

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 31

**LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES
ET NON INFECTIEUSES DU PIERCING
ET RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Ferdaous SIAMAR
Née le 22 Février 1992 à Tanger

Pour l'Obtention du Doctorat en Pharmacie

MOTS CLES : Piercing – Complication – Infection – Enquête – Pharmacien.

JURY

Mr. M. ZOUHDI Professeur de Microbiologie	PRESIDENT
Mr. Y. SEKHSOKH Professeur de Microbiologie	RAPPORTEUR
Mme. S. EL HAMZAOUI Professeur de Microbiologie	} JUGES
Mme. M. CHADLI Professeur de Microbiologie	
Mr. A. JEAIDI Professeur d'Hématologie Biologique	



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – *Doyen de la FMPR*
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – *Doyen de la FMPO*
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – *Dir. du Centre National PV*
Chimie thérapeutique *V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC*

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique



Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*

Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la FMPA*

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- *Directeur CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - *Directeur HMI Med V*
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie



Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique

Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*

Pédiatrie
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie

Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Noureddine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie



Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Saïd*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale



Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENCHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie

Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie



Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
 BENCHAKROUN MOHAMMED
 BOUCHIKH MOHAMMED

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique



EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

***Enseignants Militaires**

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie



JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

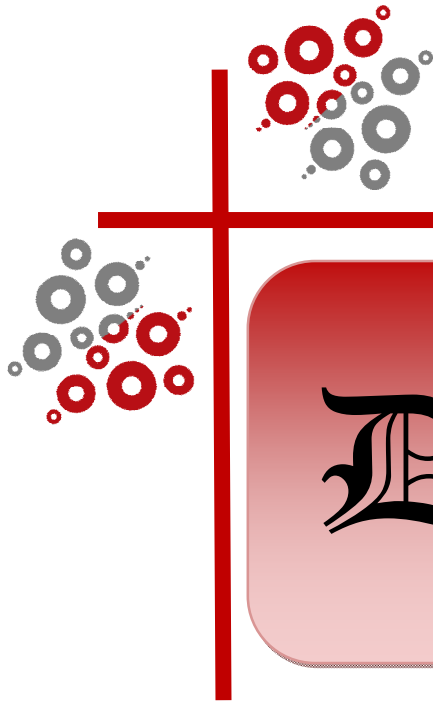
2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES


Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*

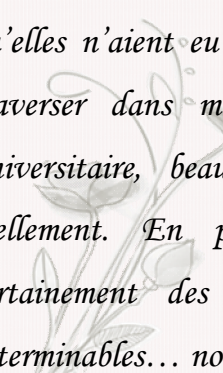





Dédicaces



Cela ne sera pas mon œuvre ultime, que j'aurais forcément le privilège de réaliser avec certainement, l'aide de dieu, que ce soit sur le plan académique, professionnel, ou tout simplement et essentiellement, personnel. Mes ambitions sont en effet, bien plus vastes, que ce qu'annoncent mes mots, souvent timides. Je sais en outre, que je pourrai encore et toujours, compter sur ceux qui ont, directement ou indirectement, contribué jusqu'ici, voire, amplement et inlassablement concouru, pour faire de ma modeste personne, un projet de bon citoyen, en croyant en moi et, en mes moyens.



De nature réservée, j'ai souvent eu à évoluer, en subissant presque au quotidien, un déphasage lourdement assumé, entre mon propre être et mon paraître : Combien de discours ai-je dû enterrer volontairement en moi et, combien d'idées avortées avant même qu'elles n'aient eu à voir le jour. Parmi tous ceux que j'ai dû traverser dans ma vie, notamment lors de mon parcours universitaire, beaucoup sont ceux, qui ignorent qui j'étais réellement. En parcourant cette dédicace, ils trouveront certainement des éléments de réponses à leurs questions interminables... nourries par leurs curiosités.



Le présent travail est le fruit d'un long parcours, réalisé parfois, dans la douleur. Mais, je persiste à croire, que mon destin, a bien voulu mettre sur mon chemin, certaines bonnes personnes, qui ont su, dans mes moments de désespoir, me propulser vers l'avant et, me charger d'énergie, dans mes moments de fatigue, sans jamais demander la moindre contrepartie, sauf, peut-être, la promesse silencieuse de tâcher d'être heureuse dans tout ce que je fais et,... toujours fière de ce que je suis.

J'ai eu tellement envie, que ces trois pages consacrées aux dédicaces, ne connaissent point de fin, au risque de transformer le présent contenu, en sacré hommage notamment, à ces absents, très proches, pourtant, qui m'ont longtemps accompagné dans l'ombre, plutôt que l'aboutissement d'une longue année de recherche scientifique. Je leur dois en grande partie, le mérite d'en être là.

Je voudrais, donc, à l'occasion de mon premier véritable tournant positif de ma vie, qui me propulsera, si dieu le veut, vers de nouveaux challenges plus élaborés, dédier ce modeste travail, en guise d'hommage rendu à juste titre, à ces êtres chers, bien logés dans mon cœur.



Au patriarche de la famille,

... dégageant à travers sa bonté innée, la senteur du géniteur et, le sens dévoué de la générosité. Lui, qui m'a cueillie et protégée de bon cœur et qui, s'est tant soucié de mes intérêts, enfant que j'étais. J'ai nommé **Mohamed SIAMAR**.

Je n'ai probablement pas eu, tout au long de ces années passées sous son toit, le courage de lui avouer en face, mes sentiments profonds, ainsi que, ma reconnaissance inconditionnelle et mon respect, pour sa bonne personne combien honnête. Il mérite bien plus que ces paroles modestes mais, sincères, qui se dégagent du cœur de l'enfant, qu'il a vu grandir en silence. J'espère qu'il saura être fier de moi.

A la première bonne femme de ma vie,

... qui m'a également accueillie dans son monde, sans hésitation aucune et, à bras ouverts. Elle a fait de moi, sa fille à part entière et d'elle, ma conseillère, confidente, éducatrice et protectrice. Mes mots, pour elle, seront imbibés d'amour, d'égard et de reconnaissance. Elle m'a nourri de son affection et enrichi de son savoir. « Ma » **Rabia BENAMAR TOUTTEN** est ma référence intarissable.



A mon adorable famille,

... Si on pouvait avoir à la fois, deux familles dans une même vie, je n'aurais nullement hésité à faire de mon trio Tunisien, le plus merveilleux cadeau-surprise, que l'on puisse imaginer avoir.

Ma famille d'« appui » ne pouvait même pas être soufflée par un rêve d'enfant, tellement elle est magnifique. Une famille sur mesure, on dirait, « livrée » par une providence clémente. Ce n'est certainement pas un hasard, me dis-je modestement, que nous ayons autant de points en commun, allant jusqu'aux moindres détails morphologiques, notamment avec cet « étrange » papa.

Ces gens-là ne se racontent pas en mots. Ni leur façon d'être ou, de me considérer, quand je vois toujours dans leurs regards, la brillance de l'émerveillement, jetés sur ma modeste personne, depuis le premier contact jusqu'au jour des au revoir. Mon monde devint le leur, au point de croire avec arrogance, que mes sourires, ne savent être vraiment beaux, que pour eux et... en leur présence.

J'éviterai de trop m'y étaler, de peur que mon encre ne se transforme en larmes, pour tout ce que je leur dois en termes de bonheur, joie de vivre, bien-être, confiance et espoir. Bref, tout ce qui j'ai longtemps galéré à conquérir.

Cette famille, qui m'appartient intégralement désormais, constitue le choix de ma vie. Elle est l'essentiel de moi.

A mon papa, Faiçal FEZZANI. Merci d'être un père, pour moi.

A ma maman, Amina « Ezzine » DOUGUI. Merci également, d'être une mère, pour moi, incarnant la douceur et la bonté.

A ma toute petite et affectueuse sœur Ghalya. Merci d'être mon chocolat préféré.





A mes deux grands parents,

Omar BENSIAMAR et Fatima CHEIKH ALI,
qui ne verront pas ce jour et, pourtant, tout aussi présents dans nos cœurs à tous et, nos esprits. J'ai eu le privilège de grandir chez eux, juste le temps de leur emprunter les bonnes vieilles valeurs humaines. Leur absence me pèse encore beaucoup. J'aurais aimé qu'ils soient là, pour qu'ils soient fiers du résultat de leur apprentissage.

A mes deux tantes adorées,

Malika et Latifa SIAMAR, qui m'ont couvée tendrement, en gardant toujours sur moi, même de loin, un œil bienveillant. Je me souviens de mon enfance où, j'allais souvent me fondre dans leurs bras, pour me sentir en toute sécurité. C'était le seul endroit où, j'avais l'impression de revivre à nouveau. Aujourd'hui encore, je réalise que rien n'a changé. Elles occupent toujours, une place de choix dans mon cœur.



A mes trois frères de cœur,

*Youssef, le brave, compréhensif et serviable et son épouse
Leila ADACHOUR, Sofiane et son épouse Sara DOUASS
et, au benjamin Yahya, le taquin et peu bavard, qui enchantent
tous ma vie et la décorent de leur présence attentionnée.*

A mon adorable nièce amie et complice,

*Yasmine. Elle est ma compagnonne infatigablement
joyeuse, qui arrive malgré ses petites années, à égayer mes soirées et,
aussi, quelques-unes de mes journées privilégiées, quand il nous
arrive de nous « égarer » en bonnes vadrouilleuses dans nos
histoires banales.*

A Ahmed CHEIKH ALI,

*Une personne, qui m'est particulièrement chère et envers
qui, j'allais dire, me sens redevable à plus d'un titre. Outre le lien
familial qui nous rapproche, il a été l'un de mes meilleurs
professeurs de lycée. Ensuite, mon « sauveur » intraitable, quand il
a été question de me fixer sur mon avenir, en défendant hardiment
ma cause.*

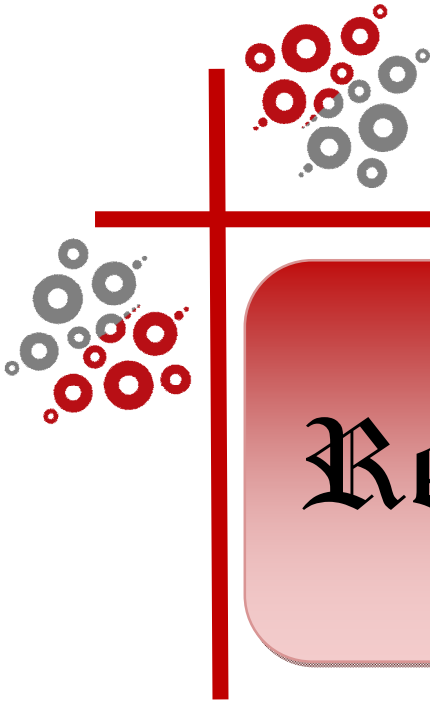


A Hatime REGRAGUI,

Parce que les évènements les plus marquants de ma vie devaient forcément dépasser le cadre familial, j'aimerais bien consacrer une pensée profonde à une personne particulièrement formidable et, qui n'aura pas l'occasion de lire, dans ce bas monde.

A son âme, que je sens encore roder autour de moi, rencontrée accidentellement, pour transformer ma vie en meilleur. Un expert des « esprits », qui m'a généreusement tendu la main, en s'engageant ferme, croyant en moi, à me booster d'idées constructives. Il m'a alloué le premier pas vers moi-même, pour que le destin décide ensuite, de le soustraire à la vie. Mais, pas de mon cœur et mon esprit.





Remerciements



A notre Maître et Président de Jury,

Mr Mimoun ZOUHDI

Professeur de microbiologie

*À la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Rabat*

*Permettez-nous de vous remercier Monsieur le
président, pour ce grand honneur que vous nous faites,
en acceptant de présider ce jury.*

*Nous vous présentons tout notre respect devant
vos compétences professionnelles, vos qualités humaines
et votre disponibilité.*

*Veillez agréer, nos sentiments d'estime et de
haute considération.*



A Notre maitre et Rapporteur de Thèse,

Mr Yassine SEKHSOKH

Professeur de microbiologie

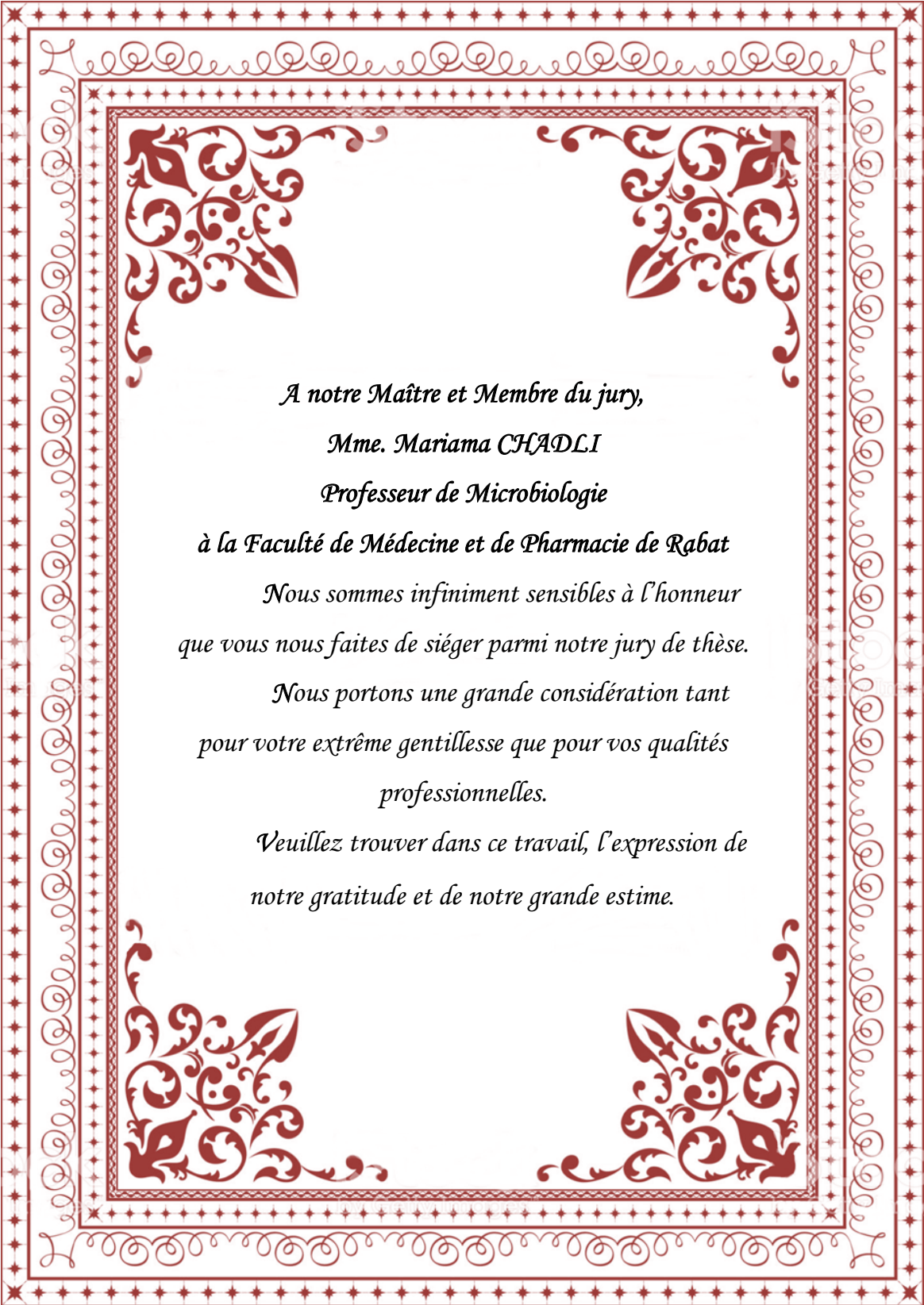
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Nous avons eu le plus grand plaisir à travailler sous votre direction.

Vous vous y êtes grandement impliqués par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration.

Vos compétences, vos qualités humaines et votre simplicité ont toujours suscité une grande admiration.

Veillez accepter, mes sincères remerciements de même que le témoignage de mon profond respect.



A notre Maître et Membre du jury,

Mme. Mariama CHADLI

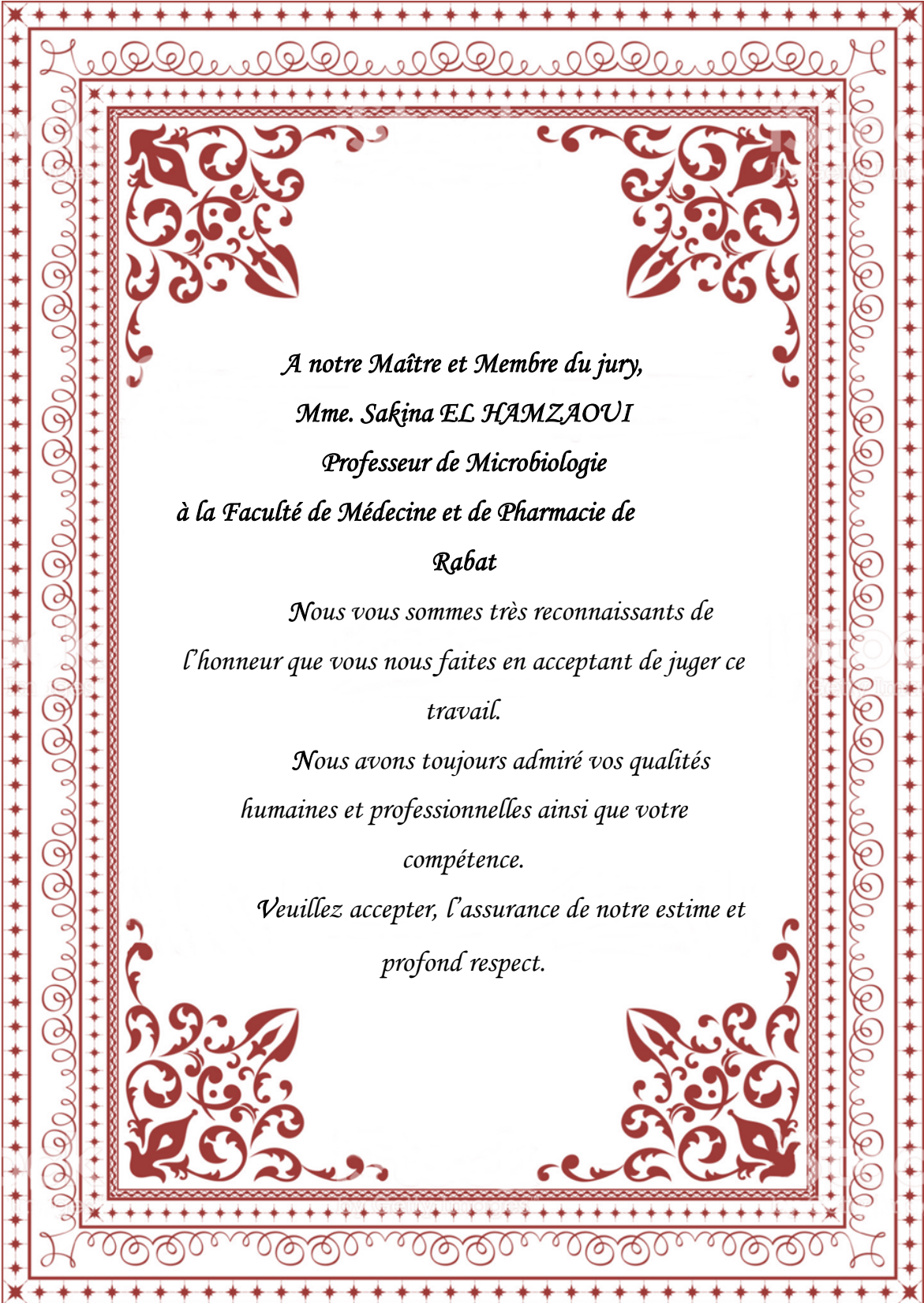
Professeur de Microbiologie

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur
que vous nous faites de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous portons une grande considération tant
pour votre extrême gentillesse que pour vos qualités
professionnelles.*

*Veillez trouver dans ce travail, l'expression de
notre gratitude et de notre grande estime.*




*A notre Maître et Membre du jury,
Mme. Sakina EL HAMZAOU
Professeur de Microbiologie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat*

*Nous vous sommes très reconnaissants de
l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce
travail.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités
humaines et professionnelles ainsi que votre
compétence.*

*Veillez accepter, l'assurance de notre estime et
profond respect.*



A notre Maître et Membre du jury,

Mr. Anass JEAI

Professeur d'Hématologie Biologie

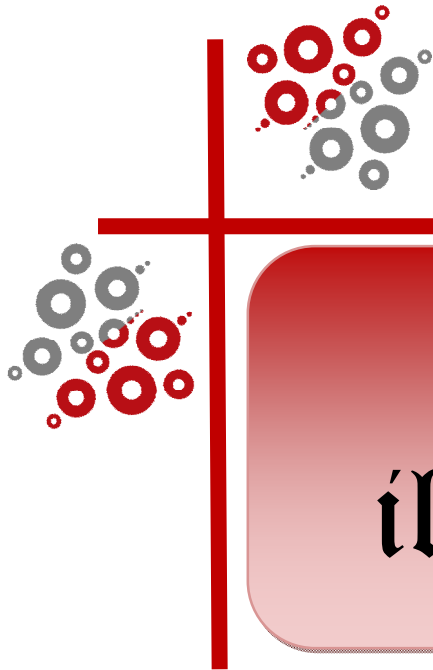
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

*Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que
vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et
professionnelles ainsi votre modestie qui reste
exemplaires.*

Permettez-nous de vous remercier

et à vous exprimer notre respect.



Liste des illustrations

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	: Insuffisance rénale chronique terminale
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évolution en santé
APP	: Association of professional piercers
ASDS	: The American Society for Dermatologic Surgery
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
IST	: Infection sexuellement transmissible
PTFE	: Poly-Tétra-fluoroéthylène
UV	: Ultraviolet
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Femme du nord de l'Inde avec piercing du lobe d'oreille et du nez	7
Figure 2 : Aiguille de piercing.....	13
Figure 3 : Pistolet de piercing.....	15
Figure 4 : Différentes zones de l'oreille pouvant être percée	17
Figure 5 : Piercing septum	18
Figure 6 : Piercing bridge.....	18
Figure 7 : Piercing de la lèvre inférieure.....	18
Figure 8 : Piercing "Madonna"	19
Figure 9 : Piercing de la langue.....	19
Figure 10 : Arcade	20
Figure 11 : Piercing du nombril.....	21
Figure 12 : Piercing barbell.....	24
Figure 13 : Labret	25
Figure 14 : Piercing stud	26
Figure 15 : Abscess auriculaire après pose de piercing	33
Figure 16 : Surinfection locale d'un piercing du nombril	33
Figure 17 : Chondrite postopératoire de l'oreille gauche, nécessitant un traitement médicochirurgical urgent. Les lésions épargnent le lobule.....	41
Figure 18 : Déformation de l'oreille après oreille de chou-fleur »	41
Figure 19 : Patient de 20 ans présentant un abcès après piercing du mamelon.....	48
Figure 20 : Déchirure traumatique du lobe de l'oreille	51
Figure 21 : Dermate de contact allergique après le piercing du lobe de l'oreille par un bijou contenant du nickel	52

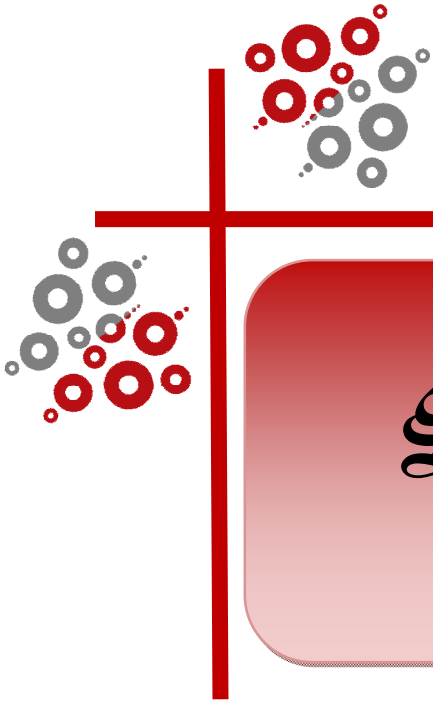
Figure 22 : Cicatrice hypertrophique après piercing nasal.....	55
Figure 23 : Chéloïde après piercing d'oreille.....	56
Figure 24 : IRM du cerveau avec piercing des sourcils interférant avec la qualité de l'image.....	57
Figure 25 : Lobe d'oreille déchiré après une déchirure traumatique due à un anneau auriculaire	60
Figure 26 : Lobe d'oreille réparé	60
Figure 27 : Déformation laissée après élargissement du trou de l'oreille.	61
Figure 28 : Œdème dans les heures suivant un piercing de la langue.....	62
Figure 29 : Défaut dans la ligne médiane antérieur de la langue.....	64
Figure 30 : La langue 3 mois après la chirurgie	64
Figure 31 : Piercing de la langue composé d'une tige avec des extrémités vissées	65
Figure 32 : Fracture des incisives due à un piercing de la langue.	68
Figure 33 : Récessions locales dans la mâchoire inférieure produites par le perçage oral.....	70
Figure 34 : Erosion de l'émail de la dent 31 suite au port d'un piercing sphérique	70
Figure 35 : Persistance de l'érosion dentaire après dépose du piercing.....	70
Figure 36 : Cicatrices hypertrophiques qui se développent après migration d'un anneau du nombril au cours de la grossesse	74
Figure 37 : Vergetures sur le site de piercing du nombril	75
Figure 38 : Répartition de l'échantillon par sexe.....	102
Figure 39 : Répartition de l'échantillon par intervalle d'âge.....	103
Figure 40 : Répartition de l'échantillon selon la situation socioprofessionnelle	104
Figure 41 : Répartition de l'échantillon selon la motivation des percés	104
Figure 42 : Répartition de l'échantillon selon la localisation du piercing.....	105
Figure 43 : Répartition de l'échantillon selon le critère de choix du perceur.....	106
Figure 44 : Consultation pré-piercing du pharmacien.....	106
Figure 45 : Intention de réitérer l'expérience	107

Figure 46 : Complications enregistrées.....	107
Figure 47 : Nature des complications enregistrées	108
Figure 48 : Phase pendant laquelle a été enregistrée la complication.....	108
Figure 49 : Consultation du pharmacien, suite à une complication survenue	109
Figure 50 : Degré de satisfaction des prestations du pharmacien.....	109
Figure 51 : Répartition de l'échantillon par sexe.....	116
Figure 52 : Répartition de l'échantillon selon l'ancienneté dans la pratique	117
Figure 53 : Visites pré-piercing enregistrées.....	117
Figure 54 : Consultations liées à des complications enregistrées	118
Figure 55 : Répartition de l'échantillon selon la nature de la complication.....	119
Figure 56 : Répartition de l'échantillon selon la portée de la complication.....	119
Figure 57 : Degré de satisfaction (solution proposée)	120
Figure 58 : Répartition de l'échantillon selon le sexe.....	123
Figure 59 : Répartition de l'échantillon selon l'expérience	123
Figure 60 : Formation spécifique accomplie.....	124
Figure 61 : Répartition selon la méthode de formation (si Oui).....	124
Figure 62 : Répartition par nature de formation (si Oui)	125
Figure 63 : Lieu d'exercice (pratique de l'acte)	125
Figure 64 : Contribution dans le choix du site à exploiter	126
Figure 65 : Séance d'information préalable	126
Figure 66 : Désistement provoqué par le « professionnel »	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Délai de cicatrisation selon le site	54
Tableau II : Répartition de l'échantillon par sexe	102
Tableau III : Répartition de l'échantillon par intervalles d'âge.....	103
Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon la situation socioprofessionnelle	103
Tableau V : Répartition de l'échantillon selon la motivation des percés	104
Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon la localisation du piercing	105
Tableau VII : Répartition de l'échantillon selon le critère de choix du perceur.....	106
Tableau VIII : Consultation pré-piercing du pharmacien	106
Tableau IX : Intention de réitérer l'expérience	107
Tableau X : Complications enregistrées.....	107
Tableau XI : Nature des complications enregistrées.....	108
Tableau XII : Phase pendant laquelle a été enregistrée la complication.....	108
Tableau XIII : Consultation du pharmacien, suite à une complication survenue.....	109
Tableau XIV : Degré de satisfaction des prestations du pharmacien.....	109
Tableau XV : Répartition de l'échantillon par sexe.....	116
Tableau XVI : Répartition de l'échantillon selon l'ancienneté dans la pratique	116
Tableau XVII : Visites pré-piercing enregistrées.....	117
Tableau XVIII : Consultations liées à des complications enregistrées	118
Tableau XIX : Répartition de l'échantillon selon la nature de la complication	118
Tableau XX : Répartition de l'échantillon selon la portée de la complication.....	119
Tableau XXII : Répartition de l'échantillon selon le sexe	123
Tableau XXIII : Répartition de l'échantillon selon l'expérience.....	123
Tableau XXIV : Formation spécifique accomplie.....	124
Tableau XXV : Répartition selon la méthode de formation	124

Tableau XXVI : Répartition par nature de formation (si Oui)*(Question à choix multiple)	125
Tableau XXVII : Lieu d'exercice (pratique de l'acte)*(Question à choix multiple)	125
Tableau XXVIII : Contribution dans le choix du site à exploiter	126
Tableau XXIX : Séance d'information préalable	126
Tableau XXX : Désistement provoqué par le « professionnel »	127



Sommaire

Introduction	1
Partie I : Généralités sur le piercing	5
1. Historique du piercing.....	6
1.1 Piercing ancestral.....	6
1.2 Piercing contemporain.....	8
2. Motivations du « percé » (Sujet).....	9
3. Epidémiologie.....	11
4. « Professionnel » du piercing.....	12
5. Méthodes et techniques.....	13
5.1 Piercing à l'aiguille.....	13
5.2 Piercing au cathéter.....	14
5.3 Piercing au pistolet.....	14
5.4 Insertion des bijoux dans la cavité buccale.....	15
6. Types de piercings.....	16
6.1 Emplacements du piercing.....	16
6.1.1 Piercings faciaux.....	16
6.1.2 Piercings corporels.....	20
6.1.3 Piercings génitaux.....	21
6.1.4 Piercings de surface.....	24
6.2 Formes du piercing ; Accessoires.....	24
6.3 Matériaux.....	26
6.3.1 Acier chirurgical 316L.....	26
6.3.2 Titane.....	27

6.3.3 Niobium	27
6.3.4 Argent	27
6.3.5 Black line	27
6.3.6 Or.....	27
6.3.7 PTFE.....	28
6.3.8 Bioplast.....	28
6.3.9 Acrylique	28
6.3.10 Platine	28
6.3.11 Pyrex.....	28
Partie II : Complications du piercing	29
1. Complications infectieuses du piercing.....	30
1.1 Complications infectieuses indépendamment du site.....	30
1.1.1 Mécanisme de survenue	31
1.1.2 Populations risquées	32
1.1.3 Infections bactériennes	32
1.1.4 Infections virales.....	37
1.2 Complications infectieuses selon le site anatomique	40
1.2.1 Piercing du lobe et cartilage (oreille).....	40
1.2.2 Piercings des sourcils	43
1.2.3 Piercings du nez	43
1.2.4 Piercings génitaux	44
1.2.5 Piercings du nombril	46
1.2.6 Piercings des mamelons	47

2. Complications non infectieuses du piercing.....	49
2.1 Complications non infectieuses indépendamment du site	49
2.1.1 Malaise vagal	49
2.1.2 Complications hémorragiques	49
2.1.3 Traumatisme	51
2.1.4 Complications allergiques	52
2.1.5 Problème de cicatrisation	54
2.1.6 Complications tardives systémiques	57
2.1.7 Interférence avec les procédures médicales.....	57
2.1.8 Don de sang et d'organes	58
2.1.9 Autres	59
2.2 Complications non infectieuses selon le site anatomique.....	59
2.2.1 Oreille	59
2.2.2 Piercings oraux et péri-oraux.....	61
2.2.3 Piercings des sourcils	71
2.2.4 Piercings du nez	71
2.2.5 Piercings génitaux	72
2.2.6 Piercings du nombril	74
2.2.7 Piercings des mamelons	76
Partie III : Prévention des complications et rôle du pharmacien d'officine.....	78
1. Prévention des complications du piercing.....	80
1.1 Règles d'hygiène universelles.....	80
1.1.1 Limitation de la transmission entre client et opérateur	80
1.1.2 Limitation de la transmission de client à client	81

1.1.3	Limitation « d'auto-infection » du client	82
1.2	Local, matériel, stérilisation.....	82
1.2.1	Salle de stérilisation	82
1.2.2	Salle de travail ou salle de piercing.....	84
1.2.3	Nettoyage et désinfection de l'espace de travail	84
1.2.4	Bijoux de piercing.....	85
1.3	Sécurité des professionnels (Accident d'exposition au sang).....	85
1.3.1	Mesures générales	85
1.3.2	Mesures spécifiques contre l'hépatite B	86
1.3.3	Mesures spécifiques contre l'hépatite C	86
1.3.4	Mesures spécifiques contre le virus du sida	87
2	Rôle du pharmacien d'officine	88
2.1	Conseils préopératoires.....	89
2.2	Conseils postopératoires	90
2.2.1	Conseils généraux	91
2.2.2	Procédures de soins selon la localisation.....	92
2.3	Recommandations	96
2.3.1	Formation des praticiens.....	96
2.3.2	Réalisation de documents d'information	97
Partie IV : Etude descriptive du rôle actuel du pharmacien d'officine sur terrain		99
1.	Matériels et méthodes.....	100
2.	Résultats et interprétation.....	102
2.1	Résultats chiffrés et analyses de l'enquête « percés »	102
2.1.1	Résultats chiffrés.....	102

2.1.2 Analyse du comportement des « percés »	110
2.2 Résultats et interprétation de l'enquête « pharmaciens ».....	115
2.2.2 Interprétation des résultats.....	121
2.3 Interprétation de l'enquête « professionnels »	122
2.3.1 Résultats chiffrés.....	123
2.3.2 Interprétation des résultats.....	127
3. Conclusion de l'enquête	130
Conclusion	132
Résumés	
Références	
Bibliographiques et Webographiques	



Introduction

Les phénomènes de mode ne connaissent visiblement plus de limites. Grâce aux avancées technologiques, la mondialisation de l'information a réduit la planète en une sorte de grand village, contribuant au rapprochement des peuples. Les « tendances » ont commencé ainsi, à voyager au-delà des frontières, presque en temps réels et, indépendamment des domaines et des acquis culturels.

Aujourd'hui, les manifestations de mode ont dépassé le domaine des accessoires, textiles, métalliques ou autres. Elles ont atteint l'intégrité et l'intimité du capital corporel. Des études comportementales des groupes s'y sont alors, intéressées, en se penchant de plus près sur la question. En effet et, après avoir assisté à une montée en flèche, à la veille du deuxième millénaire, du phénomène devenu banal du tatouage, nous assistons depuis quelques décennies à une grande vague de vulgarisation d'une pratique peu commune et, qui semble, elle aussi, gagner du terrain à une grande vitesse ; le piercing.

Le « piercing » est une terminologie couramment utilisée en France et, un peu partout généralement, dans les pays francophones, fidèlement empruntée à l'Anglais, où elle trouve ses origines. C'est, en réalité, une « nouvelle ancienne » pratique, propagée dans les clans des jeunes et, originellement désignée « body piercing ». Elle consiste à adopter des modifications corporelles diverses, caractérisées par une effraction de la barrière cutanée (le plus souvent à l'aide d'aiguilles), avec mise en place durable d'un objet (le plus souvent métallique) extérieur et partiellement visible.

Au cours des dernières décennies, le piercing est devenu de plus en plus courant au sein des populations occidentales où, d'aucune des couches sociales, personnalités médiatiques ou sportives ne semble y être épargnée. Cet engouement s'accompagne toutefois et, souvent silencieusement dans certains cas, par l'apparition, de complications, liées à la pose et au port de ces bijoux corporels permanents.

Il est ainsi, nécessaire d'attirer l'attention, au-delà de ses implications socioculturelles, sur les risques réels et directes, que comportent ces pratiques. Il convient également, d'étudier les possibilités de les cerner, ainsi que les complications qu'elles génèrent, pour qu'elles ne se propagent pas davantage. Pour ce faire, il s'avère indispensable de rappeler et, de valoriser le rôle du pharmacien en termes d'information, de prévention et de conseils, ainsi que, des soins à prodiguer, suite à un piercing, qui pourrait, dans certains cas, se transformer en véritable cauchemar, pour le patient.

C'est dans ce cadre, que s'insère la présente thèse, intitulée ; « **Les complications infectieuses et non infectieuses du piercing et rôle du pharmacien** ». Ainsi, ce travail de recherche, voulu ciblée, traitera de la face cachée de ce phénomène de mode, amplement vulgarisé y compris au Royaume où, le pharmacien de « proximité » est appelé à jouer un rôle majeur et ce, à plusieurs niveaux ; information, prévention et, conseil, outre son rôle curatif classique. Pour le démontrer, nous avons choisi d'aborder notre thème sous forme de quatre grandes parties, dont les deux dernières, constituant le deuxième volet, seront consacrées au praticien et l'étendue de son intervention.

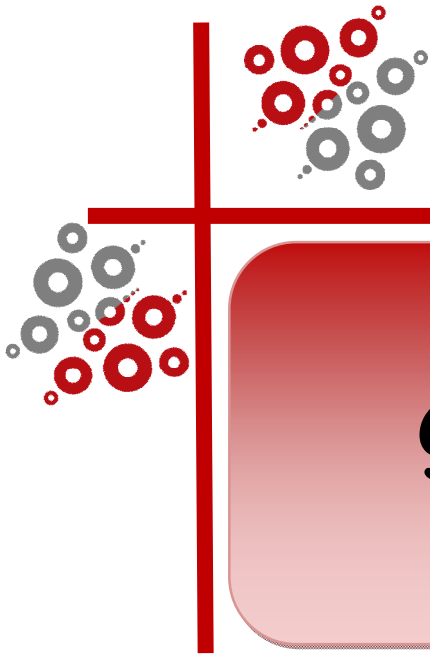
La première partie servira en quelque sorte, de mise en bain, avant d'aborder le vif du sujet ; historique et définition de l'environnement général du piercing, allant des origines jusqu'à la cicatrisation, en passant par les motivations et les techniques conventionnellement utilisées.

La deuxième partie portera sur les complications éventuelles, générées par cette pratique. Elle comportera dans ses pages, des illustrations imagées de certains accidents survenus lors des interventions, pendant la phase cicatrisation ou, après.

Dans le cadre du volet consacré au rôle du pharmacien, il sera exposée, sous forme de généralités, les règles d'hygiène à respecter aussi bien par le « professionnel », que par le percé même, depuis la préparation (phase pré-piercing), jusqu'au-delà de la phase de cicatrisation, notamment, celle des accommodations inévitables, pour certains sites exploités. Cette troisième partie théorique de travail sera ainsi, dédiée au praticien, indirectement confronté à ce phénomène social et, objet de sollicitude, bien plus souvent en sa qualité de source de traitement curatif, que de bon conseil, avis ou information. L'accompagnement de

cette pratique de piercing, devant, à notre sens, se faire assurer en amont, il convient donc, de rappeler cet adage qui dit « vaut mieux prémunir que guérir », pour insister sur la nécessité d'ancrer dans les esprits des patients potentiels, ce « réflexe » qui résiste à la plupart.

