



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2008

FACULTE DE PHARMACIE

**PIERCINGS, TATOUAGES ET AUTRES MODIFICATIONS
CORPORELLES : LIENS AVEC LA SANTE ET APPROCHE DU
PHARMACIEN D'OFFICINE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 mai 2008

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Coralie DUHAUT**
né le 15 janvier 1981 à Epinal (88)

Membres du Jury

Président : Mme. Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences

Juges : Mme. Sylvie BOILEAU, Pharmacien Titulaire
 Mme. Caroline DIDION, Pharmacien Titulaire

INTRODUCTION

Les modifications corporelles sont des pratiques qui ont traversé les époques, les civilisations et qui ont su évoluer au fil des siècles. Modifier son corps peut avoir plusieurs buts, plusieurs significations. Ce comportement peut être associé à un phénomène de groupe, à un phénomène de société ou à un choix personnel.

Dans la première partie de cet exposé, les différentes techniques de modifications corporelles seront décrites et plus particulièrement le tatouage et le piercing. L'histoire, la réalisation, les différents types de tatouages et de piercings seront envisagés. L'aspect psychologique et sociologique des modifications corporelles seront également étudiés, notamment à partir des recherches réalisées par David LE BRETON, professeur de sociologie à l'université Marc Bloch de Strasbourg et de ses livres. Ses écrits permettront de comprendre la signification des piercings et des tatouages et de mieux comprendre les individus qui ont recours à des modifications corporelles.

Dans la deuxième partie de cet exposé, les risques d'infections virales et bactériennes liés aux tatouages et aux piercings seront développés, ainsi que les populations susceptibles de contracter ces infections. A la suite d'un piercing ou d'un tatouage, des complications peuvent apparaître et elles seront également présentées dans cette partie. Pour éviter ces infections bactériennes et virales, des règles d'hygiène et d'asepsie ont été rédigées par des associations de perceurs et de tatoueurs, avec pour certains le concours de médecins. La seconde partie détaillera ces règles.

La troisième partie sera consacrée à la législation en vigueur actuellement, en France, en Europe et dans le reste du monde. En France, un décret est paru au Journal Officiel le 20 février 2008, dans le but de réglementer l'aspect sanitaire des pratiques de piercing et de tatouage. Il sera détaillé dans cette partie.

Et enfin, la quatrième partie sera consacrée au rôle que peut jouer le pharmacien d'officine dans la réalisation et le suivi d'un piercing ou d'un tatouage. Des conseils sur les soins, sur les contre-indications et sur les risques seront expliqués dans cette partie, ainsi que des conseils pour éviter de contracter une infection du piercing ou du tatouage. Un rappel sous forme de

fiches conseil destinées aux pharmaciens d'officines et aux patients tatoués et percés sera proposé à la fin de cet exposé.

PREMIERE PARTIE :

PIERCINGS, TATOUAGES

ET AUTRES

MODIFICATIONS

CORPORELLES

I. DEFINITIONS

Les modifications corporelles, ou encore appelées Body Art, sont un ensemble de pratiques plusieurs fois millénaires. Elles consistent à modifier son corps soit de façon éphémère comme avec le tatouage au henné, soit de façon permanente comme avec les scarifications (58). Les modifications corporelles regroupent le tatouage et le piercing qui sont les premières apparues, mais aussi, la scarification, le branding, le burning, le cutting, le peeling, le stretching, et les implants sous-cutanés (1). Toutes ces pratiques doivent être réalisées dans des règles d'hygiène et d'asepsie strictes, développées ultérieurement.

1. LE TATOUAGE

Le tatouage, d'après Le Petit Larousse illustré de 2001, est *un dessin pratiqué sur le corps au moyen de piqûres qui introduisent sous la peau des colorants indélébiles* (4). Le mot vient du tahitien « tataus », qui signifie marquer ou dessiner. « Ta », la racine du mot, renvoie aux verbes frapper et inciser et « atoua » signifie esprit en maori. Lors de la traduction du second voyage de Cook à Tahiti en 1772, le mot tatoo fut employé. C'est en 1858, que la traduction officielle française de « tatau » fut tatouage (1). La **figure 1** représente un tatouage tribal sur le bras d'un homme, c'est l'un des types de tatouage le plus répandu.



Figure 1 : Tatouage tribal au bras, d'après (9)

2. LE PIERCING

Le piercing, d'après Le Guide Des Bonnes Pratiques Du Piercing, est *une pratique de modification corporelle, à visée esthétique, qui nécessite de transpercer la peau ou les muqueuses(...) à l'aide d'aiguilles ou de cathéters, afin d'y mettre en place de façon durable un objet* (15). Le mot vient de l'anglais « to pierce » qui signifie percer. Le terme exact en anglais est body piercing, qui signifie perçage du corps (1). La **figure 2** représente une femme portant plusieurs piercings faciaux et auriculaires.

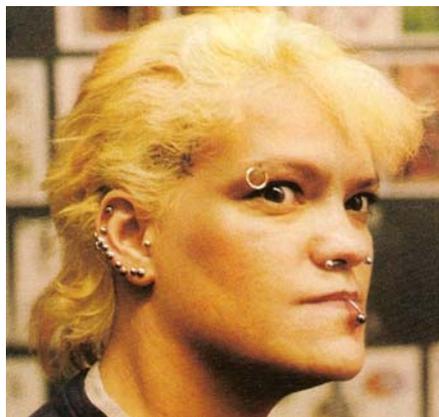


Figure 2 : Femme avec plusieurs piercings faciaux et auriculaires, d'après (10)

Les techniques du tatouage et du piercing seront développées ultérieurement dans cet exposé.

3. LA SCARIFICATION

La scarification consiste à effectuer une incision superficielle de la peau. C'est une pratique médicale, un acte d'automutilation ou un type de modification corporelle. La scarification permet également l'expression d'une souffrance psychologique (2). Le mot vient du latin « scarificare » qui signifie inciser (1). La scarification à but médical date de l'antiquité, mais devient une pratique répandue du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle lors des saignées superficielles (58). La scarification sociale a une origine ancienne et elle a remplacé le tatouage dans les populations d'Afrique de l'Ouest, chez les Aborigènes d'Australie et chez les tribus de Nouvelle-Guinée, comme nous le montre la **figure 3**, car le tatouage se distingue mal sur les peaux sombres (69).

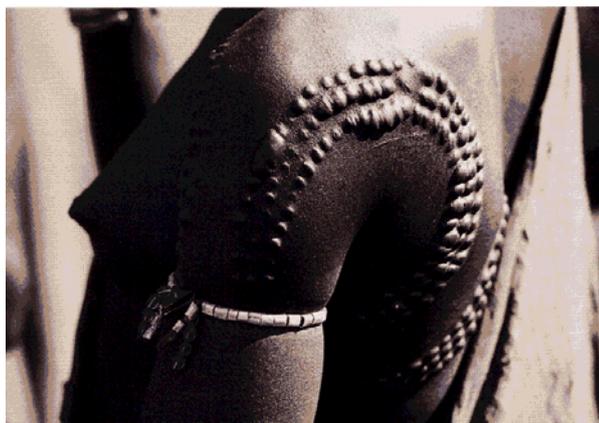


Figure 3 : Scarification dans un peuple africain ; d'après (69)

Actuellement, dans nos sociétés occidentales, la scarification attire les adeptes de modifications corporelles. La **figure 4** montre la scarification d'un symbole sur un pouce. La scarification est définie par David Le BRETON comme *une cicatrice ouvragée pour dessiner un signe creux ou en relief sur la peau avec un éventuel ajout d'encre*. (1). Elle regroupe le branding, le burning, le cutting et le peeling (1).



