
- ⊙ Les produits dangereux
 - > 1) les anthracyclines, l'actinomycine D, NH₂, MTC, VLB, VDN, VCR
 - > 2) DHAD, CDDP, VP16,5 FU
- ⊙ Le traitement :
 - > arrêter la perfusion
 - > ne pas dépiquer
 - > tentative immédiate d'aspiration du sang, si possible 3 à 5 ml, pour retirer le maximum de cytotoxique
 - > injecter 5 à 10 ml de NaCl 0,9% par l'aiguille afin de diluer le médicament
 - > aspirer le maximum de liquide infiltré par voie SC
 - > contourner la zone d'extravasation
 - > surveillance pour traitement ultérieur éventuellement chirurgical (lavage/aspiration)
 - > ablation du PAC parfois entouré d'une collection liquidienne qui ne demande qu'à s'infecter

Ce qui compte en pratique pour les patients sous thérapie ciblée

- > Parfois plusieurs cibles pour un composé
- > Parfois même cible d'un composé à l'autre
- > ⇒ Nécessité d'une information écrite
 - Pour le patient
 - Les professionnels de santé extra-hospitaliers
 - Propre à chaque composé
 - Souvent fournie par le laboratoire pharmaceutique
- > Pas de traitement spécifique des effets secondaires

Effets secondaires des biothérapies ciblées

- > Diarrhée : loperamide, diosmectite, tiorfan®, réhydratation
- > Nausées, vomissements : vogalène, primpéran, etc... et consignes diététiques (les mêmes qu'avec la chimio)
- > Mucite : bonne hydratation, bains de bouche avec bicarbonate de Na⁺ et antifongique
- > SMP : crèmes émollientes, hydratantes
- >

CONCLUSIONS

- ⊙ Chimiothérapies «traditionnelle» et «moderne» se complètent
- ⊙ Les effets secondaires des traitements les plus ciblés sont parfois majeurs : surveillance attentive et information
- ⊙ Révolution culturelle : recherche clinique, appréciation des réponses, biomarqueurs, associations...

« La socio-esthétique : Métier en devenir et d'avenir...»

Par Elisabeth De Loynes et Emilie Riffet

Socio-esthéticiennes

NAISSANCE

1960 : Apparition à l'Hôpital psychiatrique de Londres puis San Francisco et Lyon

1976 : Création de la 1ère école de Socio-esthétique à option humanitaire et sociale

Le CODES au Centre Hospitalier Universitaire de Tours.

2002 : Création de l'ANSE l'Association Nationale des Socio-Esthéticiennes

2003 : **Élaboration de la première fiche métier : Esthéticienne en milieu hospitalier.**

Positionnement dans le domaine fonctionnel, logistique service à la personne.

2004 : Création de

- la **F**édération des **S**ocio-**E**sthéticien(ne)s : **F.N.S.E**
- des **A**ssociations **R**égionales des **S**ocio-**E**sthéticien(ne)s : **A.R.S.E**
- du **S**yndicat **N**ational des **S**ocio-**E**sthéticien(ne)s : **S.N.S.E**

2005-2006 : Travail en collaboration avec le Ministère de la Santé (DHOS)

- élaboration de la fiche métier
- reconnaissance de métier émergent
- son inscription dans le domaine des soins

L'Éducation Nationale, Académie de Créteil : Élaboration d'un contenu de formation au métier de socio-esthéticien(ne) (avec l'objectif de validation d'une formation par un diplôme de niveau BAC +2)

Octobre 2008 : **Inscription officielle de la fiche métier de « socio-esthéticien(ne) ».**

dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière :

famille des soins, sous famille : Assistance aux soins.

Décembre 2008 : **Ouverture de deux écoles en psycho-socio-esthétique** : Nanterre et Pau (autres formations en cours d'agrément par le S.N.S.E)

DIFFERENCES FONDAMENTALES

Esthéticienne : Entretien corporel

Prestation esthétique, réponse d'une demande (client), enseigne de produits de soins

Notion commerciale : paiement direct, vente...

Socio-esthéticienne: « Esthéticienne qualifiée en Socio-Esthétique »

Soins de support inclus dans forfait ou subventions (CG ou association par exemple)

Entrant dans la prise en charge d'accompagnement d'un patient : prescription médicale et/ou sociale

En devenir Psycho-socio-esthéticienne : Professionnelle d'une prise en charge novatrice

à visée thérapeutique au moyen d'un médiateur corporel : le soin esthétique qui devient alors médiateur,

support et vecteur pour un autre mode d'accès à la personne dans un cadre pluridisciplinaire

QU'EST-CE ALORS QUE LA SOCIO-ESTHETIQUE ?

Une prise en compte dont l'approche dans la globalité bio-psycho-sociale de la personne passe par un médiateur corporel « le soin esthétique ».

En plus de sa spécificité initiale, le soin esthétique aura donc une dimension nouvelle. Il devient « Support et Vecteur », et s'intègre alors dans le cadre d'un projet de soins et/ou d'accompagnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire médicale, sociale, carcérale.

La socio-esthétique a une dimension : de réhabilitation, de réinsertion, de soutien, de prendre soin, d'éducation voire une éventuelle restauration des acquis des gestes du soin de l'apparence, d'hygiène et du lien social.

TERMES FORTS MAIS QUI AUTHENTIFIENT LA PRISE EN CHARGE SOCIO-ESTHETIQUE.

Bio : Conseils et prévention pour l'hygiène, maintien de l'intégrité de la peau et des phanères, techniques afin de minimiser les effets secondaires des traitements.