C'est ainsi, que la quatrième partie complétant le deuxième volet annoncé, a été consacré à une enquête réalisée auprès des percés, « professionnels » (perceurs) et pharmaciens, pour essayer de mettre en évidence, ce que nous considérons décalage entre le rôle théorique assumé et, la réalité du praticien sur terrain où, le pharmacien, assimilé au sauveteur du dernier recours, est presque ignoré en tant que conseiller à part entière.



*Partie I :
Généralités sur
le piercing*

1. Historique du piercing

1.1 Piercing ancestral

Les rites s'apparentant à la perforation du corps semblent avoir pris naissance à la genèse de l'humanité et, même si, la plupart de ces pratiques anciennes s'est vue « oubliée », la plus répandue aujourd'hui, à travers le monde, est toujours d'actualité ; le piercing classique des oreilles, notamment auprès de la gente féminine.

Les origines des différents piercings sont aussi lointaines, que différentes les unes des autres. Chaque type de piercing a cependant, une histoire propre.

Les plus anciennes parures corporelles « permanentes » furent découvertes au Tchad, en Afrique. Elles datent de l'époque néolithique. Il s'agit de labrets de pierre, objets servant à orner la lèvre inférieure en la transperçant de part en part [1].

Le piercing au niveau du lobe de l'oreille, constitue certainement la pratique la plus notoire et la plus amplement répandue au monde. Elle était le siège de croyances et de superstitions diverses. Mais, dans tous les cas, « banalisée » et, réduite à une pratique populaire.

Ce piercing indiquait parfois, aussi, le statut social élevé de celui qui le portait. Les vieux Esquimaux des igloos et les Égyptiens de l'époque Pharaoniques le pratiquaient déjà, il y a des milliers d'années (Découverte de bijoux en or, décorant les oreilles âgés de plus de 5000 ans ayant appartenu à un pharaon de l'ancienne Egypte) [1,2].

Par ailleurs, des boucles narinaires et des pendentifs de cloison nasale datant de l'ère précolombienne ont été retrouvés en Amérique du Sud [1].

Les piercings du nez sont tout aussi répandus dans le monde entier pratiquement. Originnaire du Moyen-Orient, le piercing de la narine naquît, selon les études, il y a plus de 4000 ans et, inlassablement perpétué, connut son plus grand essor en Inde, dès le seizième siècle (**Figure1**) [2].



Figure 1 : Femme du nord de l'Inde avec piercing du lobe d'oreille et du nez [3].

Toujours en ce qui concerne les piercings opérés sur les parties du visage (faciaux), ceux de la bouche sont connus depuis l'époque des civilisations des Aztèques et des Mayas. Ces peuples ancestraux de la lointaine Amérique Latine, avaient pour habitude d'orner leurs lèvres avec des bijoux en or pur. Les Mayas pratiquaient même le piercing de la langue lors des rituels. En Afrique, les femmes des tribus de Malawi et de Makololo de l'Afrique du Sud, portaient des assiettes à leurs lèvres supérieures, afin de séduire les hommes de leurs tribus[2].

Quant aux origines du piercing du nombril, elles sont tout aussi lointaines. Elles remontent visiblement, au temps des civilisations Egyptiennes. En effet, l'histoire démontre que seuls, les Pharaons et autres familles royales, avaient droit au prestigieux privilège, de percer le nombril, pour y marquer le signe d'un statut social élevé. Cette pratique antique abandonnée, a vraisemblablement connu une renaissance bien plus tard, par son introduction dans le monde occidental et, plus exactement, à Hawaï, au début de la seconde guerre mondiale [2].

Vient ensuite, le piercing du téton. Les études ont démontré, qu'il a plus d'une signification et de motivation : une preuve de bravoure, pour les légionnaires romains, emportés par les guerres et les conquêtes et, un rite de passage à l'âge adulte, pour les tribus d'Amérique Centrale, avec ce que cela engendre en termes de fertilité [2].

Les piercings génitaux enfin, sont également cités dans l'histoire ; les Romains perçaient ainsi et, attachaient ensemble les lèvres (grandes ou petites) des femmes esclaves, pour les empêcher d'avoir des rapports sexuels. En outre, de nombreuses tribus réalisaient lors de leurs rituels des piercings génitaux aux hommes, comme par exemple l'Apadravya, piercing vertical du gland d'origine indienne et, évoqué dans Kama Sutra [2].

1.2 Piercing contemporain

Le piercing « extrême » se répand dans l'aristocratie du dix-huitième et, des dix-neuvièmes siècles, dans les pays occidentaux d'Europe, où il trouve ses origines, puis disparaît au début du vingtième siècle ; le piercing du mamelon fût un phénomène de mode, propagé auprès des femmes de l'époque Victorienne (fin du XIXe siècle), entraîné par des motivations inavouées, purement séductrices et sexuelles [2]. Le Prince Albert (le Prince Consort), mari de la Reine Victoria, aurait eu un piercing génital dans sa jeunesse, pour des raisons pratiques (maintien du pénis lors du port de pantalons moulants), ou médicales (le Prince Albert aurait souffert de la maladie de Lapeyronie) [4].

Quelques « mythes » entourant ces piercings ont été (et sont toujours) véhiculés, afin de promouvoir l'intérêt général, pour ces pratiques extrêmes. Ainsi, elles réapparaissent à nouveau, à la fin des années 60, sous l'impulsion d'un millionnaire Américain, Doug Malloy ; plus connu sous le nom de Fakir Musafar, il fut le fondateur du courant philosophique des « Modern Primitives », qui revendique la symbolique des modifications corporelles, en général. Certains piercings sont ensuite récupérés par les milieux « Hippy », dans les années 60 et 70, puis ceux des « Punk », dans les années 80 [2].

C'est dans les années 1970, sur la côte Ouest américaine, que sont apparues les techniques modernes « reconnues » de piercing, nées certainement, d'une demande grimpante de groupes d'individus de tendances particulières diverses. Ainsi, la première boutique répertoriée de piercing a ouvert ses portes en 1975 à Los Angeles, avec bien des années plus tard, une succursale à Paris en 1995 [1].

Dès lors, le rite d'inclusion ancestral, servant autrefois, de signe d'appartenance communautaire, s'est vu subitement reconverti en rite d'exclusion, pour des groupes minoritaires, probablement en mal de repères. Ces individus, considérant que la seule manière d'échapper au conformisme ambiant, consiste à individualiser leurs corps en le modifiant.

Dans un premier temps, fût lancée la mode du tatouage ou, le tissu corporel s'est transformé en support de dessins et de formes diverses, en couleurs. A la recherche probablement à des sensations plus poussées, ces groupes sont alors, passés à la vitesse supérieure, en recourant à cette pratique de piercing, génératrice de douleurs plus ou moins extrêmes, répondant mieux éventuellement, à leurs attentes [1].

Il s'agissait au départ, de pratiques émanant de populations marginales, comme les « grunges », les « gothiques », les milieux homosexuels et « skins », héritiers des « punk » et les sadomasochistes. Mais, le phénomène ne s'est pas arrêté à ceux-là. Il s'est même transformé en « mode » à part entière. Ainsi, une vague de démocratisation de ces pratiques s'est faite ressentie, à partir des années 1990, fort probablement, sous l'effet de la fascination enregistrée par le public, influencé notamment, par les grandes stars et, leurs corps exhibés presque nus, affichant les signes du sadomasochisme ou d'appartenances diverses, interprété comme le comble du chic [1].

2. Motivations du « percé » (Sujet)

Les préjugés sont grands et la méconnaissance du contexte psychosocial et, des motivations des « percés » amène à considérer cette pratique comme pathologique. La plus grande partie de la littérature publiée jusqu'à, il y a peu de temps, sur le sujet était imprégnée d'un fond de discrimination. La présence de modifications corporelles, comme les tatouages ou le piercing était en effet, associée à des comportements psychopathologiques ou antisociaux, dès lors, qu'il y a dérogation aux règles sociales « conventionnelles ». Ces pratiques étaient alors, associées et, traitées, notamment par les générations de diverses cultures à tendance conservatrice, comme étant une « attitude » malsaine et, un fléau ravageur, diffusé auprès des générations montantes [1].

On parlait justement, avec aisance et, non sans subjectivité « d'estropier le corps », « d'atteinte à l'intégrité physique due à la mode », « de destruction volontaire du propre tissu corporel »... Dans la société actuelle, où les piercings « transpercent » sans tabous les couches sociales, le recours à des interprétations discriminatoires et la considération de ces pratiques comme exclusivement pathologiques ne sont plus d'actualité.

Il est cependant certain, que l'association « blessure volontaire– perversion » se conçoit facilement. Mais le piercing n'a rien à voir avec un plaisir pathologique de la douleur ; la douleur qui accompagne le piercing n'est qu'un effet secondaire.

La question s'impose, alors ; pourquoi se faire percer ?

Aucune réponse ne pourrait être livrée avec certitude et précision. Car, il pourrait exister autant de motivations, que d'adeptes du piercing ; soucis de rébellion envers la société, contre l'autorité parentale, souhait d'individualiser son corps vis-à-vis de la « masse », phénomène d'identification à des personnages connus du monde du cinéma, de la chanson, du sport mondial,... quête de réappropriation du corps, passant par la souffrance de celui-ci, recherche de vertus sexuelles (augmentation du plaisir sexuel pour le ou la partenaire), possibilité de bénéfices spirituels, raisons esthétiques, faire montre de courage et d'audace, désir d'appartenance à une communauté, un groupe, pression des pairs...

Les motivations sont donc, multiples et variées. C'est pourquoi, l'association piercing-érotisme, sadomasochisme et fétichisme, n'est probablement pas applicable à la situation actuelle et, ne peut être maintenue comme seule explication du phénomène. D'ailleurs, dans une enquête réalisée auprès des lecteurs de la revue Body Art (revue spécialisée sur le piercing, le tatouage et autres pratiques de modifications corporelles à visée esthétique), plus de 80 % des sujets interrogés déclarent n'être « ni sadomasochistes, ni fétichistes, ni exhibitionnistes, ni narcissiques » [1].

3. Epidémiologie

Les statistiques en la matière sont assez abondantes, pour permettre de définir les zones où, cette pratique est plus amplement répandue ou, au contraire, considérée comme « exception » passagère.

Selon une étude Néo-zélandaise portant sur 966 jeunes adultes, 9% des hommes et 29% des femmes ont subi des perçages autres que celui du lobe de l'oreille. On pourra déduire la diffusion du phénomène dans le rang des filles, plus que celui des garçons [4]. Parmi les questionnés, 4 hommes (0.8%) et 3 femmes (0.6%) avaient un piercing génital. Plus souvent, ce sont les hommes, qui portent un piercing génital, que les femmes. Alors que la prévalence globale du phénomène est inversement répartie. Un constat, qui s'expliquerait par des raisons anatomiques. En effet, il est naturellement, moins de surface accessible chez les femmes, que chez les hommes [4].

Une étude épidémiologique récente, réalisée en Angleterre, réalisée au moyen d'un questionnaire envoyé à la population, a permis d'estimer à 10% des adultes, les sujets qui avaient – ou avaient eu – un piercing au cours de leur vie, avec, en moyenne 1,7 piercing par personne [5].

La pratique du piercing concerne, selon l'étude, trois fois plus de femmes que d'hommes. La prévalence diminue toutefois, avec l'âge, le phénomène touchant essentiellement la catégorie des 16/24 ans (27,4%). Dans cette tranche d'âge, près de la moitié des femmes porte un piercing.

Plus d'un quart (27,5%) des participants ont rapporté la survenue de complications, nécessitant une fois sur deux, une consultation auprès de la personne ayant réalisé le piercing, chez un pharmacien ou, chez un médecin de premier recours. Les piercings oraux et péri-oraux constituaient également une source notable de consultations auprès des dentistes [5].

4. « Professionnel » du piercing

La dénomination «perceur», employée pour désigner les personnes qui réalisent ces actes, recouvre une grande catégorie de « professionnels », regroupés sous une hétérogénéité de statuts et, de techniques et, reconnus, pour la disparité du niveau d'intérêt accordé à la sécurité, notamment hygiénique des clients et, des pratiques commerciales adoptées.

Quelques-unes des nombreuses boutiques de piercing, tenues par des « perceurs », qui ont pu développer un savoir-faire technique et, accumuler une expérience remarquable, qui en font leur notoriété, sont devenues de véritables références dans le domaine. Les « professionnels » du piercing, forts de leurs connaissances en anatomie, en physique et chimie des matériaux, en antiseptie ou en stérilisation, sont souvent d'origine autodidacte. Certains, s'inspirent de l'expérience référentielle et, plus avancée de l'Amérique du Nord, et sont reliés à des réseaux internationaux [6].

L'Association of Professional Piercers (APP) américaine est la plus importante organisation de perceurs existante. Elle organise un congrès annuel à Las Vegas, où convergent des centaines de « professionnels » venant du monde entier. Plusieurs associations se sont récemment créées un peu partout, dans les pays Européens [6].

Certains perceurs réalisent également des tatouages, des scarifications ou encore, plus exceptionnellement, des implants sous-cutanés de corps étrangers ou du «branding» (marquage au fer rouge).

Plus récemment, sont apparus sur le marché, des « coiffeurs-perceurs », opérant dans des salons de coiffures et, même des « perceurs ambulants », qui exercent à domicile ou, selon la demande, transportent leur matériel spécialisé, pour se déplacer et intervenir carrément chez les clients.

Le piercing est parfois réalisé par la personne elle-même. La fréquence même approximative, de l'«auto-piercing», est impossible à connaître en l'absence d'études fiables. L'incidence des complications infectieuses en est donc, inconnue. Mais, les expériences étrangères suggèrent, que les accidents (toutes complications confondues) seraient plus fréquents dans ce cas [6].

5. Méthodes et techniques

Le perçage corporel se fait généralement sans anesthésie [1]. Après désinfection locale, le perceur repère le trajet à percer avec un stylo à alcool ou du violet de gentiane, utilise une pince à éponge (dans le cas de la langue) et y insère rapidement une aiguille pleine ou un cathéter (stérile), avant de poser le piercing [7].

Les différentes techniques varient en réalité, selon le site du piercing. Mais, ils sont généralement similaires [8]. Les techniques spécialisées les plus utilisées sont la perforation à l'aiguille, cathéter ou au pistolet.

5.1 Piercing à l'aiguille

Réalisé en perforant les tissus à l'aide d'une aiguille creuse forte, de calibre variable, à usage unique, conçue à cet effet (**Figure2**). Après désinfection de la peau, le perceur marque les points de repère avec un « stylo chirurgical » et utilise une pince, pour tendre la peau. L'aiguille est poussée à la main dans un bouchon en liège ou en caoutchouc.

L'extrémité ouverte de bijoux est alors, introduite dans l'aiguille de perçage et, traverse l'ouverture faite par cette dernière. Ensuite, l'aiguille et le bouchon sont enlevés [8].

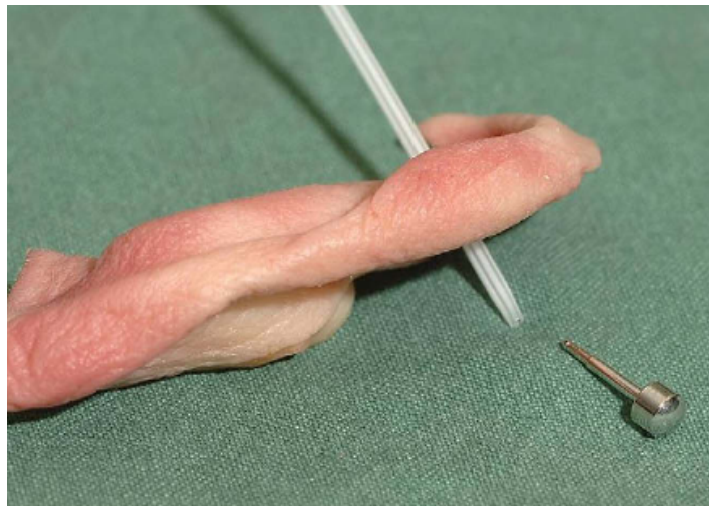


Figure 2 : Aiguille de piercing [9].

5.2 Piercing au cathéter

Parmi les controverses techniques les plus importantes dans la profession des perceurs figure l'usage du cathéter dans les manœuvres de piercing [6].

Le cathéter offre l'avantage de pouvoir directement insérer le bijou. Tandis qu'à l'aiguille, il faut retirer, puis, insérer. Le piercing se fait alors, en un seul temps.

Dans une première étape, le perceur doit déjà avoir mis ses gants, pour nettoyer et désinfecter la peau sur toute la zone de l'intervention. Puis, il procède au marquage d'un petit point au feutre, au niveau du placement choisi et décidé. Il s'agit de la phase préparatoire du site, avant de passer à l'acte.

Ensuite, le perceur positionne le clamp sur la partie à percer, pour s'assurer une bonne prise et, pouvoir percer avec une précision optimale. L'opération doit en effet, se faire sans possibilité de reprise. En utilisant des pinces médicales, il saisit le pli cutané. C'est le seul moyen de prévenir les piercings indésirables dans les couches supérieures de la peau. De plus, on obtient ainsi, un effet analgésique, en comprimant les terminaisons nerveuses. Avec la capture correcte du pli cutané, une ponction homogène est obtenue.

Après la ponction, la pince est alors, retirée. Seul, le tube du cathéter reste dans la peau. L'aiguille est soigneusement enlevée. Les ornements prévus pour le perçage sont instantanément introduits par le canal.

Très souvent, un bijou initial provisoire, plus long que nécessaire (ce qu'il faut en réalité) est utilisé, pour que la zone du piercing puisse gonfler. Son remplacement par un bijou plus ajusté se fera alors, par le perceur, entre deux semaines et un mois plus tard, selon le temps de cicatrisation [10, 11].

5.3 Piercing au pistolet

Le pistolet « perce-oreille », est souvent utilisé dans les bijouteries (**Figure 3**). Mais, l'instrument pourrait s'avérer plus dangereux que la technique à l'aiguille. La forte pression délivrée par le pistolet est susceptible d'abîmer les cartilages et les tissus mous, entraînant des problèmes de cicatrisation. D'un point de vue hygiénique, le pistolet présente également des difficultés en matière de stérilisation [5].



Figure 3 : Pistolet de piercing [9].

Le mécanisme à ressort des pistolets permet d'insérer un clou métallique au travers du lobe, secondairement fixé en arrière par un clip. Ce dispositif sera maintenu jusqu'à cicatrisation du piercing, puis remplacé par un bijou définitif [6].

5.4 Insertion des bijoux dans la cavité buccale [12]

Les piercings oraux sont généralement réalisés sans anesthésie. Lors du piercing de la langue, la partie antérieure de l'organe cible (avant le frein lingual) est percée au niveau de la ligne médiane avec une aiguille épaisse, depuis la face ventrale vers la face dorsale. Une canule en plastique est alors, passée sur l'aiguille à travers la langue. L'aiguille est remplacée par la tige du piercing, dont la longueur initiale est d'environ 20 millimètres.

Après réépithélisation du canal de pénétration (trois à cinq semaines plus tard), cette tige provisoire est remplacée par une nouvelle tige plus courte, d'environ 15 millimètres de longueur. Deux boules sont alors, vissées aux extrémités (ventrale et dorsale) de la tige. Selon les désirs du percé, les boules peuvent être remplacées par des ornements situés le plus souvent sur la face dorsale de la langue et exécutés en différents matériaux (métal ou plastique). La longueur de la tige et la taille des ornements sont variables.

Par ailleurs, la mise en place des piercings de la lèvre, de la joue ou, plus rarement, de la lnette, est pratiquée selon une procédure analogue.

6. Types de piercings

6.1 Emplacements du piercing

6.1.1 Piercings faciaux [2]

Ils font partie de l'essentiel des sites exposés. Le choix est fort probablement lié, selon la tendance des goûts, à des considérations esthétiques.

La famille des « faciaux » regroupe l'ensemble des parties du visage, pouvant être percées. Elle inclut les piercings du lobe de l'oreille et de la narine, les plus répandus, mais aussi de la bouche (lèvres, langue et pourtour de la bouche), de l'arcade et, enfin de nombreuses autres zones de l'oreille (conque, hélix, tragus, etc...) ou du nez (bridge et septum).

6.1.1.1 Oreille [2]

L'oreille constitue l'organe le plus « classiquement » et communément exploité, toutes cultures confondues, notamment dans sa version « lobe ». La pratique est tellement ancienne que banalisée. Toutefois et, outre le lobe, quasiment toutes les zones de l'oreille peuvent être percées. Il peut alors, s'agir d'un perçage unique ou multiple, symétrique ou asymétrique (pour les deux oreilles) ;

- Conque : Cavité de l'oreille externe où, prend naissance le conduit auditif.
- Lobe.
- Hélix : Saillie bordant le pavillon de l'oreille en avant, en haut. Puis en arrière. Elle est composée de cartilage.
- Tragus : Saillie triangulaire du pavillon de l'oreille, placée en avant du conduit auditif externe.

D'autres zones sont indiquées dans l'image ci-après (**Figure 4**).



Figure 4 : Différentes zones de l'oreille pouvant être percées [2].

6.1.1.2 Nez [2]

Comme pour l'oreille, présentant une multitude de choix en matière de piercings, le plus fortement développé dans le monde entier, pour le nez, est le piercing de la narine. Il existe toutefois, deux autres zones nasales, aussi populaires et, franchement convoitées dans le milieu du piercing à savoir, le septum et le bridge.

- Narine.
- Septum ; effectué dans la cloison centrale du nez (**Figure 5**).
- Bridge ; zone située au-dessus du nez, entre les deux yeux (**Figure 6**), le bridge peut être également percé à la demande.



Figure 5 : Piercing septum [11].



Figure 6 : Piercing bridge [11].

6.1.1.3 Bouche

Plusieurs zones de la bouche peuvent être percées. Certains endroits, pour spécification, portent des noms particuliers ;

- Labret (lèvre inférieure) ; on peut placer un anneau ou un labret sous la lèvre inférieure (**Figure 7**) [2].



Figure 7 : Piercing de la lèvre inférieure [12].

- Madonna ou Monroe ; ce piercing est effectué au-dessus de la lèvre, pour donner l'illusion d'une mouche. Une approche visiblement inspirées par les deux célébrités citées. D'où le nom adossé à au site exploité, situé entre la lèvre supérieure et le nez (**Figure 8**) [2].

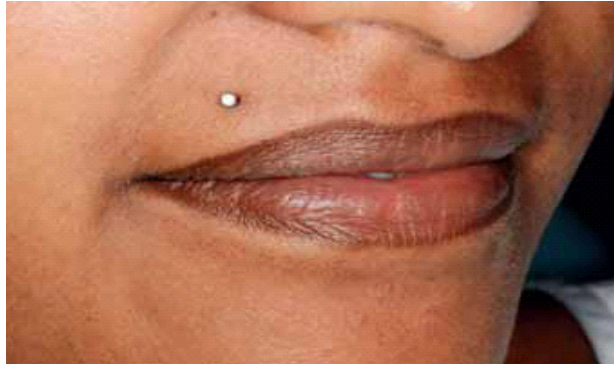


Figure 8 : Piercing "Madonna" [12].

- Médusa (lèvre supérieure) ; ce piercing est également effectué au-dessus de la lèvre et, sous le nez. Il est très peu répandu [2].
- Langue ; ce piercing est effectué verticalement sur le sillon médian. Toutefois, il ne peut être réalisé que certaines conditions anatomiques ; en effet, il ne peut être pratiqué, que sur une langue suffisamment longue, avec un filet peu développé (**Figure 9**) [2].



Figure 9 : Piercing de la langue [11].

6.1.1. 4 Arcade

Ce piercing est en général, pratiqué sur la partie inférieure des sourcils, dans l'axe du choix du percé (**Figure 10**). Cette pratique présente également des limites, dans le sens où, son exécution ne peut être faite que sous forme de piercing de surface. Car, sur ce site particulier, il est difficile de ne pas redouter un éventuel rejet. Ainsi, ce piercing ne peut être effectué sur une arcade plate (le bijou créerait trop de tension sur la peau et entraînerait un rejet) [1].



Figure 10 : Arcade [11].

6.1.2 Piercings corporels

6.1.2.1 Nombril

Le bijou est habituellement placé dans la partie supérieure du nombril, généralement pourvue d'un repli. Certaines personnes, ont un repli situé dans la partie inférieure du nombril, le piercing est alors, effectué en bas. Ainsi, la condition préalable est, que le nombril du sujet demandeur soit doté d'un repli. Il est en effet, impossible de pratiquer des piercings sur des nombrils plats, dépourvus de repli (**Figure 11**) [2].



Figure 11 : Piercing du nombril [11].

6.1.2.2 Sein

Cette pratique consiste à percer les deux mamelons et, de les relier par une chaîne en argent. Le perçage peut être effectué selon la volonté du demandeur, horizontalement ou verticalement (les deux types de piercings pouvant être combinés) [2].

6.1.3 Piercings génitaux

Il existe une quantité impressionnante de piercings génitaux, féminins ou masculins. Les plus connus seront énumérés dans ce qui suit.

6.1.3.1 Féminins [4]

Parmi les nombreuses zones de piercings génitaux féminins, citons « le capuchon du clitoris » ou, « le clitoris » (très peu pratiqué, car il nécessite une morphologie particulièrement adaptée. Autrement, le piercing peut entraîner une perte de sensibilité, s'il est mal réalisé) et, « les lèvres » (grandes lèvres ou petites lèvres, attachées ensemble). La demanderesse du piercing précise alors, son choix, qui peut être « soufflé » et argumenté par le perceur ou, motivé par ses propres tendances.

- Grande lèvre, Petite lèvre ; piercing unique ou multiple, qui offre la possibilité d'appliquer une ceinture de chasteté, en utilisant un anneau reliant chaque lèvre opposée. Cette pratique assure une fonction de stimulation sexuelle, que ce soit de la percée ou du partenaire, selon la position retenue du bijou.
- Capuchon clitoridien ; perçage du prépuce (plus fréquent) ou du corps du clitoris (moins fréquent).
- Triangle ; piercing profond du clitoris. Cette forme particulière de piercing du clitoris est réalisable uniquement chez des femmes anatomiquement « prédisposées ». Elles ne peuvent donc, pas être réalisées à la demande. Mais, après consultation du site. Le triangle assure également une stimulation clitoridienne intense lors des rapports.
- Christina ; piercing vertical à travers le clitoris, avec une émergence au-dessus du pubis ; pratique peu populaire, en raison du délai de cicatrisation et, du risque majeur de déchirure. Contrairement aux deux précédentes pratiques, « Christine » requiert essentiellement, une fonction purement esthétique.
- Princesse Albertina ; piercing urétral, avec sortie entre l'urètre et le vagin. Une pratique équivalente du « Prince Albert » réalisée sur les sujets masculins. Elle présente toutefois, un inconvénient capital à savoir, l'exposition au risque d'infection urinaire plus fréquente.
- Fourchette ; piercing périnéal, équivalent à celui de la guiche, chez les sujets masculins. Elle a pour avantage, la stimulation sexuelle du partenaire masculin.

6.1.3.2 Masculins [4]

Les hommes ont anatomiquement plus de « matière », pour pouvoir réaliser au choix, une multitude d'insertions de piercings, comparé aux femmes. Les piercings peuvent être placés, chez l'homme, sur le pubis, le prépuce, le pénis, le fourreau de la verge, le scrotum et le périnée. À titre d'exemples, l'ampallang (Piercing rituel, qui traverse horizontalement le gland), ou l'apadravya (équivalent vertical de l'ampallang), le frein (ou frenum)...

- Pubien ; piercing placé au-dessus de la base du pénis. Cette pratique offre une double satisfaction au percé. L'une décorative et l'autre, sexuelle.
- Amapallang (pallang, palang) ; il s'agit d'un piercing horizontal réalisé au travers du pénis, placé habituellement sur la face dorsale et de manière superficielle. Il peut passer également, à travers l'urètre. Mais, outre son aspect fortement

douloureux, la pratique présente un grand risque hémorragique (corps caverneux). Par ailleurs, la philosophie de cette technique semble avoir puisé ses motivations dans des rites historiques, fort probablement initiatiques, qui marquaient le passage du sujet d'un état infantile vers un état viril. Mais, ce piercing présente également un avantage de stimulant sexuel.

- Apadravya (ou apadavya, apadavyra) ; c'est un piercing vertical empruntant une trajectoire dorso-ventrale. L'urètre étant là aussi, traversé, le sujet s'expose également au risque hémorragique outre les fortes douleurs ressenties.
- Dydoe ; un piercing unique ou multiple, passant à travers la couronne du gland. Cette technique exige une certaine prédisposition anatomique ; l'homme percé doit obligatoirement être circoncis. Cette approche présente un avantage de stimulation sexuelle du percé.
- Peau du prépuce (Oetang) ; consiste à procéder au perçage des deux bords du prépuce entourant le gland.
- Frenum (Frein) ; peau ventrale du pénis ; cette technique présente l'avantage, pour les sujets intéressés, de générer peu de douleur et, pour le perceur, d'être facilement réalisable. Toutefois, elle n'est carrément pas recommandée, chez les sujets circoncis, à cause d'un problème incontournable de cicatrisation.
- Prince Albert ; anneau passant à travers le méat urétral et ressortant par la partie ventrale du pénis, au frein. Le « Prince Albert inverse » consiste, selon cette technique, d'orienter la trajectoire vers l'extrémité du gland. Cette approche génère durant les rapports et, au su du percé, une stimulation urétrale.
- Hafada (ou Hafad) ; consiste à procéder à un piercing du scrotum, en tige ou en anneau, à un niveau haut, situé latéralement. Cette approche est également peu douloureuse et, ouvre la possibilité de réaliser une multitude de piercings « en échelle » le long du raphé médian. Elle présente une fonctionnalité plus décorative que sexuelle.
- Guiche ; Il s'agit d'un piercing réalisé sur le périnée, en ligne médiane ou, de façon latérale. La variante donnant possibilité d'un passage transanal avec un anneau comporte cependant des douleurs à la station assise durant la cicatrisation.

6.1.4 Piercings de surface

Un piercing de surface est un perçage dont les trous d'entrée et de sortie du bijou sont situés sur un même plan. En d'autres termes, le piercing est effectué à travers une zone plane de la peau. Ce type de piercing, parfois qualifié de « piercing extrême », peut s'effectuer sur le front, dans le cou, les bras, la poitrine, le dos ou les jambes, ou encore, sur le dos de la main et même, le long de la colonne vertébrale ou entre les doigts.

Ils font partie en effet, des interventions des plus longs à cicatriser. D'ailleurs, ils sont très souvent rejetés par l'organisme du percé [1].

La face constitue statistiquement, le siège préférentiel des perçages. C'est en effet, la partie la plus exposée du corps et, peut donc, renseigner sur la personnalité extravertie du percé. Une étude américaine réalisée en 2006 aboutit à une classification des sièges de perçages par ordre de fréquence comme suit ; le lobe de l'oreille, les lèvres, surtout inférieures, les narines, l'hélix, les sourcils, la langue, la base du nez et, le septum nasal [13].

6.2 Formes du piercing ; Accessoires [14]

Les piercings les plus utilisés s'inspirent de certains modèles Classiques.

- Le piercing barbell, est une barre droite avec une boule à chaque extrémité. Il est utilisé pour le piercing de la langue ou de l'arcade. Pour le retirer, il est nécessaire de dévisser les deux boules. Les boules des extrémités peuvent être également, remplacées par des éléments décoratifs au choix (**Figure 12**).



Figure 12 : Piercing barbell [14].

- Il existe également des microbarbell, pour les oreilles et les zones cartilagineuses.
- Le labret se compose d'une tige droite, avec un disque (embout plat) à une extrémité et, une boule ou un élément décoratif qui se clippe ou se visse à l'autre (**Figure 13**). Il est fréquemment utilisé, pour le piercing des lèvres, des joues ou du menton, ou pour les zones cartilagineuses (nez, oreille).



Figure 13 : Labret [14].

- La banane est une barre courbée, comprenant un élément décoratif et, une boule vissable. Elle est principalement utilisée au niveau du nombril ou, de l'arcade sourcilière.
- Le fer à cheval est formé de deux boules vissées au niveau de ses extrémités, de manière similaire à la banane. Il se porte à l'oreille, à la lèvre ou au niveau de l'arcade sourcilière. L'anneau est le plus souvent fermé par une boule qui se visse ou s'insère.
- Le tunnel et le plug sont des ornements cylindriques (creux pour le tunnel, plein pour le plug) portés au niveau du lobule de l'oreille (exceptionnellement au niveau de la lèvre inférieure). Un élargisseur est utilisé afin d'agrandir progressivement le diamètre du trou.
- L'industriel est un piercing double, principalement porté au niveau de l'oreille.
- L'hélix est un support perforé à deux endroits. Les deux perforations sont reliées par une barre transversale, fermée à chaque extrémité par une boule vissée.

- Le studs est le piercing le plus utilisé au niveau du nez et, peut aisément s'apparenter à un pin (ou une puce d'oreille) placé sur la narine. Il est soit droit avec une boule à l'extrémité se trouvant dans la narine, soit en forme de « L » pour sa fixation, soit en forme de tire-bouchons. Son retrait peut être délicat. Il est donc, indispensable d'obtenir une information précise, auprès du patient, sur le type de fermeture désiré et, la manière envisagée de le retirer (**Figure 14**).



Figure 14 : Piercing studs [14].

- Enfin, l'étrier est utilisé lors de piercing au niveau du mamelon [5].

6.3 Matériaux [14]

6.3.1 Acier chirurgical 316L

L'acier chirurgical est le métal le plus répandu, utilisé, pour les bijoux de corps. Ce matériau présente des caractéristiques favorables. En effet, il est très résistant, inoxydable, moins cher que l'or et, souvent moins coûteux que le Titane.

D'aspect métallique, argenté, lisse et brillant, il est également, disponible, tantôt en rouge (par anodisation), tantôt en noir (par projection de gaz ionisé). L'acier connu sous le terme 316 LVM est implantable et, peut donc se porter en bijou permanent de première pose. L'acier chirurgical 316 L n'est pas, par contre, implantable. Mais, il peut se porter sans risque après cicatrisation complète du piercing.

6.3.2 Titane

L'organisme tolère mieux le Titane. Car, il ne contient pas de Nickel (90% de titane, 6% d'aluminium et de 4% de vanadium). Le Titane est recommandé, pour les personnes ayant des allergies au Nickel. C'est une matière légère, qui permet aussi, une meilleure cicatrisation. Le titane existe en différents coloris, pour piercings envisagés sur tous les endroits du corps.

6.3.3 Niobium

Le Niobium est un métal argenté, qui est moins léger que le Titane. C'est une matière de piercing plus chère. Car, elle est moins courante sur le marché. Tout comme le Titane, il peut être anodisé et se présenter sous de multiples sortes de couleurs variées, dont le noir mat qui lui est propre.

6.3.4 Argent

L'argent n'est pas recommandé pour des piercings (barres). Cette matière n'est pas hypoallergénique et s'oxyde rapidement. Toutefois, il peut être utilisé pour les accessoires de piercing. L'argent ne s'oxyde pas mais il se sulfurise, le piercing doit donc être ôté régulièrement pour le nettoyer. Des risques d'irritation et d'allergies ou sont possibles car l'argent est composé à 92,5 % d'argent pur, le reste est essentiellement constitué de nickel. Ce matériau n'est pas employé pour les piercings de base, il est utilisé uniquement pour le nez et le lobe de l'oreille.

6.3.5 Black line

Le black Line est à la base du Titane, qui est ensuite, recouvert par une couleur noire.

6.3.6 Or

L'or existe seulement blanc et en jaune. Il n'est pas forcément conseillé, pour les piercings, sauf en 24K.

6.3.7 PTFE

Le PTFE est appelé Téflon. C'est une matière flexible, plastique, bien tolérée par le corps humain. Il est souvent utilisé par des femmes enceintes, pour cacher leur piercing et par les personnes, développant certaines des allergies.

6.3.8 Bioplast

Matière en plastique, qui ne cause aucune allergie. La tige de bioplast peut être coupée à la dimension souhaitée. Une bille en titane s'y visse et l'accessoire associé présente un tout. Ce matériau convient parfaitement, pour les perçages se situant autour de la bouche et aux personnes allergiques. Mais, aussi et, pour des raisons de discrétion, aux sujets qui désirent rendre caché le piercing

6.3.9 Acrylique

L'acrylique est une matière plastique, tolérée par notre organisme. Il est disponible sous plusieurs couleurs et, peut réagir aux U, sous les lumières noires, d'où son intérêt fantaisiste.

6.3.10 Platine

Présente des risques allergiques très faibles. Un large éventail d'autres matériaux peut être utilisé, comme par exemple le plexiglas, le verre, les pierres, le bois, l'os, la corne,... matériaux inspirés des tribus ethniques. Ils sont représentés sous la forme de tunnels, plugs, écarteurs, permettant ainsi, l'élargissement des lobes.

6.3.11 Pyrex

C'est un verre solide et résistant au choc. Il est également, bien toléré par l'organisme. On recourt au Pyrex majoritairement dans les piercings pour oreilles (Plug, écarteur), afin d'écarter les lobes.



Partie II :
Complications du
piercing

1. Complications infectieuses du piercing

1.1 Complications infectieuses indépendamment du site

Encore mal connues et peu étudiées, les complications infectieuses du piercing font jusqu'à présent l'objet d'observations isolées. On estime les recherches en la matière assez limitées, pour nous permettre des analyses trop poussées. En effet, il n'existe que très peu de travaux à caractère prospectif dans la littérature. Ainsi, la plupart des observations publiées concernent le piercing du lobule de l'oreille. Les agents infectieux isolés sont probablement les mêmes dans les autres localisations du piercing.

Dans la pratique, certaines localisations du piercing semblent être plus exposées aux complications de nature infectieuse que d'autres (nombril, narines). Cependant, au regard des études disponibles, menées sur des populations réduites, l'affirmation de ces approximations reste à prouver [5]. On peut grossièrement établir deux types de complications infectieuses, selon leur origine bactérienne ou virale.

Pour ce qui est des infections bactériennes, il est difficile de distinguer les infections liées à l'inoculation d'agents infectieux intervenus en cours d'intervention du piercing (matériel contaminé ou procédure inadéquate) de celles acquises secondairement, lors de la même phase opératoire ou bien après (manipulation du bijou et/ou soins locaux inadaptés pendant la phase de cicatrisation) [1].

Les infections virales, par contre, sont plus faciles à rapporter à un geste de piercing. En effet, le lien de causalité n'est pas forcément soulevé spontanément par le patient lui-même, d'autant que certains piercings intéressent des zones corporelles particulièrement intimes. Lorsque les infections virales sont asymptomatiques, l'imputation à un geste antérieur de piercing est beaucoup plus délicate et nécessite une enquête plus approfondie (recherche de tests sérologiques antérieurs, interrogatoire précis du patient à la recherche d'autres facteurs de risque). On peut d'ailleurs présumer, que les infections virales auxiliaires au piercing ne soient sous-évaluées [6]. Toutefois, l'on ne dispose pas de données fiables, permettant de trancher sur la question, tant que le sujet n'ait pas été traité de manière globale par les chercheurs.