Figure 4 : Scarification sur le pouce, d'après (73)

A l'origine, le branding était une technique destinée au marquage du bétail comme les vaches ou les chevaux. Cette pratique est encore utilisée maintenant (1). Mais les esclaves et les criminels condamnés étaient également marqués au fer rouge comme nous le développeront plus loin (58). De nos jours, le branding est un acte volontaire mais parfois sous une forte pression sociale. En effet, cette technique est retrouvée lors de rite de passage dans des gangs de rue, en prison et dans des fraternités. Le branding peut aussi

être une forme de sadomasochisme dans des rapports extrêmes de domination. Mais cette technique entre également dans une démarche esthétique (1). La **figure 5** montre un branding sur le mollet d'un homme.



Figure 5 : Branding sur le mollet, d'après (75)

Le burning est l'impression sur la peau d'une brûlure délibérée, comme le montre la **figure 6**. Cette brûlure peut être parfois rehaussée d'encre ou de pigment (1).



Figure 6 : Burning de forme tribale sur une cheville, d'après (75)

Le cutting est une coupure au sang infligée volontairement à l'aide d'un objet tranchant. C'est une inscription sur la peau de forme géométrique ou de dessin à l'encre sous forme de cicatrices ouvragées grâce au scalpel ou à d'autres instruments tranchants. Le peeling consiste à ôter des surfaces de peau (1).

Les adeptes des scarifications appliquent ensuite directement sur la scarification un traitement pour ralentir le phénomène normal de la cicatrisation et s'assurer que la coupure en guérissant laisse une trace bien visible sur le corps (1).

4. L'IMPLANT

L'implant est un corps étranger introduit dans le corps lors d'une intervention chirurgicale. Les implants peuvent être des billes ou des tiges, des perles ou des plaques munies de pas de vis. Les matériaux utilisés pour les implants sont le silicone, le titane, le téflon et l'acier inoxydable chirurgical de type 316 LVM et 316 L. Le téflon ou polytétrafluoroéthylène est une matière plastique parfaitement bien tolérée par l'organisme (58). La **figure 7** représente un homme avec des implants aux niveaux des arcades.



Figure 7 : Implant au niveau des arcades, d'après (58)

II. LE PIERCING

1. LES ORIGINES

C'est chez les Mursi, une tribu éthiopienne, à l'ère du Néolithique qu'est né le piercing. Il y a 10 000 ans, ils inséraient des disques d'argile aux niveaux des lobes des oreilles chez les hommes et les femmes, et au niveau de la lèvre inférieure uniquement chez les femmes (58), comme le montre la **Figure 8**. Dès l'âge de 10 ans, la lèvre inférieure des jeunes filles était percée, leurs incisives étaient excrétées avant la perforation et les aînés plaçaient alors une cheville en bois comme premier ornement. Puis, chaque année, le trou labial était agrandi par des disques d'argile de taille croissante. Le plateau final était décoré de gravures et sa taille fixait le prix de la femme à marier (67).



Figure 8 : Jeune femme Mursi ornée de plateaux d'argile au lobe de l'oreille et à la lèvre inférieure, d'après (67)

Ces femmes avaient également l'hymen percé. Actuellement, seules les femmes de castes supérieures de cette tribu portent des plateaux labiaux (67). Nous allons voir maintenant que le piercing à des origines diverses suivant sa localisation.

1.1 LE PIERCING DE L'OREILLE

Le piercing de l'oreille est apparu dans l'Égypte antique, vers -2000 avant Jésus Christ. Il s'agissait de boucles en or, réservées aux hommes appartenant à un haut rang social. Les piercings du nez et des oreilles étaient le privilège des pharaons et des membres de leur

famille (58). Au sud de l'Afrique, le piercing de l'oreille permettait de distinguer le rang social en agrandissant le trou : plus il était grand, plus l'homme était riche (38). Les marins se perçaient les oreilles pour améliorer leur vue, le bijou passant par un point énergétique méridien. Cet anneau d'or qui ornait le lobe de leur oreille servait aussi pour payer leur enterrement après un naufrage (39).

1.2. LE PIERCING AU NEZ

Le piercing au nez, plus particulièrement à la narine est une coutume du Moyen Orient qui date d'environ 4000 ans (38). Réservé à l'origine aux castes supérieures, il s'est développé au XVIème siècle en Inde où les femmes le portent toujours. En Amazonie, dans la tribu Cashinawa, les hommes portent une plume dans le nez (58). Dès les années 1960-1970, ce sont les hippies et les punks qui adoptent le piercing au nez sous différentes formes en Europe (38).

1.3. LE PIERCING DU SEPTUM

Le piercing du septum, c'est-à-dire de la cloison nasale, vient de Nouvelle Guinée. Les papous portaient comme bijou un os en bois traversant de part en part le septum (43).

1.4. LE PIERCING AU NOMBRIL

Le piercing au nombril reste le plus demandé, surtout par les jeunes filles âgées de 15 à 20 ans. Son origine remonte à l'Egypte ancienne où il était réservé aux pharaons et à la famille royale (58), tout comme le piercing de l'oreille que nous avons vu précédemment.

1.5. LE PIERCING DE LA LANGUE

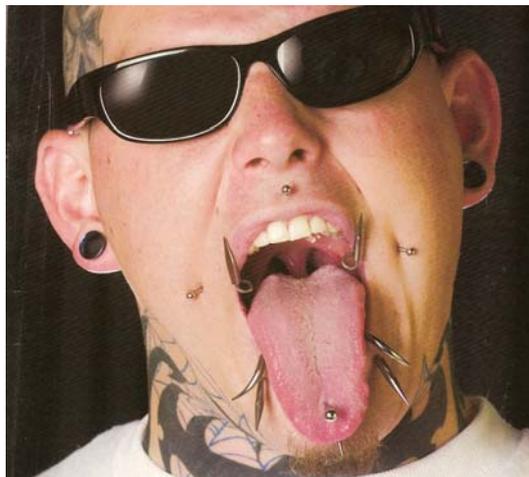


Figure 9 : Piercing de la langue et multi piercings faciaux, d'après (10)

Le piercing de la langue est issu d'un rituel maya (39). Il permettait ainsi aux prêtres de communiquer avec les dieux et seuls ces derniers pouvaient porter ce piercing. Les membres des civilisations mayas et aztèques se paraient de bijoux aux oreilles, à la lèvre inférieure et au nez (38).

1.6. LE PIERCING AU SEIN

Le piercing au sein, notamment au téton, originaire d'Amérique Centrale était utilisé au cours des rites de passage à l'âge adulte (39). Il date du début de l'ère chrétienne en Europe. Les Romains l'utilisaient pour tenir leur cape et pour montrer leur grade. Ce piercing représentait la virilité, l'endurance et la force de son porteur. En 1890, à la cours de la reine Victoria, les femmes embellissaient leur décolleté par des anneaux aux tétons (38).

1.7. LES PIERCINGS DE SURFACE

Les piercings de surface sont apparus beaucoup plus récemment, vers les années 1970-1980. Ces piercings sont l'œuvre de perceurs qui cherchaient à étendre les pratiques à de nouvelles zones du corps (58).

2. LES TYPES DE PIERCINGS (58)

Suivant la localisation du piercing sur le corps, la forme et la taille du bijou diffèrent :

- Le labret est constitué d'une tige droite avec à une des extrémités un disque et à l'autre une boule dévissable comme le montre la **figure 10**. Ce type de piercing est réservé à la lèvre et au nez.



Figure 10 : Un labret, d'après (37)

- Le barbell se compose d'une tige droite. Chaque extrémité se termine par une boule dont les deux sont dévissables ou seulement une, comme le montre la **figure 11**. Les boules peuvent être remplacées par des extrémités en forme de pointe ou autre. Ce piercing se retrouve souvent à l'arcade et à la langue.



Figure 11 : Un barbell, d'après (37)

- Le banane, représenté sur la **figure 12**, est une barre courbe avec une boule à chaque extrémité, plusieurs formes existent à la place des boules. C'est le piercing du nombril. Il existe aussi le micro-banane, plus petit que le banane, utilisé pour l'arcade.