Psycho : Écoute adaptée, soin relationnel verbal ou non verbal

Social : Aide au maintien ou à la restauration de l'inscription de la personne dans son environnement social

Support : La base de travail reste l'acte esthétique dans ses déclinaisons (maintien de l'intégrité de tissus sains, soins sur l'apparence...) mais il devient un support qui permet d'œuvrer à la restauration de l'estime de soi, la revalorisation de la personne et sa reconstruction identitaire.

Vecteur : Optimiser la relation d'aide par un « vecteur-relais » interactif, en interface, entre la personne fragilisée et l'équipe pluridisciplinaire et interdisciplinaire.

NOTRE PLACE DANS LES FONDAMENTAUX

En interface dans les soins support le soin socio-esthétique, de part son essence même, est axé sur deux points :

- il fait partie des soins à la personne – soins de support.
- c'est un autre accès à la personne – un autre « prendre soin »

Accompagnement dans la reconstruction d'un lien : étayant (contenant), structurant (identité), social et qui ne peut se concevoir que dans le cadre d'une approche transversale afin de favoriser articulation et cohérence du projet de soin ou d'insertion socio-professionnelle.

Et surtout, il vise à :

- rendre la personne « actrice de son mieux être », participante dans une démarche de soin
- lui apporter une relation d'aide « hors contexte dépendance » et mettre momentanément la maladie à distance tout en restant relais transversal au sein d'une équipe pluridisciplinaire

La Socio-esthéticienne, tenue au secret professionnel, joue un rôle de « relais médiateur » avec les professionnels habilités lorsque cela sort de son domaine de compétence et en accord avec la personne prise en charge.

LES SOINS SOCIO-ESTHETIQUES

- **Le soin relationnel : une relation qui aspire à « soigner »**
C'est la qualité de la relation qui va conduire à la possibilité du soin. La relation devient un support.

« Être en relation » est une condition nécessaire mais pas suffisante pour qu'il y ait soin ».

Un soin relationnel

- Fait appel à des compétences professionnelles, à des techniques apprises, variées et pas seulement à des aptitudes communicationnelles.
- Nécessite de réfléchir aux objectifs, aux moyens, aux déroulements, aux techniques qui seront utilisés et aux interactions qui se nouent entre le Soignant et le Soigné.
- Répond à des objectifs définis par l'équipe de soins dont s'inscrit forcément dans un projet pour répondre à la problématique de la personne.

- **Le « Prendre Soin »**
« Porter un intérêt particulier, prêter une attention particulière en vue de favoriser, de développer, d'enrichir la vie, le bien-être de la personne auprès de qui on intervient » Walter Hesbeen.

- **La communication verbale**
Le discours encourageant : le fait de guérir une personne ne dépend pas que du soignant mais aussi de la volonté de guérison qu'a le patient. Exploiter le potentiel d'énergie que tout un chacun possède en lui-même, procure un moyen supplémentaire pour tendre vers la guérison.

- **La communication non verbale et pré-verbale**
Rencontre du regard, observation (attitude et expression du visage, tolérance du Toucher...)

- **L'écoute empathique** : authenticité et non jugement

MODALITE DU SOIN RELATIONNEL SOCIO-ESTHETIQUE

- **Une écoute « hors contexte dépendance »** Relation apparemment « légère », moments de bien-être,...
La Socio-esthétique dans son approche spécifique permet d'extraire du rapport « dominant-dominé » la personne au sein et vis-à-vis d'une équipe de prise en charge médicale ou sociale.

- **L'écoute sensible : qui suppose une inversion de l'attention.**
Avant de situer une personne dans sa « place », la reconnaître dans son être, dans sa qualité de personne complexe dotée d'une liberté et d'une imagination créatrice.

L'écoute sensible s'étaye sur la totalité complexe de la personne : les 5 sens y sont à développer.

Une personne n'existe que par la mise en acte d'un corps, d'une imagination, d'une raison, d'une affectivité en interaction permanente.

- **Notion de choix hors d'un cadre d'actes acceptés mais plus ou moins subis**
L'acceptation ou non d'un soin : car le refus est aussi individualisant et choix du soin : les objectifs de prise en charge y sont intégrés.

L'intimité suscitée par un soin n'est pas anodine et peut ne pas être supportée. Il renvoie parfois à des ressentis émotionnels très profonds voire occultés d'où l'importance d'une étroite collaboration interactive avec psychiatres et psychologues, de la connaissance des limites de son rôle par la professionnelle (relais).

- **Le Toucher**
Le toucher réconfortant car il est parfois plus approprié, plus léger et plus profond que des mots. Il établit le Lien, la Qualité de la Présence par une communication non verbale plus fine et très respectueuse de l'autre en souffrance (soins palliatifs, accompagnement en fin de vie).

Il suscite le sentiment d'existence par la sensorialité, le ressenti par le biais de la peau.

Bases fondamentales pour établir un lien de confiance et maintenir une relation de qualité.

SOINS SOCIO-ESTHETIQUES ISSUS DU SOIN ESTHETIQUE DE BASE :

Les différentes phases d'un soin esthétique de base peuvent être aussi déclinées selon les effets recherchés en vue des objectifs de prise en charge : stimulation multisensorielle, apaisement, confort, réconfort etc...

1 Le soin des mains

Première rencontre tactile : outil de communication, outil de réalisation de soi (quand on fait un geste, on pose un acte), outil de préhension (s'approprier un objet) donc d'individualisation (avoir c'est être), outil « aide » à la fonction de mobilité donc d'autonomie avec la mobilisation des doigts (ex : en cas de canne ou mal voyance...) qui favorise le sentiment de confiance dans ses capacités.

2 Le soin du visage

L'identité et sa reconnaissance par la rencontre des regards et le toucher (massage facial en vis-à-vis). La communication non verbale et pré-verbale. Le retentissement émotionnel.

3 Le maquillage

Renforcement de l'estime de soi, du sentiment d'identité. Pouvoir de pallier aux modifications dues à des altérations diverses.