1.1.1 Mécanisme de survenue [15]

La peau et le revêtement des muqueuses constituent la première barrière et la plus efficace contre les micro-organismes, qui peuplent notre environnement. Ces micro-organismes sont des bactéries, des virus ou des parasites, qui guettent généralement un hôte « accueillant », pour assurer sa multiplication. Dans certaines circonstances, ces micro-organismes peuvent s'introduire dans notre organismes en profitant d'une coupure, piqure, brûlures ou blessures diverses, accidentelles ou intentionnelles ; c'est ce qu'on appelle une « effraction cutanée ou muqueuse ». Lors d'une effraction cutanée ou muqueuse, la pénétration de microbes peut entraîner une infection locale, parfois aggravée, lorsque l'infection se disperse secondairement dans l'organisme.

L'infection peut être due à des micro-organismes présents à la surface de la peau ou des muqueuses du client, inoculés lors d'un piercing. C'est le cas, lorsque la préparation locale du site d'intervention n'est pas conforme au site d'asepsie. Ce mécanisme est susceptible d'entraîner une infection chez un sujet, à partir de ses propres micro-organismes ou éventuellement, la dissémination d'une infection déjà présente chez lui (dissémination de verrues par exemple).

L'infection peut être due à des micro-organismes déjà présents sur le matériel, s'il est contaminé. Ces micro-organismes peuvent provenir d'un client précédent, des surfaces avec lesquels ce matériel aura été en contact durant la procédure, ou des mains du « professionnel » réalisant l'acte. Ces mécanismes sont susceptibles d'entraîner la transmission d'une infection d'un client à un autre client ou, d'un opérateur à son client. Par ailleurs, si l'opérateur se blesse au cours d'un geste, l'effraction est susceptible d'entraîner la transmission d'une infection du client vers l'opérateur ou, inversement ; le risque infectieux concerne donc, à la fois les clients et les opérateurs, lors de la pratique du piercing.

1.1.2 Populations risquées [15]

D'une manière générale, de nombreuses maladies chroniques sont connues, pour affecter les défenses immunitaires de l'organisme. C'est le cas des cancers, de certaines maladies du sang, du diabète, du sida ou de certaines maladies génétiques. Parmi ces maladies, certaines favorisent la survenue d'infections.

Par ailleurs, l'utilisation prolongée de certains médicaments, peut également entraîner une baisse de capacité de défense de l'organisme. Les principaux médicaments concernés sont les corticoïdes et les AINS, qui constituent des traitements assez fréquemment prescrits de manière visiblement incontournable par les médecins.

Pour ces personnes particulièrement vulnérables et, souvent soumises à des traitements de longue durée, envisager de porter un piercing ou toute autre modification corporelle avec effraction cutanée ou muqueuse, doit être préalablement discuté avec le médecin traitant. Quant aux maladies chroniques de la peau, telles que l'eczéma, la plus fréquente, le sujet tenté par le piercing doit, par mesure de précaution, en discuter également avec un spécialiste. Car, toute intervention est de nature à fragiliser davantage le revêtement cutané.

Enfin, les infections dentaires, de la bouche, de la gorge, des parties génitales, présentent, elles aussi, des contre-indications à des manœuvres de piercing de la langue, les lèvres, des joues et, du reste. Il est donc, fortement recommandé d'en informer son médecin, pour avis et conseil.

1.1.3 Infections bactériennes

1.1.3.1 Infections locales

Les abcès développés au niveau du site du piercing constituent les manifestations cliniques les plus fréquentes.

L'infection locale peut être initialement négligée. Car, l'érythème autour du piercing est fréquemment jugé « normal » par les perceurs, notamment inexpérimentés et souvent, mal formés en matière de santé. D'ailleurs, le sujet lui-même, peut, par ignorance, prendre l'érythème, pour une réaction allergique « banale », ne nécessitant pas le recours à l'avis d'un médecin ou, à la limite, du « professionnel » [6].

La persistance au-delà du délai plus que raisonnable d'une semaine, où l'accentuation des symptômes se confirme, notamment par l'association d'au moins trois signes parmi l'érythème (rougeur), l'œdème, la douleur, l'augmentation de la chaleur locale ou la fièvre, un écoulement purulent ou nauséabond, qui viennent signer la présence d'une infection [15], le sujet est tenu de réagir en urgence. La personne ayant eu recours au piercing, est ainsi, atteint à coup sûr d'une infection locale [6], qu'il se doit de soigner sans tarder. Ces signes doivent être signalés préalablement à chaque client, par le « professionnel » se voulant averti, en guise de prévention. Ils sont très révélateurs, indiquant systématiquement une infection, qui nécessite la consultation d'un médecin.

Aucun traitement médicamenteux, même lorsqu'il s'agit de topiques locaux (pommades antibiotiques) ne doit être préconisé par l'opérateur [15]. **(Figure 15,16)**



Figure 15 : Abscès auriculaire après pose de piercing [5].

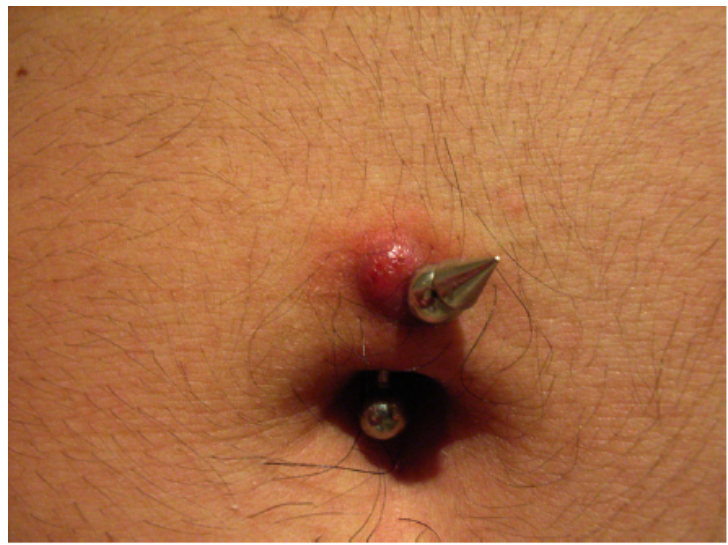


Figure 16 : Surinfection locale d'un piercing du nombril. [7].

Le traitement à prescrire dans ce cas, est la dépose immédiate de l'ornement (la perforation se referme en général spontanément après retrait de l'ornement), la réalisation d'un débridement et, la mise en place d'une antibiothérapie adéquate. Un suivi systématique est nécessaire [16].

Certaines infections locales peuvent nécessiter un traitement chirurgical (incision et drainage, excision des tissus nécrosés) et/ou une antibiothérapie prolongée.

Il convient de réaliser des prélèvements bactériologiques locaux chaque fois où, cela est possible. Des hémocultures sont pratiquées en cas de signes généraux (fièvre, choc). Lorsqu'une antibiothérapie est requise (abcès non collectés, cellulite, drainage ou débridement d'une collection abcédée), le choix de première intention doit porter sur des molécules actives sur *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* β hémolytique groupe A (pénicilline de groupe M, synergistine). Une adaptation de l'antibiothérapie est réalisée après 48 heures de traitement, si l'amélioration clinique n'est pas manifestée. En l'absence de résultat bactériologique, l'hypothèse d'une infection à *Pseudomonas aeruginosa* doit être systématiquement prise en compte et, une combinaison antibiotique adaptée prescrite [6].

A préciser par ailleurs, que si, l'infection locale n'est pas traitée rapidement, elle peut se propager et entraîner des infections systémiques, mettant en danger le pronostic vital du patient.

1.1.3.2 Tétanos

Le tétanos est une maladie infectieuse affectant le système nerveux central. Elle est causée par une endotoxine produite par la bactérie *Clostridium tétani*. La toxine est alors, produite sur le site d'une plaie [17]. Des cas de tétanos ont été décelés en Afrique subsaharienne et en Inde depuis 1978 [6].

Le tétanos céphalique est une forme localisée rare de tétanos (1 à 3% de formes localisées). Il peut, à titre exceptionnel, causer la paralysie faciale périphérique [18].

Selon Dyce O et coll, qui se sont penché en 2000 sur un cas d'une jeune femme atteinte, celle-ci présentait une forme inhabituelle de tétanos, avec trismus et atteinte des nerfs crâniens, sans généralisation secondaire.

L'exploration n'a révélé aucune porte d'entrée, permettant l'installation de la maladie, excepté un piercing de la langue réalisé trois semaines auparavant, comme étant « évènement nouveau ». La patiente avait reçu une première série de vaccins antitétaniques durant son enfance. Par contre, aucune dose durant les cinq années, qui ont précédé le piercing. Elle a été ainsi, soumise à un traitement adapté, qui a apporté une amélioration partielle, avec toutefois, persistance d'une hémiparésie faciale à six mois de l'épisode.

Dyce O et coll, déclarent que le cas de cette femme, annonce le début d'une élévation de l'incidence du tétanos, due aux pratiques nouvelles du piercing. Ils insistent également sur la nécessité d'initier, en diffusant la formation, le corps médical, afin de faire face à ce type de problèmes [19].

1.1.3.3 Endocardite infectieuse

L'endocardite infectieuse est une maladie rare, dont l'incidence semble se stabiliser au cours des dernières décennies [20]. Toutefois, le piercing, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 30 ans, avec et sans cardiopathie congénitale, se révèle être une sérieuse source de danger, favorisée par les complications [21].

C'est une inflammation de l'endocarde, le plus souvent au niveau de sa partie valvulaire, secondaire à la greffe et à la multiplication de l'agent infectieux. Elle peut survenir sur un cœur sain mais, préférentiellement, sur un cœur pathologique (cardiopathie), dont les lésions favoriseraient la greffe bactérienne. Il est généralement admis, qu'une bactériémie est un pré-requis, pour le développement d'une endocardite infectieuse. Le passage des bactéries dans la circulation sanguine peut se faire, soit dans des conditions dites physiologiques et/ou spontanées, soit, dans des conditions iatrogènes ou induites par des procédures [20].

La plupart des cas d'endocardite infectieuse ont été constatés chez des personnes atteintes de coronaropathie ; l'endocardite infectieuse tend à se développer dans l'emplacement de leurs lésions congénitales et, nécessite un traitement chirurgical en complément des antibiotiques intraveineux.

L'endocardite infectieuse pourrait être déclenchée, suite à une pose de piercing, parce que le tract est un réservoir de débris bactériens des organismes qui colonisent autour ou adhèrent à la bijouterie, ou un traumatisme survenant sur le site (comme lorsque les bijoux sont tirés) ; un ou tous ces facteurs pourraient constituer une opportunité pour la bactériémie transitoire, qui peut ensemenner diverses zones du cœur [21].

Les *streptocoques* sont les agents infectieux les plus souvent responsables. Les *staphylocoques* représentent entre 10 et 35% des micro-organismes responsables d'endocardite. Il peut s'agir d'endocardite à *staphylocoque doré* sur valve saine, survenant le plus souvent chez le toxicomane, ou d'endocardite sur valve prothétique à *staphylocoque doré* ou à coagulase négative [20].

Statistiquement et depuis 1991, au moins 22 cas d'endocardite infectieuse décelés ont été directement associés à un perçage de la langue (7 cas), des lobes d'oreille (6 cas), du nombril (5 cas), lèvres (2 cas), le nez (un cas), et le mamelon (un cas) [21].

Dubose J et coll, ont rapporté le cas d'une jeune femme âgée de 18 ans, ne présentant pas d'antécédents médicaux, et n'ayant pas eu recours aux diverses drogues. S'étant présentée dans un centre médicale, souffrant d'une fièvre élevée, de nausées, de malaises divers, et de difficultés respiratoires à l'effort, les examens pratiqués sur la patiente, ont permis de diagnostiquer un œdème pulmonaire, une embolie septique et une endocardite au niveau de la valve mitrale, due à une infection à staphylocoque doré.

Les recherches poussées de son environnement ont révélé, que la jeune femme s'était posé un piercing de la langue 6 semaines avant l'apparition des premiers symptômes. Elle affirme avoir prêté le bijou 4 jours après, à un ami, pour qu'il perce à sa langue. Elle a ensuite remplacé le bijou sans précaution de nettoyage particulière [22].

Un homme de 25 ans présentant une cardiopathie congénitale, diagnostiqué, les conclusions de son étude suggèrent que l'endocardite à *Haemophilus aphrophilus* était probablement causée par le perçage de la langue [17].

La prise en charge thérapeutique à la phase aiguë fait de plus en plus appel à la chirurgie de remplacement ou de réparation valvulaire (environ un cas sur deux). Malgré les progrès dans la prise en charge médicochirurgicale, la mortalité à la phase initiale de l'endocardite infectieuse reste stable et se situe entre 15 et 25%. La prise en charge est onéreuse en raison de la longueur des hospitalisations et du recours fréquent à la chirurgie cardiovasculaire. Ces aspects incitent à mettre en avant le haut risque, que présente le piercing, pour les personnes ayant des cardiopathies.

Si, malgré la connaissance des risques, ces personnes persistent à réaliser un piercing, une stratégie de prévention est indispensable :

- Amoxicilline, une heure avant le piercing (adulte 3g per os)
- Si allergie aux β -lactamines, clindamycine (600 mg per os) ou pristinamycine (1g per os), une heure avant le piercing [20].

1.1.3.4 Angine de Ludwig

L'angine de Ludwig désigne une maladie infectieuse d'origine bactérienne, qui touche les tissus de la bouche (partie inférieure). Elle affecte généralement, les personnes immunodéprimées (dont le système immunitaire est défaillant) ou, qui ont souffert d'infections dentaires à répétition.

La pathologie se manifeste par une inflammation de la gencive et du cou, de la fièvre, une dysphagie (le sujet a du mal à avaler) et, des douleurs au niveau de la langue. Non traitée, elle peut provoquer une obstruction des voies respiratoires. Le traitement repose sur la prise d'antibiotiques (pénicilline, clindamycine) [23].

Perkins et coll, ont rapporté et décrits le cas d'une jeune femme de 25 ans, qui présentait une angine de Ludwig quatre jours, après s'être fait percer la langue ; Elle présentait des cellulites bilatérales dans les espaces sublinguaux submentaux et submandibulaires, avec une hypertrophie de la langue et du plancher buccal. Une intubation était nécessaire, pour libérer les voies aériennes supérieures. L'antibiothérapie ayant échoué, une intervention chirurgicale s'est rendue alors, nécessaire, pour faire diminuer le gonflement du plancher buccal [24].

1.1.4 Infections virales

De nombreuses observations de transmissions virales ont été publiées, qu'il s'agisse d'herpès ou, plus exceptionnellement, d'infections VIH, mais surtout, d'hépatites B et C [13]. Ils sont plus faciles à rapporter à un geste de piercing récent, lorsqu'elles sont aiguës, pour peu, que l'on interroge soigneusement les patients dans ce sens. En effet, le lien de causalité n'est pas forcément soulevé spontanément par le patient lui-même. Lorsque les infections virales sont asymptomatiques, l'imputation à un geste antérieur de piercing est beaucoup plus délicate et, nécessite une enquête plus approfondie (recherche de tests sérologiques antérieurs, interrogatoire précis du patient, pour la recherche d'autres facteurs de risque) [1].

1.1.4.1 Hépatite virale

Les hépatites virales (hépatite B en tête, mais également C et D) ont été fortement associées aux pratiques du piercing. En effet, des études épidémiologiques et, des cas cliniques d'hépatites - parfois fulminantes mortelles - établissent un lien entre hépatite B ou hépatite C et, piercing de l'oreille et d'autres localisations [7].

1.1.4.1.1 Hépatite C

Les voies de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) les mieux identifiées, sont celles qui permettent à du matériel souillé par le sang d'un sujet infecté d'entrer en contact avec le sang d'un sujet jusqu'alors indemne. Par extension, on peut imaginer, que toute forme d'effraction cutanée par du matériel contaminé, puisse constituer une voie d'infection [25]. La transmission survient donc, lors du geste, si le matériel utilisé est contaminé, mal nettoyé et/ou mal stérilisé [7].

Le risque de transmission virale par le piercing s'est avéré suffisamment important pour justifier, dès 1998, par décision du Conseil de l'Union Européenne, l'exclusion de tout donneur de sang, qui a eu un piercing dans l'année précédant le don. Plus récemment, le comité d'experts réuni par l'ANAES a recommandé d'élargir le dépistage de l'hépatite C aux sujets ayant eu un piercing ou un tatouage réalisé sans matériel à usage unique [25].

Il est aussi permis de penser que les perçages, surtout des muqueuses, peuvent jouer un rôle dans la survenue d'infections nosocomiales [13].

Plusieurs cas d'hépatites aiguës virales liées au piercing ont été publiés ; deux études, réalisées sur des cohortes de donneurs de sang, ont établi un lien entre piercing auriculaire et infection par le VHC chez les sujets de sexe masculin, conclusion étendue sur les sujets des deux sexes, par une étude italienne. Une étude canadienne a appuyé ce facteur de risque chez les malades atteints d'hépatite C [25].

Enfin, on imagine mal, que le risque de transmission du VHC soit reconnu en cas d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé (particulièrement avec les aiguilles creuses) et, qu'il ne le soit pas au cours des manœuvres de piercing (où l'usage d'aiguille creuse et le saignement sont courants) [25].

1.1.4.1.2 Hépatite B et D

Plusieurs observations d'hépatites B aiguës transmises par piercing ont été publiées dans le passé et, en démontrent la causalité, dont deux cas d'hépatites fulminantes mortelles enregistrées aux Etats-Unis. Ce sont là, les plus graves complications reliées à ce jour au piercing. Aux Pays-Bas, deux cas rapportés d'hépatite B aiguë ont pu être formellement imputés à la même boutique de piercing, selon une publication récente.

Trois études de plus large ampleur, réalisées selon des méthodologies différentes par Abdool-Karim, Johnson et Mele, respectivement en Afrique du Sud, aux Etats- Unis et en Italie, établissent un lien statistique significatif (en analyse multi-variée), entre portage d'anticorps dirigés contre VHB et piercing auriculaire. Elles constituent des arguments indirects forts, pour étayer la réalité de ce risque infectieux [6].

Une infection par le virus de l'hépatite D peut être associée, soit par coïnfection simultanée virus hépatite B et D, soit par surinfection par le virus de l'hépatite D d'une hépatite B chronique.

1.1.4.1.3 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection par le VIH est moins évidente. Il n'existe à ce jour, qu'une seule observation, publiée en 1998, soulevant l'hypothèse d'une contamination par le virus VIH type 1 suite à de multiples piercing réalisés par un jeune homosexuel américain de 35 ans dans différentes villes d'Europe et d'Amérique du Nord, sur une courte période[1, 6].

La séroconversion est prouvée par un test sérologique négatif quelques semaines avant, puis positif dans les semaines suivant la réalisation de plus de dix piercings différents. L'étude conduite chez ce patient rend plausible le diagnostic de contamination par le VIH liée à ces pratiques. Mais la preuve formelle est bien difficile à produire. Ce patient avait eu plusieurs partenaires dans les mois précédents, mais sans rapports à risque. La présence d'autres facteurs de risque n'est par ailleurs pas exclue.

En l'absence de données plus précises, notamment de biologie moléculaire (isolement de souches virales identiques chez le patient source et chez la victime), seule preuve tangible dans ce domaine, on peut donc, considérer cette observation comme argument recevable.

Cependant, on imagine mal le risque de transmission du VIH attesté dans le cas d'accidents d'exposition au sang chez des professionnels de la santé (particulièrement, avec l'utilisation d'aiguilles creuses) et, pas dans celui des manœuvres de piercing (où l'usage d'aiguilles creuses et le saignement sont courants) [6].

1.1.4.1.4 Virus herpès simplex

Des cas de transmission du virus herpès simplex sont bien documentés, avec notamment, le décès d'une femme contaminée par ce virus, lors de la pose d'un piercing lingual (la maladie a progressé vers une hépatite fulminante, conduisant au décès [1]).

1.2 Complications infectieuses selon le site anatomique

1.2.1 Piercing du lobe et cartilage (oreille)

1.2.1.1 Périchondrites du pavillon

Les périchondrites du pavillon de l'oreille sont des infections rares. Mais, elles sont redoutables, pour les complications morphologiques potentielles, qu'elles peuvent générer. En effet, ces accidents surviennent lorsque le traitement nécessaire n'est pas entrepris par le sujet à un stade précoce.

Toute exposition opératoire ou traumatique du cartilage du pavillon de l'oreille est susceptible de se compliquer de chondrite. Le piercing pratiqué sur la partie cartilagineuse du pavillon constitue la principale menace causant très fréquemment, une complication liée à l'utilisation d'un pistolet [26]. Des lésions cartilagineuses sont provoquées par les pressions successives appliquées par le pistolet, pour bien positionner le piercing. Les deux principaux germes mis en cause sont la *Pseudomonas aeruginosa* et en degrés moindre, le *Staphylococcus aureus*, qui peuvent également être associés.

Au stade de périchondrite constituée, le traitement chirurgical devient le plus souvent la solution incontournable. L'intervention consiste en l'ablation des plages de nécrose cartilagineuse du périchondre adjacent et, pourra même s'étendre à la peau antérieure du pavillon de l'oreille [27].

1.2.1.1.1 Clinique

L'examen doit rechercher les signes précoces de chondrite, justifiant une position inquiète du praticien et du sujet pris par une douleur alarmante du pavillon de l'oreille, continue et, parfois lancinante, avec une rougeur du pavillon prolongée le long du lobule et, avec un œdème, qui se développe jusqu'à effacer progressivement les reliefs (**Figure 17**). Le sujet atteint observe une fièvre inconstante au début [26].

En l'absence de dépistage ou, de traitement précoce, la chondrite évolue, parfois très rapidement. Le stade ultérieur est celui de chondrite avérée (sévère), avec une tuméfaction plus ou moins étendue et fluctuante. Les récurrences sont fréquentes. Les poussées inflammatoires répétées aboutissent à la destruction du cartilage ; le pavillon devient mou et se replie vers le bas, donnant à l'oreille un aspect en chou-fleur (**Figure 18**). Une surdité de transmission peut alors, survenir en cas d'obstruction du conduit auditif externe par l'œdème. Les statistiques révèlent une perte irréversible de l'audition auprès d'un tiers des patients. Cette perte engendrée est d'origines multiples (ischémie sur vasculite des branches de l'artère auditive interne, hydrops endolymphatique) [28].



Figure 17 : Chondrite postopératoire de l'oreille gauche, nécessitant un traitement médicochirurgical urgent. Les lésions épargnent le lobule [26].



Figure 18 : Déformation de l'oreille après oreille de chou-fleur » [26].

Tout diagnostic de chondrite de l'oreille implique la mise en œuvre d'un traitement antibiotique parentéral actif sur les germes à Gram négatif (dont le *P aeruginosa*) et sur le *Staphylocoque*.

L'antibiothérapie repose sur l'association de céphalosporines de troisième génération et de Fluoroquinolones. Dans certains cas rares, des aminosides peuvent y être associés. Ils ont notamment, un rôle dans la composante systémique de l'infection.

À tous les stades, des soins locaux sont nécessaires, comportant des applications d'antiseptiques et éventuellement, des coquilles de protection, en particulier, durant le sommeil, pour éviter tout traumatisme inflammatoire sur l'oreille.

Le traitement chirurgical est nécessaire dans le cas des formes collectées, fluctuantes, avec nécrose cartilagineuse. Il existe une grande diversité de méthodes thérapeutiques proposées, qui dépendent du stade évolutif. Mais, les résultats morphologiques sont mauvais.

L'idéal est de pouvoir dépister toute périchondrite et, de débiter très précocement un traitement antibiotique actif sur les germes à Gram négatif, afin d'éviter le passage à la nécrose du cartilage.

Une intervention chirurgicale décidée rapidement laisse beaucoup moins de séquelles, qu'une intervention trop tardive. Dans les cas extrêmes, quelles que soient les méthodes utilisées, les séquelles morphologiques sont redoutables et, parfois, catastrophiques, au point d'envisager et, de discuter des techniques de réparation ultérieures, par des reconstructions cartilagineuses, selon des méthodes d'otopoièse. [15,26].

1.2.1.2 Érysipèle

L'érysipèle, au niveau du site de piercing d'oreille a été identifié depuis le 19^{ème} siècle [8]. C'est une cellulite aiguë streptococcique. La preuve du germe n'est apportée que sur les résultats d'hémocultures ou, de prélèvements bactériologiques cutanés. Il peut avoir, pour porte d'entrée, une excoriation ou un impétigo du conduit auditif externe.

Cliniquement, il se manifeste par une infiltration inflammatoire du pavillon, débordant sur la région voisine, déjetant le lobule. Il s'accompagne d'une fièvre élevée et, de frissons. L'érysipèle ne se complique généralement pas sous la forme de péri-chondrite. Mais, toute chondrite infectieuse, peut entraîner un érysipèle secondaire.

Le traitement de cette complication repose également, sur l'antibiothérapie et, la pénicilline parentérale en doses élevées [26].

1.2.2 Piercings des sourcils

Un cas révélé, présente un gonflement solide de la taille d'une cerise au niveau du tiers externe du sourcil, avec une paupière érythémateuse et un gonflement de la joue, 4 mois après un piercing de sourcil, nécessitant une antibiotique systémique et, une excision chirurgicale. L'application de produits cosmétiques est cependant à éviter, jusqu'à ce que le canal de perçage soit guéri [29].

1.2.3 Piercings du nez

Le piercing du cartilage peut causer des saignements importants et conduire à la formation d'un hématome septal, qui est souvent accompagné d'une infection. D'autres complications pourraient entraîner une déformation (péri-chondrite et nécrose de la paroi nasale cartilagineuse [30]. En cas d'atteinte du septum, le risque infectieux est important. Il nécessite une antibiothérapie intraveineuse, ainsi qu'un geste chirurgical de drainage [5].

En raison de la colonisation du nez par des organismes *staphylococciques*, les piercings nasaux sont une source facile d'infection. A noter le cas d'une jeune femme sans antécédents d'anomalies cardiaques connues, qui a développé, 6 mois après perçage du septum nasal, une endocardite à *Staphylocoque Aureus*, suivie de complications traduites par plusieurs embolies cérébrale, rénale et splénique [29].

L'infection nécessite un traitement aux antibiotiques, qui ont une bonne couverture contre les *Staphylocoque*. La Mupirocine est efficace et présente une excellente couverture contre les cocci à Gram positif. Les Fluoroquinolones ont par contre, l'avantage d'une excellente pénétration cutanée et une couverture supplémentaire contre les *Pseudomonas* [30].

1.2.4 Piercings génitaux

La littérature en la matière semble assez pauvre. Car, il est pratiquement rare et difficile, de faire parler des sujets interrogés, que ce soit dans le cadre d'une enquête ou une recherche, voire un diagnostic médical, de leurs expériences liées aux piercings génitaux.

Ainsi, cinquante-deux pour cent des individus ayant posé un piercing génital, rapportent le témoignage d'une ou de diverses complications, rencontrées dans le passé [4].

Les individus percés préfèrent plutôt, s'adresser directement à leurs perceurs (54% des cas). Les autres sources d'information privilégiées sont par ailleurs, classiques ; internet, amis et les mesures de « bon sens » (nettoyage soigneux régulier, port de sous-vêtements amples).

Les infirmières et les médecins ne sont pratiquement cités comme source d'information, que dans seulement 3% des cas. Ce faible taux de consultation peut s'expliquer par la peur de consulter, pour ce type de motif, considéré trop intime, par un manque de confiance et, une défiance vis-à-vis du corps médical, qui est perçu comme ignorant les piercings et jugeant négativement les percés [4].

1.2.4.1 Complications générales

Les perçages des régions génitales sont des pratiques particulières. Ils concernent des régions extrêmement sensibles et des organes formés de corps érectiles contenant des corps caverneux gorgés de sang. Ce qui favorise la survenue des accidents hémorragiques et infectieux d'origine microbienne.

Les risques sont majorés par les conditions locales, la proximité des voies génito-urinaires, ainsi que par l'éventuelle existence d'écoulements d'origine parasitaire ou infectieuse, les frottements des sous-vêtements, la macération, et un éventuel manque d'hygiène [31].

1.2.4.2 Complications infectieuses (hors IST)

L'effraction de la barrière cutanée et muqueuse expose le patient aux infections aiguës, qui constituent la première source de complication non spécifique liée au piercing dans 10 à 25% des cas recensés [4].

L'infection peut survenir lors du geste (inoculation primaire), ou lors d'une contamination secondaire intervenue par erreur (ou absence), lors des soins locaux ou, par manipulation intempestive du piercing.

Elles sont le plus souvent liées au *Staphylococcus aureus* ; érythème, œdème, douleur ou augmentation de la chaleur locale, constituent des signes révélateurs, qui devraient alerter le sujet sur la possibilité d'une surinfection locale. Le taux d'infection des piercings génitaux rapporté par les individus, selon les recensements effectués, s'avère relativement faible (6 %, 5/84), compte tenu de la nature fortement sensible du « terrain ». Les infections cutanées survenues après la pose du piercing génital sont, quant à elles, de l'ordre de 3%. Les infections urinaires surviennent dans 1% des cas [4].

Quelques cas d'infection sévère ont été rapportés ; gangrène périnéale de Fournier après piercing génital, prostatite et infection du testicule après piercing du scrotum [4].

Il convient de soulever un grand obstacle, qui constitue une véritable source de danger, pour les sujets percés. En effet, réticents, lors des complications manifestées, les intéressés ne décident de se faire consulter, qu'après un certain délai étalé, laissant du temps et de l'espace aux infections locales déclarées, pour se propager et s'aggraver considérablement.

Ainsi, les bacilles à Gram négatif, tels qu'*Escherichia coli*, et d'autres bactéries entériques, en plus des bactéries de la flore cutanée, pourraient également, causer des infections liées aux piercings génitaux, si on ne les traite pas convenablement, sérieusement et, sans perte de temps [8].

Par ailleurs, il convient de signaler, que les perçages génitaux entraînent souvent, des complications différentes, selon les organes affectés [13].

Le risque d'infection est plus fréquent avec le piercing de type « Christina », du fait de son trajet. Le risque d'infection urinaire serait également plus fréquent avec un « princesse Albertina », du fait de la courte taille de l'urètre féminin [4].

A rappeler en outre, qu'une infection haute de l'appareil génital, peut aboutir à une pelvipéritonite, qui est une cause possible de stérilité ultérieure de la femme percée [13].

1.2.4.3 Piercings génitaux et IST

D'une façon générale, les personnes porteuses de piercings se voient comme des personnes preneuses de risques. Cette notion de prise de risque est plus vérifiée chez les personnes portant un piercing génital. Si le piercing génital a été traditionnellement associé à l'homosexualité masculine exclusive, de nos jours, hommes et femmes hétérosexuels se font poser des piercings génitaux (70 à 80%) [4].

Le lien entre le piercing génital et la transmission d'IST en raison de la brèche muqueuse chronique reste discuté, avec peu de publications et, des données limitées et contradictoires. Certains auteurs ont observé un facteur de « protection » contre les *chlamydiae*, uniquement chez les hommes percés, ayant des rapports avec une partenaire infectée, alors que les femmes percées n'étaient pas « protégées » [4].

Récemment, deux cas de cancer épidermoïde du pénis, possiblement d'origine urétrale, ont été rapportés sur le site du piercing génital de deux patients reconnus séropositifs pour le VIH. Le piercing pourrait avoir contribué à une inflammation chronique via les traumatismes répétés subies sur le pénis et l'urètre. Ainsi, en cas de piercing génital, d'infection par le VIH ou d'autres causes d'immunodépression, il convient de consulter un médecin, suite à une lésion apparaissant près ou au site du piercing [32].

1.2.5 Piercings du nombril

Le nombril, ou la zone péri-ombilicale constitue probablement le site le plus communément sollicité du piercing, après le classique « oreille » [8]. C'est aussi, un site populaire d'auto-piercing [30].

L'on ne s'étonne pas d'enregistrer lors des recensements, des chiffres élevés, quant aux complications liées aux pratiques dans cette zone. Ainsi, 40% des complications évoquées par les sujets interrogés sur leurs piercings concernent la région du nombril [3].

La zone concernée constitue une région de friction inévitable exposée à des divers risques, puisqu'en dehors des vêtements portés, les ceintures et la macération cutanée, qui pourrait s'en suivre, peuvent expliquer la guérison souvent retardée et l'augmentation des taux d'infection des piercings du nombril [30]. C'est le site, qui nécessite un temps de cicatrisation des plus prolongés (plusieurs mois). D'où, l'exposition au suintement séreux continu, basculant vers la surinfection, avec des organismes de la peau [29]. Il est donc, vivement recommandé pendant le processus de guérison, de porter des vêtements amples et de couvrir la zone pendant l'exercice et les activités intimes, notamment pour éviter l'exposition aux fluides corporels.

Ce piercing peut être pratiquement effectué à travers le tissu sous-cutané de n'importe quel côté du nombril. Mais, le « professionnel » averti, devrait savoir qu'il est moins risqué d'opérer en évitant d'inclure le reste du cordon ombilical, encore plus exposé chez les personnes avec nombrils extrovertis, parce que l'infection de ce tissu peut entraîner une infection intra-abdominale [8]. Par contre, un nombril pointant vers l'intérieur, présentant une crête, ou une lèvre distincte, est considéré comme étant une zone favorable, où le perçage peut être effectué avec succès. Alors que, par expérience et, d'après les cas rapportés, il s'avère que les nombrils dépourvus de crête distincte ne peuvent souvent pas supporter un piercing. La procédure se termine bien souvent par provoquer la migration ou le rejet du bijou posé [3].

Le peu d'études décrivant l'étiologie bactérienne ne se sont pas particulièrement penchées sur la question de la cellulite et ses éventuels rapports directs avec la complication du piercing au niveau du nombril. Mais, on suppose que les *Staphylocoques* et les *Streptocoques* y sont fréquemment impliqués [8].

1.2.6 Piercings des mamelons

Le piercing des mamelons, implique une longue durée de cicatrisation et comporte également, un risque infectieux non négligeable [5].

En plus de la cellulite seule, l'infection peut s'étendre plus profondément et causer la mammite, après le piercing du mamelon chez les hommes et les femmes. Des cas de mammite due à des *staphylocoques* à coagulase négative, des *streptocoques* de groupe B et des *staphylocoques* microaérophiles ont été décrits [8]. Il pourrait également s'y former un ou des abcès, après perçage du mamelon (**Figure 19**) [30, 5].

Une complication inhabituelle de piercing du mamelon se manifeste par une infection de l'implant mammaire, associée à une cellulite présente antérieurement sur le site de perçage. Une infection d'implant par le *streptocoque* du groupe a été rapportée en effet, chez une patiente, avec des implants mammaires en silicone et chez un patient avec des implants pectoraux solides, après avoir procédé à un piercing du mamelon [8].

Comme avec d'autres sites du piercing, une infection à long terme, telle qu'une endocardite, peut survenir. Des cas ont été signalés où, les mamelons percés se sont gonflés avant et pendant la menstruation, même après guérison complète [29].



Figure 19 : Patient de 20 ans présentant un abcès après piercing du mamelon [33].

2. Complications non infectieuses du piercing

2.1 Complications non infectieuses indépendamment du site

Les complications non infectieuses, intervenant indépendamment du site anatomique, sont en réalité, nombreuses et, peuvent survenir depuis l'entame du processus de perçage jusqu'à bien après le processus de « cicatrisation » prévu ; malaise vagal, accidents et autres risques hémorragiques, traumatismes, allergies, qui en découlent, problèmes de cicatrisation, complications tardives systémiques et, indirectement, don de sang et interférences avec des procédures médicales.

2.1.1 Malaise vagal

Le phénomène se déroule classiquement en trois phases ; prodromique avec sueurs, pâleur, impression de sang qui s'en va, puis perte de connaissance proprement dite, habituellement non traumatisante, car la phase prodromique aurait déjà permis de préparer la perte du tonus postural, et enfin, phase de récupération plus ou moins prolongée, se poursuivant habituellement par une période d'asthénie [34].

Les « professionnels » perceurs doivent savoir le reconnaître et, être informés de la conduite à adopter face à ce genre de malaise (arrêt de perçage, mise du client en décubitus dorsal, jambes surélevées, dégagement des voies aériennes, surveillance de la tension et du pouls). En cas d'aggravation, les perceurs en action doivent alors, faire appel à une équipe médicale d'urgence [15].

2.1.2 Complications hémorragiques

La plupart des piercings du corps sont sujets à des saignements, notamment les sites fortement vascularisés, tels que la langue ou le pénis [16].

Le percement du gland du pénis, peut provoquer un saignement allant jusqu'à se reproduire durant 2 ou 3 jours. Si le corps caverneux est affecté, l'hémorragie des tissus spongieux peut alors, conduire même, à un dysfonctionnement érectile à long terme [29].

Chez les sujets particulièrement porteurs d'anomalies de la crase sanguine, les lésions vasculaires de type « hématome » sont dues à une effraction involontaire des vaisseaux au niveau de la langue suite à une perforation, avec également risque de nécrose des tissus [35].

En 2003, Shacham R et coll, citent le cas d'un jeune homme âgé de 18 ans, qui se présente en catastrophe aux urgences, pour un saignement provenant de sa langue percée la veille ; l'examen clinique a révélé un saignement important, lent et intense, provenant de la face ventrale de la langue. L'exploration a permis aux secouristes de déceler un léger gonflement du plancher buccal, sans obstruction des voies aériennes supérieures, ni le moindre signe d'infection, ni de modification de flux salivaire. La numération sanguine et le bilan de coagulation étaient en outre, normaux.

Le bijou a été abandonné. La coagulation a été maîtrisée par électrocautérisation. Le saignement s'est alors, immédiatement arrêté et n'a plus réapparu. Le gonflement du plancher buccal a commencé à disparaître petit à petit. Le patient a quitté l'hôpital deux jours après, complètement sain [35].

Pour ce qui est des sujets déclarés hémophiles, une hémorragie de signes graves est possible en sollicitant certaines localisations, ou après administration des anticoagulants ; environ 1% des clients perçants succombe à une post-hémorragie grave [16]. Des hémorragies sévères peuvent se produire et causer même un choc d'hypovolémie.

Ainsi, les personnes administrant des anticoagulants ou, autres médicaments antiplaquettaires et, ceux qui présentent une diathèse hémorragique, doivent raisonnablement s'abstenir du piercing, vu le haut risque d'hémorragie auquel ils s'exposent. La règle générale consiste à éviter l'aspirine pendant 7 jours et, tous les autres AINS, pour au moins, un jour, avant d'entamer toute procédure de piercing. Tout comme il est aussi important de s'assurer, que la blessure résultante soit entièrement coagulée avant d'exposer le sujet à un agent antiplaquettaire [29].

2.1.3 Traumatisme

En plus de la blessure intentionnelle infligée par le perceur, le traumatisme tissulaire peut se produire au moment du perçage ou plus tard, suite à d'éventuels accidents survenant durant le processus de cicatrisation [32].

Les bijoux sont souvent tirés, ce qui conduit au déchirement du tissu. Les sites exposés, tels que les lobes des oreilles, sont particulièrement vulnérables à la déchirure, en raison des agressions physiques, des chutes ou des accidents (**Figure 20**). La chirurgie esthétique est parfois indiquée dans ces cas [29].



Figure 20 : Déchirure traumatique du lobe de l'oreille [30].

Les différences anatomiques peuvent mener à la perforation des structures sensibles, telle que le corps caverneux, ou aux déformations dans le placement des bijoux, comme dans le cas des variations de longueur du frenulum. Pour éviter ce genre de blessures indésirables, la compétence et l'expérience du perceur jouent un rôle important [32].

Il n'est pas non plus à écarter, d'éventuels dégâts causés par inadvertance, aux nerfs sensoriels, pouvant provoquer un engourdissement du site percé [29].