Figure 12 : Un banane, d'après (37)

- L'anneau est la forme utilisable pour tous les piercings sauf celui de la langue. La **figure 13** montre un anneau. Il est généralement fermé par une boucle.



Figure 13 : Un anneau, d'après (37)

- Le fer à cheval, représenté à la **figure 14**, est un anneau brisé en forme de fer à cheval comme son nom l'indique, avec une boule vissable à chaque extrémité. Il peut être porté à l'oreille comme à l'arcade.



Figure 14 : Un fer à cheval, d'après (37)

- Le tunnel et le plug sont portés au lobe de l'oreille. Ce sont des petits cylindres insérés dans le trou après cicatrisation de la perforation. Le tunnel est creux, alors que le plug est un cylindre plein, comme le montre la **figure 15**.



Figure 15 : Homme portant des plugs au niveau de ses oreilles, d'après (10)

3. LES MATERIAUX (38)

Sur le marché, les bijoux pour piercing existent en tout type de matériaux. Mais tous ne peuvent pas être utilisés au long cours et surtout lors de la première pose du bijou. Plusieurs conditions doivent être réunies. En effet, le matériau utilisé doit être biocompatible. C'est-à-dire, que la substance ou la matière est tolérée par l'organisme et qu'elle est donc

implantable. Le matériau doit également entrer dans le cadre de la directive sur le nickel publiée le 27 septembre 2004.

Voici les différents matériaux utilisés :

- Le niobium est un métal biocompatible et entre dans le cadre de la directive sur le nickel. Il est donc utilisable pour la première pose du bijou.
- Le titane chirurgical G23 est l'un des matériaux les mieux tolérés par l'organisme. Et tout comme le niobium, il répond aux caractéristiques demandées pour intervenir lors d'une première pose. Le titane anodisé est un titane coloré, sa couleur est instable et peut donc provoquer des allergies.
- Le téflon chirurgical ou polytétrafluoroéthylène (PTFE) est une matière plastique souple et biocompatible. Ce matériau est généralement celui des piercings de surface et des piercings de la langue où il est utilisable en première pose. Il est également utilisé en chirurgie pour les implants.
- L'acrylique, ou plexiglass, ou encore appelé polyméthylméthacrylate (PMMA) est une matière plastique inerte, non poreuse et biocompatible. Mais les perceurs ne vérifient pas toujours la qualité du bijou et la stérilisation en autoclave altère ce matériau. Il n'est donc pas stérilisable avant la pose. Et il s'avère donc préférable d'attendre la cicatrisation complète pour porter un bijou fabriqué en acrylique.
- L'acier inoxydable chirurgical grade 316 LVM ou 316 L est interdit en première pose par la législation sur le nickel. Il peut être posé après cicatrisation uniquement. En France, lorsque la nature n'est pas indiquée, c'est que le bijou est en acier chirurgical.
- L'argent est un matériau qui s'oxyde au contact de l'air et des fluides corporels. Les allergies et les irritations sont fréquentes. Il n'est pas biocompatible donc pas implantable ni utilisable en première pose de bijou.
- L'or n'est pas complètement hypoallergénique, il n'est pas implantable et non utilisable pour une première pose. L'or blanc contient du nickel.
- Le bois, l'os, la corne sont des matériaux poreux et peuvent empêcher la cicatrisation. Ils ne sont ni implantables ni utilisables comme premier bijou, mais puisqu'ils sont stérilisables en autoclave, on peut les porter après cicatrisation.

4. LA LOCALISATION ET LE TEMPS DE CICATRISATION

Les localisations de piercing les plus classiques sont l'arcade, l'oreille, le nez, les lèvres, la langue, le téton et le nombril. Selon l'emplacement sur le corps où le piercing est réalisé, ce dernier peut avoir un nom différent, car il existe plusieurs variantes pour certaines localisations. En effet, au niveau de l'oreille, le piercing le plus connu est celui du lobe, mais tous les replis de l'oreille peuvent être percés et portent ainsi des noms différents comme par exemple l'hélix, le rook, le tragus. Le labret, le madonna, et le medusa sont des exemples de piercings au niveau des lèvres de la bouche, et la narine ou le bridge sont des exemples de piercings au nez. Les piercings génitaux féminins les plus courants sont ceux du clitoris et des grandes ou petites lèvres du vagin. Pour les hommes, ils sont localisés préférentiellement au niveau du gland, du prépuce ou du scrotum (17). Par exemple, le prince Albert est un piercing où le bijou, qui est un barbell ou un anneau est placé au bout du pénis. Il rentre dans l'urètre, ressort à côté du frein, sous le gland. Cette appellation daterait de l'époque victorienne où le prince Albert en aurait porté un pour des raisons esthétiques (37).



Figure 16 : Piercings au nez, d'après (3)

La cicatrisation d'un piercing varie suivant sa localisation. Pour un piercing de la langue 3 à 6 semaines seulement sont nécessaires pour cicatriser. Le piercing du lobe de l'oreille cicatrise en moins de 4 semaines. Ce sont les piercings qui cicatrisent le plus rapidement. Pour l'arcade par exemple, le temps de cicatrisation est de 8 à 12 semaines, le piercing du cartilage de l'oreille ou du nez cicatrisent en 6 à 12 semaines. Le piercing du mamelon

cicatrise en 2 à 6 mois. Le piercing le plus long à cicatriser est celui du nombril. Son temps de cicatrisation peut varier de 6 mois à 12 mois. Ceci est dû aux frottements et au travail des muscles notamment qui peuvent ralentir et gêner la cicatrisation (14).

Les piercings de surface sont des nouveaux types de piercings. Il existe là aussi de nombreuses localisations possibles, notamment la nuque, le cou (madison) (39), le ventre ou entre les seins (cleavage), mais aussi les pieds, les mains, les côtes et le dos. Les piercings de surface ne sont pas des piercings permanents. En effet, la cicatrisation ne se fait pas et cela se termine généralement par un rejet laissant de vilaines cicatrices. Le corsetry piercing est un exemple d'une multitude de piercings de surface localisés sur un avant bras, comme le montre la **figure 17**, ou dans le dos. Tous ces piercings de surface constitués d'anneaux, permettent un laçage rappelant celui d'un corset. Le corsetry piercing est en fait une performance, c'est-à-dire porté lors d'expositions ou de conventions de perceurs juste quelques jours et généralement ce type de pratique est réservé aux perceurs eux-mêmes et est interdite sur les mineurs (38).



Figure 17 : Corsetry piercing sur le bras, d'après (38)

Une nouvelle pratique apparaît sur le marché européen. Elle vient des USA, et a été inventée par un perceur californien : c'est le dermal anchoring. Il s'agit d'une technique mêlant le principe du piercing et celui de l'implant. Une seule boule est dévissable sur la peau et la tige courbée est à l'intérieur de la peau. Un scalpel est utilisé pour réaliser la pose. Pour

faciliter la cicatrisation, le pharmacien peut conseiller la pose de stér strips autour du bijou pour le maintenir en position (38).



Figure 18 : Dermal anchoring, d'après (38)

5. LES TECHNIQUES DE REALISATION D'UN PIERCING

Deux techniques peuvent être mises en pratiques pour réaliser un piercing. Il s'agit de la méthode anglo-saxonne qui utilise un trocart ou une aiguille à triple biseaux et de la méthode européenne qui utilise un cathéter. Michel Tattoo les décrit dans son livre « *Les techniques du Body Piercing* » (16).

5.1. DESCRIPTION D'UN CATHETER

Le cathéter est un tube souple, de longueur variable et mince pouvant être introduit dans un conduit, un vaisseau (artère, veine) ou un organe creux (canal), permettant leur exploration, l'injection d'un liquide ou la vidange d'une cavité. Actuellement, les cathéters sont constitués essentiellement de silicone. Ils se présentent en conditionnement unitaire stérile, non réutilisable. La **figure 19** montre un cathéter. Une aiguille à triple biseaux permet de guider l'utilisateur lors de la mise en place du cathéter. (35).