4 L'auto-maquillage

Apprendre à prendre en charge son mieux-être, susciter un investissement plus global et profond, apprendre à masquer les altérations ou pallier à celles-ci pour apprivoiser un autre aspect de soi, un visage modifié.

5 Le soin du corps qui permet

De donner naissance à la communication pré-verbale, une prise de conscience de son schéma corporel, de renouer avec ou découvrir le Toucher (le toucher de l'autre et son toucher), le toucher de soi : se toucher n'est pas forcément facile (lors d'une amputation ou d'une reconstruction par exemple).

6 Le modelage esthétique

Qui apaise et permet une mise à distance des obstacles de la vie génère une prise de conscience des ruminations et un certain recul par rapport à l'envahissement des émotions. Aide à prendre conscience de notre interdépendance corps/esprit donc à mieux nous construire.

Le modelage esthétique est une modalité unique dans le champ de la santé.

Son but n'est ni de traiter, ni de diagnostiquer pour quelque problème médical spécifique qui soit, mais de promouvoir une meilleure santé et procurer détente du corps comme de l'esprit.

Moyen qui permet :

- de faire appel aux fonctions du Moi-peau Didier Anzieu
- de valoriser et intégrer la notion d'existence par le sensoriel et l'émotionnel
- d'utiliser l'organe « peau » comme vecteur car surface sensitive la plus importante du corps, qui possède également une mémoire.
- d'apprendre à la personne à se toucher, à se toucher de nouveau, se redécouvrir.
- de l'aider à prendre conscience de son schéma corporel (perception et image de soi) et à se recentrer sur son enveloppe corporelle puis sur elle-même.
- pour la personne qui le donne : de transmettre son désir d'être présente et faire acte de reconnaissance de l'Autre. Action de toucher volontaire permettant de rentrer en contact sur le plan physique avec une personne en souffrance.
- d'établir une autre forme de communication ré-individualisante : le non verbal

Modelages esthétiques et Gestion du stress :

Les modelages esthétiques sont des méthodes manuelles et techniques qui permettent d'harmoniser corps et esprit avec l'objectif de retrouver sérénité et équilibre. Ils provoquent la libération d'endorphines qui suscitent le bien-être et ceci semble générer un apaisement du rythme cardiaque allant vers la cohérence cardiaque (D.S.S.). Interaction entre l'émotionnel, la respiration et le rythme cardiaque.

Modelage du cuir chevelu :

De par son action mécanique

- favorise la circulation sanguine, prévient la chute des cheveux et stimule les glandes pilo-sébacées donc la repousse des cheveux
- apaise les maux de tête, stimule la concentration et améliore le sommeil, évacue les tensions, entre autres.

7 La beauté des pieds

- La peau doit être d'une grande souplesse au niveau des pieds. Ceux-ci sont très importants car ils supportent tout le poids du corps mais conditionnent aussi notre capacité à marcher donc notre autonomie
- Les modelages stimulent la circulation sanguine et tonifient les tissus ce qui concourt à la bonne santé des pieds. Ils semblent procurer aussi une grande détente qui s'étend dans tout le corps et facilite le repos de l'esprit.

8 L'épilation

Geste d'hygiène : aspect hygiénique pour la propreté et les odeurs

- Maintien de la dignité : aspect visuel.
- Maintien de l'image que l'on a de soi et celle que l'on donne à l'autre
- Effet socialisant : aspect culturel.
- Prise en charge de l'hypertrichose et de l'hirsutisme dus à certaines pathologies ou traitements qui fragilisent l'identité sexuelle et perturbent l'image de soi.

9 Les parfums qui

favorisent l'évasion, la détente ou le regain d'énergie, provoquent une stimulation sensorielle

- réveillent des souvenirs, suscitent des désirs, améliorent la qualité de vie
- renforcent le sentiment d'individualité et de confiance en soi, facilite la sociabilisation

10 Autres soins sur l'apparence : hygiène corporelle, la coiffure, les vêtements conseils en image de soi.

LES OBJECTIFS GENERAUX DE PRISE EN CHARGE SOCIO-ESTHETIQUE

- de créer un lien de confiance privilégié et spécifique
- de proposer une alternative aux modifications corporelles
- donner le sentiment à la personne en situation de vulnérabilité d'être reconnue en tant qu'elle-même et non par la catégorie de sa fragilité

- de l'inviter à apprendre ou réapprendre le goût du contact en vue de soutenir le maintien du lien social, la recherche de l'insertion ou réinsertion par le soin de sa présentation, même au sein de la cellule familiale
- l'encourager à s'occuper d'elle-même, à se recentrer sur elle-même
- lui faire éprouver des sensations de bien-être, de plaisir : base de tout désir de vie.
- de l'aider à recouvrer et maintenir son épanouissement, la restauration de l'estime de soi
- d'optimiser la relation d'aide à la personne
- de stimuler les « ressorts psychologiques »
- de mettre temporairement la souffrance ou le mal-être à distance
- de s'intégrer dans la démarche de soins palliatifs ou d'accompagnement de fin de vie

LA SOCIO-ESTHETIQUE EN ONCOLOGIE

Inscrite en tant que soins de support dans le plan Cancer, outil novateur qui concerne le « corps blessé », l'apparence modifiée. Son inscription dans le réseau des soins se justifie comme une modalité qui représente un autre accès à la personne pour servir une thématique aussi transversale que le handicap et la dépendance induits par une maladie au long cours.

Au rôle de technicienne de soins de beauté s'ajoute :

- un rôle social, un rôle psychologique, un rôle pédagogique, un rôle d'accompagnement
- Cet accompagnement permet d'aider les personnes et leurs proches dans leur cheminement, à dédramatiser un événement douloureux, à les inciter à être acteurs au sein de la démarche de soin.