2.1.4 Complications allergiques

2.1.4.1 Allergie au métal

Les réactions aux piercings sont connues et répertoriées depuis toujours [36]. Il s'agit rarement de réactions granulomateuses à divers métaux (or, palladium, titane, vanadium, aluminium) [13]. Ces réactions pourraient se traduire par la manifestation d'hypersensibilité retardée [36]. Les dermatites de contact au Nickel, sont ceux qui comportent le plus souvent un risque de généralisation ou de survenue de rhinite allergique ou d'urticaire, probablement favorisées par un terrain atopique [13].

Les Individus portant plusieurs piercings sont plus susceptibles de développer une allergie aux métaux, que ceux qui s'en limitent à un seul [32]. Le site le plus souvent affecté est l'aile du nez. Quant aux localisations plus rares, elles se situent au niveau du sourcil, de l'oreille, des lèvres et de l'ombilic [36].

La dermatite de contact allergique (réaction de type IV) ou eczéma de contact est considérée comme étant une réaction habituelle. Elle se manifeste par une inflammation de la peau, résultant d'un contact direct avec un allergène, se caractérisant par une éruption cutanée rouge, squameuse, accompagnée de démangeaison dans la région de contact [29].

Les métaux responsables de dermatites de contact peuvent être classés en quatre catégories ; avec le béryllium, le cobalt et le mercure, le nickel appartient à la catégorie IV. C'est-à-dire les métaux, qui réagissent à la sueur et peuvent former des ions allergisants [29]. Les statistiques dégagent un taux de 17,7% d'individus percés affichant une réaction positive à des tests de patch de nickel, l'allergène métallique le plus commun (**Figure 21**) [36].



Figure 21 : Dermatite de contact allergique après le piercing du lobe de l'oreille par un bijou contenant du nickel [16].

En termes chimiques, l'haptène, qui constitue l'ion nickel libre, réagit en se liant aux protéines de l'épiderme. Ainsi, les tests montrent, que le nickel est un sensibilisant modéré à fort. Il faudra donc, assurer un contact cutané direct et prolongé, pour induire une sensibilisation. Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent également favoriser la sensibilisation, tels que l'état de la barrière cutanée (dermatose sous-jacente), l'association à des irritants et d'autres allergènes [37].

Le risque d'allergie aux métaux le plus élevé suite à un piercing intervient souvent, pendant la période de guérison, qui varie généralement, selon le site percé. Pour cette raison, il est important de recourir pendant la période de cicatrisation à des bijoux faits à partir de matériaux inertes, tels que l'acier inoxydable fondu sous vide (LVM), le titane et le niobium. L'allergie à l'or étant rare, les métaux potentiellement problématiques, sont souvent alliés à l'or, en particulier l'or blanc, afin d'en atténuer l'effet allergène [32].

Le traitement de la dermatite de contact allergique implique obligatoirement le retrait de l'agent allergène. Des corticostéroïdes topiques et, rarement, systémiques peuvent être alors, nécessaires pour en contrôler les symptômes [32, 37].

2.1.4.2 Allergie au latex

L'allergie au latex des gants de protection portés par les perceurs peut provoquer une réponse de type IV similaire, entraînant une dermatite [29].

Elle se présente comme une réaction cutanée avec une rougeur marquée, du prurit et la formation de vésicules à l'endroit où la peau a été en contact avec le latex. Le délai d'apparition est de 6 à 72 heures après le contact. Cette réaction est médiée par le système immunitaire en activant les lymphocytes T et représente près de 80 % des cas d'allergie au latex. A noter par ailleurs, que ces réactions sont souvent causées par les additifs chimiques, que l'on ajoute au caoutchouc lors de la fabrication des produits contenant du latex et, non par les allergènes du latex lui-même.

Ainsi, l'emploi de matériel en latex, pour ce type de patients est à éviter dans la mesure du possible [38]. L'utilisation des gants en latex sans poudre, peut notamment, réduire le risque d'allergie. De plus, il existe des gants de protection faits d'autres matières non sensibilisantes, telles que des nitriles ou du vinyle, que le perceur peut également utiliser en guise d'outil de protection [29].

2.1.5 Problème de cicatrisation

Toute agression cutanée est à l'origine d'un processus de remaniements nommé « cicatrisation ». La lésion cicatricielle mineure est une partie normale du processus de guérison [32]. Mais, en règle générale, chaque blessure occasionnée, peut engendrer des complications se traduisant par un retard de cicatrisation des plaies exacerbées, aggravé par une infection, ou par la friction au bijou, pendant le processus de guérison.

2.1.5.1 Retard de cicatrisation

La durée et la qualité de cicatrisation du piercing (épithélialisation du "canal dermo-hypodermique" artificiellement créé) dépendent de l'état général et des antécédents médicaux de la personne, du site anatomique concerné, de la nature et de la qualité du bijou, du matériel employé pour réaliser le piercing et enfin de la qualité du geste technique. Cependant, les soins locaux après un piercing constituent vraisemblablement le facteur déterminant le plus important de la vitesse et de la qualité de cicatrisation, et donc du risque de complication infectieuse. En effet, cicatrisation et infection sont étroitement liées dans le cas du piercing, comme dans le cas de tous les gestes chirurgicaux. La durée de cicatrisation d'un piercing peut s'étendre de quelques semaines à quelques mois [15].

L'ombilic est le site le plus long à cicatriser, mettant jusqu'à presque une année, en raison des traumatismes itératifs sur cette zone [7].

Tableau I : Délai de cicatrisation selon le site [7].

Piercings oro-faciaux	Piercings corporels	Piercing génitaux
Oreille ; 6/8 semaines	Nombril ; >9 mois	Pénis ; 3/9 mois
Arcade-sourcilière ; 6/8 semaines	Mamelon ; 2/4 mois	Scrotum ; 2/3 mois
Lèvre ; 6/8 semaines		Méat urétral ; 2/4 semaines
Langue ; 3/6 semaines		Clitoris ; 2/6 semaines
		Petites lèvres ; 2/6 semaines
		Grandes lèvres ; 2/4 mois

Le piercing au niveau du nombril, est systématiquement exposé, depuis l'intervention, à la transpiration et aux frottements. Ce qui, logiquement, induit une cicatrisation plus lente, notamment favorisée par un environnement propice aux infections, qui pourrait facilement entraver le processus de « cicatrisation » [5].

Les patients atteints d'une maladie liée au tissu conjonctif inné ou souffrant du diabète, ou dont le système immunitaire est faible ou affaibli, sont souvent les plus exposés au risque de guérison retardée des plaies occasionnées, par rapport aux normes mentionnés. Ils sont de ce fait, plus exposés aux infections locales [16]. La cicatrisation est lente aussi, chez les individus soumis à l'administration de l'isotrétinoïne [29].

2.1.5.2 Cicatrices hypertrophiques et chéloïdes

Sont également considérés, comme complications du piercing, les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes. Ces phénomènes sont principalement observés après le piercing du lobe de l'oreille, mais peuvent également survenir sur d'autres parties du corps.

Les cicatrices hypertrophiques (**Figure 22**) sont des cicatrices surélevées, avec des bords parallèles. Elles reflètent le mode commun de guérison d'une peau lésée et apparaissent souvent, dans le mois suivant le traumatisme [29]. Elles évoluent favorablement de manière spontanée, en général, après environ 18 mois [39].



Figure 22 : Cicatrice hypertrophique après piercing nasal [29].

Les chéloïdes sont des cicatrices résultant d'une excroissance du derme au niveau d'une blessure guérie. Ils se propagent à l'extérieur de la zone de blessure et, sont difficiles à traiter. Cependant, ils sont fortement exposés aux infections.

La ramification et la propagation d'une chéloïde peut être aggravée par l'enlèvement et la réinsertion de bijoux, causant un traumatisme répétitif ou une inflammation continue [29]. De plus, les chéloïdes semblent être plus fréquentes chez les individus âgés de 10 à 30 ans et moindres à des âges extrêmes. Chez les individus prédisposés, les chéloïdes peuvent se propager extrêmement (**Figure 23**).

Une éventuelle thérapie prend du temps et, très souvent ne donne pas un résultat. Par conséquent, les gens ayant une histoire avec les cicatrices hypertrophiques et chéloïdes devraient être informés et interdits de percer [16].



Figure 23 : Chéloïde après piercing d'oreille [40].

Les différences individuelles dans la guérison et la cicatrisation peuvent conduire à des complications des piercings génitaux masculins et féminins, comme la sténose urétrale, ou la fistule. D'autres altérations anatomiques peuvent également apparaître. Ces problèmes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et nécessitent parfois une intervention chirurgicale.

A noter en outre, que les cicatrices du piercing peuvent être visibles pendant de nombreuses années après l'enlèvement des bijoux [32].

2.1.6 Complications tardives systémiques [13]

Les conséquences à long terme de ces diverses manœuvres sont encore mal connues. Mais, le fait que puissent persister pendant des années, dans la peau ainsi modifiée, une prolifération capillaire, des infiltrats lymphocytaires ou des macrophages activés, montre bien qu'il s'agit d'un processus, qui n'est pas inoffensif et, qui induit à bas bruit une réaction inflammatoire, dont le moindre dommage serait l'apparition d'une réaction granulomateuse.

La découverte d'un matériel étranger polarisable dans des biopsies de telles lésions laisse penser que celui-ci peut agir comme un stimulant antigénique favorisant l'apparition d'une sarcoïdose, parfois plusieurs dizaines d'années plus tard.

2.1.7 Interférence avec les procédures médicales

Les bijoux corporels peuvent nuire aux procédures diagnostiques et thérapeutiques. Les interprétations des radiographies, des ultrasons, de la tomographie informatisée et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peuvent être faussées par la présence des bijoux en métal [29], surtout, quand ces derniers recouvrent des structures anatomiques complexes telles que la cavité orale [16]. **(Figure 24)**

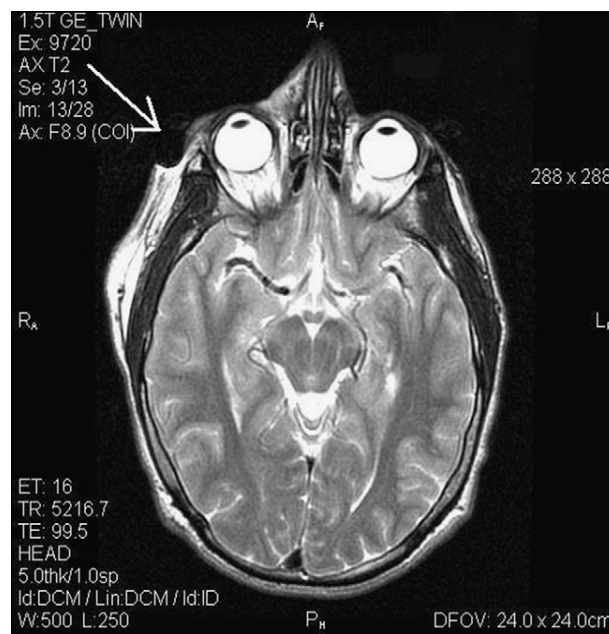


Figure 24 : IRM du cerveau avec piercing des sourcils interférant avec la qualité de l'image [41].

Les bijoux ferromagnétiques pourraient même, bouger et causer des blessures au cours d'une IRM. Des brûlures électriques pourraient se produire au cours d'une défibrillation ou de l'utilisation de dispositifs d'électro cautérisation.

Les perçages oro-faciaux portés pendant l'administration d'anesthésie par inhalation pourraient entraîner la déglutition ou l'aspiration du bijou, des hémorragies, des traumatismes et un œdème. Des cas d'hypoxie, de laryngospasme et de saignement de la langue ont été signalés après une intubation endo-trachéale, chez un patient, qui portait un bijou sur la langue. Cela démontre l'importance d'enlever les bijoux avant de telles procédures [29].

En cas d'urgence, le patient peut ne pas être en mesure de pouvoir enlever les bijoux ; par conséquent, le personnel médical d'urgence devrait être familiarisé avec les différents types de bijoux de corps, leurs méthodes d'ouverture et, les techniques appropriées, pour les enlever [29].

Quand le bijou doit être enlevé pour des actes médicaux urgents, des cathéters intraveineux sont parfois, utilisés, pour remplacer le bijou temporairement. Il est recommandé de retirer tous les bijoux du corps avant une chirurgie [32].

2.1.8 Don de sang et d'organes

Le piercing corporel peut limiter le don du sang, d'organes ou d'autres tissus ou fluides corporels.

En ce qui concerne le don d'organes, une étude récente sur l'impact des comportements sociaux à haut risque sur la survie du receveur, suite à une transplantation cardiaque, a montré que, tant que les donneurs étaient sérologiquement négatifs pour les virus, il n'y a pas eu d'impact sur la survie des receveurs [29].

Pour la Croix-Rouge américaine, si les procédures du piercing ont été effectuées dans des conditions stériles, en employant un équipement jetable, il n'est plus nécessaire de respecter une période post-perçage, pour que le sang soit admis sous forme de don. Or, la question qui se pose est de pouvoir s'en assurer avec certitude. Sinon, la stérilité des procédures n'étant plus assurée, une période d'observation de 12 mois est exigée [32].

2.1.9 Autres

Les partenaires intimes des personnes percées peuvent aussi, subir des complications indirectes. Ainsi, en ce qui concerne les piercings de la langue, par exemple, certains partenaires peuvent en effet, ébrécher leurs dents, avaler ou aspirer le bijou. Le même bijou peut être au moins, coincé entre les dents du partenaire passif.

Les abrasions cutanées causées par le bijou peuvent augmenter le risque de la transmission des agents pathogènes transmissibles par le sang, pour les deux partenaires [32].

Une migration du piercing avec son incarceration dans les tissus est possible chez les personnes en surpoids ou lors d'une grossesse [5].

2.2 Complications non infectieuses selon le site anatomique

2.2.1 Oreille

2.2.1.1 Déchirure du trou du lobule [5, 42]

Ce phénomène relativement répandu, est favorisé par le port de lourds ornements à l'oreille, qui allongent progressivement le lobe. Il peut aussi, provenir d'accidents divers.

Dans ce cas, diverses techniques ont été décrites, pour réparer la scission du lobe de l'oreille, par le recours à la « plastie en Z », qui est une technique de chirurgie plastique utilisée, pour améliorer l'aspect fonctionnel et esthétique des cicatrices existantes, afin produire une fermeture plus naturelle.

L'utilisation d'une greffe du cartilage, pour reconstruire les lobes d'oreilles après un traumatisme a été également décrite.

La plupart des études, prouve qu'il est nécessaire d'attendre une cicatrisation complète, soit trois à six mois, avant d'y insérer un nouveau piercing. Il est en outre, vivement conseillé, d'éviter la réutilisation de bijoux conçus à par partir du même métal, que celui ayant précédemment offensé l'oreille (lorsque ce n'est pas accidentel).

D'autres écoles, soutiennent la technique d'une excision directe des bords guéris du lobe déchiré puis, une réparation simple, avec des sutures interrompues (**Figures 25 et 26**). L'argument d'une telle approche est le suivant ; puisqu'un lobe d'oreille déchirée n'implique la perte d'aucun tissu, il ne semble pas logique de faire autrement.



Figure 25 : Lobe d'oreille déchiré après une déchirure traumatique due à un anneau auriculaire [42].



Figure 26 : Lobe d'oreille réparé [42].

Les cicatrices peuvent se traiter naturellement et se soigner à court terme, sans l'accompagnement par des adoucisseurs et autres relaxants, qui peuvent éviter de plus mauvais résultats avec des approches compliquées. Idéalement, l'oreille ne doit jamais être reperçée dans le même emplacement. Elle peut tout juste, être percée à proximité, autour de six mois après réparation.

2.2.1.2 Déformation traumatiques du lobule

Les déchirures traumatiques du lobule sont rares et surviennent lors d'accidents de sport ou lors de violences interpersonnelles. Elles nécessitent une prise en charge immédiate. Une déchirure du lobule peut également être observée lors de l'utilisation d'élargisseurs, avant la pose de tunnel ou de plug [5]. La pratique des peuples des tribus africaines d'insérer des élargisseurs pour étirer le diamètre d'un piercing de lobe de l'oreille sans cesse croissant sur une période des mois a influencé une génération des jeunes de l'occident. Une fois que ces "trous d'air" ou "tunnels de chair" ont atteint la taille désirée et le trou y est convenablement grand, les anneaux peuvent être placés dans le piercing. La décision d'utiliser les principes de



Figure 27 : Déformation laissée après élargissement du trou de l'oreille [42].

l'élargissement des tissus de cette façon conduit souvent à un certain degré de regret en particulier en raison des préjugés perçus de cette tendance. Au moment où les patients cherchent un remède chirurgical, le lobe de l'oreille peut être sévèrement déformé et divisé (**Figure 27**) [42].

2.2.1.3 Enchâssement du piercing avec impossibilité de retrait

Le nombre des piercings où le boucle d'oreille devenant embarqué dans le lobe de l'oreille plusieurs semaines après le perçage des oreilles, semble être proportionnel à l'utilisation accrue du pistolet à ressort. Cette complication est probablement secondaire à la haute pression exercée sur le tissu mou par le pistolet, le lobe étant comprimé entre le goujon du boucle d'oreille et le support asymétrique.

Pour minimiser cette complication, on recommande de changer les points de pression sur le lobe en faisant tourner les boucles d'oreilles plusieurs fois par jour pendant les 4 premières semaines suivant le piercing des oreilles.

2.2.2 Piercings oraux et péri-oraux

Les piercings oraux et péri-oraux sont ceux à qui, la littérature médicale a consacré les publications les plus abondantes et variées. Etudes, statistiques et, témoignages ; les revues spécialisées notamment, y ont souvent consacré des espaces privilégiés dans plusieurs de leurs éditions. Ils constituent en effet, les sites anatomiques des plus exploités et des plus abordables en matière de témoignages [5].

2.2.2.1 Complications liées à la pose du piercing

2.2.2.1.1 Douleur et œdème de langue [1]

Les deux complications principales rencontrées, liées à la pose d'un piercing lingual sont le déclenchement d'une douleur intense et l'œdème de la langue.

En l'absence de toute anesthésie, la douleur occasionnée par le perçage est bien évidemment inévitable et, est même, parfois, très intense. Elle est naturellement fonction du degré de résistance émotionnelle du sujet percé. Mais, aussi, surtout, fonction de l'expérience et de l'habileté du perceur. Car, en pratique, la manière et, la précision du professionnel peut éviter cette souffrance extrême au sujet, lorsqu'il est chevronné.

L'œdème est par contre, une constante et ce, lors de toute pose de piercing lingual, du fait de la vascularisation importante de cette zone (**Figure 28**). Dans certains cas rares, l'œdème peut causer l'obstruction des voies aériennes et digestives, allant jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital du patient et rend nécessaire une intubation.



Figure 28 : Œdème dans les heures suivant un piercing de la langue [7].

D'où, l'importance du recours à une « technique » relativement élaborée, consistant en la mise en place instantanée (dès le perçage), d'un bijou de pose d'une longueur variant entre 18 et 20 mm, afin de prendre en compte l'œdème de la langue. Dans certains cas, même une longueur de 20 mm pourraient s'avérer insuffisante. Car, deux semaines en moyenne, après la pose d'un piercing, la sphère se trouvant sur la face ventrale de la langue, peut s'y retrouver totalement enchâssées (à l'intérieur), nécessitant ainsi, un geste chirurgical local.

2.2.2.1.2 Complications inflammatoires

L'inflammation initiale reste en général localisée. Elle survient après six à huit heures et atteint son pic vers trois à quatre jours, après la mise en place du piercing [5].

2.2.2.1.3 Lésions nerveuses [1]

L'innervation de la langue et des lèvres est telle, que lors de l'effraction muqueuse ou cutanée réalisée, pour poser un piercing, il peut y avoir lésion d'un ou de plusieurs nerfs, par atteinte des nerfs glossopharyngiens, hypoglosse, trigéminal ou facial (pour les piercings péribucaux).

En ce qui concerne le piercing de la langue, les lésions sont plus fréquentes, lors des perçages dorso-latéraux que latéraux. Les effets peuvent être, en fonction du nerf lésé, sensorielles (goût) ou motrices, entraînant des modifications sur la motricité musculaire linguale ou labiale. Des conséquences, qui peuvent être réversibles ou irréversibles.

2.2.2.1.4 Langues bifide

À noter le cas d'un patient, qui s'est accidentellement retrouvé avec une langue bifide, suite à son perçage, avec des conséquences psychologiques remarquables (mutisme, dissimulation incessante du défaut lingual) [1].

Il se trouve que le piercing ait été déposé à la suite d'une infection du site percé, laissant une langue divisée (en antérieur) sur la ligne médiane (près de 15 mm le long de la langue, se prolongeant sur la partie ventrale).

Le patient a pu retrouver une langue réparée, grâce à une chirurgie dans un premier temps, effectuée sous anesthésie générale et, consistant à souder les deux bords au moyen de points de suture. Ensuite, grâce aux conseils d'hygiène bucco-dentaire suggérés et convenablement respectés, pour lui assurer une bonne cicatrisation [43]. (**Figure 29 et 30**)



Figure 29 : Défaut dans la ligne médiane antérieure de la langue [43].



Figure 30 : La langue 3 mois après la chirurgie [43].

2.2.2.2 Complications liées au port du piercing

2.2.2.2.1 Complications non odontologiques

2.2.2.2.1.1 Ingestion ou inhalation de bijoux

Les accidents assez fréquents d'ingestion, voire d'inhalation de tout ou partie du piercing sont également à prendre en considération. En effet, la manipulation fréquente du piercing, notamment, pour son nettoyage, est source de risque. Une mise en place incorrecte du bijou (vissage), peut entraîner son détachement de son emplacement habituel sécurisé. Les risques pour le patient sont alors extrêmement importants [1]. L'accessoire dévissé et, déplacé est alors, facilement et involontairement avalé. Ainsi, sa trajectoire peut causer des perforations des tissus, d'hémorragie, d'obstruction et bien d'autres complications [44].

Il faut rappeler, que les composantes d'un piercing sont le plus souvent vissées à la main. Le sujet doit donc, et au-delà de leur manipulation rotinière d'hygiène, en contrôler le bon serrage, aussi souvent que nécessaire (**Figure 31**).

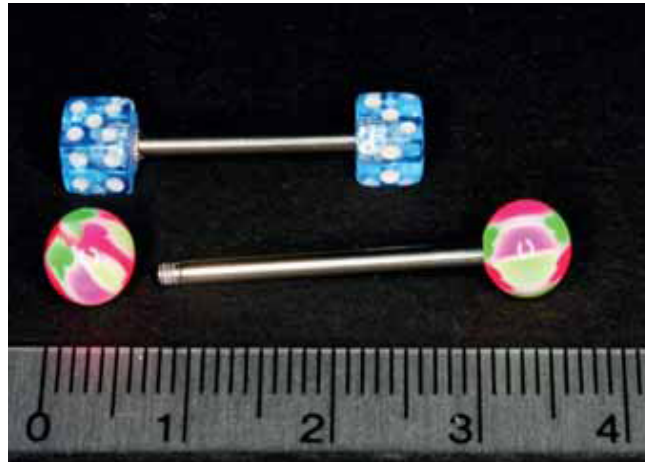


Figure 31 : Piercing de la langue composé d'une tige avec des extrémités vissées [12].

Reyna et coll, auteurs d'une publication dans laquelle est cité le cas d'un jeune homme de 17 ans, ayant inhalé son piercing lingual, nécessitant une thoracotomie, pour récupérer la pièce métallique [1].

Le risque de complications est présent même avec la dépose des bijoux et leur remplacement en préopératoire par des substituts faits en plastique ou en liège. D'ailleurs, dans ce cas précis d'inhalation des substituts, la plus grande difficulté réside dans l'inefficacité des explorations au moyen d'une radiographie [44].

2.2.2.2.1.2 Problème d'intubation en anesthésie

La présence d'un ou de plusieurs piercings de la langue, ou de la lèvre, est un concept de plus en plus fréquent chez les patients anesthésiés. La présence d'un piercing pose deux problèmes lors de l'intubation : le risque d'avoir à faire face à un saignement, puis un œdème de la langue en cas de traumatisme par la lame de laryngoscope, et celui de voir éventuellement et, par inadvertance, le corps étranger se détacher, et inhalé inconsciemment par le patient.

Certains conseillent que le patient enlève son piercing avant l'intubation. Cette mesure se justifie aussi, par le fait que de nombreux médecins ignorent comment retirer les piercings oraux. D'autres, par contre, mettent en avant le fait que l'orifice « vidé » peut très rapidement se refermer après ablation du corps étranger alors que, les sujets souhaitent conserver leur accessoire après intervention [12 , 45].

Dans tous les cas de figure, une hyper sialorrhée a souvent été notée lors de l'intubation. Ce qui est de nature à constituer une gêne supplémentaire, que l'on voudrait certainement éviter.

L'intubation envisagée doit aussi, prendre impérativement en compte la taille du corps étranger (piercing) sujet du débat. Cet accessoire, peut présenter un sérieux obstacle lors de l'intubation, allant jusqu'à entraver le bon fonctionnement du protocole médical engagé [45].

2.2.2.2.1.3 Troubles des fonctions buccales [5]

Une augmentation plus ou moins exagérée de la salivation, notamment lors d'une période d'accommodation, constitue une complication fréquente, en raison de la présence du nouveau corps étranger dans la bouche. La dépose du bijou suffit, pour revenir à une situation normale.

La position linguale et centrale d'un piercing peut entraver la fonction de déglutition. Ceci a pour conséquence des interférences avec l'élocution et la mastication, notamment lors de la sollicitation des fonctions habituelles de la bouche. Ces difficultés apparaissent plus souvent lors de la première semaine de pose du bijou.

2.2.2.2.1.4 Névralgie atypique [1]

Une névralgie atypique associée à un piercing lingual chez une jeune femme de 18 ans. La patiente présentait une névralgie faciale un mois après la pose d'un piercing lingual avec des douleurs paroxysmiques dans les régions du V2 et V3 à droite, suivies d'une hypoesthésie 30 secondes plus tard et ce 20 à 30 fois par jour.

Le traitement par carbamazépine s'est révélé inefficace. Il a été décidé de retirer le piercing lingual. Les symptômes ont alors disparu en 48 heures et n'étaient pas réapparus un an plus tard. Il n'y avait pas de lésion du trijumeau mais probablement une irritation chimique ou galvanique de ce dernier.

2.2.2.2.2 Complications odontologiques

Sur les dents, on peut observer des fêlures, des fractures avec ou sans atteinte pulpaire, des abrasions... Les dents peuvent aussi endurer un phénomène dit de burinage par les bijoux ventraux ou dorsaux. Il en résulte à terme des symptômes tels que la sensibilité au froid, au sucre, des douleurs à la pression,...

2.2.2.2.1 Fractures et fissures dentaires

La littérature est extrêmement riche en cas cliniques concernant des fractures dentaires consécutives au port de piercing. Ces traumatismes peuvent être intentionnels (jeu entre les dents et le dispositif) ou accidentels (morsure brutale du piercing, blocage de la barre linguale dans un diastème inter-incisif...). En effet, ces pertes de substance dentaire peuvent se présenter sous deux formes d'étiologie.

- **Traumatisme aigue [46]**

Le sujet, non encore accommodé avec la nouvelle pose, pourra, notamment, pendant les premières semaines et, de manière maladroite, interposer son piercing entre les deux arcades, au moment de la fermeture buccale. Une force est alors, exercée et, pourra fâcheusement entraîner une fracture dentaire. Le patient est donc, appelé à observer durant les premiers temps du port du piercing, une rigueur particulière, afin que, ses réflexes se familiarisent avec l'objet.

Autre accident est fréquemment rencontré dans les cabinets dentaires, par les sujets percés. En effet, il arrive que, lors d'une anesthésie locale à l'épine de spix, pratiquée par le professionnel non habitué à ces patients « exceptionnels », une situation compliquée puisse survenir par inadvertance.

- **Traumatisme chronique [46]**

Cette forme de complication commence à apparaître avec le temps. Le patient aura beau se prémunir pendant les premières semaines du port du bijou. Les microtraumatismes subis par la dent du fait de contacts répétés avec le piercing, involontaires ou même, parfois, sous forme de tics acquis, conduisent à des dégâts gênants. Il apparaît en effet, au niveau des dents des fêlures, des fissures ou des abrasions, qui vont fragiliser l'odonte et, l'exposer à plus long terme, au risque de fracture.

Le port à long terme d'un piercing lingual est directement corrélé à une augmentation du risque de fracture dentaire [46] (**Figure 32**)



Figure 32 : Fracture des incisives due à un piercing de la langue [47].

De Moor et coll, ont présenté trois cas de délabrements dentaires dus à des piercings linguaux, deux de ces cas se sont soldés par la perte de la dent endommagée. Les mêmes auteurs ont rapporté que les éléments prothétiques, en céramique particulièrement, ne sont pas non plus à l'abri de fractures [1].

2.2.2.2.2 Migration dentaire

Des migrations dentaires peuvent également être constatées, si le patient prend l'habitude de pousser le bijou entre les dents [1].

Il s'agit de changement de position d'une dent suite à la perturbation des forces qui la maintiennent dans sa position normale. Lorsque la force traumatique pathologique devient supérieure à la capacité adaptatrice de la dent, le parodonte peut être réparé si la force diminue ou si la dent migre. Il en résulte donc la formation de diastèmes, d'élargissement vestibulaire d'extrusion ou de rotation dentaire [47].

Dans les deux cas décrits par Bethke et Reichart, des diastèmes sont apparus sur une période de 3 à 4 ans au point de permettre à ces patients de faire passer toute la barre entre les incisives [1].

2.2.2.2.3 Courant galvanique [48]

Lorsque deux métaux différents sont simultanément plongés dans un électrolyte commun, il apparaît entre ces deux métaux une différence de potentiels électriques, dans la bouche c'est la salive qui sert d'électrolyte.

La salive est un liquide hyper saturé en éléments minéraux. Ces minéraux sont sous forme ionique, ce qui explique la capacité de la salive à conduire les courants électriques.

Loque, dans la cavité buccale, des alliages, des métaux utilisés dans le piercing ou des amalgames de compositions différentes sont en présence, il apparaît parfois ces différences de potentiels électriques qui peuvent atteindre jusqu'à 1500 mV et même davantage.

2.2.2.2.4 Dépôt de tartre au niveau du piercing [47]

Le tartre peu se déposer sur le métal du piercing surtout au niveau de la boule inférieure des piercings de la langue. Il est pour cela parfois nécessaire d'enlever le bijou pour pouvoir le nettoyer.

2.2.2.2.5 Atteinte des tissus parodontaux

Les bijoux du piercing peuvent causer des anomalies sur le parodonte. Cela se traduit par des inflammations et des œdèmes de la gencive, des récessions (**Figure 33**), des pertes d'attache... L'anomalie se traduit le plus souvent sur les incisives inférieures, sur la face linguale pour un piercing de la langue et sur la face labiale pour un piercing de la lèvre. Ces atteintes parodontales en rapport avec les piercings linguaux sont très bien documentées [49].



Figure 33 : Récessions locales dans la mâchoire inférieure produites par le perçage oral [47].

Des récessions linguales sur les incisives centrales mandibulaires sont retrouvées chez 50 % des individus porteurs de barbell de plus de 16 mm depuis 2 ans ou plus [1].

Ces lésions sont favorisées par les tics des patients qui jouent avec le piercing en le plaçant entre deux dents ou en le mordant, induisant des microtraumatismes et des lésions dentaires répétées. (**Figure 34 et 35**)

Le déchaussement gingival est fréquent et la taille ainsi que le poids du bijou jouent un rôle important, le risque étant accru si le bijou est grand et lourd.



Figure 34 : Erosion de l'émail de la dent 31 suite au port d'un piercing sphérique (Tic de succion du piercing) [5].



Figure 35 : Persistance de l'érosion dentaire après dépose du piercing [5].

La tension induite sur la gencive est à l'origine de récessions gingivales, mais aussi, de pertes osseuses, pouvant nécessiter l'extraction des incisives chez de jeunes adultes, entraînant un préjudice esthétique sévère.

Les molaires sont plus facilement atteintes que les incisives, avec essentiellement des fractures simples de l'émail [5].

2.2.2.3 Approches thérapeutiques

Il est fréquent que les lésions orales provoquées par les piercings ne soient découvertes qu'à un stade avancé. Afin de prévenir la progression des lésions, il est nécessaire de supprimer la cause, c'est-à-dire de retirer le piercing.

En cas de tuméfaction postopératoire et d'infection, Shacham et coll, proposent également dans leur étude de retirer le piercing. Il est alors nécessaire de procéder à un débridement et d'initier une antibiothérapie accompagnée de rinçages réguliers à la chlorhexidine, afin d'accélérer la guérison [12].

En présence d'atteintes de la substance dure dentaire, une restauration définitive ne devrait être réalisée que lorsque le piercing a été enlevé. Lorsque la dentine est exposée ou qu'une abrasion est gênante sur le plan esthétique, il est possible de recourir à des techniques adhésives directes. Lorsque les dégâts sont plus importants et nécessitent des reconstructions plus importantes, on peut utiliser des facettes en céramique ou des couronnes. Les piercings à tiges acryliques portant des boules en caoutchouc semblent diminuer le risque de fracture dentaire (De Moor et coll, 2005) [12].

2.2.3 Piercings des sourcils [29]

L'inflammation locale et l'infection sont les complications les plus fréquentes du perçage des sourcils. Elles peuvent conduire à l'érythème, la douleur et le gonflement du visage et de la joue.

Les piercings des sourcils sont souvent sujets d'une rupture, en raison du poids des bijoux insérés ou de la manipulation involontaire de la zone. La réparation chirurgicale est généralement simple. Choisir des bijoux de style et de poids appropriés, pour la position prévue, peut aider à prévenir ce problème.

2.2.4 Piercings du nez

La majorité des piercings réalisés au niveau du nez sont placés au niveau des cartilages alaires. Toutefois, certains piercings peu communs sont placés au niveau du septum nasal. Idéalement, le dispositif devrait être placé dans les tissus mous situés antérieurement et inférieurement du cartilage septal. Mais, il n'est pas écarté de croiser des piercings posés au travers du cartilage septal lui-même. Des cas de ce type de pratiques ont été décrits.

Ce geste, comporte un degré élevé de risque de complications, telles que l'hémorragie, la perforation septale, ou la nécrose septale complète, qui pourraient découler sur des situations compliquées (avec des conséquences esthétiques et fonctionnelles) [5].

L'inflammation constitue une complication usuelle et bien connue du piercing nasal, conduisant même, parfois, à l'enrobage du goujon dans la muqueuse nasale. Cette inflammation liée à la destruction du cartilage, peut parfois aussi, être granulomateuse. Une tumeur granulomateuse de l'aile nasale survenue un an après la pose du piercing a été rapportée, conduisant à l'obstruction de respiration nasale et, nécessitant une ablation chirurgicale [29].

Le piercing du dos du nez d'un autre côté, peut entraîner des lésions nerveuses, ainsi que la nécrose osseuse, liée à l'obstruction de l'approvisionnement en sang [29].

Par ailleurs, un érythème télangiectasique hémifacial apparu trois mois après une pratique de piercing réalisée au niveau de la narine a été récemment rapporté. Deux cas récents également, de carcinomes basocellulaires du nez (piercings anciens posés depuis plus de dix ans), se sont déclarés chez des sujets et qui, en l'état actuel des connaissances et du nombre de personnes percés dans le monde, doivent être considérés comme fortuits [7].

Les anneaux placés dans la narine ou le septum peuvent également, migrer vers l'avant ou être retirés. Comme avec le perçage des oreilles, les clous ou les supports des bijoux peuvent être intégrés dans le nez et nécessitent par la suite une ablation chirurgicale [30].

Enfin et, même si cela ne présente qu'une faible probabilité de réalisation, le risque d'aspiration ou d'ingestion accidentelle d'un piercing nasal existe. Il serait fortement lié à la nature et le composant de l'accessoire posé [5].

2.2.5 Piercings génitaux

2.2.5.1 Complications générales

Les complications aiguës comprennent la douleur inhérente au geste et variable selon les individus et la zone anatomique, avec risque de malaise vagal, les saignements, les hématomes, les délabrements cutanéomuqueux et les déchirures tissulaires, ainsi que, les éventuelles réactions allergiques de contact ou irritatives, par exemple, lors d'apport des soins locaux avec un désinfectant ou au contact ultérieur du bijou en nickel.

Des chéloïdes/cicatrices hypertrophiques et des réactions granulomateuses peuvent également être observées suite aux interventions pratiquées sur ces régions [4].

2.2.5.2 Piercings génitaux féminins

Trente-six pour cent des femmes percées livrent le témoignage d'une complication ; hypersensibilité locale (peu gênante, 23%), irritation locale (8 %) et chéloïdes (4%) [4].

Par ailleurs, les piercings génitaux peuvent perturber la contraception mécanique (préservatif, diaphragme). Mais, en revanche, elles n'engendrent pas généralement, des problèmes particuliers durant les règles ou la grossesse (rejet, infection, cicatrisation).

Il existe également, un risque de douleurs, lors des rapports sexuels avec un piercing de type « fourchette » engendré par l'introduction du piercing dans le vagin durant les rapports. De plus, ce type de piercing est à éviter en cas de cicatrice d'épisiotomie avec tissu cicatriciel [4].

Sur le plan médical pratique, la présence d'un piercing génital n'empêche en rien un examen gynécologique conventionnel et, son retrait ne constitue pas une nécessité. Par contre et lors d'un cathétérisme urinaire, le retrait est indispensable, pour le piercing de type « princesse Albertina ». Il en est de même, en cas de pratique d'une IRM. Alors que, durant une électrocoagulation, il convient d'éviter de toucher le piercing.

En cas de grossesse, le retrait du piercing génital est discuté. Ainsi, 45% des femmes ont eu une grossesse après piercing et une sur quatre femmes enceintes l'avait gardé. En cas d'accouchement par voie basse, certains piercings pourraient s'avérer gênants. Le piercing peut être maintenu, par contre, en cas de Césarienne [4].

2.2.5.3 Piercings génitaux masculins

Beaucoup plus de complications ont été rapportées, selon le type de perçage pratiqué. La principale complication notée reste la gêne lors de la miction. Les modifications du débit urinaire enregistrées concernent 25 à 38% des sujets interrogés. Ensuite, viennent la sensibilité cutanée (23–31%), les problèmes liés au port du préservatif (5–18%) et l'irritation cutanée (7–18%), les déchirures tissulaires et les chéloïdes/cicatrices hypertrophiques. Quant à l'hypoesthésie locale et les troubles de l'érection, ces complications restent plutôt rares [4].

Toutefois, quelques complications plus graves ont été rapportées, comme le paraphimosis, le priapisme, les déformations et autres fistules du méat urétral. Des traumatismes vasculaires ou neurologiques sont également possibles.

Des complications sont par ailleurs, envisageables par voie de procuration chez le sujet ou la partenaire ; traumatismes vaginaux, saignement post-coïtaux, perte du piercing lors du rapport sexuel, déglutition du piercing, ou de traumatisme dentaire en cas de rapports oro-génitaux [4]. Les préservatifs à titre d'autre exemple, peuvent être endommagés, par des bijoux, portés par la partenaire. Ce qui les rend inefficaces, pour la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles [32].