Figure 19 : représentation d'un cathéter, d'après (72)

Quelque soit la technique de perçage utilisée, il convient de réaliser en premier lieu une prise de mesure debout lorsque cela s'avère nécessaire comme pour un piercing au nombril. Si cela est inutile, le professionnel installe le client directement sur la table d'examen. Le perceur marque deux repères avec un stylo à encre violette qui correspondent respectivement à l'orifice d'entrée et à celui de sortie du bijou. Il installe le client dans la position la plus adéquate c'est-à-dire, la plus confortable et la plus sûre pour le client et la position optimale pour que le perceur puisse travailler (16).

Ensuite, avec la pince clamp, le perceur forme un bourrelet contenant les deux marques de la zone à percer. La **figure 20** représente une pince clamp. La zone du tunnel de perçage est maintenant définie (16).



Figure 20 : Pince clamp, d'après (16)

5.2. LA TECHNIQUE EUROPEENNE

Le perceur utilise un cathéter pour la suite des opérations. Il place le biseau du cathéter face au premier repère. Il fait entrer le cathéter dans la zone sans ressortir. Il laisse le cathéter libre pour vérifier l'angle de perforation et l'axe du cathéter afin de respecter les repères pris debout. Ensuite, le perceur maintient l'axe du cathéter pour qu'il ressorte par le deuxième repère, comme le montre la **figure 21**. Le tunnel de perçage est maintenant réalisé. Il retire l'aiguille du cathéter et laisse en place la canule externe ou gaine de téflon. Pendant cette seconde phase, le client ne ressent pas de sensation douloureuse. Le perceur coupe la gaine au bord du mandrin plastique : cela donne deux entrées possibles pour la pose du bijou, ce qui peut être utile pour certains types de piercing. Il présente le bijou pré-préparé à l'entrée de la gaine de téflon. Si le bijou est lisse, type anneau, le perceur le pousse à l'intérieur du canule externe. Si le bijou est à pas de vis, il visse le bijou dans la gaine de téflon pour le positionner dans le tunnel de perçage comme le montre la **figure 22**. Puis il dégage le reste du tube du cathéter du bijou. Il contrôle la position du bijou. Avec une paire de ciseaux, il coupe la longueur superflue en tenant compte de sa fermeture (16). Le piercing est terminé, comme le montre la **figure 23**.



Figure 21 : le tunnel de perçage, d'après (16)



Figure 22 : Le perceur visse le bijou dans la gaine de téflon, d'après (16)



Figure 23 : Le piercing est terminé, d'après (16)

5.3. LA TECHNIQUE ANGLO-SAXONNE (16)

Si le perceur utilise le trocart et l'aiguille à triple biseaux, la réalisation de la zone du tunnel de perçage ainsi que le tunnel de perçage sont identiques à celles de la technique européenne. Ensuite, le professionnel présente le bijou à placer au cul du trocart, c'est-à-dire la partie ronde. Il pousse le trocart avec le bijou pour qu'il prenne la place de l'aiguille. Sur certains trocarts le bijou peut être vissé avant de percer pour faciliter la pose du bijou.

5.4. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX TECHNIQUES (16)

Pour les deux techniques, le perceur peut utiliser un corps gras stérile, afin de faire glisser plus facilement les instruments de perforation ; Michel Tattoo conseille le KY gel®. Lors de la réalisation d'un piercing, le perceur doit être ferme, précis dans ses gestes. Il doit pousser régulièrement et très rapidement l'outil de perforation pour éviter toutes déviations et savoir tenir compte des réactions éventuelles du client (malaise ou mouvement de sursaut).

Le cathéter assure un plus grand confort et une meilleure sécurité au client. En effet, la pose du bijou est simple, le risque d'abîmer le tunnel de perçage avec les bijoux à pas de vis est quasiment nul. Le diamètre du jonc du bijou est égal ou légèrement supérieur à la gaine de téflon. Avec le cathéter, le perceur a deux côtés de perçage, et il n'y a presque pas de saignement.

5.5. LE PERCAGE AU PISTOLET

Le perçage au pistolet utilisé par les bijoutiers pour les lobes des oreilles le plus souvent, n'est pas une bonne technique. La **figure 24** représente un pistolet à percer les oreilles. En effet, le pistolet n'est pas stérilisable de manière satisfaisante et il existe un risque de transmission d'infections bactériennes et virales. La cicatrisation est plus longue, douloureuse et il y a plus de risque de complications. Dans cette technique, le trou est effectué directement avec la prothèse qui déchire les chairs plutôt que de les découper de manière nette (70). Le pistolet n'est pas adapté pour des emplacements autres que le lobe des oreilles. Et surtout pas pour les zones à cartilage, les prothèses étant trop courtes.



Figure 24 : Pistolet à percer les oreilles, d'après (38)

III. LE TATOUAGE

1. LES ORIGINES

Dans les Alpes Italo-autrichiennes a été découvert « Ötzi », l'homme des glaces, qui arbore des tatouages thérapeutiques : des petits traits parallèles le long des lombaires et sur les jambes. Il serait mort vers -3500. Le Bassin de Tarim, en Chine, a révélé plusieurs momies tatouées de type physique européen qui pourraient dater de la fin du 2^{ème} millénaire avant notre ère. Ce sont les plus anciens tatouages connus actuellement. Dès 2000 avant JC, les égyptiens arborent des tatouages (65). D'après les ouvrages de Darwin (1809-1882), « il n'existe aucun peuple sur cette planète qui ne connaisse cette pratique » (1). Dans de nombreuses parties du monde, les peuples utilisent le tatouage pour indiquer le rang et l'appartenance sociale, ou comme signe de deuil. Le tatouage peut être aussi un moyen de camouflage ou le signe d'une croyance religieuse. En effet, en Inde et au Tibet, les tatouages accompagnent les périodes difficiles de la vie : la puberté, la maternité, la maladie et le deuil. Chez les Berbères ou sur les îles Samoa, le tatouage est une pratique médicale qui protège contre les rhumatismes. Il en est de même dans certains pays africains, où il « traite » les maux de tête, les affections oculaires et où il protège des morsures de serpent ou de la noyade. C'est lors des explorations dans le Pacifique Sud, vers 1770 par James Cook, que les Européens ont redécouvert le tatouage (40).

2. LE TATOUAGE TRADITIONNEL

Le tatouage et la scarification sont les manifestations les plus complexes de l'esthétique humaine. En effet, elles mêlent des raisons purement esthétiques à des raisons psychologiques plus profondes et plus difficiles à comprendre. Ces deux techniques naissent du même désir de porter une marque indélébile et distincte. C'est surtout dans les forêts d'Afrique, d'Asie du Sud-est et dans les îles isolées du Pacifique que l'on trouve le plus grand nombre de tatouages rituels, c'est-à-dire dans ces régions où la magie, la tradition ancestrale et la conscience d'appartenance à un groupe occupent une grande place dans la vie quotidienne des habitants (69).

2.1. LE TATOUAGE EN POLYNESIE

La Polynésie française est un ensemble d'archipels du Pacifique Sud qui comprend les îles de la Société (dont Tahiti), les Marquises, les Tuamotu et les Gambier, ainsi que les îles Australes. Le tatouage faisait partie entière de la société polynésienne traditionnelle. En Polynésie, le tatouage était un art sacré et seul un maître des rites religieux pouvait le pratiquer. Selon la légende, la pratique du tatouage serait d'origine divine : elle aurait été créée par les deux fils du dieu de la création Ta'aroa pendant le Po, la période obscure. Avant l'arrivée des européens, la langue polynésienne était seulement orale et c'était le tatouage qui exprimait alors l'identité. Les hommes et les femmes étaient parés des tatouages sur différentes parties du corps : la différenciation sociale était soulignée par des signes correspondant à chaque classe sociale, sous le contrôle vigilant des chefs. Les femmes étaient ornées de symboles plus élégants et mieux exécutés que ceux des hommes, car ils représentaient une parure. Les hommes avaient souvent le corps couvert de tatouages excepté le visage, réservé aux guerriers et prêtres qui portaient un emblème sur le front et les lèvres. Les motifs étaient héréditaires. D'autres tatouages étaient réservés aux danseurs, aux rameurs, aux guerriers, il en existait même pour les personnes sans généalogie ou sans ascendance notable (39). En Polynésie, le tatouage fut un art banni de 1797, c'est-à-dire dès l'arrivée des colons, jusqu'au début des années 1980 (41).