Pour des interventions en oncologie une mise à niveau régulière doit être suivie au niveau :

- des connaissances de la pathologie cancéreuse, des médicaments de base et de leurs effets secondaires notamment sur la peau
- des connaissances en psycho-oncologie
- de l'évolution des produits dermato-cosmétiques

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-ESTHETIQUE DONNE LES MOYENS

- d'appivoiser son image malgré les altérations corporelles, un soi modifié, s'accepter voire s'aimer « autrement »
- de maintenir l'intégrité de la peau et des phanères, à l'aide de produits dermato-cosmétiques et/ou spécifiques, par la prévention et les conseils
- de gérer le stress, l'anxiété par des techniques apaisantes et simples (possibles à reproduire par la personne)
- d'avoir une écoute « hors contexte dépendance » lors du soin qui permet parfois à certaines informations de remonter car le soin socio-esthétique génère souvent une relation intime et « le lâcher-prise »
- de transmettre vers d'autres professionnels dans la prise en charge pluridisciplinaire et interdisciplinaire (équipes soignantes, psychologues, prothésistes capillaires et mammaires....).

LES SOINS ADAPTES AUX EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS DE CHIMIOThERAPIE :

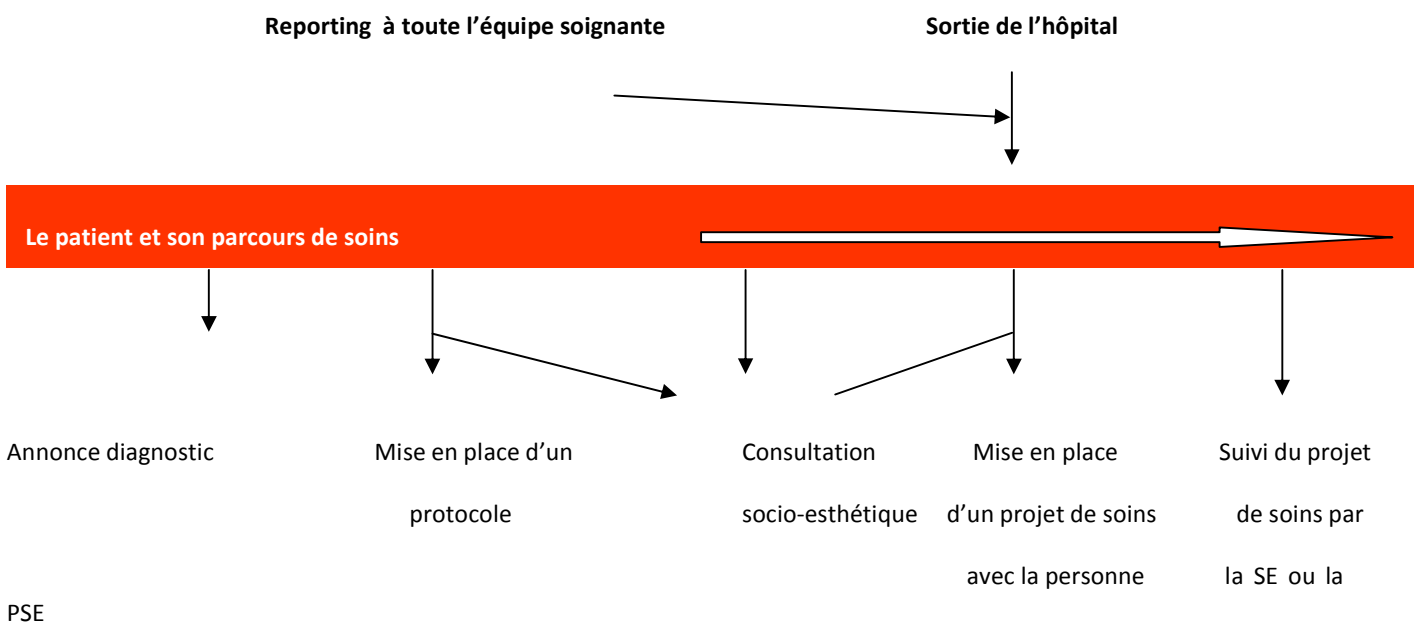
- maquillage correcteur, reconstruction des sourcils par le maquillage, l'auto-maquillage
- soins de la peau : contre la sécheresse cutanée, le syndrome « mains-pieds », les folliculites....
- soins des phanères : luttent contre l'alopecie, l'onchoptose (chute des ongles), l'oncholyse (décollement de l'ongle)...
- prévention de la photosensibilisation,, conseils divers pour l'entretien et maintien de l'intégrité de la peau
- lors de la perte ou la prise de poids où l'apparence est modifiée

- en cas de tumorectomie, mastectomie, stomie...
- Modelages réconfortants
- épilation lorsqu'elle est permise

RELATIONS AVEC LES EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

- relais interactif vers les professionnels en pluridisciplinarité et interdisciplinarité : équipe médicale, réseau territorial, psychologue, diététicienne, dentiste, prothésiste capillaire et mammaire, esthéticienne...

La socio-esthétique peut s'intégrer tout au long du processus de la maladie



1. Les objectifs de cette complémentarité :

- la potentialisation de la complémentarité des compétences des différents acteurs sans ingérence dans le cadre de son implication dans une équipe pluridisciplinaire
- assurer la continuité du soin pendant et après le traitement après la consultation d'annonce
- la collaboration :
 - avec l'infirmière d'annonce qui organise une prise en compte efficiente
 - avec l'infirmière coordinatrice des réseaux de cancérologie qui, à la sortie de l'hôpital, assure et maintient les transmissions entre les professionnels impliqués
 - avec l'infirmière hygiéniste

2. Le fonctionnement et modalités de prise en charge :

Les participants : personnes porteuses d'un cancer en cours de soins ou en phase de rémission, celles qui suivent une radiothérapie.