2.2.6 Piercings du nombril

Les complications cosmétiques dans la zone, comprennent la formation visible d'un excès de tissu de granulation et la décoloration de la peau autour du piercing, outre les cicatrices, qui pourraient survenir à cause de la migration ou du rejet des bijoux [29]. Les piercings superficiels du nombril ont en effet, souvent tendance, à migrer vers la surface de la peau [30]. Comme pour d'autres piercings, ce risque est augmenté avec l'utilisation de bijoux de conception et de poids inappropriés, surtout si, l'accessoire est placé superficiellement ou si, le destinataire est en surpoids ou, dans les derniers stades de la grossesse à cause de la distension de la peau (**Figure 36**) [30].



Figure 36 : Cicatrices hypertrophiques qui se développent après migration d'un anneau du nombril au cours de la grossesse [30].

La croissance de l'utérus peut être parfois, entravée par le piercing [3]. Le risque n'est donc, pas à écarter. Par mesure de précaution, il est donc, généralement conseillé d'enlever le piercing pendant la période de grossesse. Cependant, malgré son retrait prophylactique, des vergetures peuvent apparaître sur le site du piercing. En réalité, les vergetures liées aux piercings du nombril sont rares (**Figure 37**). Mais, si elles apparaissent, malheureusement, cette complication ne se manifeste pas sur une zone profonde et cachée de la peau. Elles seront visibles à l'œil nu. Or, les femmes, qui optent généralement pour ce piercing, le font pour avoir un «ventre sexy» et, la cicatrice qui en résulte accidentellement, peut être handicapante d'un point de vue esthétique [50].



Figure 37 : Vergetures sur le site de piercing du nombril

L'hyperpigmentation post-inflammatoire ou l'assombrissement de la peau adjacente est commun. Ceci peut être minimisé par le fait d'éviter le soleil sur la zone percée, pour une période prolongée, allant jusqu'à un an.

En pratique, porter une barre d'haltères incurvée au lieu d'un anneau jusqu'à ce que le tractus ait cicatrisé peut réduire l'irritation et les cicatrices [29].

2.2.7 Piercings des mamelons

Le piercing du mamelon est peu fréquent [50]. Hormis les complications communes propres aux piercings, quelques complications spécifiques aux mamelons ont été décrites : Retard de cicatrisation par frottement chronique, pouvant aller jusqu'à six mois, élargissement du mamelon, galactorrhée et hyperprolactinémie (non réversible au retrait du piercing) [7].

Tout comme le cas des piercings situés sur la zone du nombril, les seins sont exposés au contact de certains vêtements, qu'ils soient spécifiques ou pas. Ce qui est de nature à gêner le processus de cicatrisation conventionnel outre le risque de développer des infections.

Quant aux cas d'élargissement des mamelons ainsi transformés, ils seraient liés aux conditions de cicatrisations, ainsi que le choix et la façon dont l'accessoire a été posé. L'approche et le degré de réussite de l'intervention du « professionnel » sont aussi déterminants.

En réalité, il n'existe pas assez de matière exploitable à ce niveau, pour pouvoir mieux exposer la manifestation de la galactorrhée. Probablement parce qu'elle n'aurait pas suscité l'intérêt particulier des scientifiques du domaine. Par ailleurs et, puisque le sujet est lui-même considéré « inabordable » pour les patientes, il est rare de révéler son cas, lorsqu'une jeune fille se retrouve modérément gênée par une abondance provisoire non justifiée.

Par ailleurs, la stimulation du mamelon (par allaitement) chez les femmes allaitantes est connue par l'augmentation des concentrations sériques de prolactine, vraisemblablement par une voie neurale. L'ampleur de l'augmentation est directement proportionnelle au degré d'hyperplasie galactotrophique, qui est à son tour, en corrélation directe avec le degré d'oestrogénisation.

Il a été démontré également, que la stimulation des mamelons pendant la grossesse et dans l'état post-partum, peut entraîner une augmentation des taux de prolactine sérique. Chez les femmes non allaitantes, la stimulation du mamelon ou l'examen des seins n'augmente généralement pas la sécrétion de prolactine. A rappeler en outre, que la prolactine est une hormone responsable du stress. Il est donc concevable que le stress provoqué par l'acte de piercing augmente transitoirement la prolactine [51].

« Modest et Coll. » ont rapporté en effet, le premier cas d'une jeune femme de 20 ans, qui a présenté, 1 à 2 mois après un piercing des mamelons, secondairement surinfectés, une galactorrhée avec une hyperprolactinémie importante dosée à 218 ng / ml. La symptomatologie a ensuite, régressé après retrait des anneaux mammaires [52].

Certaines femmes qui allaitent, peuvent éprouver de l'inconfort pendant l'allaitement lié à la sensibilité accrue du mamelon percé [50].

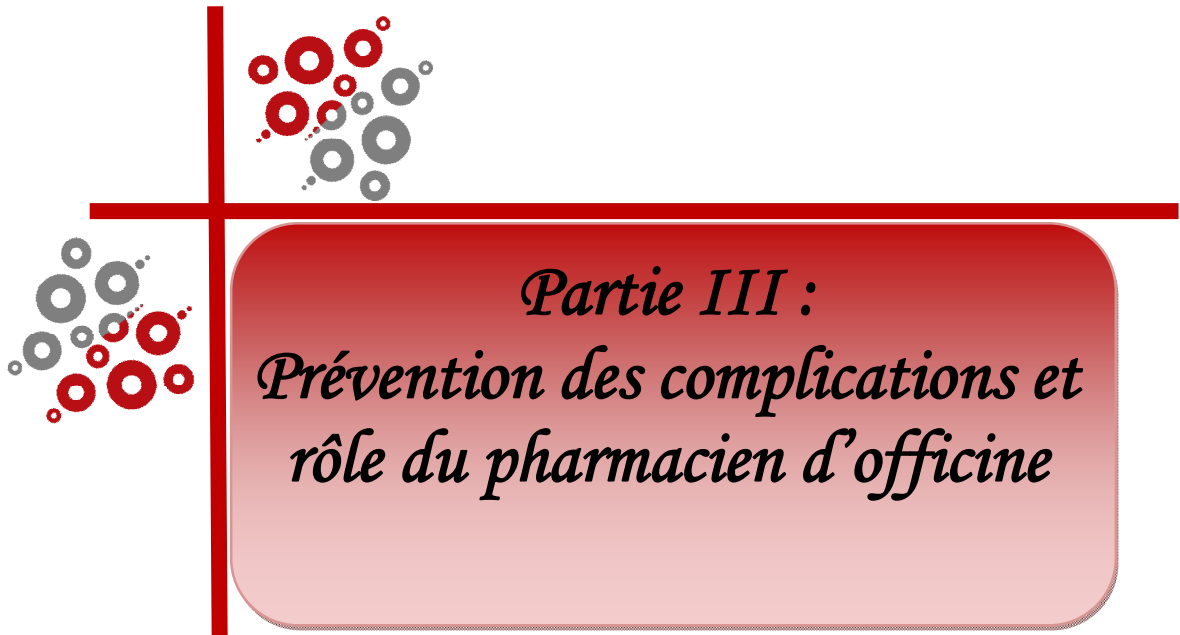
La crainte est celle de la déglutition du piercing par le bébé lors d'une succion trop vigoureuse. Même si ce risque est minime, que certains vont jusqu'à le considérer théorique, en l'absence d'antécédents rapportés à ce jour, la vigilance s'impose. D'ailleurs, le piercing pourrait à la limite, blesser le nouveau-né, qui téterait [7]. Plus récemment, Garbin et coll, ont conclu à la suite d'observations, que les nourrissons pouvaient subir une perturbation pendant l'allaitement à partir d'un sein percé. En outre, ils ont noté des difficultés chez trois femmes, qui allaitaient à partir d'une poitrine percée, avec flux sanguin mammaire réduit et faible teneur de production du lait [50].

En cas de retrait pendant la lactation, le lait peut s'échapper par l'orifice créé par le piercing. Cet orifice se referme pourtant, en quelques semaines. Mais, la cicatrisation peut ensuite, perturber en soi l'écoulement du lait maternel. Enfin, la perte de sensibilité ou au contraire une trop grande sensibilité du mamelon peut inciter la patiente à retirer le piercing durant l'allaitement.

Un compromis consiste cependant, à retirer le piercing en métal et de le faire remplacer un accessoire en plastique et ce, pendant la période d'allaitement, ou alors, le retrait avant chaque allaitement avec nettoyage. Le risque d'infection en cas de prothèse mammaire est possible et il convient de contre indiquer un piercing des mamelons dans ce contexte [7].

Les piercings de mamelon, qui sont accidentellement arrachés, peuvent entraîner la formation d'un abcès, lequel pourrait nécessiter l'irrigation chirurgicale et le débridement.

Tout comme le piercing du nombril pratiqué chez la femme peut entraver le développement de l'utérus, chez l'adolescent, il pourrait causer des problèmes pendant la croissance [3].



Partie III :
Prévention des complications et
rôle du pharmacien d'officine

Parmi les rôles assignés au pharmacien, il y a la fonction « conseil médical, sanitaire et, préventif ». Il est en effet, le vis-à-vis rapproché de tout citoyen, revenant ou passager, qu'il soit patient ou pas, s'adressant à l'officine, que ce soit, pour approvisionnement, ou pour consultation. Le pharmacien est donc le conseiller, dont l'avis et, les recommandations, sont souvent pris au sérieux, lorsque, pour certaines personnes se voulant averties, le recours aux services du « connaisseur » est jugée indispensable.

Dans le cadre de la présente thèse, le choix du sujet, pourrait sembler à première vue, ne présenter que peu d'intérêt. Mais, dans le fond et, si l'on considère la vitesse de propagation du phénomène du piercing et, aussi, les innombrables complications qu'il génère, notamment en fréquences plus ou moins considérables, on réalise que l'apport préventif en la matière, dispensé par le pharmacien, devient nécessaire, dans un environnement devenu de plus en plus menaçant, notamment, avec le risque grandissant des cas de contamination aggravées par la complexité des bases relationnelles entre individus, qui se développent de nos jours, et se multiplient .

Le pharmacien serait peut-être, lui-même, tenu de se former plus curieusement et de s'informer en la matière, pour qu'il puisse disposer d'éléments de réponses suffisants et judicieux, en cas de consultation. Il est appelé en quelque sorte, notamment envers des sujets en phase de « pré-piercing », à informer, conseiller et encadrer plus spécialement les jeunes sur les risques et, les éventuels conséquences de tels « actes », sans pour autant couvrir ses interventions, de jugement de « moralité », puisqu'il s'agit tout compte fait, de libertés personnelles. Ainsi et, outre les règles d'hygiène conventionnellement conseillées, certains dispositifs préventifs doivent être mis en place par le « professionnel » (perceur) en premier lieu, puis, le sujet, pour prévenir contre toute complication malvenue.

1. Prévention des complications du piercing [15]

1.1 Règles d'hygiène universelles

Ces règles ont pour objectif d'éviter ou de limiter le risque de transmission de microorganismes infectieux ;

- de l'opérateur au client
- du client à l'opérateur
- d'un client à un autre
- d'un client à lui-même (" auto-infection ").

Ce sont des principes de base, qui doivent être appliqués dans toutes les situations et, dans tous les lieux destinés à ces pratiques, par tous les professionnels et pour tous les clients.

1.1.1 Limitation de la transmission entre client et opérateur

1.1.1.1 Lavage et la désinfection des mains

Le lavage des mains est la mesure la plus importante, pour prévenir la transmission des infections. Il se pratique le matin en arrivant et, le soir en partant, avant et après tout geste contaminant ou à risque. Le port des gants ne dispense pas du lavage des mains. Le lavage des mains est réalisé avec du savon liquide (conditionné en distributeur), les mains sont rincées à l'eau, puis séchées avec des essuie-mains jetables.

Pour la désinfection des mains, des solutions hydro-alcooliques peuvent être utilisées sur des mains propres, en lieu et place d'un lavage au savon antiseptique, lorsqu'on est dérangé au cours d'un acte, sans pour autant s'être sali les mains en manipulant des objets souillés. Il s'agit alors non pas d'un lavage, mais d'une désinfection des mains.

1.1.1.2 Gants

❖ Gants d'examen non stériles :

Utilisés, pour protéger les mains de l'opérateur. Il est recommandé d'en porter, dès qu'il y a risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques. Cette protection est indispensable si les mains de l'opérateur présentent des plaies ou des lésions de la peau.

❖ **Gants chirurgicaux stériles :**

Utilisés pour protéger le client. Ils doivent être portés pour réaliser le geste comportant une effraction cutanée et pour manipuler du matériel stérile.

Il faut se laver les mains au savon liquide antiseptique, avant d'enfiler ces gants chirurgicaux stériles. Quel que soit le type de gants, il est nécessaire de les changer entre chaque client.

1.1.2 Limitation de la transmission de client à client

1.1.2.1 Articles de perçage et stérilité

Il faut utiliser chaque fois que possible, du matériel à usage unique, vendu stérile par le fabricant. Les aiguilles utilisées sont impérativement à usage unique, dans tous les cas, et pour toutes les techniques de modifications corporelles. Après utilisation, ce matériel est jeté dans des collecteurs spécialement prévus à cet effet. Le matériel réutilisable doit être impérativement stérilisé par l'opérateur, après chaque utilisation. Dans le cas du piercing, le bijou doit lui aussi être stérile au moment de sa mise en place.

1.1.2.2 Outils non stérilisables et surfaces de travail

Le matériel non stérilisable doit être correctement nettoyé et désinfecté entre chaque client, selon les procédures décrites plus loin.

Après chaque client, les surfaces qui pourraient avoir été éventuellement contaminées par des instruments, du matériel souillé, des projections, ou qui ont été touchées par les mains de l'opérateur, doivent être nettoyées et désinfectées.

1.1.2.4 Elimination des instruments souillés piquants et tranchants

Les objets piquants ou coupants, comme les aiguilles, ayant été utilisées, pour un client, doivent impérativement être considérés, comme potentiellement contaminant. Ils seront directement déposés dans un collecteur ou conteneur, spécialement adapté, afin d'éviter toute blessure, piqûre ou coupure.

1.1.3 Limitation « d'auto-infection » du client

L'objectif c'est d'éviter la pénétration dans l'organisme d'agents infectieux plus ou moins pathogènes, présents sur la peau du client au moment de l'effraction cutanée.

Si l'on observe des signes locaux, qui peuvent faire suspecter une infection, comme des verrues, des boutons, des croûtes, un suintement ou autre anomalie, le « professionnel » doit s'abstenir de réaliser le geste. Avant tout geste, comportant une effraction de la barrière cutanée ou muqueuse, il faut donc, bien contrôler l'état de la peau ou de la muqueuse dans la région concernée.

Les règles de préparation de la peau ou des muqueuses, avant tout geste, comportant une effraction cutanée ou muqueuse, doivent être systématiquement respectées.

1.2 Local, matériel, stérilisation [15]

1.2.1 Salle de stérilisation

Le lieu de nettoyage et de stérilisation du matériel, doit être séparé des autres. Cette pièce se divise en deux parties :

- Une partie sale ou contaminée (zone de nettoyage),
- Une partie propre (zone de conditionnement et de stérilisation).

Dans cette salle, le port des gants est obligatoire. Il est important de respecter à chaque étape, un flux logique, évitant tout croisement entre matériel sale et matériel propre. « On va toujours du sale vers le propre »

1.2.1.1 Partie sale ou contaminée (zone de nettoyage)

Tout ce qui se trouve dans cet endroit est considéré comme contaminé. On y réalise la décontamination des matériels et instruments, leur nettoyage et leur séchage.

La décontamination (ou pré-désinfection, selon le terme officiellement admis) est le premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés, dans le but de diminuer la population de micro-organismes, et faciliter leur nettoyage ultérieur et, de protéger le personnel lors de la manipulation d'instruments.

Le nettoyage est la phase suivante de la décontamination. Il permet d'obtenir un niveau minimum nécessaire de contamination, pour entamer une bonne stérilisation. Il s'agit d'une opération mécanique, réalisée par brossage du matériel avec une brosse souple, à l'aide d'un produit détergeant. Il faut éviter toutes projections, pour ne pas contaminer l'environnement.

Pour sécher, il faut un champ propre, qui ne peluche pas. Le séchage doit être parfait. On ne peut conditionner, que du matériel sec. Car, toute trace d'eau risque de détériorer le sachet, qui ne jouera plus son rôle de « protecteur de la stérilité ».

1.2.1.2 Partie propre (zone de conditionnement et stérilisation)

On y réalise les opérations de stérilisation des matériels et instruments, après les avoir convenablement conditionnés.

- **Conditionnement ;**

« Seul, un matériel correctement conditionné, pourra rester stérile après stérilisation ».

Pour éviter qu'un objet stérile soit contaminé par contact avec le milieu extérieur, il est nécessaire de le conditionner avant stérilisation dans un emballage spécifique protecteur de la stérilité. Ce n'est qu'au moment de son utilisation, qu'il doit être déballé. Le conditionnement et le mode de conservation du matériel stérile font intégralement partie de la stérilisation.

- **Stérilisation ;**

« Seul, un matériel propre, sec et bien conditionné pourra être correctement stérilisé ».

L'étape de la stérilisation est fondamentale. Le but de la stérilisation d'un objet est la destruction ou l'inactivation irréversible de tous les micro-organismes, qui se trouvent dans ou sur cet objet. Quand aucun germe ne peut plus être décelé, l'objet est dit « stérile ».

La méthode de référence est la stérilisation par la vapeur d'eau (autoclave). Les paramètres recommandés (température, durée), pour le plateau de stérilisation sont actuellement de 134°C pendant 18 minutes (norme de stérilisation prenant en compte les prions). En réalité, le cycle de stérilisation dure plus longtemps, pour tenir compte des phases de vide préalable et de vide final de séchage.

Pour stériliser des objets conditionnés, il faut un stérilisateur avec vide fractionné et séchage. Ce type d'autoclave permet la stérilisation de sachets emballés et de produits creux.

1.2.2 Salle de travail ou salle de piercing

La salle de piercing doit être isolée de la salle d'attente, et de la salle de stérilisation. On peut y distinguer trois zones :

Dans la zone dite « sale », se trouvent un plateau à déchets, pour mettre, après usage, les instruments souillés réutilisables, le bac de décontamination, une poubelle à pédale, avec couvercle, pour les déchets et un conteneur à objets piquants et tranchants souillés, à usage unique.

La zone dite « moyennement propre », est l'endroit où, l'on reçoit le client. Elle contient un divan d'examen, sur lequel on allonge les clients, qui est recouvert d'un champ propre en papier, changé entre chaque client. Elle contient également un évier, de préférence à pédale, avec un savon liquide doux, conditionné dans un flacon muni d'une pompe doseuse, un savon liquide antiseptique et/ou une solution hydro-alcoolique, et enfin un distributeur d'essuie-mains jetables en papier absorbant.

Dans la zone dite « propre », on déballe et prépare les instruments, pour le geste du piercing. Cet espace ne doit pas être contaminé. On y trouve les flacons d'antiseptiques, les lingettes, les gants d'examen médicaux. Les compresses, les gants stériles peuvent être rangés dans des tiroirs immédiatement accessibles. Sur ce plan de travail, on dépose les objets nécessaires au geste, une fois déconditionnés, sur un champ ou un plateau stérile.

1.2.3 Nettoyage et désinfection de l'espace de travail

Si le studio contient des toilettes, elles doivent être équipées d'un lavabo à l'intérieur, afin de pouvoir se laver les mains.

Une fois par jour, il faut procéder à un nettoyage soigneux des locaux de travail, avec un produit adapté (détergent-désinfectant pour surfaces).

1.2.4 Bijoux de piercing

Conformément aux procédures détaillées ci-dessus et, avant de réaliser un piercing, il faut aussi, décontaminer le bijou à l'aide d'un produit détergent-désinfectant, le nettoyer par un brossage manuel, compléter ce nettoyage à l'aide du bac à ultrasons réservé à cet usage, le sécher, puis le conditionner dans un sachet. Le bijou sera ainsi décontaminé, propre et conditionné pour la stérilisation.

Seul, un bijou stérilisé, peut être utilisé lors de la réalisation d'un piercing (bijou dit « de pose »).

1.3 Sécurité des professionnels (Accident d'exposition au sang) [15]

Les blessures accidentelles sont très fréquentes et souvent évitables. Parmi ces accidents du quotidien, à mentionner la blessure occasionnée par un instrument piquant ou tranchant, pouvant entraîner une exposition accidentelle directe de l'opérateur au sang de son client.

En cas d'accident, le risque principal encouru est celui de la transmission d'une infection virale ; hépatite B (virus VHB), hépatite C (virus VHC) et sida (Virus VIH), si la personne source de l'accident est atteinte d'une infection par l'un de ces virus. Si un tel accident survient au cours de l'acte, une bonne intervention précoce, peut alors, réduire le risque de transmission de l'infection.

1.3.1 Mesures générales

- Lors d'une piqûre accidentelle, faire saigner (quelques gouttes) au point de ponction et bien nettoyer avec du savon la surface cutanée contaminée, sans la brosser,
- S'il s'agit d'une projection, rincer abondamment la bouche ou les yeux,
- Ranger l'instrument responsable dans un container de sécurité,
- Désinfecter la zone lésée avec une solution de Dakin, ou d'eau de Javel à 12° chlorométrique diluée au 1/10ème, en assurant un temps de contact de 5 minutes au moins.

- Prendre en note les détails de l'accident (Date et heure du contact, type de contact, quantité de liquide biologique, importance et durée du contact, profondeur de la lésion et description de la source du contact)
- Consulter rapidement un professionnel de santé

1.3.2 Mesures spécifiques contre l'hépatite B

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une hépatite B, le risque d'infection par ce virus peut être relativement important. Selon l'avis médical, on peut recourir à deux types de produits pour prévenir l'hépatite B.

❖ Les immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B :

Ce sont des anticorps, qui peuvent protéger temporairement la victime contre l'hépatite B (environ deux mois). Elles sont parfois indiquées, à la suite d'une exposition, et doivent alors être administrées le plus tôt possible. C'est-à-dire, moins de sept jours après un contact accidentel, et idéalement en moins de 48 heures.

❖ Le vaccin contre l'hépatite B

Peut être proposé à la suite d'un accident d'exposition, selon les circonstances de l'accident, et selon l'état immunitaire de la personne, qui a été exposée vis à vis de l'hépatite B. Cependant et, avant exposition au risque, la vaccination contre l'hépatite B est vivement recommandée, pour tous les professionnels du piercing.

1.3.3 Mesures spécifiques contre l'hépatite C

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une hépatite C, le risque d'infection par ce virus est réel. Mais, plus faible, que dans le cas de l'hépatite B. La seule mesure recommandée consiste à effectuer des prélèvements sanguins répétés pendant une durée de six mois, pour surveiller l'éventuelle apparition de l'infection par le VHC. En effet, il n'y a pas actuellement de moyen efficace disponible pour le prévenir.

1.3.4 Mesures spécifiques contre le virus du sida

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une infection par le VIH, le risque d'infection par ce virus est réel. Mais, plus faible, que dans le cas de l'hépatite C. Il n'existe pas de vaccin contre le VIH.

Selon le degré d'exposition au VIH, qui doit être rapidement évaluée par un médecin, la prescription d'une trithérapie (combinaison de 3 médicaments antirétroviraux), administrée le plus tôt possible après l'exposition (idéalement en moins de 3 heures), et pendant une durée totale de 30 jours, peut s'avérer nécessaire. Des prélèvements sanguins seront répétés pendant six mois, pour contrôler l'efficacité de ce traitement préventif.

2 Rôle du pharmacien d'officine

Se voulant ouvert et à l'écoute de son environnement, tout pharmacien se doit ainsi, de se pencher, si ce n'est à titre de curiosité poussée, à titre purement professionnel, sur ce phénomène qui se propage et, dont il pourrait être directement concerné. En effet et, suite à ce nouvel engouement observé vis-à-vis des modifications corporelles, le nombre de patients ayant subi un piercing et, s'adressant à l'officine augmente considérablement. D'ailleurs, tout comme les autres professionnels de santé, le pharmacien a un rôle actif non négligeable à y jouer et ce, à plus d'un niveau.

De plus en plus fréquemment, les perceurs « professionnels » conseillent à leur client, ayant subi un ou plusieurs actes simultanés de modification corporelle, de se rendre sans délai, à l'officine la plus proche. Cette initiative prise par les « exécutants », dont la formation en matière de santé n'est souvent que théorique et approximative, basée sur des connaissances essentiellement collectées sur le net, présente en réalité, un grand intérêt, dans la mesure où, elle permet d'anticiper d'éventuelles complications, tout en assurant au patient, un bon encadrement médical. Un patient sensibilisé et pris en charge par un professionnel du corps médical est en effet, un patient bien protégé.

Les perceurs ne se limitent pas à orienter leurs clients aux pharmaciens. Ils leur remettent le plus souvent, une fiche informative sur les soins à apporter à leur piercing et sur les produits recommandés que les percés vont chercher à l'officine. Mais parfois, les patients s'adressent spontanément au pharmacien, attendant de lui des conseils, pour les soins à apporter, jusqu'à la cicatrisation.

Le problème aujourd'hui, est que la formation académique actuelle du pharmacien, n'aborde pas les soins spécifiques à apporter dans ces situations.

2.1 Conseils préopératoires

Le pharmacien peut être informé, de façon directe ou accidentelle par un patient, de l'intention de ce dernier, de se faire percer. Il convient d'abord de rappeler, que dans un cadre purement « professionnel », l'individu se doit absolument de se détacher de toute tendance à porter un jugement subjectif sur son interlocuteur, se concentrant ainsi, sur les impératifs et les engagements moraux qu'engendre la blouse blanche qu'il porte.

C'est probablement dans son propre piège, que pourrait souvent tomber le pharmacien d'entrée, en se montrant expéditif, quant au sujet abordé, parce que conceptuellement, il aurait du mal à admettre l'idée, ou répulsif, parce qu'il aurait déjà émis un avis négatif sur le patient, l'empêchant ainsi, de s'oublier en praticien impassible.

En réalité, la sensibilisation des « professionnels » eux-mêmes pourrait être souhaitée. Parce qu'en prévenant, à cette phase, le pharmacien peut jouer un rôle capital, pour amener le patient à reconsidérer la question, rien qu'à travers l'établissement d'une sorte de « check-list » d'avant décollage, dans le jargon des pilotes, afin de vérifier que le « terrain » est bien favorable et réceptif à l'intervention envisagée.

Ainsi, lorsqu'un patient évoque au praticien son intention de se faire percer la langue, le pharmacien doit l'informer de l'ensemble des risques, qu'il encourt, et qui ont été détaillés précédemment. Il faut rechercher les contre-indications au geste. Le patient doit être interrogé sur d'éventuels problèmes médicaux ; recherche d'allergie (iode, antiseptique, métaux, latex..), de prise de médicaments (traitements antérieurs ou en cours, notamment la prise d'anti-inflammatoires), d'antécédents d'interventions chirurgicales, de diabète, de maladies de peau chronique.... Il importe de lui expliquer, que ceux-ci, peuvent constituer des contre-indications à la pratique d'un geste de piercing [1].

Il faut bien admettre, en définitif, que le piercing restera malgré tout, une pratique exceptionnelle et ne saura de ce fait, constituer la règle. L'acte consistant à briser volontairement l'intégrité corporelle, le pharmacien aura, en évoquant les contre-indications au geste et, éventuellement les complications générées par les piercings, à s'assurer du degré de conscience du patient ainsi que, l'étendue de sa résolution. Un sujet potentiel, qui présente

encore une certaine fragilité décisionnelle, par exemple, sera invité à prendre du recul et à reconsidérer les raisons qui ont motivé son choix, parce que ses effets pourraient être durables dans le temps. Le piercing ne doit pas émaner d'une décision impulsive.

La règle d'or étant de « prévenir plutôt que guérir », le pharmacien particulièrement attentif, cherchera donc, à prendre connaissance de l'environnement social et médical du client intéressé, pour pouvoir analyser et émettre un avis cohérent, qui ne dépassera pas toutefois, son titre purement « consultatif », la décision ultime revenant au patient. Cela supposera que le « professionnel » puisse faire preuve d'une capacité d'écoute acceptable, d'abord, pour mettre son interlocuteur en confiance et, ensuite, pour pouvoir filtrer toutes sortes d'informations collectées lors de l'entretien. Le temps qu'il lui consacra alors, ne sera pas négligeable. Mais, il aura également, l'opportunité de pouvoir proposer ultérieurement, des solutions ou autres préparations parapharmaceutiques adéquates.

2.2 Conseils postopératoires

Les soins à apporter après réalisation d'un geste de piercing doivent débiter le jour même du geste. On pourra éviter beaucoup de complications infectieuses, si ces soins sont correctement réalisés. Le « professionnel » a pour obligation d'expliquer soigneusement et de façon détaillée la nature de ces soins, leur justification et la procédure recommandée, pour les accomplir et aboutir ainsi, au résultat escompté, sans éventuelles complications. Ces soins diffèrent toutefois, selon la nature exacte et la localisation du geste.

Ce travail d'explication est d'une importance capitale et, doit de ce fait, lui être consacré le temps nécessaire et, pris en compte dans l'organisation du travail (rendez-vous d'une durée suffisante). Et comme il a été précédemment souligné, le perceur n'étant pas spécialisé en matière médicale, à la limite, formé en soins et autres interventions de secours, il est fortement recommandé de consulter à nouveau son pharmacien de proximité, pour avis et éventuelles validations. Il serait même préférable, que le perceur délivre à son client, après une première séance de travail (théorique), un document explicatif décrivant la technique et les moyens utilisés, pour la réalisation du geste.

Bien qu'une information générale minimale sur les soins à apporter après le geste soit souhaitable avant de réaliser tout geste de modification corporelle avec effraction cutanée, il est également souhaitable de reproduire l'information détaillée après avoir pratiqué le geste. Car, le client y portera une meilleure attention. Le plus souvent en effet, l'inquiétude liée à la réalisation imminente du geste et à la douleur pouvant en résulter réduisent l'attention des clients par rapport aux conseils dispensés.

L'opérateur doit impérativement fournir une documentation adaptée à son client concernant les soins après le geste. Car l'information orale ne suffit pas, pour être correctement et intégralement retenue et, parce que le client ne saura pas toujours poser les bonnes questions sur le moment [15]. Le patient, notamment lors d'une première expérience, ne pourra éventuellement pas envisager les diverses situations auxquelles, il pourrait faire face durant la période de cicatrisation. Un « guide », « brochure » explicative ou tout document spécifique, sera de nature à mieux l'orienter.

2.2.1 Conseils généraux

Le pharmacien consulté, après le geste, par le patient, muni éventuellement d'un document remis par le perceur, commencera certainement par apporter les conseils habituels et communs à toutes les blessures cutanées, afin de favoriser sa cicatrisation rapide et saine.

Il faut éviter de toucher la zone, où a été pratiqué le geste, avec des mains sales, que ce soit par le patient ou par un tiers. Avant de manipuler ou nettoyer le site concerné, l'intéressé doit impérativement se laver correctement les mains.

Les vêtements serrés doivent être évités, lorsqu'ils exercent une pression ou une friction sur la zone du geste. Car, ils peuvent favoriser l'apparition de complications infectieuses. Cependant, certaines localisations du piercing font exception à cette règle ; dans le cas des mamelons et des organes génitaux, le port d'un soutien-gorge ou d'un slip est fortement recommandé.

Selon leur localisation, les piercings peuvent concerner uniquement la peau (arcade, oreille, nez ou nombril), les muqueuses (langue, organes génitaux), ou concerner les deux, avec une face cutanée et une face muqueuse (lèvres et certains piercings des organes génitaux).

Quelle que soit sa localisation, le piercing doit être nettoyé au moins une fois quotidiennement, dès le premier jour de la pose et, jusqu'à sa cicatrisation complète [15].

2.2.2 Procédures de soins selon la localisation

2.2.2.1 Arcade, oreille, nez, nombril [15]

Pour les piercings de la peau, la procédure recommandée est la suivante :

- Le geste doit être doux et non traumatisant,
- Il faut nettoyer le piercing en éliminant les résidus secs et agglutinés autour de l'orifice, à l'eau tiède et au savon,
- On mobilise doucement le bijou en le faisant coulisser dans le piercing,
- Il faut bien rincer le savon à l'eau tiède, ou au sérum physiologique stérile, une fois les résidus éliminés,
- Sécher enfin, à l'aide d'un linge propre ou d'un essuie-mains en papier absorbant.

Ce geste peut être réalisé avec de l'eau tiède et un savon à PH neutre, à l'aide d'une compresse, ou un coton-tige (éviter le coton hydrophile, qui laisse des fibres). L'eau tiède ramollit les résidus secs, qui peuvent ainsi, être éliminés sans frotter et donc, sans traumatisme local. L'usage d'un savon permet une bonne déterction des impuretés.

Le rinçage est important, et peut être réalisé à l'aide de sérum physiologique stérile (solution de chlorure de sodium à 0.9%), conditionné en ampoules de 10 ou 20 ml, ou en flacons de 125 et 250 ml. La même importance est consacrée au séchage. Car, cette étape permet d'éviter toute macération de la plaie favorisant ainsi, l'infection.

L'application d'une solution antiseptique, par exemple, à base de polyvidone iodée à **10%**, avec une compresse, ou un coton-tige, est recommandée durant les premiers jours, après un piercing. Elle doit intervenir entre la déterction et le rinçage du piercing. Mais, la fréquence des réactions allergiques et des irritations liées à l'usage des antiseptiques engage à éviter leur utilisation prolongée. Une durée d'utilisation des antiseptiques de 7 à 10 jours peut être recommandée [15].

Le pharmacien pourra, à titre préventif et, à l'initiative du patient, consulter la plaie, de façon périodique, afin de s'assurer du bon déroulement de la cicatrisation. Il sera à même de détecter par anticipation, toute tendance de complication. Le sujet sera alors, avisé et probablement orienté au pire des cas, vers le médecin spécialiste. Il insistera cependant beaucoup, pour que ce patient ne revienne pas au perceur, qui a réalisé le geste, afin d'en demander de plus amples informations. Ce dernier pourrait banaliser par ignorance le danger encouru, en sous estimant les conséquences qui pourraient s'en suivre.

A rappeler encore et toujours, le rôle purement consultatif du pharmacien, qui n'aura de force que celle de persuasion, le client étant libre en fin de compte d'opter pour la solution qu'il jugera plus accommodante. Mais, il est évident qu'en insistant sur l'étendue des menaces qui rôdent autour de la santé du percé, en cas de complication, ce dernier sera plus attentif aux conseils de son pharmacien. Généralement, ses conseils sont pris au sérieux [1].

2.2.2.2 Lèvres, langue

Pour ce qui est de face cutanée des piercings, les soins exposés ci-dessus peuvent s'appliquer de la même manière. Pour ce qui est de la partie muqueuse du piercing des lèvres, et pour la langue, des bains de bouche antiseptiques doivent être effectués 2 fois par jour, et après chaque repas, pendant environ 8 jours.

Il faut bien respecter les conditions de dilution de l'antiseptique utilisé et ne pas utiliser trop longtemps des produits en solution alcoolique. Car, ils peuvent entraîner une irritation de la bouche, voire des infections par champignons (muguet buccal). Une durée de 14 jours peut être conseillée [15].

Les délais de cicatrisation déjà évoqués (3 à 6 semaines) doivent être considérés comme une moyenne. Des variations peuvent apparaître en fonction du « patient » et du type de piercing. Le site du perçage cicatrisant de l'extérieur vers l'intérieur, les « patients » peuvent de ce fait, croire que le site est parfaitement cicatrisé, alors qu'il ne l'est pas complètement : ils arrêtent ainsi, les soins postopératoires, exposant systématiquement le sujet au risque de complications.

Durant la phase initiale de cicatrisation, il s'écoule normalement un liquide jaunâtre du site de perçage ; il est constitué de lymphes et de cellules mortes. Une phase d'adaptation au port d'un piercing lingual peut s'avérer nécessaire. Certains auteurs recommandent pendant cette période « d'acclimatation » de déposer la nourriture avec des doigts propres ou des couverts propres, directement sur les molaires et de commencer à mâcher doucement, pour éviter de mordre sur le piercing. Il s'agit en effet, d'un nouveau corps intégré dans la cavité buccale, que le patient mettra bien du temps à « reconnaître », alors que certains réflexes continuent à fonctionner par usance. Il se familiarisera ainsi, petit à petit, pour ne pas provoquer des dommages pouvant parfois être irréversibles, tels que la fracture des dents.

Afin de minorer le risque de survenue de complications infectieuses, il faut donc, éviter de mettre dans la cavité buccale des objets souillés (mains non lavées, stylos...), ou de partager des couverts avec d'autres personnes. Il est évident, qu'une hygiène irréprochable des mains est primordiale, lors de la manipulation du bijou. Sucrer de la glace, manger et boire des aliments froids peuvent limiter l'œdème lié au perçage [1].

Il est également recommandé de faire pendant au moins 8 à 14 jours des bains de bouche avec une solution antiseptique, deux à trois fois par jour (type Eludril, Hextrilou Givalex), notamment après chaque repas, pour éviter toute stagnation de débris alimentaires autour du piercing. Ces bains de bouche doivent débuter le jour même de la pose. Il faut éviter de parler, de fumer, de boire de l'alcool et de manger des aliments épicés ou acides.

Suite à la pose d'un piercing lingual, il faut également éviter absolument et ce, pendant au moins 3 semaines, les contacts oral-oral et oral-génital. Un contrôle doit être effectué par un professionnel à J+10. Il est normal d'observer une réaction inflammatoire (érythème et œdème) dans les jours qui suivent la pose d'un piercing. Toutefois ces symptômes doivent disparaître en moins d'une semaine. Aucun traitement médicamenteux, même lorsqu'il s'agit de topiques locaux en vente libre, ne doit être alors, préconisé par l'opérateur. Lorsque le site de perçage est totalement cicatrisé, certains praticiens recommandent de retirer le piercing durant les repas pour éviter de mordre sur le piercing par inadvertance [1].

Par contre, il faut que le patient garde à l'esprit, plus particulièrement pour la langue, l'obligation de remettre immédiatement en place son piercing, sous peine de voir le site de perçage se refermer. Ce qui peut survenir en effet, à partir de la deuxième heure seulement. C'est pour cette raison que le piercing lingual doit être porté au cours du sommeil [1].

Le perçage de la langue est souvent un site particulièrement sensible et un champ favorable, pour les bactéries. Il est donc, particulièrement exposé aux divers risques d'infections. La vigilance du patient est dans cas, particulièrement imposée. Car, il est fréquent de tomber dans des situations compliquées nécessitant l'intervention de secours à dispenser par un spécialiste.

Le pharmacien, devra être également être vigilant, en observant le site, lorsque le patient en doute, se présente à lui, pour avis. Les symptômes d'une éventuelle infection étant souvent perceptibles au simple diagnostic, le praticien n'hésitera pas à l'orienter vers un médecin spécialiste, en cas de complication détectée ou confirmée.

2.2.2.3 Piercing génitaux

Les soins de la face cutanée du piercing s'appliquent de la même manière que ci-dessus. Mais, pour la partie muqueuse du piercing, on utilisera un savon antiseptique à usage gynécologique, par exemple à base de polyvidone iodée. Il est indispensable de bien rincer (à l'aide de sérum physiologique stérile), et de sécher le piercing après le soin. Une durée d'utilisation des antiseptiques de 10 à 15 jours peut être recommandée [15].

Pour ce qui est parties génitales, certains patients, si ce n'est la plupart, il est souvent difficile, pour un patient, de se laisser consulter par un tiers. Question de pudeur, certainement, ces derniers ne se manifestent le plus souvent, qu'en cas de complication consommée. Et, c'est plutôt, vers le pharmacien, qu'il s'adresse, pour éviter probablement le médecin. Or, à un stade avancé d'infection ou autre complication, le passage par le pharmacien, ne sera pas d'une grande efficacité pratique. L'avis d'un médecin devient indispensable.