2.1.1. Le tatouage à Tahiti (41)

Les arts décoratifs étaient peu développés à Tahiti et les motifs des tatouages très limités. A l'heure actuelle, une confusion est souvent faite entre le tatouage tahitien et le tatouage marquisien, alors qu'à l'origine, ils sont très différents.

Dans la société tahitienne, presque tous étaient tatoués. Surtout les femmes, pour qui c'était une obligation. Le premier tatouage chez la jeune fille, pratiqué dès le plus jeune âge, formait un motif à l'intérieur du bras : il signait qu'elle était libérée des tabous concernant la nourriture. Elle pouvait donc accepter des aliments d'une autre personne que de sa mère. Le second tatouage était réalisé à la puberté : il s'agissait d'une sorte de large bande sur les fesses. Au fil des années, des arcs plus petits étaient ajoutés au dessus. La bande était réalisée d'abord d'un côté, pour se terminer de l'autre. C'est seulement lorsque la bande était finie que

la tahitienne était considérée comme une femme. Pour les hommes tahitiens, le tatouage n'était pas une nécessité sociale. Leur premier tatouage était effectué au plus tard à l'adolescence, au moment de la circoncision, sur un marae, sorte de temple de pierre, en plein air. Et c'est une seule et même personne qui accomplissait les deux tâches. La supercision est encore pratiquée de nos jours, mais le tatouage ne fait plus partie du rite de passage. Les motifs masculins représentaient de larges bandes horizontales, comme le montre la **figure 25**. Parfois, les mains présentaient de tous petits motifs en série, aux formes géométriques, proche du X et du W. Ces derniers pouvaient être retrouvés chez les femmes.



Figure 25 : Tatouage d'un homme de Tahiti, d'après (69)

2.1.2. Le tatouage marquisien

Aux îles Marquises, les filles se faisaient tatouer la main droite dès l'âge de 12 ans. Elles pouvaient alors préparer le repas et participer à l'onction des corps des morts. Généralement, les tatouages des femmes se limitaient aux mains, bras, pieds, lèvres et oreilles. Seules les femmes appartenant à un haut rang social avaient les fesses et les cuisses tatouées.

Chez les hommes, le tatouage recouvrait entièrement le corps et la face. Comme chez la femme, l'âge du premier tatouage était réalisé à 12 ans. Dans la société marquisienne, plus un homme était tatoué, plus son prestige était grand. Le tatouage symbolisait la richesse, la force et le pouvoir. Les hommes sans tatouage étaient donc méprisés (71). La **figure 26** nous montre un homme des îles Marquises.



Figure 26 : Un habitant marquisien, d'après (33)

2.2. LE TATOUAGE MAORI (43)

Les Maori désignent un peuple de Nouvelle Zélande. Comme chez les peuples précédents, le tatouage définissait le statut social. Certains chefs tribaux maoris signaient un document officiel en dessinant leur tatouage facial, comme le montre la **figure 27**. C'est ainsi que le Moko, nom donné au tatouage facial maori, est devenu le signe de l'identité de certains chefs.

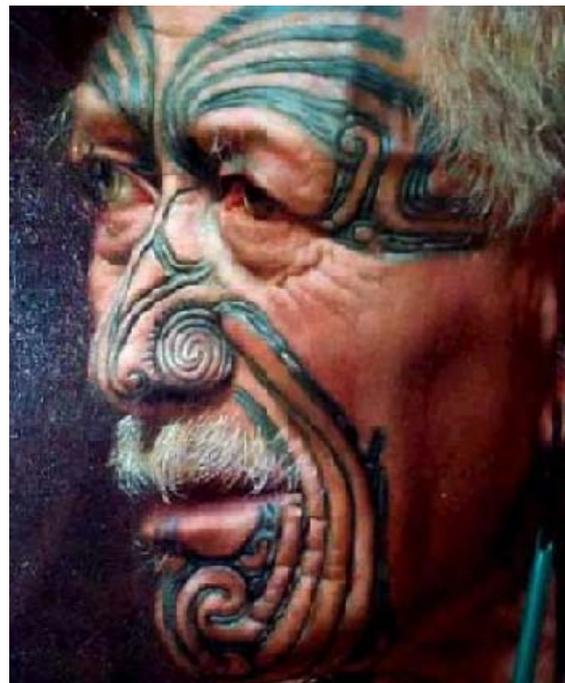


Figure 27 : Tatouage maori, d'après (76)

2.3. LE TATOUAGE AU JAPON (43)

Le tatouage au Japon était appelé irezumi ou horimono. C'était un signe utilisé notamment par les Yakuza, membres de la mafia japonaise, utilisé aussi comme symbole macho des classes inférieures, et destiné à embellir le corps des prostituées. Le tatouage japonais avait

une connotation négative et qui perdure malgré la recrudescence du tatouage dans la jeunesse japonaise.

3. LES DIFFERENTS STYLES DE TATOUAGES

A notre époque, en Europe et aux Etats-Unis, il existe de nombreux styles de tatouages, dont voici quelques exemples :

- Les tatouages tribaux, comme le montre la **figure 28**.
- Les fleurs, avec notamment la rose qui est la plus représentée chez les deux sexes.
- Les animaux, avec le papillon ou le dauphin pour les femmes et le tigre et le requin pour les hommes.
- Les cartoons, c'est-à-dire les personnages de bandes dessinées et de dessins animés comme Astérix, Tintin ou Mickey.
- Le old school, qui regroupe des motifs inspirés du rock'n'roll, des pin-up, des années 1950.
- Les tatouages celtiques (9).
- Les tatouages gores, avec notamment des têtes de morts comme le montre la **figure 29** ou des squelettes (59).
- Les tatouages asiatiques, représentant soit des lettres chinoises discrètes, soit des dessins plus massifs comme un dragon par exemple.
- Les portraits : certaines personnes aiment se faire tatouer le visage avec la représentation d'un proche ou d'une idole (9).
- Le custom, qui est un motif que le futur tatoué a inventé lui-même (59).



Figure 28 : tatouage tribal sur un torse et un bras, d'après (9)

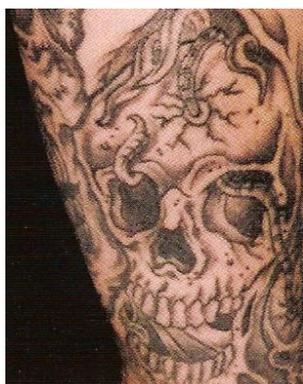


Figure 29 : Représentation d'une tête de mort sur un bras, d'après (10)

Chez les femmes, les localisations les plus fréquentes pour les tatouages sont le haut des fesses, le creux des reins, la cheville et le ventre. Elles recherchent des emplacements où le tatouage sera visible en totalité ou partiellement selon leur envie. Les hommes se font plus volontairement tatouer sur les biceps, les pectoraux, les omoplates, la nuque et les mollets, c'est-à-dire des emplacements visibles de tous (1).

4. LES TECHNIQUES DE TATOUAGE

4.1. L'HISTOIRE DES TECHNIQUES DE TATOUAGE

Le tatouage est une insertion de substances colorées sous la surface, comme nous l'avons vu précédemment. La peau est perforée avec un instrument pointu, une aiguille faite de matériaux divers, qui entraîne les pigments sous l'épiderme. Ces derniers s'enkystent alors entre l'épiderme et le derme (17).