Les séances de socio-esthétique : peuvent être individuelle ou en groupe (si l'espace le permet), dans chaque cas individualisée, en interdisciplinarité avec les autres acteurs du champ sanitaire et médico-social.

La durée globale de la prise en charge socio-esthétique : en fonction du désir de la personne soignée et des préconisations des soignants, la durée du soin varie : de 30 minutes à 1 heure 30 selon les soins et le désir de la personne.

La périodicité : une fois par semaine, tous les 15 jours, suivant les objectifs recherchés et en accord avec l'équipe.

Les modalités de fonctionnement en ateliers : 6 personnes maximum

Périodicité : 1 fois par mois selon protocole.

Dans le cadre des ateliers d'autres professionnels peuvent répondre (conseil en prothèse capillaire et/ou mammaire) au souci de prise en compte plus globale de la corporalité.

C'est dans cet esprit qu'œuvre le Réseau OncoLoiret

Création de points d'accueil : Orléans et Amilly (région montargoise), GIEN

Groupes de parole avec une psychologue et Prise en charge socio-esthétique avec deux socio-esthéticiennes

Outil de transmissions : Fiche navette de socio-esthétique avec observations bio-psycho-sociales

Cette initiative progresse et s'étend soutenue par un retour positif d'une enquête de satisfaction menée auprès des patients au terme de leur prise en charge.

POURQUOI UNE TELLE PRISE EN CHARGE ?

L'OMS définit la santé comme un état de bien-être physique, psychologique et social. Cet équilibre rompu, c'est l'image corporelle, premier support identitaire, qui est atteinte.

- « pour qu'il y ait résolution émotionnelle suite à un traumatisme :

Deux conditions doivent être remplies (Bernard Rimé, psycho-sociologue)

- **le soutien affectif** de son entourage social, avec des manifestations d'estime, de confiance, de réassurance d'attachement.

- **le déploiement par la personne d'actions concrètes** susceptibles de restaurer « l'estime de soi ».

Il semble donc légitime d'associer la socio-esthétique à la prise en charge de personnes en situation de vulnérabilité physique ou psychique.

Cet accompagnement, en complémentarité de la prise en charge médicale ou sociale et en osmose avec l'homéostasie (maintien des constantes internes du corps pour son bon fonctionnement) répond à de nombreux items de la pyramide de Maslow et des besoins fondamentaux de Virginia Henderson.

L'hospitalisation ou la reprise du cours de la vie

Être atteint d'une maladie grave et/ou chronique, requiert une prise en compte interdisciplinaire pour assurer cette mission de soin, de réhabilitation, de réinsertion, d'accompagnement.

La qualité de la vie pendant cette période exige un effort pour le malade, pour sa famille, ses proches et les aidants.

Cette qualité de vie dépend des facultés de la personne à assumer ou non les contraintes liées à son nouvel état.

Elle dépend aussi de sa capacité à maintenir son identité sociale que l'épreuve thérapeutique malmène.

Améliorer la prise en charge :

C'est interagir sur plusieurs disciplines dans les structures de soins comme en ville pour garantir la qualité d'un parcours thérapeutique qui doit intégrer autour de la personne soignée plusieurs acteurs réalisant des traitements dits « spécifiques » ou « complémentaires ».

La socio-esthétique apporte une réponse :

à l'évolution de la prise en charge de la personne qui, relativement récemment, est devenue holistique. (2002)

- à l'importance grandissante donnée à l'apparence par les dernières générations qu'elles associent à l'hygiène, la santé et la dignité.
- au regard nouveau de la Société sur la maladie ou la vieillesse : elle leur porte un autre regard mais paradoxalement délègue l'assistance de ses proches aux institutions spécialisées
- au comportement sociétal actuel : en effet, l'entourage familial semble moins présent. Fait du aux contraintes d'opportunités de travail, de moyens financiers, l'éclatement et l'éloignement des familles, aux règles des structures plus instrumentalisées, plus performantes mais moins accessibles
- au renforcement de l'humanité dans les structures institutionnelles.

C'est aussi une réponse à la mise en lumière d'un vide révélé par l'évolution actuelle de la prise en charge de la personne dans sa globalité.

Écoute, soutien affectif, adaptation au temps du patient, garantie de la qualité du soin, mise à distance du mal-être, aide à la réinsertion accompagneront la personne vulnérable vers :

La reconquête de soi - Documentation : présentation de la Socio-esthétique à l'hôpital Georges Pompidou le 20 mai 2009 à Paris.

LE TRAVAIL EN RESEAU: EXEMPLE DU SOCIOGENOGRAMME

Christine LEON GUERIN

Psychologue clinicienne et thérapeute familiale

- Pourquoi le travail en réseau ?

L'ordonnance du 24/04/1996 a initié une Politique de soins privilégiant le travail de réseau pour les priorités de santé publique, réseaux de soins centrés sur des groupes de personnes porteuses d'un même diagnostic médical : on a vu naître petit à petit les réseaux de soins pour toxicos, pour le sida, pour le diabète, pour les troubles psychiques et depuis 2003, pour le cancer avec des réseaux d'oncologie dans les départements.

L'objectif du travail de réseau est de faciliter l'accès aux soins pour tous, d'organiser des systèmes de soins plus rationnels, d'assurer une meilleure coordination des acteurs dans la prise en charge des malades et d'améliorer la qualité des soins.