2.2.2.4 Prévention des risques infectieux [6]

Du point de vue sécurité des pratiques et notamment, de la prévention des risques infectieux du piercing, de nombreux aspects entrent en jeu. Le local de travail du perceur, son architecture et son agencement, son équipement et ses instruments de travail, sont essentiels à la sécurité de ses clients. En effet, c'est le premier cadre (espace) fréquenté par le « sujet », susceptible de faire transmettre toutes sortes de contaminations ou d'expositions. Le processus étant entamé à partir cette première phase, les chances de son bon déroulement jusqu'à une cicatrisation saine, est fortement tributaire de la réussite de l'acte, aussi bien sur le plan hygiénique que technique.

Les procédures de travail doivent être soigneusement élaborées, pour réduire le risque de contamination du matériel et de rupture d'asepsie. Des recommandations précises doivent être délivrées aux clients des perceurs concernant les soins à réaliser après le geste. Ces recommandations devraient figurer sur un support écrit clairement lisible et intelligible.

Pour éviter des infections graves, il faut également inciter les clients des perceurs à prendre un avis médical en cas de complication locale après une manœuvre de piercing. Cet encouragement doit venir des professionnels du piercing eux-mêmes, et les médecins doivent certainement, de leur côté, développer leur connaissance des complications liées à ces pratiques.

2.3 Recommandations

2.3.1 Formation des praticiens

L'information et la formation des perceurs est un ressort crucial, pour arriver à une réduction des risques liés à ces pratiques [35]. En effet et, comme il a été précédemment mentionné, les « professionnels » du perçage ne sont pas tous forcément formés en matière de santé. Ils se sont souvent retrouvés dans le domaine de la « pratique », après avoir acquis de l'expérience tirée par la demande de clients séduits par la nouvelle « mode ». Les plus impliqués d'entre eux auraient probablement eu recours à une formation approximative à travers leurs propres réseaux de perceurs de renommée ou encore, à travers des sites spécifiques où, des formations non homologuées sont disposées en faveur des intéressés.

Il est indispensable également, que les professionnels de la santé disposent des connaissances nécessaires à la prise en charge des patients souhaitant se faire percer (facteurs de risques, complications éventuelles, délais de cicatrisation, conseils d'hygiène...). Mais, aussi, des individus déjà percés, qui présentent des pathologies en relation avec leur piercing (indications de dépose du bijou, manipulations du bijou, etc.) [1].

À titre d'exemple, une enquête menée auprès des infirmières scolaires de Franche Comté pendant l'automne 2004 indiquait que 78% d'entre elles avaient déjà été sollicitées pour un problème de piercing. Il est certain, que l'augmentation du nombre d'individus percés se traduira forcément par une augmentation des consultations médicales et dentaires en rapport avec les piercings [1]. Des formations spécifiques pourraient être organisées à l'attention des perceurs, à l'aide des professionnels de la santé en charge des problèmes d'hygiène des établissements de soins et des médecins volontaires. Elles couvriraient les domaines de la stérilisation, de la désinfection, l'asepsie, la manipulation et l'utilisation d'instruments stériles. Une formation sur les risques infectieux encourus au cours d'un piercing serait également fortement utile. Des campagnes de sensibilisation pourraient être organisées avec la collaboration et le soutien des établissements de soins ainsi que, les pharmaciens praticiens [15].

2.3.2 Réalisation de documents d'information

La prévention requise en matière de piercing, ne saura être correctement et efficacement dispensée, que si la formation et l'information diffusée par le personnel de santé soient à la hauteur des attentes et des bons résultats escomptés. Elle est d'autant plus importante, quand il est aussi fréquent d'observer des candidats au piercing inconscients des risques liés à ce type d'acte. Ces décisions pourraient être prises à chaud, sous l'effet de l'imitation ou, sous l'effet de certains caprices bien connus d'adolescents à la recherche d'une propre identité ou distinction. Dans ce cas, les dangers ne seront pas pris avec autant de sérieux que la finalité elle-même.

Il serait donc, souhaitable, que tous les cabinets dentaires et médicaux procèdent à la confection de dépliants ou de toute autre forme de documentation, permettant aux patients de mieux se familiariser tout en s'informant, avec le piercing en général et, particulièrement buccal, ainsi que ses complications [51].

En guise d'information des clients, des documents élaborés par chaque professionnel semblent présenter une meilleure efficacité, que des documents standardisés. Ils auront pour effet, d'accorder plus de chance, à la clientèle rencontrée par chaque perceur, de convenir à ses attentes ; ses limites et ses dispositions. Les perceurs s'entoureront à leurs tours, des « garanties » minimales, que les clients bien informés, ne soient pas surpris par exemple, par certaines approches, qui pourraient leur sembler différentes chez d'autres « confrères », une fois le geste enclenché. Ils seront également rassurés, que les clients une fois partis, puissent disposer d'un support leur permettant d'appliquer certaines consignes d'ordre hygiénique, indispensables à respecter, que le client risquerait d'oublier ou de négliger. Ces documents doivent ainsi, expliquer le contenu de l'acte et, en préciser tous les points techniques importants.

Toutefois, de tels documents écrits, même très bien réalisés et attrayants, ne doivent aucunement remplacer le conseil individualisé, que peut procurer le perceur à ses clients, notamment ceux qui pourraient présenter des particularités pathologiques [15].



Partie IV :
Etude descriptive du rôle
actuel du pharmacien
d'officine sur terrain

1. Matériels et méthodes

Il a été souligné depuis l'entame du présent exposé, l'aspect délicat voire, gênant, de la question du piercing dans notre société et, la réticence manifeste des percés, parfois confrontés à certains jugements moraux dévalorisants dans leurs entourages. Les Hommes de santé vers qui, ils pourraient s'adresser éventuellement, en cas de complication, ne sont pas à écarter. Voilà pourquoi, probablement, ils seraient plus redoutés que le reste.

Après avoir été établi sur le plan théorique, le rôle du pharmacien, consacré dans la troisième partie du présent travail, les développements qui suivront serviront à vérifier sur terrain, l'étendue de l'intervention du praticien ainsi que, la tendance comportementale des patients vis-à-vis du spécialiste. Notre étude sera appuyée d'une enquête menée sous forme de questionnaires adressés aux trois acteurs concernés à savoir, le sujet percé, le « professionnel », ainsi que, le pharmacien lui-même, dont on essaiera de situer la position actuelle, par rapport au rôle qu'il est appelé à assurer dans ce cadre.

L'objectif de cette enquête, est également, d'apporter, avec des preuves chiffrées, des éléments explicatifs, sur les attitudes des uns et des autres, vis-à-vis de ce phénomène, afin de pouvoir briser ce tabou, en imaginant l'approche optimale à adopter, pour « réconcilier » d'une part, le « professionnel » et d'autre part, le percé avec le pharmacien, placé entre les deux, comme une sorte de point de liaison incontournable, presque exclusivement, en cas d'extrême complication ; rôle que nous tâcheront de définir en cours d'analyse.

Pour pouvoir aboutir à une analyse globale cohérente et crédible, il fallait donc, établir des recoupements entre les trois protagonistes, en procédant à l'élaboration de trois différents types de questionnaires, aboutissant tous vers la délimitation des frontières, d'une part, entre le percé et son pharmacien et, d'autre part, entre le pharmacien et, le « professionnel » **(Annexes 1,2 et 3).**

Les questions ainsi, conçues, ont été choisies de telle sorte à pouvoir collecter une information pertinente, conduisant à tirer des conclusions déversant sur la nature actuelle de la trilogie relationnelle entre les trois acteurs, l'objectif final étant d'installer dans l'esprit des percés, ce « réflexe » ou cette « culture » de consultation préventive, que le pharmacien de proximité pourra dispenser en toute sécurité et confiance. D'ailleurs, l'implication à priori du

pharmacien, le rendra encore plus réceptif, par la suite, en cas de complication et, en même temps, facilite au patient, la décision de recours à lui, non plus, en cas d'extrême urgence, faute d'alternative meilleure, mais, dans des délais acceptables, évitant ainsi, des situations, qui pourraient s'avérer catastrophiques.

Il fallait en même temps, essayer d'imaginer des questions faciles et « légères », ni encombrantes, ni embarrassantes, pour éviter de heurter les uns et les autres, tout en évitant de les étouffer, par ce qu'ils pourraient à la limite, assimiler à un véritable interrogatoire. La recherche des détails poussés a été ainsi, évitée dans la mesure du possible, tout en s'adressant à chacune des parties concernées, en allant droit au but et, en ne sollicitant que peu d'effort de réflexion. A signaler par ailleurs, que la réactivité n'a pas été de même proportion et, c'était prévisible, notamment, pour les « professionnels », difficiles à atteindre.

L'enquête a été menée, bien entendu, tout en respectant l'anonymat. Au moyen d'internet, le recours aux réseaux sociaux ciblés a permis d'assurer une très grande diffusion des questionnaires, en facilitant ainsi, l'accès à toutes les personnes concernées et, en écourtant les délais de réponse. L'établissement d'un « filtre » virtuel entre les individus qui ont bien voulu livrer leurs témoignages et le collecteur est par ailleurs, de nature à favoriser la fluidité de l'information.

La durée totale consacrée au remplissage des questionnaires a été fixée et limitée à **72** heures bouclées (en fin de semaine, pour accroître nos chances de toucher un maximum de sujets). Au total et, après collecte et traitement des informations, nous avons pu ainsi, exploiter **335** remplissages, répartis entre « percés » (**217**), « pharmaciens » (**110**) et, « professionnels » (**8**). L'un des « professionnels » a d'ailleurs, accepté de nous accorder un entretien direct à travers la « messagerie ». Rappelons que, par « professionnel », on entend les « perceurs », proposant des services payants à une clientèle souvent passagère.

2. Résultats et interprétation

2.1 Résultats chiffrés et analyses de l'enquête « percés »

Le choix a été de cibler d'entrée, la portée du questionnaire. Il s'adresse exclusivement aux sujets percés objet de notre enquête. Cette population a été d'ailleurs, plus facile à atteindre, que les pharmaciens et, en degré moindre, les « professionnels », qui restent en nombre, très réduits.

2.1.1 Résultats chiffrés

Tableau II : Répartition de l'échantillon par sexe

Sexe	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Homme	85	39.3
Femme	132	60.7
Total	217	100

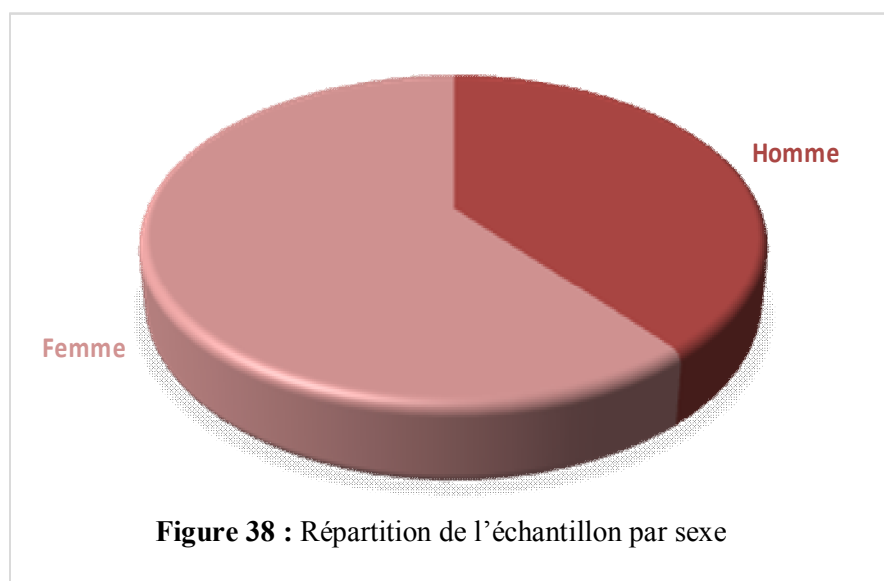


Tableau III : Répartition de l'échantillon par intervalles d'âge

Tranche d'âge	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
< 18 ans	0	0
18 - 25 ans	54	25
25 - 30 ans	44	20.4
+ 30 ans	119	54.6
Total	217	100

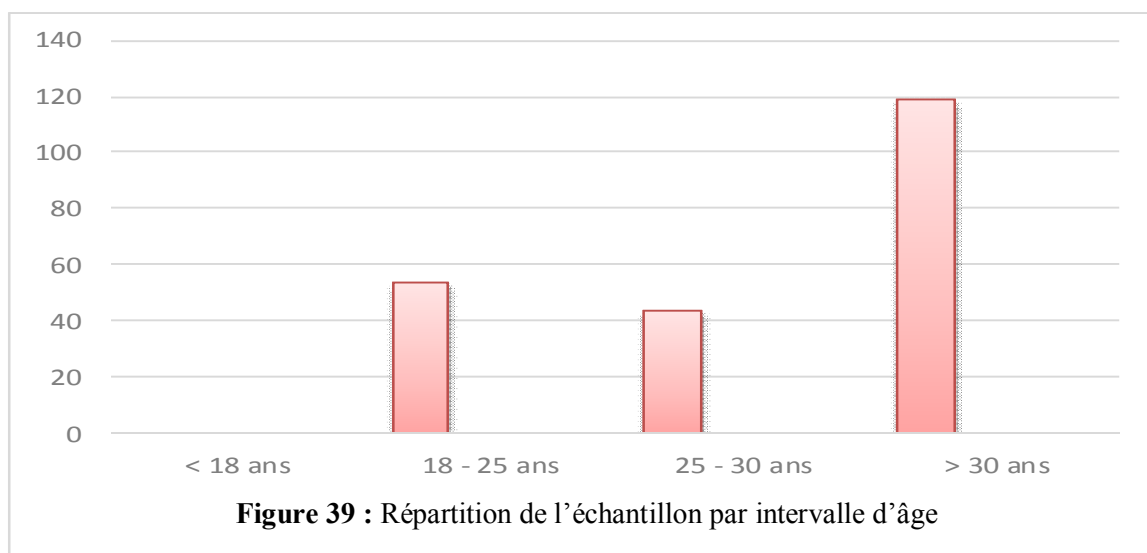


Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon la situation socioprofessionnelle

Activité	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Lycéen / Etudiant	54	24.7
Profession libérale	73	33.5
Administration	45	20.8
Chômage	23	10.6
Ouvriers	9	4.2
Artistes	7	3.3
Autre	6	2.9
Total	217	100

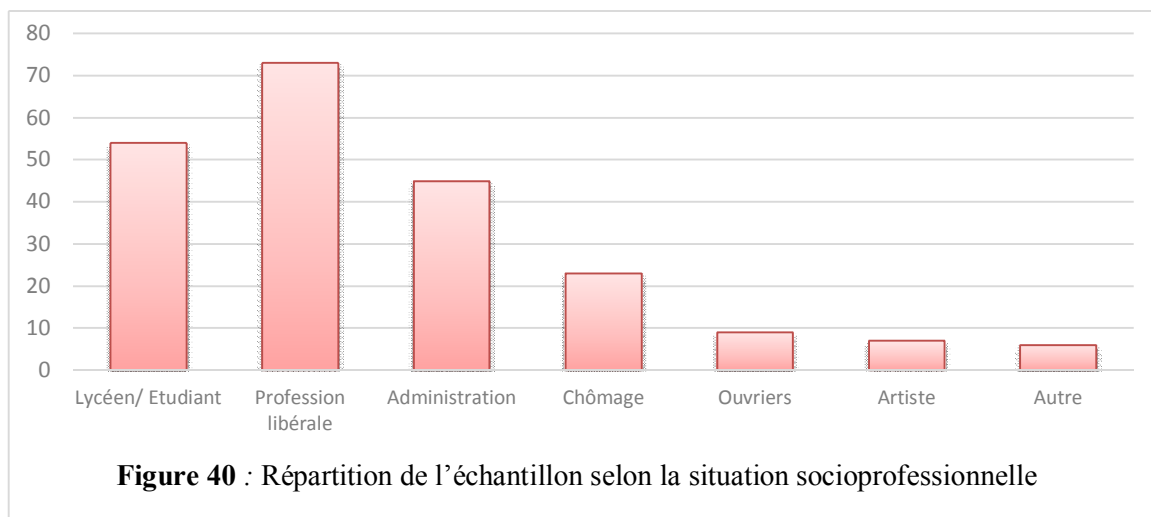


Tableau V : Répartition de l'échantillon selon la motivation des percés

Intention	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Action symbolique (appartenance à un groupe, une idéologie...)	38	17.4
Distinction esthétique	85	39.1
Identification (à une idole, par exemple)	9	4.3
Curiosité	76	34.8
Autre	9	4.3
Total	217	100

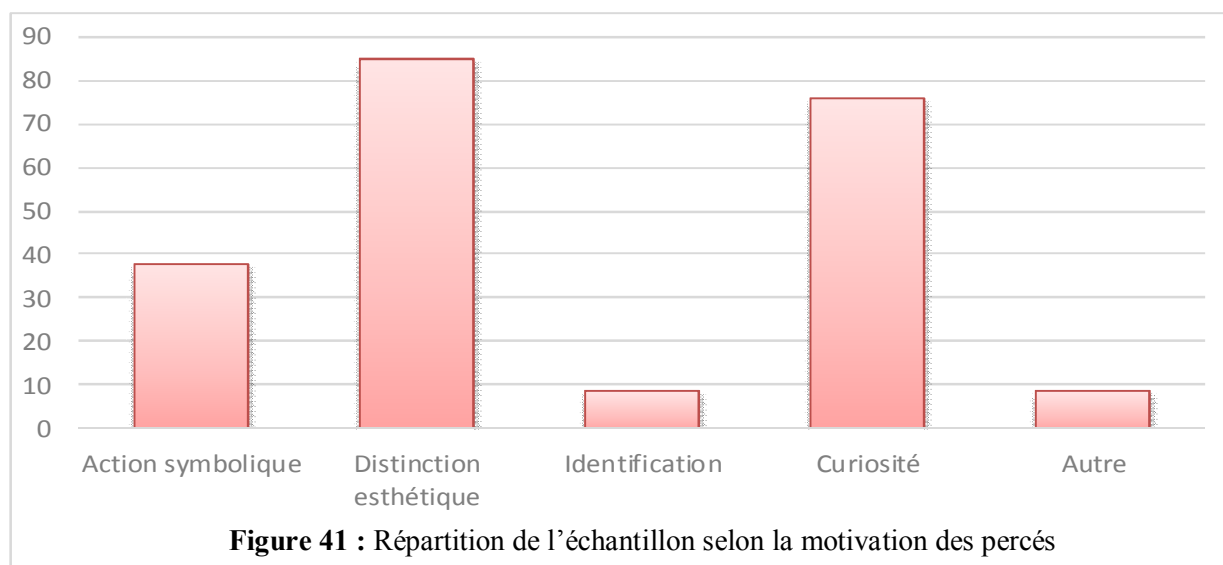


Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon la localisation du piercing

Site	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oreille	121	55.8
Langue	17	7.7
Lèvre	7	3.6
Sourcils	18	8.3
Nombril	27	12.3
Mamelon	11	5
Surface	10	4.6
Génital	1	0.4
Autre	5	2.3
Total	217	100

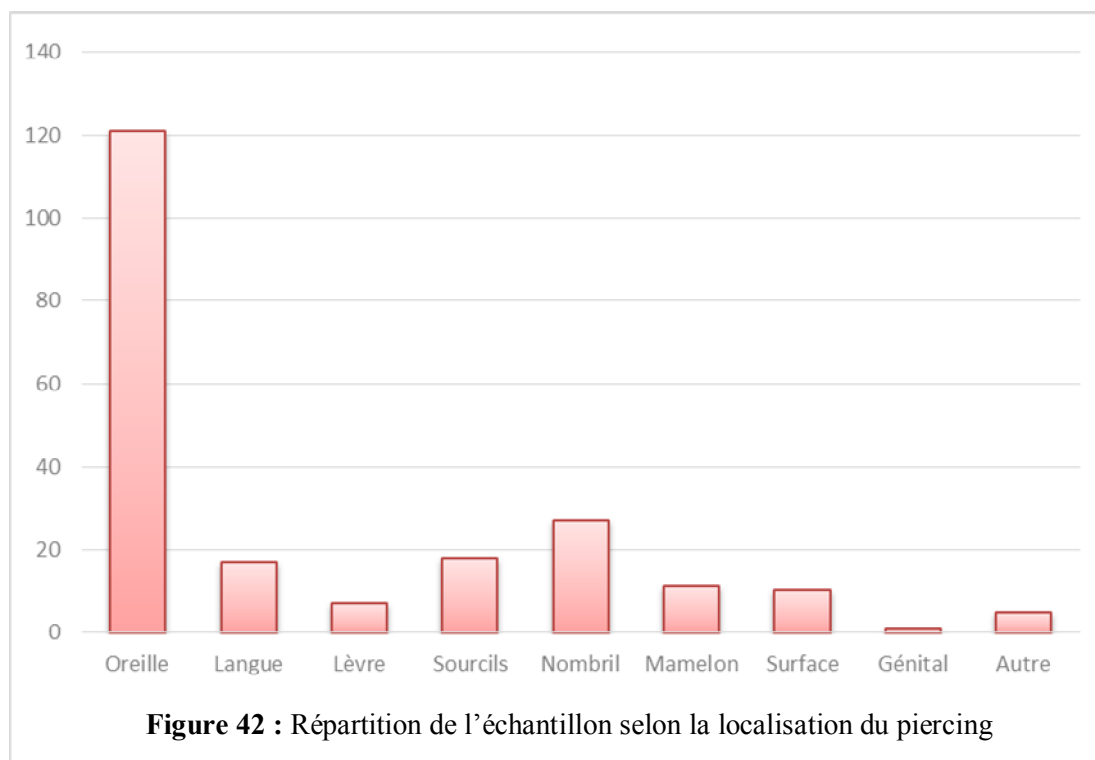


Tableau VII : Répartition de l'échantillon selon le critère de choix du perceur

Critère	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Aléatoire	18	8.2
Recommandé (par des amis, par exemple ...)	152	70.1
Publicité (Brochure, internet ...)	28	12.9
Notoriété	19	8.8
Total	217	100

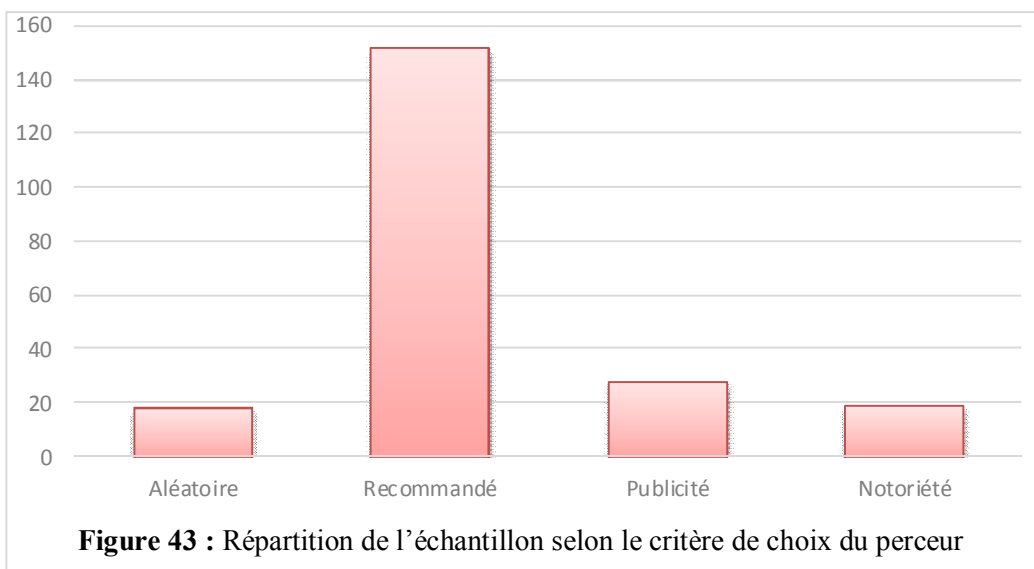


Tableau VIII : Consultation pré-piercing du pharmacien

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	78	36
Non	139	64
Total	217	100

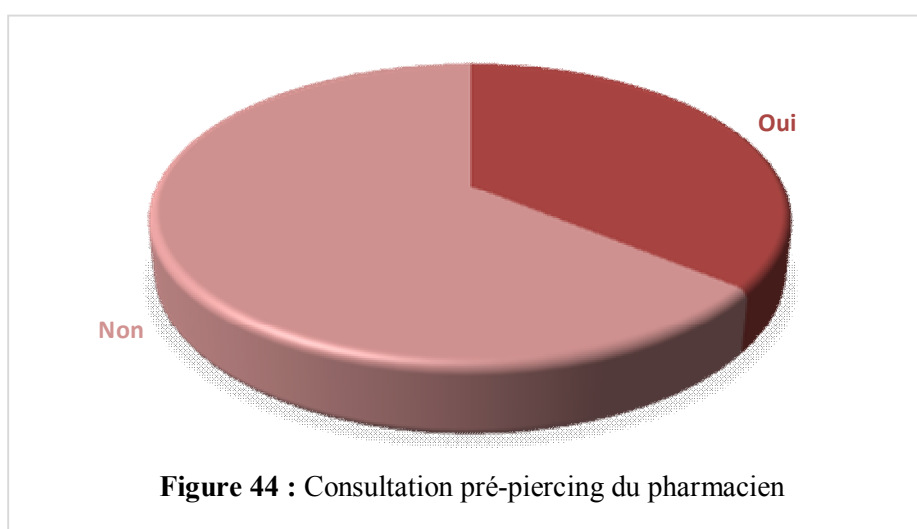


Tableau IX : Intention de réitérer l'expérience

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	114	52.5
Non	103	47.5
Total	217	100

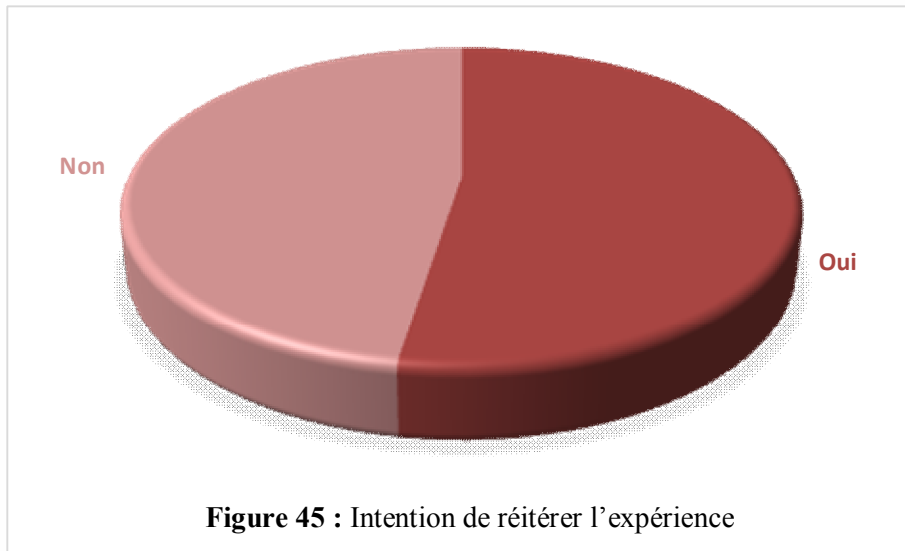


Figure 45 : Intention de réitérer l'expérience

Tableau X : Complications enregistrées

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	76	35.1
Non	141	64.9
Total	217	100

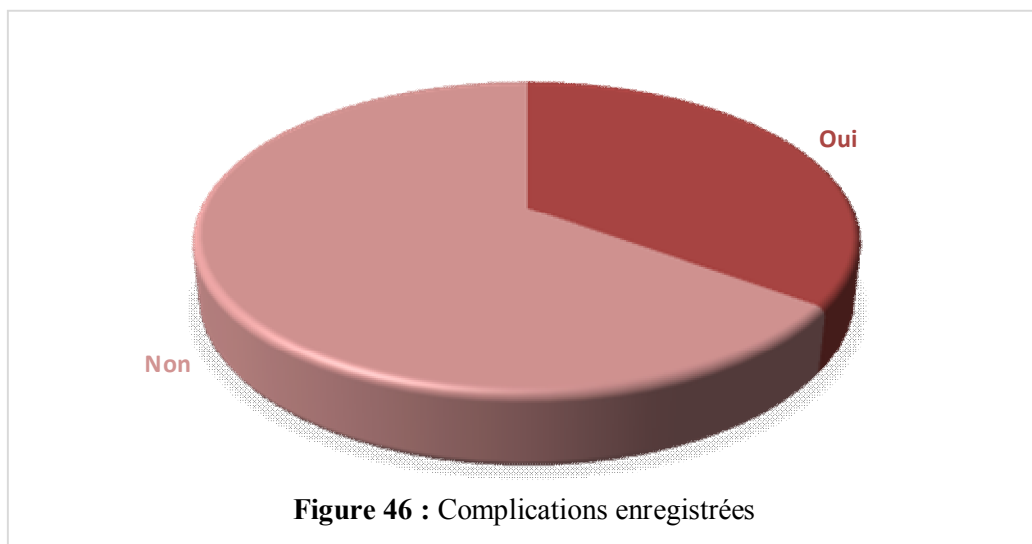


Figure 46 : Complications enregistrées

Tableau XI : Nature des complications enregistrées

Nature	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Infectieuse	27	35.4
Non infectieuse	49	64.6
Total	76	100

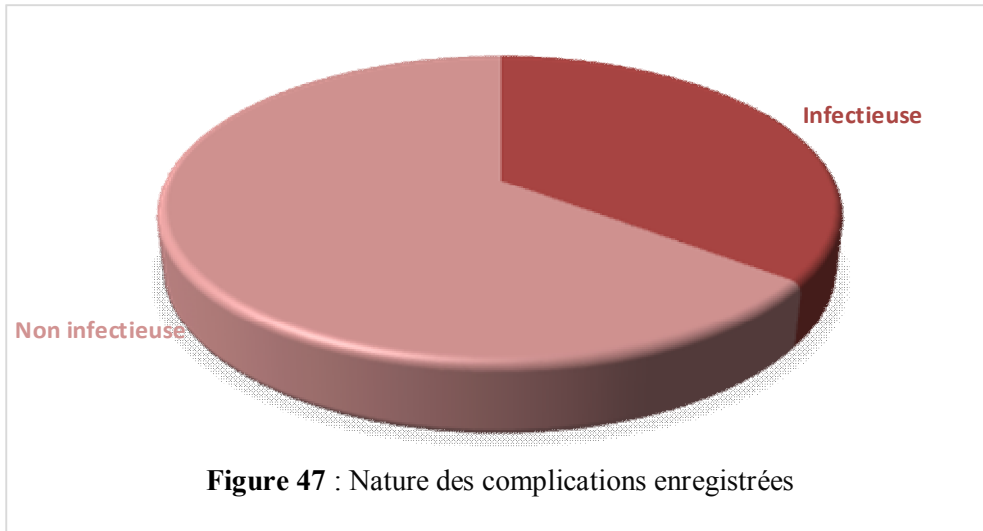


Tableau XII : Phase pendant laquelle a été enregistrée la complication

Phase	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Pendant l'acte	22	29.5
Après l'acte, pendant la phase de cicatrisation	40	52.5
Après l'acte et bien après la phase de cicatrisation	13	16.5
A préciser, si récurrentes (répétitives)	1	1.5
Total	76	100

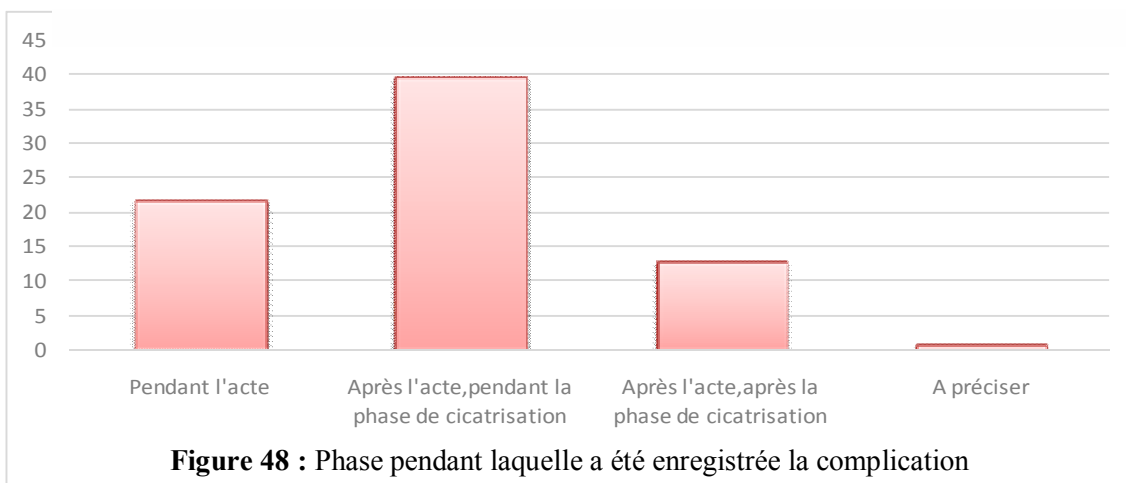


Tableau XIII : Consultation du pharmacien, suite à une complication survenue

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	41	53.5
Non	35	46.5
Total	76	100

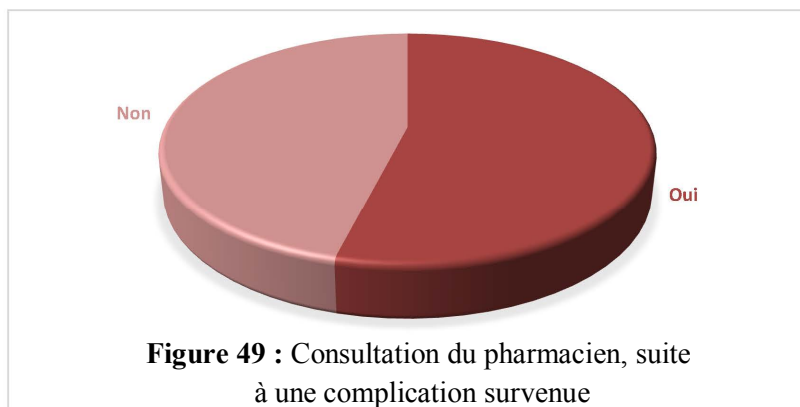
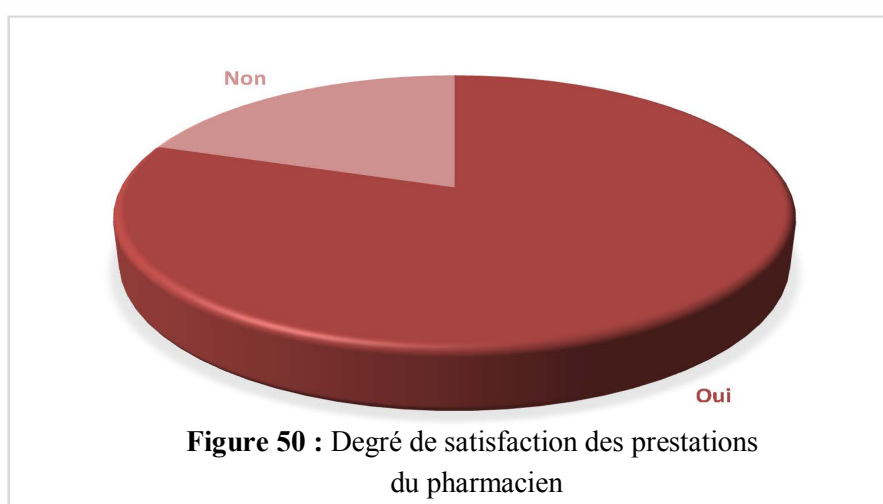


Tableau XIV : Degré de satisfaction des prestations du pharmacien

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	61	80.8
Non	15	19.2
Total	76	100



2.1.2 Analyse du comportement des « percés »

L'échantillon définitif retenu est composé de **217** individus, dont **132** femmes (correspondant à **60,7 %** des participants à l'enquête). L'information la plus frappante d'entrée, en abordant à première vue les chiffres, est que tous les percés ayant rempli de façon spontanée les questionnaires sont majeurs (plus de **18** ans), avec une plus forte concentration relevée dans la tranche d'âge supérieure à **30** ans (**54,6%**). En étalant un peu plus le raisonnement, il ressort que, plus de **3** percés sur **4** sont âgés de plus de **25** ans.

En se référant aux enquêtes déjà menées dans les pays occidentaux, l'écart s'avère en effet, flagrant, chez les sujets de bas âge ; en **2005**, presque la moitié (**48 %**) de l'échantillon composé de **225** étudiants de Pennsylvanie, âgés de **12** à **21** ans, avait un perçage. En **2006**, à Buffalo, sur **508** adolescents interrogés, **10 %** étaient porteurs d'un perçage oral et, on supposera que, ce chiffre serait amplement majoré, au-delà du critère de localisation. Sur **2.180** adolescents de **12** à **18** ans, au Québec, **27 %** ont eu un perçage corporel ; la même année, sur **997** écoliers Texans, **8 %** avaient un perçage non auriculaire [15].

En Angleterre, une étude réalisée au moyen d'un questionnaire diffusé auprès de la population conclue que, la pratique du piercing concernait trois fois plus de femmes que d'hommes. La prévalence diminuait avec l'âge, le phénomène touchant préférentiellement la catégorie des **16-24** ans (**27,4%**). Dans cette tranche d'âges, près de la moitié des femmes portaient un piercing [5].

Sur une population fortement plus réduite, si l'on tient compte du nombre total des personnes ayant pris connaissance du présent questionnaire à travers les réseaux sociaux (donc, majoritairement non concernés, sans rentrer dans des calculs compliqués de probabilité et, dont les résultats n'intéressent pas directement notre enquête), nos résultats, font ressortir, outre la prédominance des adultes, près de **40%** d'hommes. Nous avons par ailleurs, tendance à penser que, mis à part les femmes interrogées, ayant eu recours au piercing multiple de l'oreille (site classique), plus toléré dans notre société, la proportion des hommes dans notre échantillon serait plus prononcée.

Ainsi et, au-delà de nos frontières, notamment dans les pays du vieux continent, où le phénomène a vu le jour, l'âge ne semble pas constituer une barrière empêchant les adolescents, d'accéder au piercing en toute « liberté ». On pourrait même admettre, que le phénomène concerne plus les jeunes que les moins jeunes. Deux hypothèses peuvent alors, en découler.

La première est que, la plupart des percés, qui ont bien voulu remplir le questionnaire proposé, étant adultes accomplis (+30 ans), on pourrait penser que les sujets révélés par notre échantillon se seraient faits anciennement « opérés ». Or, le phénomène étant relativement récent au Maroc et, ne constatant aucune individu de moins de **18** ans, parmi les **217** interrogés, on aura du mal à s'y fier. Cette thèse est donc, à écarter.

La deuxième est vraisemblablement plus plausible. Elle consiste à supposer que, la pratique étant, aujourd'hui encore, mal perçue par la société, le recours à cet acte, dans notre pays, considéré culturellement plus conservateur qu'ailleurs, intervient à un âge beaucoup plus avancé. Il semble en effet, correspondre à la phase d'émancipation totale de l'individu intéressé. Le choix et la décision de recours au piercing, chez les plus jeunes sujets, notamment adolescents, devant le plus souvent et obligatoirement impliquer les parents, il est presque rare, en effet, de pouvoir arracher leur consentement préalable, qui relève d'une éducation encore d'actualité dans nos sociétés Arabo-musulmanes.