Dans la société polynésienne, le prêtre tatoueur réalisait le tatouage. Il disposait de deux instruments : un poinçon, sorte de peigne et un petit bâton. Le poinçon était constitué d'un manche en bois sur lequel étaient fixés un os d'oiseau, un morceau de nacre ou des dents. Le bâtonnet était utilisé en guise de marteau, il servait à faire pénétrer le poinçon sous la peau en le frappant. La teinture utilisée, noire, était extraite de la noix du « bancoule Tiari », brûlée et pulvérisée. La poudre ainsi obtenue était mélangée à de l'eau ou à du monoï. La teinture injectée prenait alors une couleur bleuâtre totalement indélébile (39).

Pour réaliser un tatouage, les Inuites, un peuple esquimau, passaient sous la peau une aiguille suivie d'un fil enduit de noir de fumée, brochant ainsi le motif désiré. Les Cambodgiens procédaient par grattage à l'aide d'un outil muni de pointes effilées. Les japonais utilisaient des séries de baguettes dont le bout était doté de faisceau d'aiguilles (40). D'autres cultures, tribales cette fois, coupaient la peau et frottaient ensuite la blessure avec de l'encre, des cendres ou d'autres produits en guise de tatouage, comme en sorte de complément à la scarification (58).

En prison, les détenus utilisent au mieux une aiguille, sinon ce qu'ils trouvent : des éclats de bois, des morceaux de verre, de fer blanc ou des lames de rasoir pour obtenir des incisions plus grosses. En guise d'encre, les prisonniers utilisent de la suie, des éclats de briques broyées, et du chocolat en poudre comme colorant. Les infections et les complications sont donc fréquentes dans le milieu carcéral (1).

5.2. LE DERMOGRAPHE

L'outil utilisé à notre époque par le tatoueur s'appelle un dermographe (cf. figure 30), dont le premier a été inventé en 1891 par Tom Riley. L'encre est introduite avec une aiguille attachée à une barre avec un canon électrique. Quand il est enclenché, la pointe se déplace rapidement de haut en bas et l'insertion de l'aiguille dans la peau permet l'entrée de l'encre sous l'épiderme. L'aiguille est mise en mouvement de manière électrique par l'intermédiaire d'une pédale. Elle peut piquer de 3 à 5000 fois par minutes. Une tige en acier est fixée sur une masselotte et cette dernière est montée sur une lame de ressort. La lame de ressort est repoussée jusqu'à une vis de contact par le champ magnétique formé. Les aiguilles sont fixées sur la tige par une soudure à l'argent ou à l'étain que le tatoueur réalise lui-même le plus souvent. C'est la buse qui guide le mouvement de la tige. Le manchon permet de tenir le dermographe comme un stylo. Il est placé entre la buse et le châssis. Les aiguilles, en acier ou en inox, ne sont pas stériles. Ce sont des pièces fragiles, et un tatouage peut en nécessiter plusieurs. Trempées dans l'encre, leur mouvement suffit à créer une sorte de réservoir par capillarité. La profondeur de la piqûre varie entre 1 et 4 mm, jusqu'à 1cm dans certaines régions du dos. Le tatouage colorie l'épiderme et le derme, mais l'hypoderme ne doit jamais être atteint. Le tatoueur doit donc régler préalablement son dermographe correctement (17).

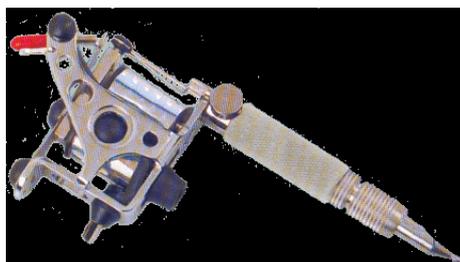


Figure 30 : Un dermographe, d'après (32)

5.3. LES ENCRE (17)

L'encre utilisée pour réaliser les tatouages est composée de pigments. Ces derniers peuvent être d'origine naturelle ou synthétique, organique ou minérale. L'indigo et la garance, qui sont des pigments végétaux, le pourpre et le carmin, qui sont des pigments d'origine animale, ne sont plus utilisés. Seul le henné, un pigment végétal non synthétique est encore employé. Une partie de cet exposé lui est consacrée. Les pigments minéraux actuellement utilisés sont

d'origine synthétique à base de fer et de dioxyde de titane. Ils sont plus stables que les précédents et agréés par la FDA, Food and Drug Administration (l'administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments). C'est elle qui donne l'autorisation de la commercialisation de ces produits aux Etats-Unis. Les pigments organiques utilisés sont nombreux : l'encre de chine, à base de noir de carbone et d'acide oléique, le bleu et le vert de phtalocyanine, la laque d'alizarine et le jaune d'azoïque. Le plus souvent, les mélanges sont tenus secrets par les tatoueurs qui créent chacun leurs propres pigments. Les plus connus sont le bleu cobalt, obtenu à partir d'aluminate de Cobalt, le vert émeraude, obtenu avec de l'oxyde de chrome hydraté et le jaune de chrome, obtenu avec du chromate de plomb. Pour éviter la dissolution de la couleur, des agents fixants peuvent être ajoutés comme les sels de calcium, de baryum ou l'hydroxyde d'alumine, de fer ou de chrome. Il existe maintenant une réglementation sur les encres établie à la suite de la survenue de plusieurs incidents. Des encres liquides, prêtes à l'emploi existent et sont commercialisées. Les pays fournisseurs sont l'Angleterre, les Pays-Bas et les Etats-Unis.

5.4. LES ETAPES DE LA REALISATION D'UN TATOUAGE (9)

Tout d'abord, un entretien doit avoir lieu entre le client et le professionnel. Il permet d'évaluer l'état d'esprit du client, ses attentes, son état de santé et de prendre la décision de réaliser ou non le tatouage. Le client doit choisir son dessin : il s'agit soit d'un modèle qu'il a tiré d'un magazine, soit d'une ébauche qu'il a réalisé lui-même. Le tatoueur transfère alors le modèle sur un calque, comme nous le montre la **figure 31**.

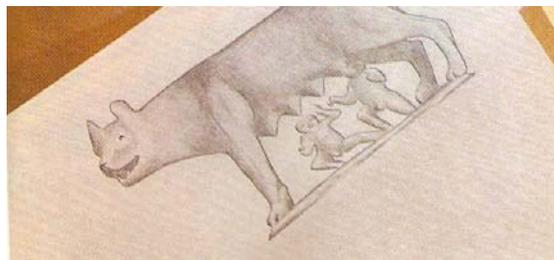


Figure 31 : le tatoueur a élaboré le modèle définitif, d'après (9)

Une fois cette étape terminée, le tatoueur doit définir l'emplacement exact du tatouage en posant le calque, comme nous le montre la **figure 32**. La peau est alors rasée, nettoyée avec

un antiseptique. Une pommade lubrifiante type vaseline est utilisée afin d'éviter de déchirer la peau.



Figure 32 : Le calque réalisé, le tatoueur le pose pour définir l'emplacement exact, d'après (9)

Le transfert est alors effectué sur la peau : les bases du futur tatouage et les repères sont en place, comme le montre la **figure 33**. Tout d'abord, le tatoueur trace les contours, puis l'intérieur du dessin avec le dermographe, comme le montre la **figure 34**. Un léger exsudat sanguin s'écoule du fait de l'effraction de la barrière cutanée.



Figure 33: Transfert effectué, les bases du futur tatouage et les repères sont en place, d'après (9)

L'aiguille est alors en contact avec le sang. La cupule d'encre, à usage unique, dans laquelle l'aiguille est très souvent trempée constitue un réservoir possible pour la transmission éventuelle de virus, bien qu'elle soit à usage unique.