Les réseaux d'oncologie sont garants de la qualité des soins qui passe par une prise en charge multidisciplinaire avec les interventions de professionnels, du champ sanitaire et du champ social : médecins généralistes de ville, médecins spécialistes, infirmiers, psychologues des services de soins de centre hospitalier ou de cliniques privées ou de pratique libérale, les assistants sociaux, les professionnels intervenant au domicile, les associations. Aussi, le travail de réseau nécessite une adaptation des savoirs et des pratiques de tous les professionnels concernés pour être dans une complémentarité efficiente.

Les recommandations des textes législatifs sur les Réseaux de soins mettent en avant « la prise en charge globale » et s'appuient sur les notions de coordination, sur les notions de concertation, de partenariat, sur les notions de mutualisation de compétences et d'utilisation d'outils nouveaux.

La coordination et la concertation sont les figures essentielles du travail en réseau. Elles instaurent un dialogue entre les différentes pratiques, permettent de dépasser le cloisonnement des professionnels, de dépasser des conflits d'intérêt qui pourraient être préjudiciables aux usagers du réseau. Les conflits d'intérêt sont des conflits de compétence.

Par conflits d'intérêt, je fais référence au fait que les professionnels/acteurs de réseau ont des représentations de la maladie, des convictions sur les actions à mettre en place en priorité. Leurs intentions, leurs convictions et responsabilités sont déterminées par leur formation et leur mission professionnelle. Mais quelquefois, pour une même situation clinique, des convictions peuvent se heurter, ne pas aller dans une même direction et la concertation devient incontournable.

Pendant très longtemps, les soins se centraient uniquement sur le modèle médical et sur les facteurs biologiques et les soins étaient cloisonnés.

Le travail de réseau permet d'appréhender la maladie dans une optique de la complexité, dans son approche bio psycho sociale avec une prise en charge globale des 3 dimensions et de prendre en compte à la fois la vie physique, émotionnelle et sociale de la personne.

Dans le travail de réseau, il n'est pas seulement important de prendre en compte les diagnostics, la qualité de la collaboration des patients pour qu'ils se soumettent au mieux aux actes diagnostiques et thérapeutiques, mais il est important de prendre en compte aussi les interactions diverses et variées entre équipes de soins et familles, de prendre en compte aussi les différents itinéraires extra et intra hospitaliers que parcourt le patient et ses proches ainsi que les articulations entre ces nombreux intervenants.

- Pourquoi le sociogénogramme ?

Le sociogénogramme est un dessin qui suit le récit du travail en réseau pour une situation familiale spécifique et qui représente la multiplicité des interventions pour une même famille

Le sociogénogramme est un outil qui a été conçu par le Docteur Jean-Marie Lemaire, psychiatre et thérapeute familial qui a initié la Clinique de Concertation Psychosociale, travail thérapeutique de réseau pour les familles en détresses multiples.

- Le sociogénogramme se construit souvent avec les familles qui sont activatrices du travail de réseau.

Le sociogénogramme utilise un code de couleurs et représente les professionnels activés par une même situation spécifique et il représente surtout les différentes activations par des flèches, par exemple la sollicitation d'un professionnel par un autre, la demande de soin de la personne malade vers un soignant, une proposition d'aide d'un soignant vers la famille etc....

Le sociogénogramme a pour objectif de représenter les mouvements entre des personnes concernées pour la situation donnée. Il ne se focalise pas sur le diagnostic et les éléments cliniques mais sur les liens, sur les dynamiques professionnelles. En permettant de représenter la complexité de la situation et des relations, c'est un support au travail collectif de réseau.

En noir : Ceux qui vivent ensemble et autres personnes qui partagent la vie de la personne.

En vert : Les acteurs du réseau, professionnels qui interviennent et travaillent ensemble avec des flèches vertes pour représenter leurs relations, qui a sollicité qui, à quelle occasion et des maisons vertes pour les lieux des professionnels : associations et institutions.

En rouge : Des flèches rouges pour les demandes de l'utilisateur du réseau ou de sa famille vers les professionnels.

En orange : Des flèches oranges pour les soins ou attentions des professionnels vers l'utilisateur et sa famille.

En bleu : Des flèches bleues pour représenter les aides, soutien, relations interpersonnelles au sein de la famille et entourage.

Quand on construit un sociogénogramme, on part d'une situation ou d'une problématique donnée et le sociogénogramme prend forme au fur et à mesure du récit.

L'objectif de cette cartographie, de la construction du sociogénogramme est une meilleure connaissance des professionnels entre eux, de leur mission et la superposition éventuelle de leurs interventions conjointes. L'objectif, c'est une représentation qui facilite un travail de réseau plus efficace, plus fonctionnel, sans doublon.

Pour illustrer cela, je vais présenter le sociogénogramme d'une situation d'OncoLoiret qui met en évidence des zones de recouvrement de professionnels directement et indirectement concernés. Dans un souci d'efficacité du travail en réseau, de nouvelles options ont été prises pour clarifier et préciser le cadre et les objectifs des interventions de tous les professionnels sollicités et de suspendre les interventions qui se chevauchent.

Situation clinique virtuelle pour expliquer le sociogénogramme:

Pour des raisons de secret professionnel, cette vignette est virtuelle et aucun élément clinique important n'est mentionné, seules les activations de professionnels.

L'intérêt de cette vignette est uniquement de faire comprendre comment s'élabore la construction d'un sociogénogramme, de rendre compte de la complexité d'une situation clinique, du grand nombre des intervenants, ceux du premier cercle (première intention) qui appartiennent aux services de soins, aux associations directement impliqués et ceux du deuxième cercle, indirectement impliqués dans les soins par l'intermédiaire de la coordination du Réseau OncoLoiret comme les professionnels en libéral qui font des offres de service spécifiques.

Supposons que les activateurs du travail de réseau pour cette situation soient le Réseau OncoLoiret et l'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs du Loiret (EADSP45) et que le sociogénogramme se construise à partir de l'exposé de cette situation par la coordinatrice du Réseau OncoLoiret.