Ce qui explique justement, la coïncidence des proportions d'étudiants (ou lycéens) percés et la tranche d'âge **18/25** ans, toutes deux presque réduites au quart de l'échantillon (respectivement **24,7%** et **25%**). Les étudiants étant financièrement et moralement « liés », pour pouvoir initier cet acte, ils ne pourraient visiblement y accéder, qu'une fois libérés totalement ou, en partie, de l'autorité parentale. Or, confrontée à un rejet social, la mode du piercing continu à être mal perçue par les « grands ». Ainsi, les parents, souvent soucieux d'assurer la bonne image sociale, constituent une véritable force de résistance à leurs enfants placés encore sous leurs tutelles.

Les percés sont également, moins présents dans l'administration (**20,7%**), réputée pour le stricte conformisme comportemental requis. Rien ne prouve d'ailleurs, que ces agents portent des piercings, lorsque l'accessoire est non apparent. Ce qui revient encore une fois, à pointer du doigt, la culture « réservée » et certainement averse aux comportements jugés « extrêmes », tels que les piercings.

Ils sont plus nombreux d'ailleurs, à exercer des professions libérales ou assimilées, des activités artistiques, ouvrières ou, chômeurs temporaires et autres, représentant en tout **54,6%** des individus percés interrogés. Ce chiffre pourra d'ailleurs, nous renseigner sur les tendances ou orientations idéologiques considérées peu conformistes des sujets percés (artistes, aventuriers, audacieux, précaires, indécis, déracinés ou exclus...).

Si l'on considère la « langue », comme étant une localisation relativement discrète, ajouté à cela le « nombril », les « mamelons », les piercings génitaux ou autres, un percé sur trois (1/3), peut passer inaperçu, en effet, dans les lieux et espaces publics. On pourra donc, penser, que le choix du site, en dehors du classique « oreille », tient compte du « souci de discrétion ».

Parmi les sites visibles, exploités par les percés, le choix est principalement orienté vers la zone la plus conventionnellement « abusées », à savoir, l'oreille (55,8%). Comme l'échantillon est essentiellement composé de femmes, on pourra alors, penser au perçage multiple. Pour le « nombril », le pourcentage (12,3%) le place étrangement en deuxième position. Cela ne semble pas être lié au hasard, puisqu'il s'agit de zone non exposée ou, exceptionnellement visible.

Les percés sont forcément séduits par des idées, des références ou des tendances, auxquelles ils voudraient bien s'identifier ou, à travers lesquels, exprimer une position ou une idée. Ils sont charmés par une motivation particulière, pour pouvoir aboutir, après un long processus de réflexion (car, peu probable qu'il s'agisse d'une décision impulsive), à la résolution de perçage. Ils ont été plus nombreux à évoquer l'aspect esthétique, pour se justifier (**39,1%**). Mais, aussi, et en degré moindre, pour assouvir une « curiosité » (**34,8%**), que l'on pourra aisément classer dans le répertoire des « phénomènes d'imitation ».

En effet, aucune « curiosité » ne naissant de rien, le percé devrait avoir croisé ou côtoyé un précédant ou plus, pour s'y intéresser au point de s'y accrocher. Très souvent, ce sont des amis proches, qui arrivent à l'influencer et, ce sont fort probablement ces mêmes amis, qui lui recommandent les bonnes adresses (**63,2%**), pour le réaliser. Or, nous avons sciemment choisi d'éviter lors de l'élaboration du questionnaire, d'employer le terme « imiter » (notamment, lorsque la référence n'est autre qu'un ami), parce qu'on aura souvent du mal à se

reconnaitre « suiviste » d'un individu ou de « groupe » alors, qu'on acceptera volontiers, le vocable « curiosité ». Le sujet interrogé se sentirait offensé et, risque fort probablement, de renoncer au remplissage du questionnaire, s'il est touché dans son amour propre ou toute autre valeur morale personnelle.

D'ailleurs, à propos de « groupes », il ressort de l'enquête, que **17,4%** des percés s'y sont conformés en signe d'adhérence idéologique (« appartenance »). Ils l'expriment alors, par un signe distinctif, affiché fièrement ou, caché, s'il le faut, pour s'y considérer membres.

Le phénomène étant récent au Maroc, les « professionnels » de piercing à pratiquer et, à bien maîtriser surtout, ne semblent pas être assez nombreux. Ainsi et, pour un acte aussi précis et délicat, tout intéressé est forcément soucieux du choix de la bonne personne qualifiée, pour accomplir le geste réussi. Voilà qui expliquerait, entre autres, la prédominance du facteur « recommandation » (70,1%), plus basé sur l'expérience vécue et rapportée, que sur la notoriété (8,8%) et la publicité (12,9%). La recommandation se fait alors, par des amis forcément percés, notamment, envers ceux dont la motivation était tirée par la « curiosité » et la « symbolique idéologique » (en somme, **52,2%**).

Pour ce qui est de l'étendue de la relation percé-pharmacien, les individus interrogés affirment en majorité (**64%**) n'avoir pas eu à consulter le spécialiste de santé, à titre de conseil, avant de passer à l'acte. Ils se seraient contentés des informations fournies par le professionnel, qui n'est souvent que technicien, rappelons-le, beaucoup plus que spécialiste de santé.

On pourra alors, penser que le sujet, ayant déjà pris la décision de passer à l'acte, ne pensera plus à mesurer les dangers éventuels ainsi que, les moyens de les éviter, fort de la séance d'information « rassurante », consacrée par le « professionnel ». Mais, au résultat final envisagé, en contournant ainsi, volontairement, la question : les propos du pharmacien ou à la limite, du médecin, pourraient en effet, l'en décourager. D'autre part, il faut bien reconnaître aussi, que parmi les sites exploités et les techniques de piercing adoptées, tels que présentés au cours de la première partie de développement, une bonne part des actes initiés pourraient être considérés comme étant des plus classiques (« oreilles »), n'exigeant de ce fait, aucune consultation prévention particulière. Nous avons donc, tendance à penser que les (**36%**) qui

auraient pris la peine de se renseigner, visaient soit, un site exceptionnel (Nombril, langue, mamelon...) soit, à éviter les contre-indications liées à un souci dermatologique particulier ou une pathologie chronique, que pourrait redouter le patient. Dans le doute, il éviterait alors, de consulter un médecin, préférant recourir à un spécialiste de « passage ».

Par contre, plus de la moitié des percés interrogés (53,5%) ayant rencontré des complications, reconnaissent avoir recouru au pharmacien, où près de (80,8%) affirment y avoir trouvé satisfaction. Le recours au pharmacien intervient forcément en premier plan, le médecin constituant une solution extrême.

C'est ainsi dire, que pour des infections développées et, en dehors de sites éventuellement considérés trop intimes, le percé pourrait préférer limiter son exposition, en s'adressant directement à la source d'officines adéquate. On pourra d'ailleurs, imaginer, que pour la proportion restante (19,2%) où, le percé affirme n'avoir pas trouvé satisfaction auprès de son pharmacien, il est probable que se considérant non habilité à intervenir, le pharmacien sollicité aurait orienté le patient vers un médecin spécialiste, lorsque, pour des incidents jugés graves notamment (64,6%), il n'est plus en mesure de proposer des solutions concrètes disposées au sein même de son officine.

Par rapport aux complications déclarées par les 76 sujets interrogés (32,8%), plus de la moitié était non infectieuse, dont presque le tiers (29,5%) est survenu pendant l'acte. Ce qui dénote du manque d'expérience de certains « professionnels » (forcement non contrôlés). Nous considérons en effet, que la fréquence (taux) des accidents enregistrés lors de l'accomplissement de l'acte, dépassant un chiffre de pourcentage, devient franchement alarmante.

La phase de cicatrisation constituant toujours et, très logiquement, pour les piercings élaborés, l'étape la plus délicate dans le processus, il est fortement recommandé au patient d'y observer une grande vigilance. Plus de 52,5% des complications enregistrées, selon les témoignages, se sont produites en cours de cette phase plus ou moins étalée, selon le site exploité.

Une question bien particulière permettant en outre, de nous informer sur le degré de satisfaction du percé, a été insérée dans le questionnaire, pour amener le sujet à s'exprimer indirectement sur sa propre expérience. Cette question présente également, un aspect à la fois « réconfortant » et « gratifiant », pour le sujet interrogé, en lui accordant de façon détournée, la possibilité de valoriser son acte ; une sorte de sanction positive, allouée en contre partie de sa contribution dans l'enquête.

Ainsi, lorsque plus de la moitié des sujets questionnés (**52,5%**) affirme avoir l'intention de réitérer l'expérience, ceux qui n'ont pas cette intention ne sont pas forcément déçus mais, probablement satisfaits. Les accidents graves en ce domaine et, en la matière, n'étant pas à écarter, ne serait-ce qu'isolés, il reste entendu que, certains iraient même jusqu'à le regretter. Dans tous les cas, le chiffre cueilli révèle entre autres, que le phénomène de piercing est encore loin de sa phase de déclin.

2.2 Résultats et interprétation de l'enquête « pharmaciens »

Malgré le recours aux réseaux sociaux et, au réseau d'amis, notamment d'anciennes connaissances de la faculté, la réticence par rapport au sujet s'est annoncée flagrante. Il est en effet, peu probable, que les pharmaciens actifs, ciblés sur le virtuel par le recours aux groupements professionnels, n'aient pas eu accès à cette enquête et, ses objectifs. D'ailleurs, on pourrait penser que, préférant ne pas y accorder de l'intérêt, constitue déjà une « position » franche, par rapport au sujet, lorsque le pharmacien, débarrassé de sa blouse blanche, est sollicité à titre personnel.

Nous allons juste supposer que faute de temps, il n'y a pas eu le même engouement, que celui noté chez les « percés ». Les délais impartis, réduits à seulement **72** heures (fin de semaine, rappelons-le), n'aurait pas permis à certains pharmaciens de se libérer, pour livrer leurs témoignages. Mais, nous estimons que, le nombre des participants est assez suffisant, pour nous permettre d'établir une analyse recevable.

L'échantillon retenu est ainsi, composé de **110** individus. Tous les remplissages ont été retenus, puisqu'il ne semble pas avoir eu des contradictions dans les réponses fournies ou, des écarts incohérents.

2.2.1 Résultats chiffrés

Tableau XV : Répartition de l'échantillon par sexe

Sexe	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Homme	48	43.6
Femme	62	56.4
Total	110	100

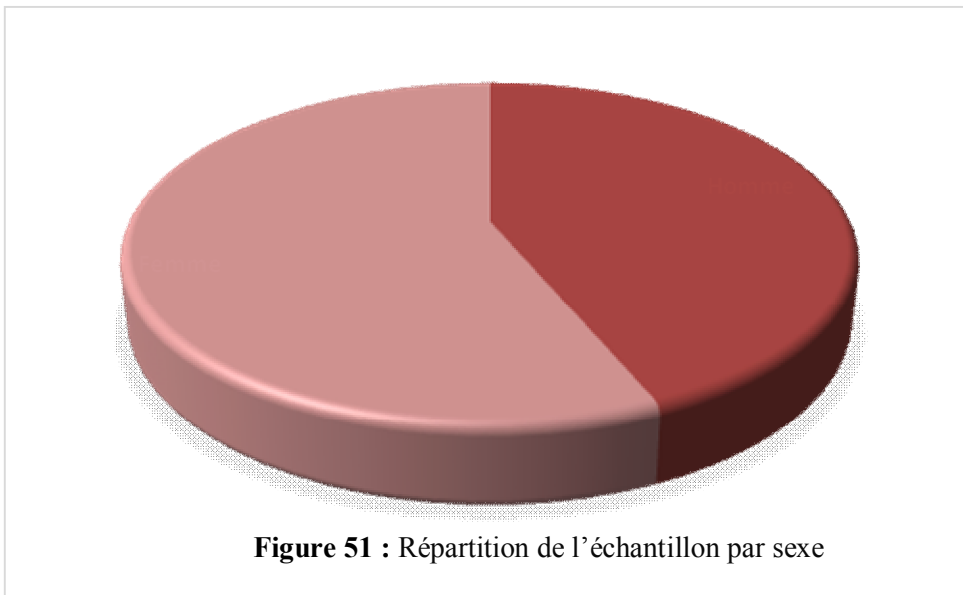


Tableau XVI : Répartition de l'échantillon selon l'ancienneté dans la pratique

Période	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
< 2 ans	57	51.9
2 - 5 ans	15	13.5
5 - 10 ans	17	15.4
+10 ans	21	19.2
Total	110	100

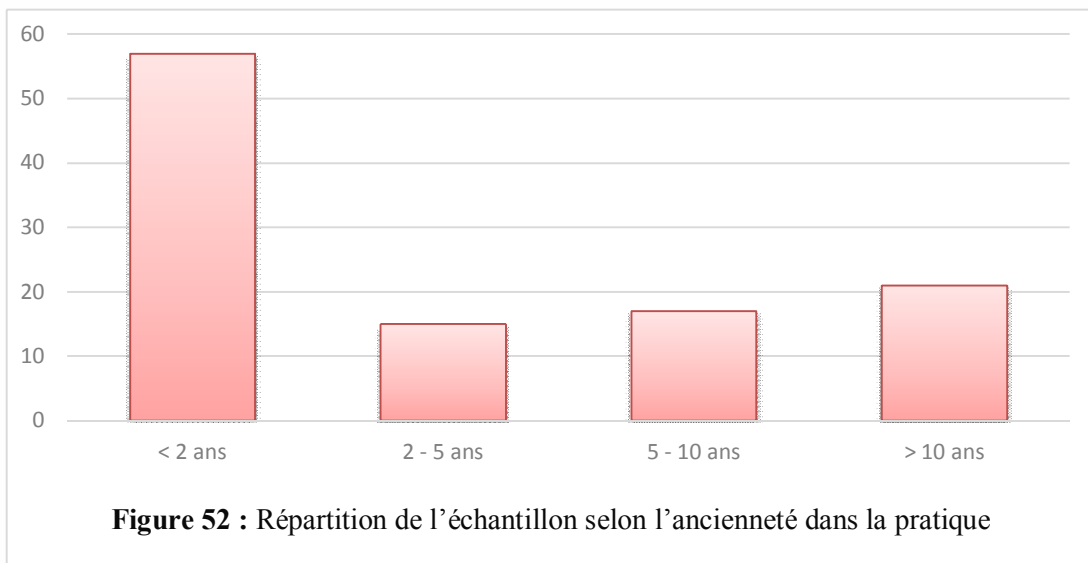


Tableau XVII : Visites pré-piercing enregistrées

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Jamais	55	50
Rarement	53	48
Souvent	2	2
Total	110	100



Figure 53 : Visites pré-piercing enregistrées

Tableau XVIII : Consultations liées à des complications enregistrées

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Jamais	49	44.7
Rarement	54	48.9
Souvent	7	6.4
Total	110	100

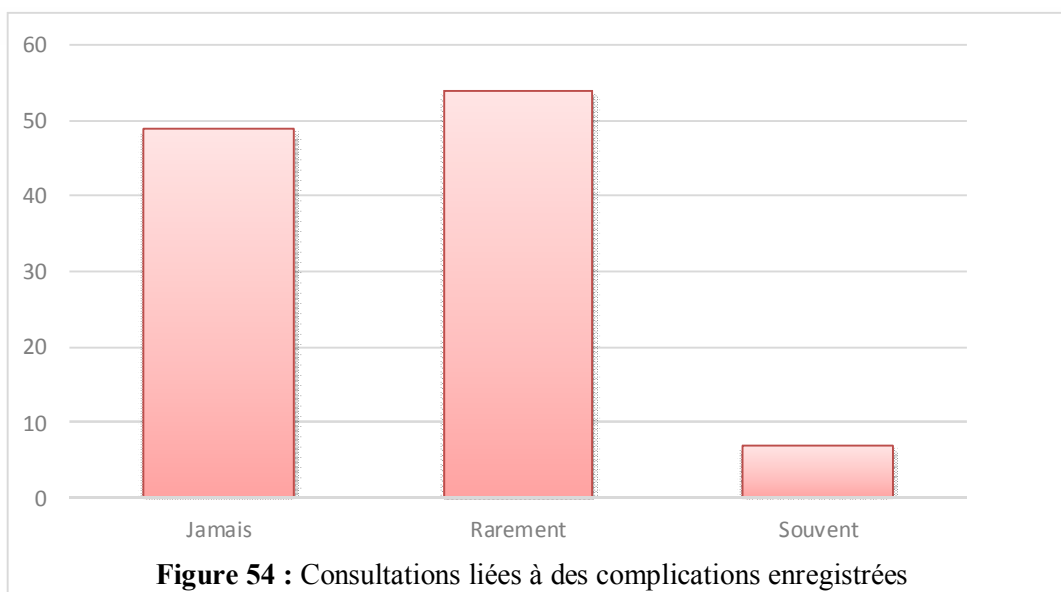


Tableau XIX : Répartition de l'échantillon selon la nature de la complication

Nature	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Infectieuse	76	69
Non infectieuse	34	31
Total	110	100

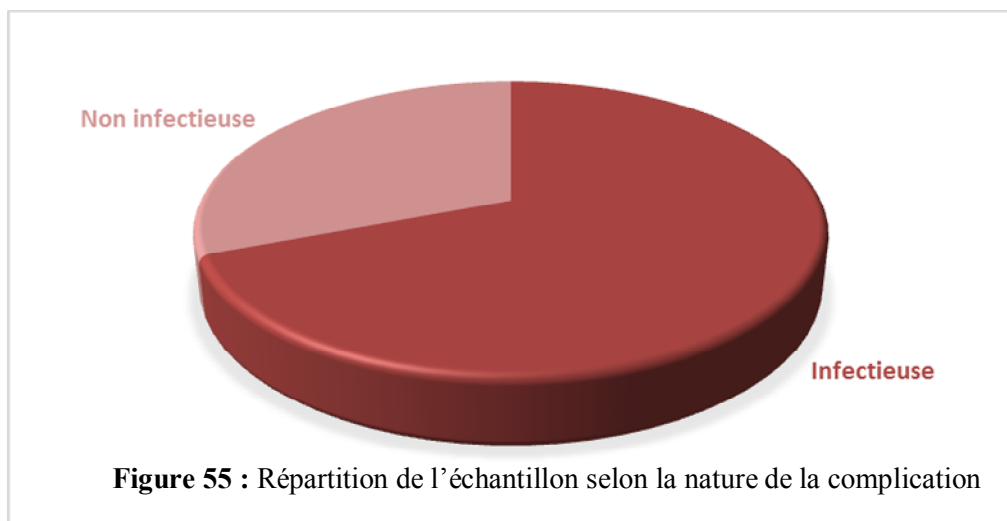


Tableau XX : Répartition de l'échantillon selon la portée de la complication

Portée de la complication	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Légères (banales)	35	32
Sérieuses (Nécessitant le recours au médecin spécialiste)	66	60
Graves et urgentes (Nécessitant le recours aux services d'urgences)	9	8
Total	110	100

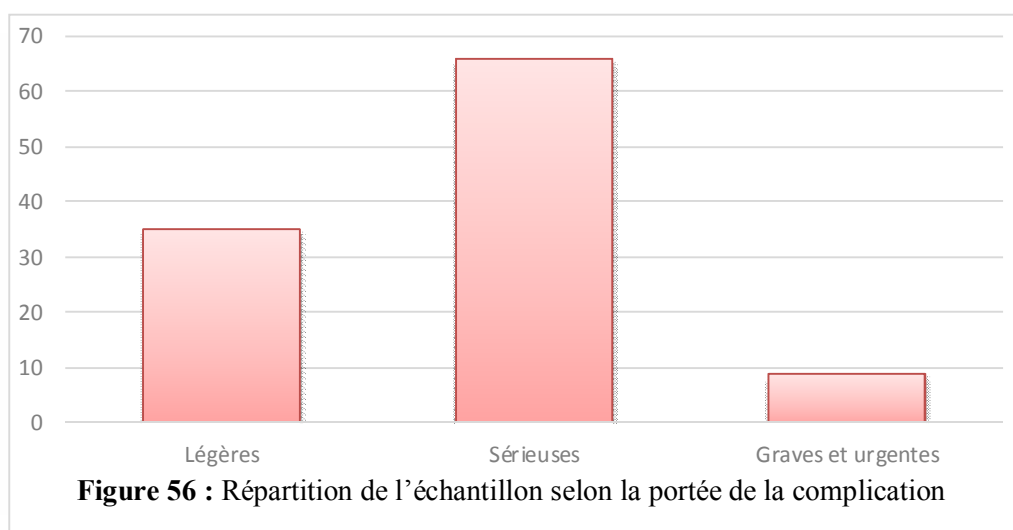
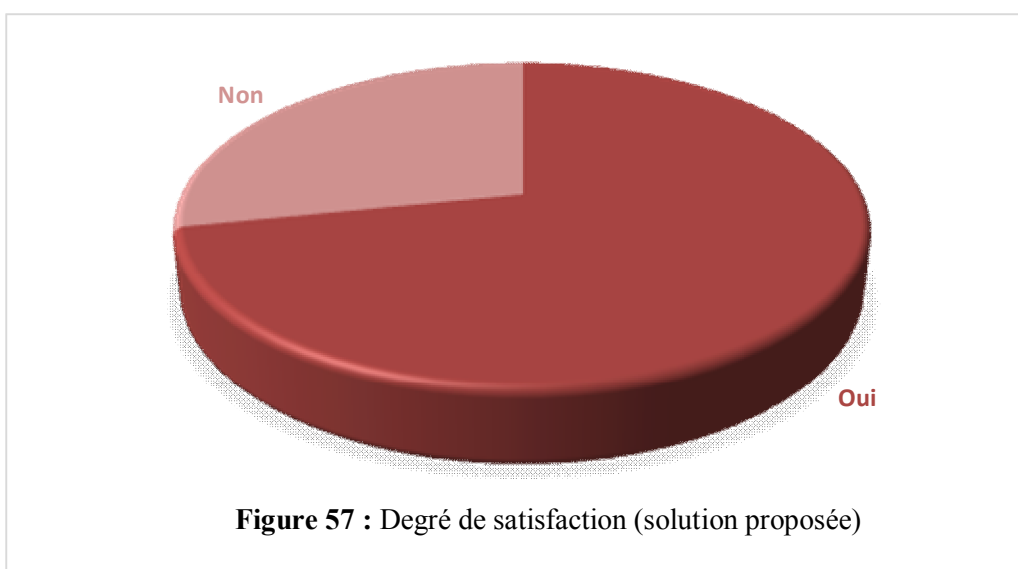


Tableau XXI : Degré de satisfaction (solution proposée)

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	79	72
Non	31	28
Total	110	100



2.2.2 Interprétation des résultats

L'échantillon des « pharmaciens » est constitué de **62** femmes sur un total de **110** praticiens. On ne saura pas et, on ne cherchera pas, non plus, à savoir, si c'est lié à une question de « disponibilité ». Par contre, la « géographie » de l'ancienneté, nous informe d'entrée sur la tendance des réponses fournies. On aurait préféré, que la plus grande part, en termes d'ancienneté, soit la plus extrême, afin d'avoir un meilleur témoignage, probablement plus chargé.

Ainsi, plus de la moitié (**51,9%**) des pharmaciens ayant participé à l'enquête, ont une ancienneté de moins de **2** ans. Ce qui réduit forcément la probabilité (fréquence) d'intervention en faveur de patients (déjà bien réduits en nombre) en état de complication. Toutefois, la part des plus anciens, dépassant les **10** ans de pratique, n'est pas négligeable, non plus (**19,2%**), pour pouvoir constituer un indicateur solvable, pour notre analyse.

Ce qui est intéressant à savoir, est que, même si, c'est en faible proportion, comme il a été vérifié au niveau des sujets percés (**36%**), certains pharmaciens affirment avoir fréquemment eu la visite d'intéressés (**2%**), demandant conseil, avant la prise de décision définitive. Ainsi, outre le fait que, certains percés se montrent avertis, il est important d'insister sur le degré de confiance, qui devrait être établi entre le pharmacien et son client, pour que ce dernier accepte volontiers d'évoquer la question sans « gêne ». On supposera qu'il s'agirait de sujets présentant certaines particularités, que ce soit anatomiques, dermatologiques, ou pathologiques, qui les empêchent de se fier aux seules informations et, autres conseils livrées par les « professionnels ».

La moitié des pharmaciens interrogés, par contre, n'a jamais été sollicitée en la matière, ni pour conseil (**50%**), ni pour intervention, non plus, après complication (**44,7%**). Mais, ceux qui ont eu à traiter des cas de complication, affirment qu'il s'agissait essentiellement d'infections (**69%**) et dans **60%** des cas, les complications étaient jugées sérieuses (entre infectieuse et non infectieuse). Il semble donc, selon ces chiffres, que les percés dont la situation se soit aggravée, mettent plus de temps à réagir (seulement **39 %** des cas de complications légères) et, quand ils le font, ils s'adressent en premier recours au pharmacien, qui dans **20%** des cas, affirme n'avoir pas pu proposer la bonne solution. On pourra imaginer alors, qu'il s'agissait de situations d'extrême urgence ou délicatesse, exigeant l'intervention médicale ou carrément chirurgicale.

En effet, nous pouvons bien deviner la première réaction du percé, lorsqu'une complication survient inopinément, notamment infectieuse ; ce dernier pense systématiquement revenir au « professionnel » qui l'a déjà pris en charge. Le percé ne se rendra probablement chez son pharmacien, qu'en cas d'extrême urgence ou nécessité, lorsque le « professionnel » ne parvient pas à résoudre le problème. C'est là où, réside justement la première source de danger : Le sujet, qui se sait dans le besoin d'assistance médicale, ressentant l'embarras de s'adresser à la bonne personne indiquée dans ce genre de situations, préfère se rendre à un profane. Ce dernier, aggrave la maladresse, quand il essaye d'apporter des solutions adéquates, en puisant juste dans son expérience de perceur. Probablement, parce qu'il aurait une réputation à défendre et à soigner.

Il convient donc, à ce niveau, d'insister sur le travail de sensibilisation des sujets percés, afin de « corriger » leurs démarches, notamment en cas de complication : toute complication étant exposée à une évolution transcendante, le délai accordé par le patient au virus ou à la bactérie ou, au dégât accidentel, pourrait très vite générer des dommages irréversibles. Ainsi, le recours tardif au pharmacien pourra s'avérer inutile et, ce dernier se verra alors, amené à l'orienter vers un spécialiste. Pourtant, l'enquête a bien démontré, chiffres à l'appui, l'intérêt et l'importance de l'apport du pharmacien dans ce genre de complications, (notamment infectieuses). Le patient en ressort à **80%** des visites satisfait. Ce qui devra, en théorie, encourager tout percé de consulter sans hésiter l'officine de proximité, dès l'apparition des premiers signes révélateurs de complication.

2.3 Interprétation de l'enquête « professionnels »

Il a été très difficile de trouver des « professionnels » confirmés, disposés à remplir notre questionnaire. D'autant plus, qu'ils sont relativement rares à afficher le piercing comme activité principale. Il fallait donc, passer par quelques salons d'esthétiques où, certains pratiquent le tatouage artistique. Pour ces acteurs, il a été logiquement consacré plus de temps de recherche que celui, pour les percés et les pharmaciens.

Au total, nous avons pu toucher huit « professionnels », dont l'un a bien voulu accepter de nous accorder ses témoignages directs (en messagerie), tout en gardant logiquement anonymat.

2.3.1 Résultats chiffrés

Tableau XXII : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Homme	8	100
Femme	0	0
Total	8	100

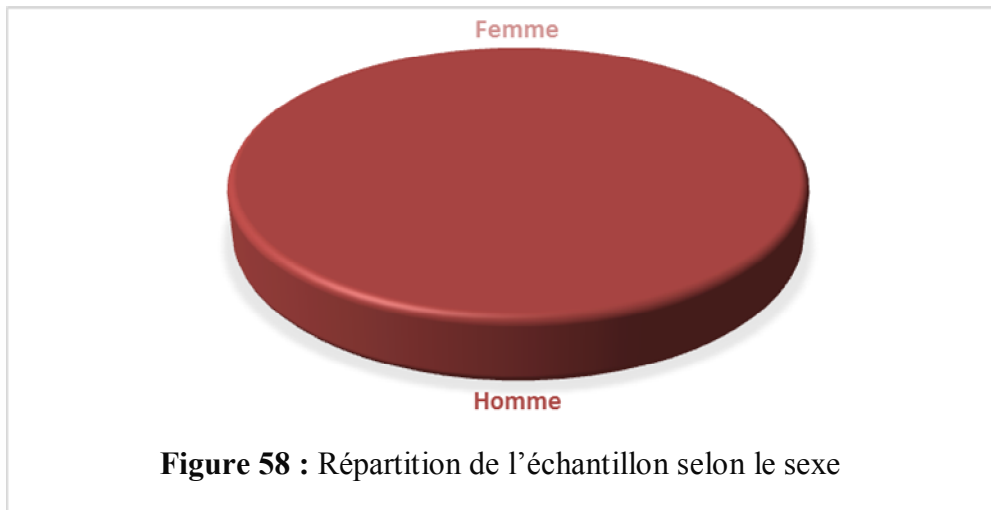


Tableau XXIII : Répartition de l'échantillon selon l'expérience

Ancienneté	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
< 3 ans	1	12.5
3 - 5 ans	2	25
5 - 10 ans	2	25
+ 10 ans	3	37.5
Total	8	100

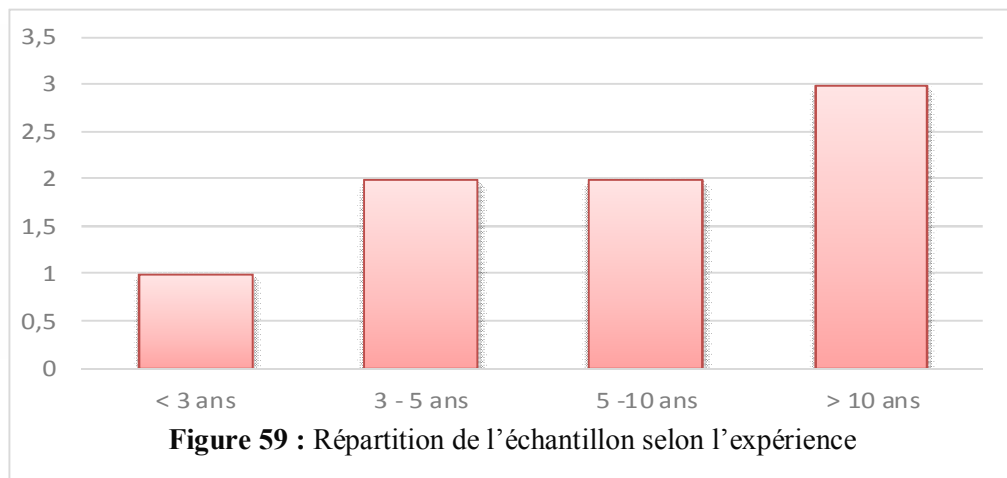
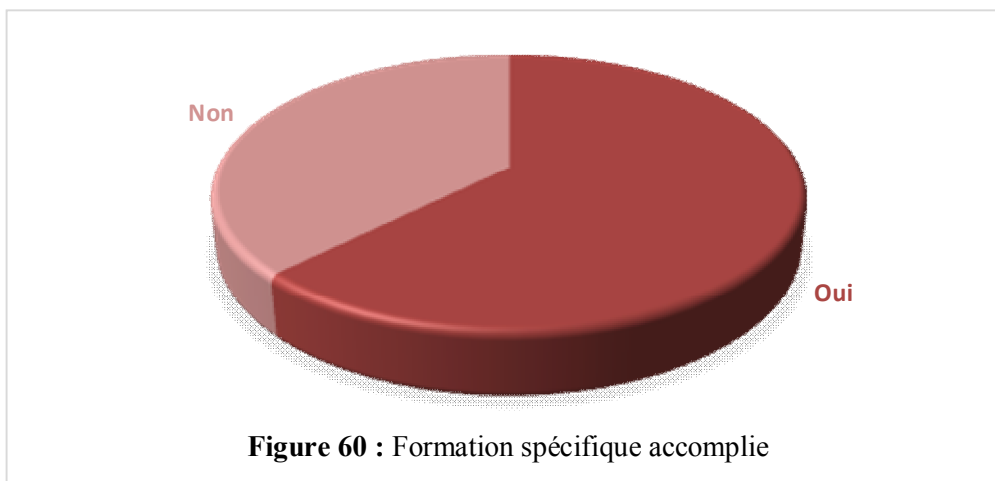


Tableau XXIV : Formation spécifique accomplie

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	5	62.5
Non (apprentissage sur le tas)	3	37.5
Total	8	100



**Tableau XXV : Répartition selon la méthode de formation (si Oui)*
(Question à choix multiple)**

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Direct (école ou centre de formation)	5	62.5
A distance	3	37.5
Total	8	100

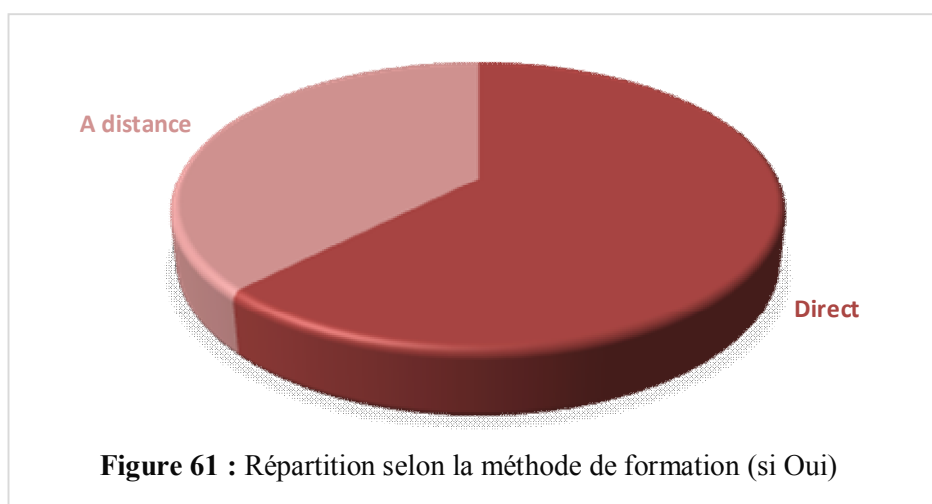


Tableau XXVI : Répartition par nature de formation (si Oui)*(Question à choix multiple)

Spécialité	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Soins et secours	3	17.6
Anatomie et santé	2	11.8
Hygiène générale	4	23,5
Techniques	6	35.3
Autre	2	11,8
Total	17	100

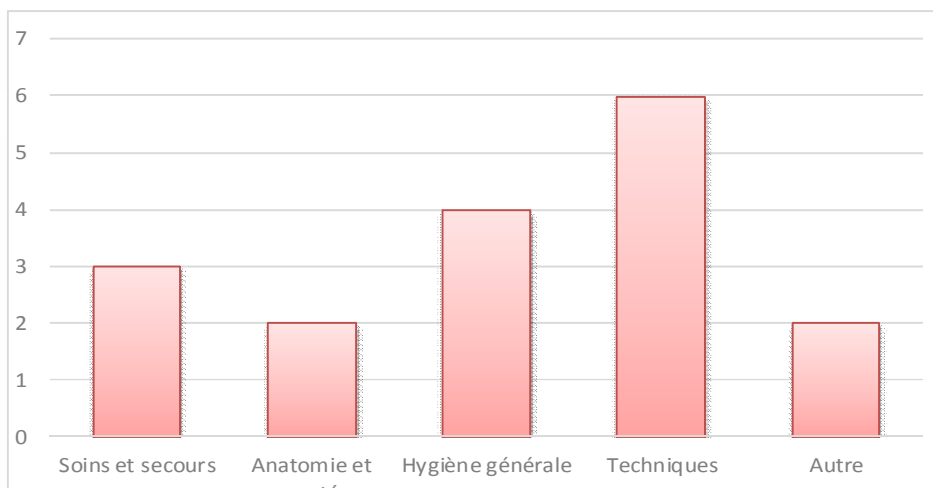


Figure 62 : Répartition par nature de formation (si Oui)

Tableau XXVII : Lieu d'exercice (pratique de l'acte)*(Question à choix multiple)

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Dans un espace spécialement aménagé	8	61.5
A domicile (chez vous)	2	15,4
A la demande du client, chez lui.	3	23.1
Total	13	100

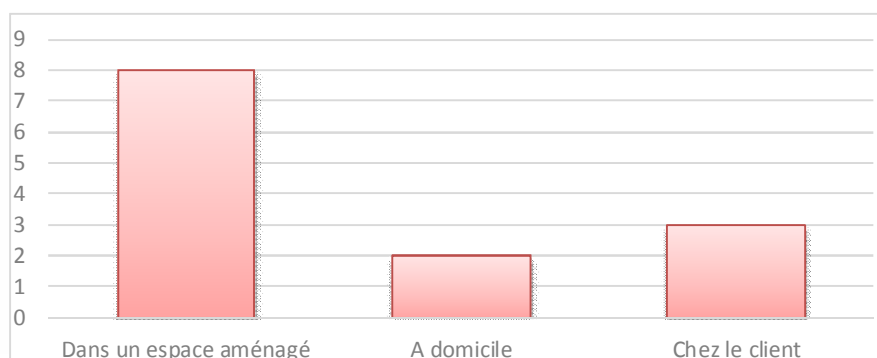


Figure 63 : Lieu d'exercice (pratique de l'acte)

Tableau XXVIII : Contribution dans le choix du site à exploiter

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	6	75
Non	2	25
Total	8	100

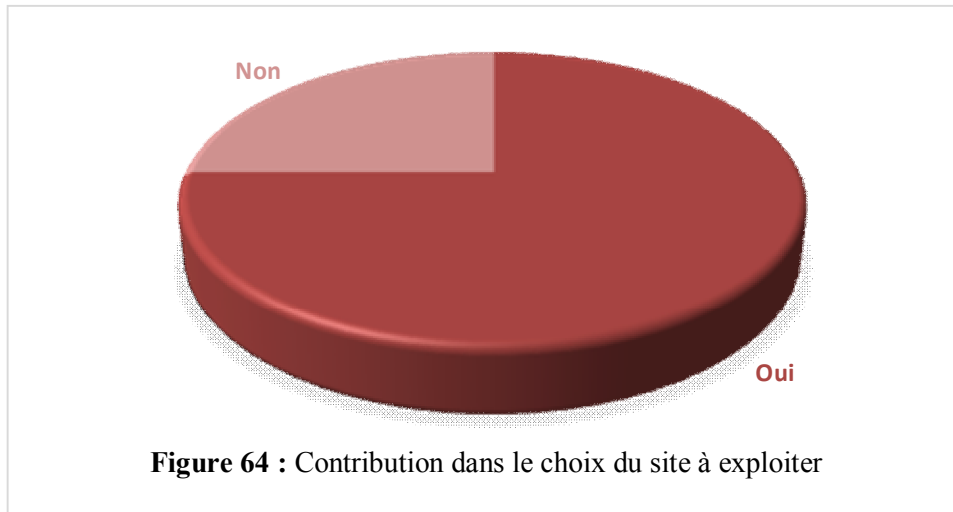


Tableau XXIX : Séance d'information préalable

Réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	8	100
Non	0	0
Total	8	100

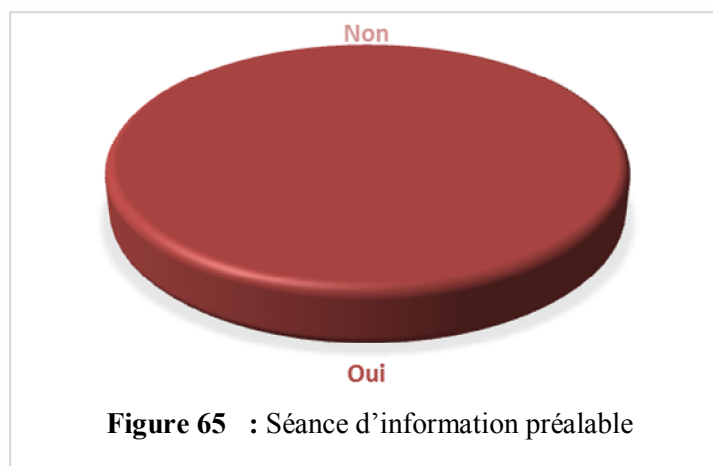
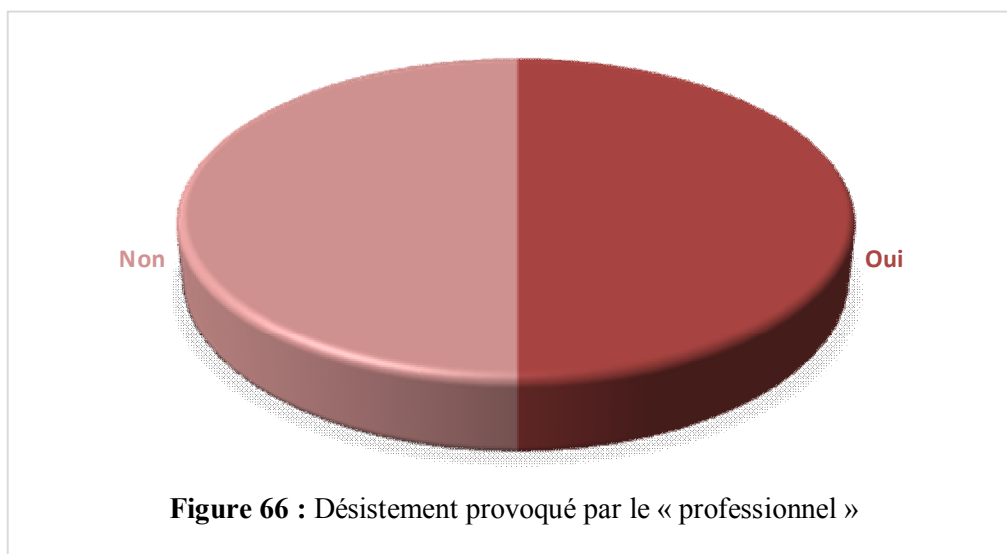


Tableau XXX : Désistement provoqué par le « professionnel »

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Oui	4	50
Non	4	50
Si oui, pour quelles raisons	2 fournies	
Total	8	100



2.3.2 Interprétation des résultats

Il était prévisible de n'y croiser que des hommes, pour un secteur d'activité dominé par la gente masculine, se considérant pour la plupart « artistes ». Selon les témoignages de notre protagoniste (« professionnel »), « ils semblent tous, pratiquer à la fois des piercings et des tatouages artistiques ». Une seule femme annoncée. Mais, ayant préféré s'abstenir, son remplissage aurait juste pu nous apporter plus de détails sur les préférences des « clients » femmes en termes de sites. Probablement, pour appuyer notre thèse avancée plus haut, selon laquelle, elles seraient plus nombreuses à recourir à des piercings légers, de type multiples du lobe de l'oreille.