Figure 34 : Après avoir réalisé les contours, le professionnel tatoue le corps de la bête, d'après (9)

Le temps nécessaire à la réalisation d'un tatouage peut varier de 10 minutes à 60 heures, 3 heures consécutives étant le maximum toléré. Les pigments se localisent au niveau du derme, dans les espaces intercellulaires, près des vaisseaux sanguins. Une réaction de défense de l'organisme se produit après la réalisation d'un tatouage. Les macrophages entraînent alors l'élimination d'une partie du colorant dans les vaisseaux lymphatiques. Mais cette réaction inflammatoire passée, les pigments restent stables, s'enkystent et la peau cicatrise normalement en quelques semaines. Lors du choix de la teinte du pigment, il faut tenir compte de la couleur de la peau. Sur les peaux foncées, le tracé est plus délicat, puisque le contour du dessin apparaît toujours en noir. Plus la peau est claire, plus il est facile de tatouer.

4.5. LES ZONES TATOUABLES (9)

La texture et l'épaisseur de la peau varient selon les endroits du corps. Dans les zones à protéger, elle est plus épaisse, comme au niveau du dos, du cuir chevelu, de la paume des mains et de la plante des pieds. Il est inutile de tatouer ces deux dernières, car la peau se renouvelle très rapidement, les pigments n'ont pas le temps de s'enkyster et le tatouage s'estompe.

D'autres zones sont à éviter car considérées comme à risque. Les coudes, le cou sont des régions du corps denses et serrées donc difficiles à piquer car elles résistent aux aiguilles. D'autres zones parcourues par des nerfs comme le visage ou certaines parties internes rendent l'acte très douloureux. Les zones à risque sont situées à proximité d'un os. C'est le cas des genoux, des clavicules et des dents. L'os étant très proche de la peau, l'aiguille s'enfonce

d'avantage puisqu'elle n'est pas amortie par l'épaisseur de muscle ou de graisse. Il en est de même pour le crâne, mais en plus, c'est une région richement vascularisée et il risque de se produire lors de l'acte, un important saignement. Il faut faire attention aux tâches de rousseur en relief et aux grains de beauté. Si on les recouvre d'un tatouage, leur évolution ne sera plus contrôlable par un dermatologue.

5. LE TATOUAGE AU HENNE

Le tatouage au henné connaît un grand succès depuis quelques années. Il est souvent pratiqué sur les lieux de vacances en été sur les adultes, les adolescents et les enfants. La **figure 35** nous montre plusieurs exemples de tatouage au henné. Ce tatouage semble en effet présenter beaucoup d'avantages puisqu'il ressemble à un « vrai » tatouage, qu'il n'est pas permanent et qu'il est indolore. Mais il existe des phénomènes allergiques entraînant des brûlures plus ou moins profondes et des eczémas de contact, notamment liées aux additifs apportés au henné (63).

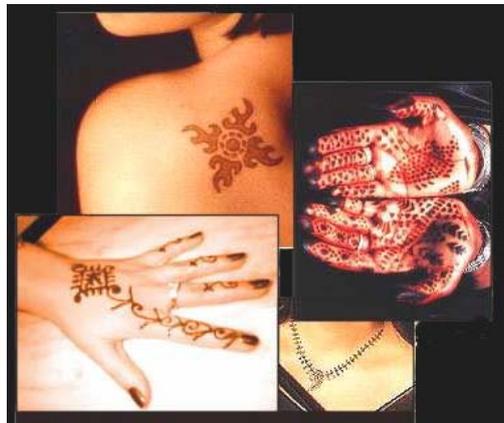


Figure 35: Divers tatouages au henné, d'après (62)

5.1. L'HISTOIRE DU TATOUAGE AU HENNE

Il y a 5000 ans, les Egyptiens coloraient les ongles et les cheveux de leurs momies avec du henné. Au VII^{ème} siècle avant Jésus Christ, des textes assyriens décrivaient la future mariée avec les paumes et les ongles teints au henné. L'utilisation du henné est donc très ancienne, commune à plusieurs cultures, même si dans notre civilisation la technique du henné est souvent associée à l'Islam (62).

5.2. LE HENNE : LES PLANTES, LES PROPRIETES ET LES UTILISATIONS

Il existe trois plantes répondant au nom de henné, mais elles n'appartiennent pas à la même famille botanique. Elles poussent sous des climats chauds et secs, principalement au Maroc et en Inde. Le henné naturel ou *Lawsonia inermis*, dont la **figure 36** nous montre une représentation des fleurs, appartient à la famille des Lythracées. Ce petit arbrisseau mesure environ un mètre en hauteur, ses fleurs sont petites, blanches, odorantes, à quatre pétales et organisées sous forme de bouquets. Il est cultivé au Maroc et en Algérie (60). La drogue est constituée par les feuilles séchées que l'on réduit en poudre, utilisée pour la peinture corporelle. C'est celui qui nous concerne dans cet exposé.



Figure 36 : Fleur de *Lawsonia inermis*, d'après (60)

Le henné neutre ou *Cassia obovata*, fait partie de la famille des Crucifères. L'autre plante répondant au nom de henné est l'indigotier ou *Indigofera tinctorium*, de la famille des Papillonacées. Il est connu pour la teinture bleue extraite de ses feuilles, servant il y a quelques années à la coloration des jeans (42). Le henné est utilisé en cosmétique pour la teinture des cheveux, des ongles, de la peau. Les fleurs peuvent être utilisées pour parfumer le linge, pour réaliser des huiles odorantes et des pommades cosmétiques. Au Maroc, le henné est une plante aux vertus médicinales. On réalise des infusions pour soigner les ulcères, les diarrhées et les lithiases rénales. Des cataplasmes servent au traitement des pathologies dermatologiques comme l'eczéma, les mycoses, les furoncles, les gerçures et les abcès. Ils soignent aussi des pathologies rhumatismales comme la douleur et l'inflammation liées aux étirements ligamentaires. Le henné est utilisé dans l'artisanat comme constituant de l'apprêt des peaux fines en maroquinerie de luxe, et comme teinture de la laine et de la soie (61).

5.3. PREPARATION DE LA PATE ET REALISATION DU TATOUAGE (62)

La pâte est réalisée à partir de la poudre obtenue après séchage et broyage des feuilles de henné. La poudre est mélangée avec une petite quantité d'eau et des huiles essentielles d'oranger ou de rose. Ces dernières prolongent la durée du dessin. Cette pâte est déposée sur la peau suivant un pochoir, à l'aide d'un corps de seringue sans aiguille, pour former un trait fin.

5.4. LA COULEUR DU TATOUAGE AU HENNE (62)

La couleur du tatouage au henné dépend de l'épaisseur de la pâte déposée et surtout de son temps de pose, qui doit être au minimum d'une heure. Elle s'estompe au bout de 2 à 3 semaines en passant du marron à l'oranger. Pour foncer la teinte, et pour raccourcir le temps de pose de la pâte, les mélanges de henné étaient enrichis avec un colorant, le PPD ou paraphénylènediamine et ses dérivés. Ces produits entrent notamment dans la composition de teinture capillaire et de textile, et de traitement du cuir, mais aussi des encres d'imprimerie, des jeans, du caoutchouc, des cirages, des réactifs de photographe et des tuyaux de pompes à essence. Ces colorants s'avèrent très allergisants. Il faut également tenir compte des réactions croisées avec certains filtres solaires comme le PABA ou acide para aminobenzoïque et ses dérivés.

Les troubles cutanés engendrés seront décrits ultérieurement dans cet exposé. Depuis le 02/09/2005, parmi les cosmétiques, seules les teintures pour cheveux peuvent contenir de la PPD à un maximum de 6% en concentration. Et sa présence dans les teintures pour cheveux doit être signalée par : « contient des diaminobenzènes » et « peut provoquer une réaction allergique ». Les produits contenant du PPD ne peuvent pas être utilisés pour colorer les cils et les sourcils.