Si j'amorce simultanément à ce récit la construction d'un sociogénogramme, je commence par représenter en vert, le professionnel d'OncoLoiret ainsi que le professionnel du service par qui il a été activé, infirmier de l'EADPS et ce service est matérialisé par un carré en vert (En vert : Les acteurs du réseau, les professionnels). L'EADSP 45 intervient pour un adolescent Julien, l'aîné d'une fratrie de trois qui actuellement est dans sa famille. **En noir : je représente la famille.**

La demande d'aide est pour mieux répondre aux besoins du jeune et aux besoins de sa famille.

Au fur et à mesure des informations relatées sur la multiplicité des interventions, au fil du récit qui reprend la chronologie des soins et des activations, je représente en vert tous les autres services et tous les autres professionnels concernés en précisant la nature des liens et de toutes les activations par des flèches de couleur.

Nous avons :

- des flèches rouges pour les demandes de soin pour Julien et pour les demandes d'aide de la famille vers les services.
- des flèches orange pour les mouvements des professionnels vers Julien ou vers la famille.
- des flèches vertes pour les relations entre les professionnels eux-mêmes, montrant qui a sollicité qui.
- des flèches bleues pour représenter les marques du prendre soin, les aides, soutiens, relations interpersonnelles au sein de la famille et entourage.

Ci-joint le sociogénogramme de la situation virtuelle.

Ce sociogénogramme fait apparaître en vert des professionnels des services suivant : l'EADPS, le service de Pédiatrie du CHRO, de l'hospitalisation à domicile, de l'IGR(Institut Gustave Roussy), de la MDPH(Maison Départementale des Personnes Handicapées), des infirmiers en libéral, des psychologues en libéral

Chacun interprétera les flèches en fonction des éléments de légende ci-dessus.

- Commentaires sur l'utilisation du sociogénogramme dans le travail en réseau :

Utiliser le sociogénogramme est ce qui va permettre de mieux se repérer pour activer les ressources.

Le sociogénogramme aide à comprendre comment s'est tissé le réseau autour du patient et de sa famille. Il donne une photo synthétique de ce réseau relationnel et de la complexité des choses.

Il permet aussi de mieux repérer les champs de recouvrement, ceux qui sont praticables et efficaces et ceux qui ne le sont plus, de repérer les professionnels qui peu(ven)t avoir une attention suffisamment multidirectionnelle pour mettre en place de façon opérante les relais à activer pour le futur proche. Il permet de repérer les ressources qui serviront d'appui. En cherchant à clarifier les obstacles et à trouver des liens opérants, il permet une intervention thérapeutique stratégique importante.

Le sociogénogramme est un outil au service du travail de réseau.

En dessinant le sociogénogramme, on crée de la complexité et on peut créer de l'embarras, mais on crée surtout de la compréhension.

Le travail en réseau fait respecter précisément la spécificité des services ou associations ou professionnels concernés et la place de chacun. C'est un fondement déontologique.

Le travail en réseau est une dynamique plastique avec des interventions séquentielles.

C'est une configuration organisationnelle qui s'adapte de façon chronologique à la situation du malade et de sa famille et qui doit être en constante réévaluation.

Le travail de réseau donne une grande place à la demande de l'utilisateur, du patient et de sa famille qui mobilisent le réseau de professionnels autour d'eux par des demandes d'aide spécifiques qui ne font pas partie au départ des dispositifs d'aide et de prise en charge qui leur sont proposés.

En fait, c'est souvent les sollicitations particulières des familles qui donnent un mouvement dynamique pour le travail de réseau.

Dans le travail en réseau, nous sommes dans une approche psycho-sociale qui prend en compte les quatre dimensions de la maladie : médicales, relationnelles, psychologiques et familiales.

Le fil conducteur du travail en réseau est de prendre en compte non seulement les problèmes de santé mais aussi d'activer les ressources résiduelles pour mieux gérer et intégrer les soins ;

- La place de la famille dans les réseaux d'oncologie :

Psychologue, thérapeute familial et membre de réseaux, mon regard de professionnel ne se porte pas seulement sur la personne malade, mais aussi sur ses relations avec ses proches, avec sa famille, avec les soignants, avec les équipes de soins.

Nous savons que les liens sont faits d'influence réciproque et si nous adoptons le modèle systémique de causalité circulaire, nous comprenons que dans une famille, l'attitude de chaque membre influence directement ou indirectement l'attitude des autres membres de la famille et est influencée à son tour par les attitudes de chacun.

Dans mes consultations en cabinet, les personnes, plutôt que parler de leur maladie, vont plutôt parler des relations qu'elles entretiennent avec leur entourage depuis la maladie et pendant les soins, souvent parce que ces relations ont suscité des émotions particulières : contrariété ou colère ou surprise ou plaisir....

Toute maladie grave menace et modifie l'équilibre du système familial et en Oncologie plus qu'ailleurs, c'est bien la famille toute entière qui doit être considérée comme une unité face à la maladie car le cancer met à l'épreuve non seulement la personne atteinte en tant que personne mais aussi tout le contexte émotionnel et social dont elle est issue.

Nous savons que pour la personne atteinte d'un cancer, entretenir de bonnes relations sociales et de bonnes relations affectives avec ses proches permet de mieux supporter le choc de la maladie, de pouvoir partager ses sentiments et d'être réceptif à l'aide, d'avoir la capacité de recevoir de l'aide, d'avoir la capacité d'en demander si des ressources affectives sont visibles.

Prendre soin de la famille et l'aider, c'est mieux prendre soin de la personne atteinte par la maladie. Le processus d'adaptation à la maladie connaît des fluctuations qui oscillent et vont de la surimplication au désengagement et ont des incidences sur le membre malade.