Il faut savoir que, trois « professionnels » des huit interrogés, pratiquent depuis plus de dix ans. Plus de la moitié est installée depuis plus de cinq ans. C'est dire, que sur le plan expérience, ceux-là peuvent se prétendre anciens sur le « marché ». Selon les témoignages

cueillis, « la plupart des « clients » sont ramenés par des anciens « passagers », qui ont eu à se faire percer une fois ou plus ». Plus souvent ce sont des femmes, qui le sollicitent, pour un piercing du « nombril » essentiellement, quand ce n'est pas « l'oreille » ou les « sourcils ».

Pour les garçons et, selon la même source, ce sont les « oreilles » et, en degré moindre, la « langue », qui constituent les sites préférentiels. Quant aux piercings plus élaborés (notamment génitaux), le « professionnel » reconnaît ne « jamais avoir eu à les pratiquer et, n'a même jamais été sollicité, pour le réaliser » (il n'a par contre, que moins de trois ans de pratique).

Par ailleurs, nous constatons que, trois « professionnels » sur huit, affirment n'avoir reçu aucune formation spécifique. Ils ont « appris » le métier sur le tas. Ce qui constitue, à notre avis, un sérieux danger, pour les « clients » potentiels, probablement charmés par les « dumping » pratiqués en tous genres de commerces, pour gagner des parts de marché. Or, certains sujets peuvent ne pas présenter la lucidité suffisante, pour en juger, surtout qu'ils seraient « influencés » par des amis déjà percés.

Ceux qui prétendent avoir reçu une formation spécialisée (5/8), sont ceux qui ont eu recours à une formation plus ou moins académique, alors que les **trois** restants, « éclairés » à distance, n'auraient eu en réalité, qu'une sorte de documentation informelle dispensée par divers sites ou revues spécialisées. Ce sont ceux, qui ont justement, « appris sur le tas ». D'ailleurs, selon la même source, les « professionnels » seraient tous conscients de l'importance de l'aspect hygiénique de l'acte. Elle précise en outre, que « la formation intervient pour compléter ou pour perfectionner certaines connaissances jugées par le professionnel lui-même pas assez maîtrisées ». Propos confortés par les réponses des confrères (35,3% techniques, 23,5 % hygiène et, 17,6 % Soins et secours).

Il nous a paru incohérent de noter, que ces « professionnels », qui accordent une extrême importance au respect des conditions d'hygiène, pour des actes aussi sensibles, acceptent de pratiquer aussi bien chez eux, que chez leurs clients, en cas de besoin (5/8), lorsqu'ils n'ont aucune garantie sur les bonnes conditions du local. Ils disposent pourtant tous, de leur propre espace professionnel aménagé.

Selon les témoignages de notre « professionnel » interviewé, même si certains « confrères » pourraient s'avérer plus performants que d'autres, il est des sites, qu'ils ne réalisent pas, à sa connaissance. D'abord, parce qu'ils ne sont pas sollicités, pour ces localités considérées strictement tabou. Mais, en plus, parce qu'ils n'en maîtrisent pas la technique. C'est la raison pour laquelle d'ailleurs, peut-être, **6/8** des « professionnels » (**75%**) affirment contribuer dans le choix du site à exploiter. Ce serait plus, pour des raisons techniques qu'esthétiques. D'ailleurs, ils pourraient profiter des séances d'information, qu'ils consacrent tous (**100 %**) à leurs clients, pour les influencer. Ils affirment même avoir fait désister des patients (**4/8**), qui ont renoncé à l'acte sous leurs conseils : l'un, parce qu'il était asthmatique et, le second, parce que le sujet souffrait d'eczéma chronique, que le « perceur » aurait détecté accidentellement lors des entretiens préliminaires.

Dans ce cadre, il a été posé la question de savoir si, le « professionnel » conseille le patient de prendre l'avis d'un spécialiste, tel que le pharmacien, avant de procéder à l'acte. Le « perceur » qui a bien voulu nous livrer son témoignage estime alors, qu'il n'était « pas nécessaire de le faire, jugeant que les « professionnels » pouvaient sans complexe, répondre à toutes les questions envisageables ». Il rajoute même, spontanément, qu'en cas de complication, c'est aussi vers le « professionnel », que le client s'adresse en premier. Ce qui nous amène à déduire que la prise en charge du « client » par les « professionnels » inclue implicitement, les soins éventuels (assistance médicale) jusqu'à cicatrisation complète.

3. Conclusion de l'enquête

Pour récapituler et conclure, nous dirons que même si, peu de sujets en phase de pré-piercing, semblent considérer la consultation préventive du pharmacien indispensable, notamment, pour des actes « classiques » (Oreille, sourcils), très souvent banalisés, le pharmacien constitue la première adresse à visiter (après le « professionnel », par réflexe), en cas d'une complication persistante. Dans 4/5 des cas, c'est chez lui, en effet, que le patient trouve la solution. Le reste (1/5) relève certainement des compétences des médecins spécialistes vers qui, il est orienté (il s'agirait peut-être, de complications accidentelles non infectieuses).

Les résultats cueillis auprès des pharmaciens concordent bien avec ceux livrés par les résultats de l'enquête réalisée auprès des percés. Ce qui nous amène à penser à une rupture de communication, due à un sentiment de « méfiance » dégagé par le patient, l'empêchant ainsi, d'aborder spontanément le sujet avec le pharmacien de proximité, à titre de conseil. Le patient estime en outre, que le perceur (« professionnel ») serait la personne la mieux indiquée, fort de son expérience en la matière.

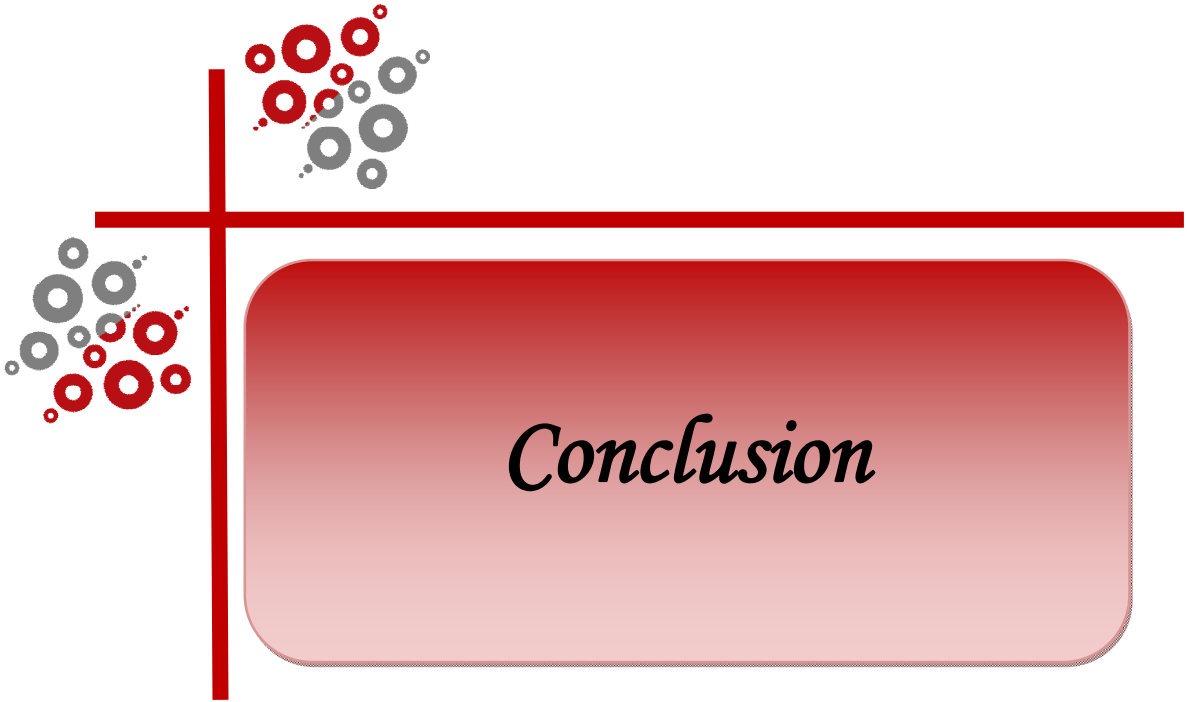
Nous avons pourtant, tendance à penser, en s'appuyant sur les témoignages accordés par le perceur, que ce serait probablement sous l'influence du « professionnel », que le sujet potentiel renonce à chercher ailleurs, de plus amples informations d'ordre préventif. Les « professionnels » estiment par préention, peut-être, qu'ils sont assez outillés, pour pouvoir élucider toutes les questions posées par un « client », lors de la « séance préliminaire », que leur consacrent souvent les perceurs avant l'acte. Mais, le plus gros constat est, que le risque de complication, compte tenu de la qualité des « professionnels » disponibles actuellement, serait relativement élevé et que, le recours à un spécialiste de la santé s'avère indispensable.

En Angleterre, une étude réalisée au moyen d'un questionnaire diffusé auprès de la population conclue que, plus d'un quart (27,5%) des participants avaient eu des complications, nécessitant une fois sur deux une consultation auprès de la personne ayant réalisé le piercing, chez un pharmacien ou chez un médecin de premier recours [5]. Nous en déduisons ce comportement « reflexe » de revenir en premier recours, au « professionnel », plutôt que d'aller voir les spécialistes.

C'est, peut-être, en sensibilisant plus les « perceurs », que les « clients » changeront de comportement, en allant systématiquement se renseigner en complément d'information auprès de leurs pharmaciens de proximité : Un « conseil » objectif, indépendamment de toute considération purement commerciale visée par les « perceurs », ne pourra être dispensé que par un praticien de la santé publique.

De son côté, le pharmacien est appelé en bon professionnel et, indépendamment de tout préjugé, à réconforter son client, pour que ce dernier n'hésite pas à le consulter au moindre signe suspect, évitant d'attendre que la complication ne se développe davantage, au risque d'aggraver la situation.

Le rapprochement fortement recommandé, entre le patient et son pharmacien, repose donc, d'une part, sur la sensibilisation du « professionnel » et d'autre part, également, sur un effort d'écoute et, une disponibilité strictement objective, fournis par le pharmacien sollicité, que ce soit à titre de conseil préventif, que curatif. Un dialogue dépourvu du moindre préjugé est de nature à mettre en confiance le patient et, à faciliter ainsi, son approche.



Conclusion

Au terme de ce modeste travail de recherche, intitulé « **Les complications infectieuses et non infectieuses du piercing et rôle du pharmacien** », il convient de rappeler brièvement le sujet, autour duquel a été axé mon enquête, menée sous les précieux conseils et directives de mon encadrant, **Dr. Yassine Sekhsokh**.

Le « piercing » est un phénomène social, qui ne connaît pas visiblement de frontières. L'acte consiste à apporter volontairement et ce, pour diverses motivations, des transformations corporelles durables. Certaines sont visibles et, d'autres, le sont moins. Or, la prolifération de cette nouvelle mode dans notre pays, reste malgré tout, mesurée, pour des raisons plus culturelles que pratiques. Mais, n'empêche que cet acte délicat, comporte dans bien des cas, des risques allant du plus léger au plus grave.

Il a été démontré que près du tiers des percés (64%) y recourent sans solliciter un avis préalable de la part d'un spécialiste de la santé, se suffisant juste des informations fournies par un « professionnel » (perceur) agissant en bon commercial et, le plus souvent profane dans le domaine de la santé publique. Ce qui constitue déjà, une première source de danger. S'enchaînent par la suite, une multitude de complications, entre contamination et infections, en passant par les accidents de parcours...

Le « piercing » représente en effet, une sérieuse source de danger, à la fois liée à la qualité du perceur, les conditions dans lesquelles se déroulent les actes, qu'au percé lui-même, de manière inconsciente (signes pathologiques cachés, psychologie, attitude en matière d'hygiène...). Or, les « professionnels » qui se proclament également « artistes » ne suggèrent jamais à leurs clients potentiels, probablement par orgueil, de consulter préalablement un spécialiste, pour conseil. Ainsi, un seul patient sur trois, probablement hésitant, sollicite spontanément son « pharmacien », pour avis.

En cas de complication, plus souvent infectieuse, le percé a le réflexe de courir en premier, vers le « professionnel », plutôt que le pharmacien ou le médecin. Le phénomène est constaté partout. Mais, plus remarquable chez nous, probablement à cause de la perception négative de la mode du piercing dans la société. Pourtant, c'est au pharmacien que le patient s'adresse en dernier recours où, il est à 80% des cas satisfait. Seulement, il faut savoir que le percé met du temps, avant d'agir dans le bon sens et, dans 20% des cas, l'infection ou l'accident survenu semble nécessiter l'intervention du médecin spécialiste, simplement parce que le mal s'est trop propagé ou développé.

Nous avons pu démontrer en effet, lors de notre enquête, la rupture de dialogue entre le client prétendant au piercing et son pharmacien « conseil ». Cet état de fait serait amplement favorisé par l'approche adoptée par le « professionnel » (perceur) : nous ne hasarderons pas à prétendre, qu'ils pourraient considérer les pharmaciens comme étant une véritable « menace » de nature à faire perdre un client en lui faisant changer d'avis. Mais, on pourra aussi facilement imaginer que, la consultation du pharmacien, pourrait constituer, pour le « professionnel » une véritable offense, synonyme de mise en doute de son « savoir-faire ».

Par contre, le rôle préventif du pharmacien, n'est pas à démontrer. Il est de nature à réduire considérablement la fréquence des incidents, qui pourraient survenir, notamment pendant la phase de cicatrisation, pouvant s'étaler au-delà de trois mois. Des conseils pratiques sur le plan hygiénique essentiellement et, des conditions de la salle de l'acte, peuvent aussi, amener le client à fixer un choix optimal, quant à la bonne adresse du perceur à qui, il acceptera de confier son « corps ». Le pharmacien devra, pour ce faire, agir en parfaite objectivité, afin de ne pas brusquer son client ou l'influencer.

Ainsi et, même si, le phénomène ne soit pas aussi répandu, il conviendrait peut-être, de penser à imaginer un moyen de communication, sous quelque forme que ce soit, afin que les « professionnels » admettent eux-mêmes d'abord, l'important rôle préventif des pharmaciens en tant que spécialistes de la santé, pour qu'ils arrivent ensuite, à le suggérer en toute confiance, à leurs clients.

On ne terminera pas sans insister sur l'apport bénéfique, à titre personnel, que cette étude m'a ajouté. Ce qui me fournit de l'élan, pour un éventuel approfondissement du sujet.



Résumés

RESUME

Titre : Les complications infectieuses et non infectieuses du piercing et rôle du pharmacien d'officine

Directeur de Thèse : Pr. Yassin SIAMAR

Auteur : Ferdaous SIAMAR

Mots-clés : Piercing – Complication – Infection - Enquête – Pharmacien

Introduction : Le piercing consiste à apporter des modifications corporelles, matérialisées par le port d'accessoires dans des parties peu conventionnelles du corps. Des complications peuvent toutefois, survenir. Elles sont de deux natures ; infectieuses et non infectieuses.

Patients et Méthodes : Une enquête menée auprès d'un échantillon composé de sujets percés, de « professionnels » et, de pharmaciens. Le recours aux réseaux sociaux ciblés a permis d'assurer une très grande diffusion des questionnaires élaborés.

Résultats : Au total et, après collecte et traitement des informations, nous avons pu exploiter **335** remplissages, répartis entre « percés » (**217**), « pharmaciens » (**110**) et, « professionnels » (**8** dont une interview).

54,6 % des percés ont plus de 30 ans. **60,7 %** des participants à l'enquête sont des femmes. L'oreille (**55,8%**) est le site le plus exploité par les percés. Parmi les complications déclarées par les **76** sujets interrogés (**32,8%**), plus de la moitié était non infectieuse.

La moitié des pharmaciens interrogés, n'a jamais été sollicitée en la matière, ni pour conseil (**50%**), ni pour intervention, non plus, après complication (**44,7%**).

Les professionnels du piercing qui prétendent avoir reçu une formation spécialisée (**5/8**) n'ont eu accès, réellement, qu'à des initiations plus au moins académiques.

Conclusion : Le pharmacien est appelé en tant que spécialiste, à jouer le rôle de « conseil », intervenant lors de la phase pré-piercing. Lors de la phase post-piercing, il est également appelé à intervenir à titre curatif, en cas de complication, soit en proposant, après diagnostic, des solutions, pour les situations banales, soit en orientant le patient vers le médecin spécialiste.

ABSTRACT

Title : Infectious and non infectious complications of body piercing and the role of pharmacist

Thesis director : Pr. Yassine SEKHSOKH

Author : Ferdaous SIAMAR

Keywords : Body Piercing – Complication – Infection- Investigation – Pharmacist

Introduction : Piercing is probably the most extreme fashion phenomenon "reinvented" by man so far. It consists on making body modifications, materialized by wearing accessories in unconventional parts of the body. Complications can, however, occur. They are of two natures ; infectious and non-infectious complications.

Patients and Methods : A survey of a sample field by pierced subjects, "professionals" and, pharmacists. The use of targeted social media made it possible to disseminate the questionnaires widely.

Results : In total and, after collection and processing of information, we were able to exploit **335** fillings, divided between "pierced" (**217**), "pharmacists" (**110**) and "professionals" (**8** including an interview).

54.6% of the people who had piercings are over 30 years old. **60.7%** of the survey participants are women. The ear (**55.8%**) is the most exploited site by piercing. Compared to the reported complications of the **76** subjects interviewed (**32.8%**), more than half were non infectious.

Half of the pharmacists surveyed were never asked for a piercing issue, neither for advice (**50%**), nor for intervention, either, after complication (**44.7%**).

Piercing professionals who claim to have received a specialized training (**5/8**), had a real access only to initiations more or less academic.

Conclusion:

The pharmacist is called as a specialist, to play the role of advice during the pre-piercing phase. During the post-piercing period, he is also called to intervene urgently, in case of complications, either by proposing solutions in classical situations after diagnosis,, or by guiding the patient towards specialist doctor .

ملخص

العنوان: مضاعفات ثقب الجسد التعفنية واللا تعفنية ودور الصيدلي

المشرف: د. ياسين سخسوخ

الكاتبة: فردوس سيعمرو

الكلمات الأساسية: ثقب الجسد – مضاعفات – تعفن -استنطاق – صيدلي

مقدمة: يتعلق الأمر بإجراء مجموعة من التغييرات على الجسم تتحقق من خلال وضع حلي في أجزاء من الجسد بعد الثقب. يمكن أن تحدث مضاعفات، وهي نوعان سواء تعفنيه ولا تعفنيه.

الأدوات والمنهجية: قمنا باستبيان يهتم كلا من «المهنيين» والناس المتتبعين لهاته الموضة والصيدلة. استخدام شبكات التواصل الاجتماعي مكن من نشر الاستبيانات على نطاق واسع.

النتائج: 54.6% من العينة التي سبق وأن ثقبت جزءا من جسدها تبلغ أكثر من 30 سنة. (60.7%) من الصيادلة المشاركين في الاستبيان هم من النساء.الأذن (55,8%) يمثل العضو الأكثر عرضة للثقب. عدد الذين صرحوا برغبتهم لاتباع هذه الموضة لدوافع تجميلية كانوا كثيرا (39,1%). بالنسبة للمضاعفات المصرح بها من طرف 76 شخصا (32.8%).

نصف عينة الصيادلة لم يتم اللجوء إليهم قط في هذا الموضوع، لا للنصيحة (50%) ولا للتدخل بعد حدوث مضاعفات (44.7%).

ممارسو "مهنة" الثقب الذين يدعون حصولهم على تكوين خصوصي (8/5)، لم يتطرقوا في الحقيقة الا لاستهلاجات أكاديمية.

خلاصة:

الصيدلي مطالب كمختص بلعب دور كبير خلال مرحلة ما قبل الثقب عبر النصيحة والمشورة. في المرحلة الثانية "مرحلة ما بعد ثقب الجسم" الصيدلي مطالب أيضا بالتدخل في حالة مضاعفات طارئة، سواء بتقديم حلول ونصائح في الحالات البسيطة أو توجيه المعني بالأمر لمختص .



Annexes

Annexe 1 : Questionnaire réservé aux percés



Les complications du piercing et rôle du pharmacien (Réservé aux percés)

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse de doctorat en pharmacie, dont le thème est en rapport direct avec le piercing, je me permets de vous solliciter, pour le remplissage du présent questionnaire, conçu dans un but purement académique, dont l'objectif est de mettre en évidence, le rôle actif du pharmacien en cas de complications éventuelles pouvant survenir.

Ce questionnaire s'adresse à la fois, aux sujets percés, aux « professionnels » (perceurs) et, aux pharmaciens

Je tiens à vous remercier d'avance, pour le sérieux et le temps que vous consacrez à ce travail, tout en vous assurant que les informations fournies ne dépasseront pas ce cadre et seront gardés anonymes.

L'auteur.

> 1 . Sexe

Homme

Femme

> 2 . Tranche d'âge

-18 ans

18 - 25 ans

25 - 30 ans

+30 ans

> 3 . Situation socioprofessionnelle

Lycéen / Etudiant

Profession libérale

Administration

Chômage

Ouvrier

Artiste

Autre

> 4 . Motivation

Action symbolique (appartenance à un groupe, une idéologie...)

Distinction esthétique

Identification (à une idole, par exemple)

Curiosité

Autre

➤ 5 . Siège (à préciser, si plusieurs)

Oreille

Langue

Lèvre

Sourcils

Nombril

Mamelon

Surface

Génital

Autre

➤ 6 . Choix du perceur (« professionnel »)

Aléatoire

Recommandé (par des amis , par exemple ...)

Publicité (Brochure , internet ...)

Notoriété

➤ 7 . Avez-vous pensé à consulter votre pharmacien habituel, pour information et avis, avant de réaliser l'acte ?

Oui

Non

➤ 8 . Avez-vous l'intention de réitérer l'expérience ?

Oui

Non

➤ 9 . Avez-vous eu des complications particulières liées à l'acte ?

Oui

Non

➤ 10 . Si complication , de quelle nature ?

infectieuse

non infectieuse

➤ 11 . Complication survenue

Pendant l'acte

Après l'acte, pendant la phase de cicatrisation

Après l'acte et bien après la phase de cicatrisation

A préciser, si récurrentes (répétitives)

➤ 12 . Avez-vous consulté dans ce cas, votre pharmacien habituel, pour intervention et conseils ?

Oui

Non

➤ 13 . Avez-vous été satisfait par ses prestations (conseil et suggestions) ?

Oui

Non

Valider

Annexe 2 : Questionnaire réservé aux pharmaciens



Complications du piercing et rôle du pharmacien (Réservé aux pharmaciens)

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse de doctorat en pharmacie, dont le thème est en rapport directe avec le piercing, je me permets de vous solliciter, pour le remplissage du présent questionnaire, conçu dans un but purement académique, dont l'objectif est de mettre en évidence, le rôle actif du pharmacien en cas de complications éventuelles pouvant survenir.

Ce questionnaire s'adresse à la fois, aux sujets percés, aux « professionnels » (perceurs) et, aux pharmaciens

Je tiens à vous remercier d'avance, pour le sérieux et le temps que vous consacrez à ce travail, tout en vous assurant que les informations fournies ne dépasseront pas ce cadre et seront gardés anonymes.

L'auteur.

> 1 . Sexe

Homme

Femme

> 2 . Ancienneté

< 2 ans

2 - 5 ans

5 - 10 ans

+10 ans

> 3 . Avez-vous déjà été sollicité par un client projetant de poser un piercing, que ce soit, pour information, ou pour conseil ?

Jamais

Rarement

Souvent

➤ 4 . Avez-vous déjà reçu la visite d'un client souffrant de complications liées à un piercing ?

Jamais

Rarement

Souvent

➤ 5 . De quelles natures étaient ces complications ?

Infectieuses

Non infectieuses

➤ 6 . S'agissaient-ils de complications

Légères (banales)

Sérieuses (Nécessitant le recours au médecin spécialiste)

Graves et urgentes (Nécessitant le recours aux services d'urgences)

➤ 7 . Avez-vous pu proposer des solutions, pour soulager le patient ?

Oui

Non

Valider

Annexe 3 : Questionnaire réservé aux perceurs



Complications du piercing et rôle du pharmacien (Réservé aux perceurs)

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse de doctorat en pharmacie, dont le thème est en rapport directe avec le piercing, je me permets de vous solliciter, pour le remplissage du présent questionnaire, conçu dans un but purement académique, dont l'objectif est de mettre en évidence, le rôle actif du pharmacien en cas de complications éventuelles pouvant survenir.

Ce questionnaire s'adresse à la fois, aux sujets percés, aux « professionnels » (perceurs) et, aux pharmaciens

Je tiens à vous remercier d'avance, pour le sérieux et le temps que vous consacriez à ce travail, tout en vous assurant que les informations fournies ne dépasseront pas ce cadre et seront gardés anonymes.

L'auteur.

> 1 . Sexe

Homme

Femme

> 2 . Expérience

< 3 ans

3 - 5 ans

5 - 10 ans

+ 10 ans

> 3 . Avez-vous reçu une formation spécifique ?

Oui

Non (apprentissage sur le tas)

> 4 . (SI OUI) Par quel moyen ?

Direct (école ou centre de formation)

A distance

> 5 . (SI OUI) Nature de la formation

Soins et secours

Anatomie et santé

Hygiène générale

Techniques

Autre

> 6 . Est-ce que vous pratiquez

Dans un espace spécialement aménagé

A domicile (chez vous)

A la demande du client, chez lui.

➤ 7 . Est-ce que vous intervenez, en consultant, dans le choix du site à percer ?

Oui

Non

➤ 8 . Est-ce que vous consacrez une séance d'information préalable à vos clients potentiels ?

Oui

Non

➤ 9 . Vous est-il arrivé de convaincre un client potentiel de renoncer à l'acte ?

oui

non

Si oui , pour quelles raisons

Valider



*Références
Bibliographiques et
Webographiques*

- [1] **Gunepin M, Derache F, Blin E, Morell E.** Le piercing lingual et ses complications : implications militaires. *Med Buccale Chir Buccale* 2010; 16:3-14.
- [2] **Salmandjee Y.** Piercings et tatouages. 2003; 15-25.
- [3] **Aglaja S.** Body piercing : medical consequences and psychological motivations. *The Lancet* 2003; 361 :1205-14.
- [4] **Kluger N.** Piercings génitaux : épidémiologie, aspects socioculturels, sexualité et complications. *Presse Med Elsevier Masson SAS* 2012; 41: 21–31.
- [5] **Friedrich L, Madrid C, Ödman-Jaques M, Yersin B, Carron P.** Complications liées aux piercings. *Revue Médicale Suisse* 2014; 10: 662-8.
- [6] **Guiard-Schmid J-B, Picard H, Slama L, Maslo C, Amiel C, Pialoux G, Lebrette M.G, Rozenbaum W.** Le piercing et ses complications infectieuses : Un enjeu de santé publique en France. *La Presse médicale* 2003; 29:42-51.
- [7] **Kluger N, Guillot B.** Complications des piercings. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2010; 137:153-158.
- [8] **Schlossberg D, Patel M, Cobbs C.G.** Infections from body piercing and tattoos. *Infections of Leisure* 2016; 5 :307-24.
- [9] **Wijk M.P, Kummer J.A, et Kon M.** Ear piercing techniques and their effect on cartilage, a histologic study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2008; 61 :104-9.
- [10] **Salomykova EV.** Cathéter pour le perçage : indications et utilisation. [En ligne] http://fr.surgeon-live.com/content_kateter-dlya-pirsinga-pokazaniya-i-primenenie.htm (consulté le 10/10/2017)
- [11] **Anderson W.R.** Piercings : Body Piercings. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine* 2016; 3 :667-76.

- [12] **Jeger F, Lussi A, Zimmerli B.** Piercings et bijoux buccaux : un aperçu. Pratique quotidienne et formation complémentaire. *Mens Suisse Odontostomatol* 2009; 119 : 622-31.
- [13] **Civatte J, Bazex J.** « Piercings » et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation. *Bull Académie nationale de médecine* 2007; 191 :1819-38.
- [14] Piercing bijoux Pro. [En ligne] <https://www.piercing-bijoux-pro.com/content/7-materiaux-piercing> (consulté le 28/10/2017)
- [15] **J.B GUIARD-SCHMID.** Guide des bonnes pratiques du Piercing 2001
- [16] **M Kaatz, P Elsner, A Bauer.** Body-modifying concepts and dermatologic problems : tattooing and piercing. *Clinics in Dermatology* 2008; 26 : 35–44.
- [17] **Papameletiou D, Zenié A, Schwela D, Bäumlér W.** Risks and Health Effects from Tattoos, Body Piercing and Related Practices. JRC – Regulatory and Scientific/Technical Tattoo/piercing expert network ; 2003.
- [18] **Hassania R, Herkania A, Nouria H, Boukindb S, Tassib N , A. Rajia A.** Tétanos céphalique révélée par une paralysie faciale. *Revue Stomatologie Chirurgie Maxillo-facial* 2011; 112:313-15.
- [19] **Dyce O1, Bruno JR, Hong D, Silverstein K, Brown MJ, Mirza N.** Tongue piercing. The new "rusty nail ?». *Head Neck* 2000; 22(7) :728-32.
- [20] **A Andremont, G Carlier, D Christmann, A Courillon-Mallet, F Delahaye, P Ducimetière, P Mathieu.** Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. *Médecine et maladies infectieuses* 2002; 32 :553–86.
- [21] **L Armstrong, S DeBoer, F Cetta.** Infective Endocarditis After Body Art : A Review of the Literature and Concerns. *Journal of Adolescent Health* 2008; 43 :217–225.

- [22] **Dubose C.J, Pratt J.W.** Victim of Fashion : Endocarditis After Oral Piercing. *Current Surgery* 2004; 61 :474-77
- [23] **Hordé P.** « Angine de Ludwig - Définition ». *Sante-Médecine* 2014 (santemedecine.commentcamarche.net)
- [24] **Perkins CS, Meisner J et Harrison JM.** A complication of tongue piercing. *British Dental Journal* 1997; 182(4) :147-8.
- [25] **OUZAN D.** Piercing et hépatite C : Phénomène de mode ou problème de Santé Publique. *Gastroentérol Clin Biol* 2004; 28:455-57.
- [26] **Malard O, Beauvillain C, Legent F.** Pathologie acquise de l'oreille externe. *EMC-Oto-rhino-laryngologie* 2005; 2 :263–89.
- [27] **Loup P.J, Mombelli A.** The oral cavity: a new "piercing" target. Case reports and review of the literature. *Revue mensuelle suisse d'otonto-stomatologie* 2002; 112 (5) :474-87.
- [28] **Arlettaz L, Ribi C.** La polychondrite chronique atrophiante. *Revue Médicale Suisse* 2010; 6 : 830-34.
- [29] **Holbrook J, Minocha J, Laumann A.** Body Piercing Complications and Prevention of Health Risks. *American Journal of Clinical Dermatology* 2012; 13(1): 1-17.
- [30] **Kluger N.** Body art and pregnancy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biologyn* 2010; 153 :3–7.
- [31] **Ching Sun E, Pantalone M, Gupta M, Kennedy L, Nasr C, Constantiner M, Hamrahian H, Hatipoglu B.** Is chronic nipple piercing associated with hyperprolactinemia ? *Pituitary* 2013; 16:351–3.
- [32] **Modest GA, Fangman JJ.** Nipple Piercing and Hyperprolactinemia. *The New England Journal of Medicine* 2002; 347 :1626-7.
- [33] **Karl-Heinz Günther.** Mamillary abscess after nipple piercing. [En ligne] <https://pictures.doccheck.com/com/photo/2342-mamillary-abscess-after-nipple-piercing>. (Consulté le 01/11/2017)

- [34] **J-J. BLANC.** Le Malaise Vagal, le Test D'inclinaison. 5ème Conférence de Consensus en Médecine d'Urgence 1996; 5 :581-3.
- [35] **Shacham R, Zaguri A, Librus Z, Tal Bar, Eliav E, Nahlieli O.** Tongue piercing and its adverse effects. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2003; 95 : 274-6.
- [36] **Dron P, Lafourcade M.P, Leprince F, Nonotte-Varly C, Van Der Brempt X, Banoun L, Sullerot I, This-Vaissette C, Parisot L, Moneret-Vautrin D.A.** Les allergies aux piercings et aux tatouages : enquête du réseau d'allergo-vigilance. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 2007; 47 : 398–401.
- [37] Dermatoses professionnelles allergiques aux métaux. Document pour le médecin du travail N°121, 2010; 84 :91-104
- [38] **Nosbauma A, Nicolasa J-F, Vocansonc M, Rozieresa A, Berard F.** Dermatite de contact allergique et irritative. Physiopathologie et diagnostic Immunologique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2010; 71:394-397
- [39] **Lafont E.** Sécurité sanitaire et pratiques de piercing et de tatouage : A propos d'une expérience en Savoie. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique 2005.
- [40] **Mataix J, Silvestre J.F.** Cutaneous Adverse Reactions to Tattoos and Piercings. Actas Dermosifiliogr 2009; 100:643-56.
- [41] **Durkin S.E.** Tattoos, Body Piercing, and Healthcare. Journal Of Radiology Nursing. 2012; 31:20-25.
- [42] **Lane J.C.E, O'Toole G.** Complications of ear rings. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2012; 65:747-751.
- [43] **Fleming P.S, Flood T.R.** Bifid tongue : a complication of tongue piercing. British Dental Journal. 2005; 198 :265-6.
- [44] **Schwemmer U, Lintner M, Greim C.** Oral piercing : risk of aspiration. European Journal Anaesthesiology 2005; 22(9) :727-9.
- [45] Piercing de la langue : comment intubez-vous ce patient ?. Le praticien en anesthésie-réanimation 2004; 6 :446.

- [46] **Audoual T, Gunepin M.** Fracture dentaire par piercing lingual chez le personnel navigant - à propos d'un cas. *Médecine aéronautique et spatiale* 2009; 50 :30-2.
- [47] **Castañó N, Perea-García M, JTrapero J.C, Sánchez C, Martínez A.B.** Oral and Perioral Piercing Complications. *The Open Dentistry Journal* 2008; 2:133-136.
- [48] **Danze J-M.** Les alliages métalliques utilisés en dentisterie, les effets galvaniques et leurs conséquences sur la santé. *Le Monde Dentaire* 2002.
- [49] **Brooks J.K, Hooper K.A, Reynolds M.A.** Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: Case reports. *Clinical practice* 2003; 134:837-43.
- [50] **Donna I, M.D.** Complications of Body Piercing. *American Family Physician*. State University of New York at Stony Brook School of Medicine. 2005; 72(10) :2029-34.
- [51] **Kluger.N.** Piercings en consultation. Quels risques cutanés infectieux? SANOFI, SAATCH & SAATCH HEALTH 2015.
- [52] **Van Hoover C, Rademayer C.A, Farley C.L.** Body Piercing: Motivations and Implications for Health. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2017; 09:1526-9523.



Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à la législation en vigueur, aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisée de mes confrères si je manquais à mes engagements.



قسم الصيدلي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أقسم بالله العظيم

. أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوماً وفيّاً لتعاليمهم.
. أن أزاول مهنتي بوازح من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبداً في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
. أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفّع.
. أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلي أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
. لأحظى بتقدير الناس إن أنا تقيت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أفه بالتزاماتي.

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 31

سنة : 2018

مضاعفات ثقب الجسد التعفنبة والا تعفنبة ودور الصيدلي

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة: فردوس سيحمر

المزودة في: 22 فبراير 1992 بطنجة

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: ثقب الجسد - مضاعفات - تعفن - استتطلق - صيدلي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: ميمون زوهدي

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيد: ياسين سخسوخ

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: سكيبة الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: مريم الشادلي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيد: أنس الجعيدي

أستاذ في علم الدم البيولوجي