Quand il y a surimplication, l'engagement de la famille est trop protecteur et peut amener la personne malade à une attitude d'attente passive. Le plus souvent, la maladie renforce les liens et la protection.

Quand il y a désengagement, la personne malade peut minimiser ses besoins et ses attentes, prendre ses distances à l'égard de ses proches et cela peut engendrer du manque de soins et d'attention.

La maladie met chacun d'entre nous à l'épreuve, organise des rôles au sein des familles.

Il est important d'offrir aux membres de la famille la possibilité d'exprimer ce qu'ils vivent. Aider à mieux gérer les émotions et prendre soin de la communication intrafamiliale a un impact positif sur la gestion des soins.

Dans le dessin du sociogénogramme, la nature des flèches bleues rend compte des relations interpersonnelles au sein de la famille et de l'entourage proche.

- **L'évaluation du travail de réseau :**

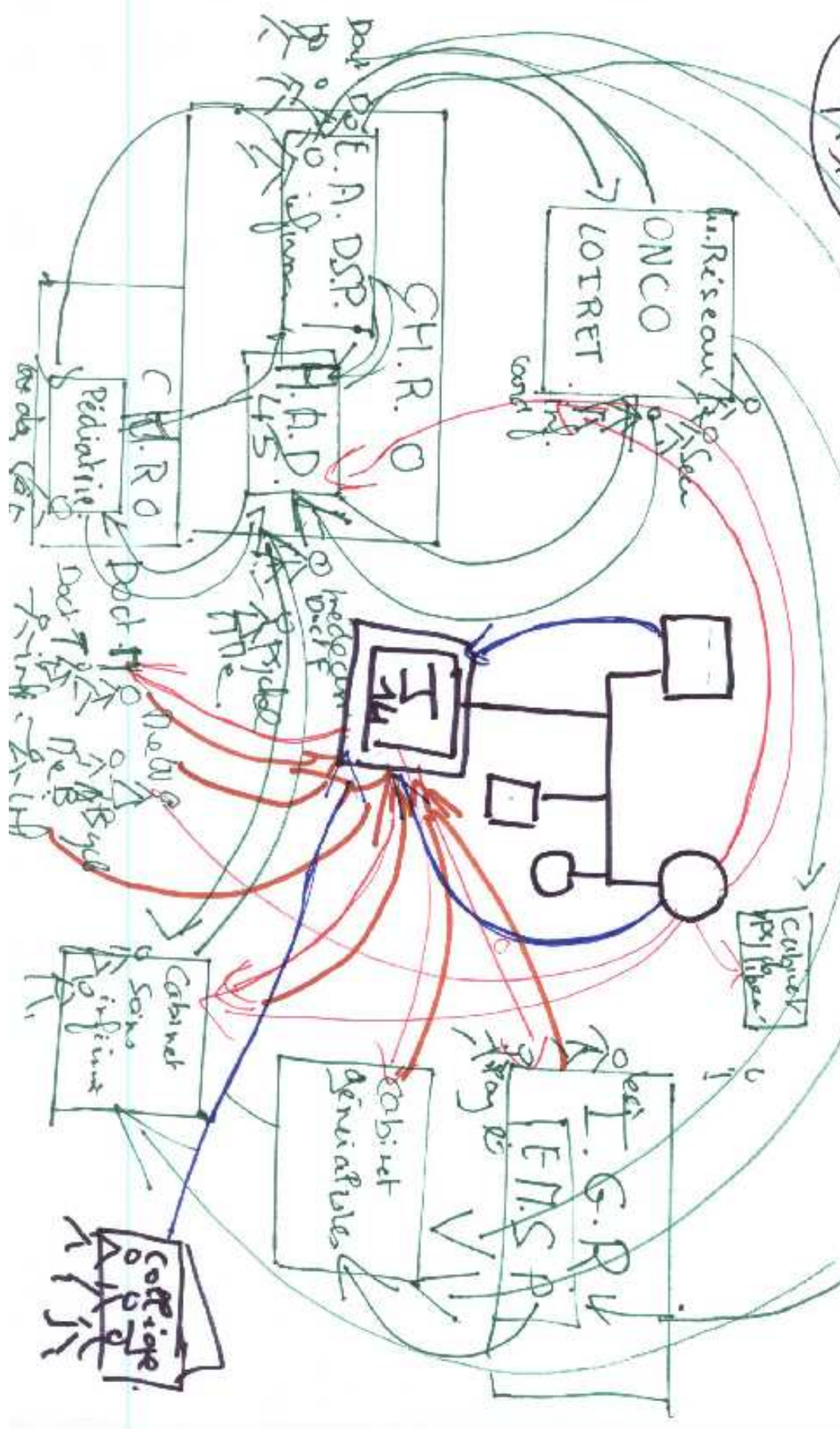
L'évaluation du travail de réseau doit prendre en compte simultanément les facteurs médicaux, les facteurs psychologiques, relationnels et familiaux.

- une analyse des effets du travail de réseau sur les pratiques partenariales : décloisonnement, réduction des interventions en doublon, accroissement des capacités à travailler avec les autres professionnels et à adapter la pratique aux besoins.
- Une analyse des effets du travail en réseau sur les malades et leurs familles comme la possibilité de recadrer les interventions, de repositionner une intervention ou des interventions de professionnels pour une intervention de réseau plus adéquate.
- Une analyse de la satisfaction des patients et de leurs familles et une analyse des améliorations perçues, comme une amélioration de la relation de confiance avec les professionnels, une amélioration des relations intrafamiliales ou sociales.



29/10/09

Préparer carte-tabe -
sur son icelle
3 pages + 10 pages



SOCILOGRAMME
du
17/11/2009