5.5. RITES ET COUTUMES ASSOCIES AU TATOUAGE AU HENNE (62)

Dans la culture musulmane, le henné est un des arbres du paradis. Le jour de la pose d'un tatouage au henné est donc sacré. Le rituel le plus connu est celui de « la nuit du henné » consacré à la cérémonie du mariage. Avant de se marier, la femme doit se faire des tatouages au henné. Ceci correspond à une promesse d'entente entre les époux, de fertilité, d'amour et de bonheur. La naissance, le baptême et la circoncision sont encore de nos jours, des rites associés au tatouage au henné dans la culture musulmane.

5.6. LES ALLERGIES AU HENNE NOIR (42)

Lors d'un tatouage au henné noir, enrichi en PPD, un eczéma peut apparaître 15 jours plus tard. Les symptômes sont : rougeur, œdème, prurit et éruption au niveau de la zone tatouée. Un traitement local à base de corticoïdes sous forme de crème est instauré et parfois par voie générale si cela s'avère nécessaire. Le traitement dure 3 à 4 semaines. Parfois, une coloration brune peut persister à l'emplacement du tatouage. Une fois que le PPD provoque une allergie de contact, des réactions d'hypersensibilité peuvent se déclarer lors de contact avec des produits dérivés du PPD.

6. LE MAQUILLAGE PERMANENT

Le maquillage permanent est une technique très prisée par les femmes européennes et américaines. C'est un tatouage pratiqué par des dermatologues, des esthéticiens ou certains tatoueurs. Ce maquillage est réalisé à l'aide d'aiguilles très fines qui ne pénètrent pas en profondeur dans la peau, mais en surface. Elles permettent ainsi l'introduction de pigments minéraux, préalablement testés en laboratoire pour éviter des allergies. Ces pigments s'éliminent seuls au fil du temps. Dans les deux à trois années suivant l'acte, il faut refaire le maquillage. Cette pratique est souvent utilisée pour maquiller les sourcils, le contour des yeux et celui des lèvres. L'opération dure entre une et quatre heures. Pendant les deux semaines suivant l'acte, la peau peut être rouge et un peu gonflée. Il est alors justifié de conseiller au patient d'utiliser un antiseptique et une crème hydratante chaque jour pendant la période

nécessaire (63). Jusqu'à complète cicatrisation, il est préférable que le patient se protège du soleil avec des lunettes et de la crème solaire écran total. La piscine, le hammam, le sauna, ainsi que les UV en cabine devront lui être présentés comme des activités à éviter (44).

Tout le monde ne peut pas avoir recours au maquillage permanent, il existe des contre-indications à cette technique. C'est le cas des maladies infectieuses et virales, des maladies de peaux évolutives, du diabète insulino-dépendant, et de toutes pathologies ophtalmologiques (64). Le maquillage permanent du contour des lèvres est également à éviter lorsque des injections de silicone ont été pratiquées aux niveaux de la bouche (44).

7. LES TECHNIQUES DE CORRECTION D'UN TATOUAGE

7.1. LE RECOUVREMENT (9)

Une personne peut avoir recours au recouvrement lors d'une mauvaise réalisation d'un précédent tatouage ou lorsque les couleurs du tatouage ont pâli. Le tatouage destiné au recouvrement sera plus grand et plus foncé que celui d'origine.

7.2. LE DETATOUAGE

Le détatouage est une technique contemporaine à celle du tatouage. D'après une enquête d'association scientifique médicale, environ 50% des personnes tatouées ont envisagé d'entreprendre une démarche pour effacer leur tatouage (45). David Le Breton précise dans son livre « *Signes d'identités* », que sur 188 personnes tatouées, 120 sont tatouées avec un dermographe par un professionnel. Parmi elles, seulement 9.2% se détatouent, et ce pourcentage passe à 47.1% pour les personnes tatouées à la main (1). Les raisons du détatouage sont : un impératif professionnel, un changement de style de vie et le désir d'oublier l'époque où il a été réalisé (prison, gang...), le fait que le tatouage soit délavé, mal fait, démodé, ou que la peau ait vieilli. D'autres se détatouent pour refaire un tatouage (1). Plusieurs techniques de détatouage existent : l'ablation chirurgicale, les greffes de peau, la dermabrasion réalisée par un médecin, par soi-même ou par une tierce personne. Mais

désormais, c'est le laser qui s'impose, et l'intervention est pratiquée par un dermatologue ou un chirurgien.

7.2.1. Le trempage (45)

Le trempage consiste à mettre en contact le tatouage et de l'eau de mer pendant plusieurs heures. Le principe repose sur l'attraction osmotique créée entre le milieu hypertonique de l'eau de mer et les tissus cutanés. Cette technique est lente et les résultats sont aléatoires.

7.2.2. La destruction thermique (45)

La destruction thermique était une ancienne technique de détatouage. La cautérisation pouvait être réalisée avec des charbons ardents, un fer rouge, une cigarette incandescente, ou même un fer à souder. Les inconvénients principaux étaient la douleur vive qui en résultait et les cicatrices résiduelles qui étaient nombreuses.

7.2.3. Le détatouage au bistouri électrique (45)

Le bistouri électrique est utilisé sous anesthésie locale. Il se produit une fulguration sur la zone tatouée, une escarre se forme alors pour disparaître quelques jours plus tard. Les cicatrices sont visibles, mais acceptables. Par contre, le principal inconvénient de cette technique est de laisser une image dite « fantôme » du tatouage, plus claire.

7.2.4. Le photocoagulateur à infra rouge (45)

Le photocoagulateur à infra rouge s'utilise sous anesthésie locale. La sonde infra rouge est mise au contact du tatouage sur la peau. Elle provoque alors une coagulation des protéines de l'épiderme et leur élimination ultérieure. Le détatouage s'obtient par répétition de l'acte à plusieurs jours d'intervalle. Mais le résultat reste souvent imparfait : si les pigments ont migré trop profondément, il est impossible de les atteindre avec la sonde et donc de les éliminer.

7.2.5. La cryothérapie (45)

Appelée aussi cryochirurgie, la cryothérapie est une technique récente. Le réalisateur du détatouage peut appliquer au coton de l'azote liquide qui crée une gelure, mais le clivage formé est souvent trop superficiel. Il peut alors utiliser un pulvérisateur pour mettre en contact l'azote liquide et le tatouage, mais cette technique est trop agressive et les cicatrices résultantes sont inesthétiques.

7.2.6. La salabrasion et la dermabrasion (45)

L'utilisation du sel, NaCl, pour le détatouage remonte à 543 avant J.C. Après une anesthésie locale, l'acteur frotte le tatouage avec du sel de cuisine au moyen d'un tampon de compresses, jusqu'à ce que la zone devienne rouge mais sans provoquer de saignement qui augmenterait le risque de cicatrice. Ensuite il faut rincer abondamment, mettre un pansement sec et le changer chaque jour. Ici on combine l'effet mécanique des cristaux de sel et son pouvoir osmotique. Le sel provoque la fuite des pigments vers le milieu extracellulaire devenus mobiles par transport osmotique. Ce pigment est alors évacué dans le pansement ou dans la lymphe. Les grands tatoueurs professionnels utilisent cette technique. Mais quand le tatouage a été réalisé par des amateurs, les pigments sont souvent incrustés plus profondément et cette technique est insuffisante. La dermabrasion reprend le même principe, excepté que la fonction mécanique est assurée par une meule diamantée.

7.2.7. La destruction chimique (45)

La destruction du tatouage par des agents chimiques est efficace lorsqu'elle succède à une étape de dermabrasion. Différentes substances chimiques peuvent être utilisées : le permanganate de potassium, l'acide trichloroacétique ou le tanin.

7.2.8. La toile émeri (45)

Cette technique de détatouage manuelle est abandonnée. Sous anesthésie locale, des produits type chlorure d'éthyle, étaient pulvérisés pour durcir les tissus. Puis, une meule

diamantée ou un rubis, tournant à 20 ou 30 000 tours par minute, abrasait la zone à détatouer. Cette méthode entraînait un saignement abondant et nécessitait un nettoyage consciencieux avec des compresses et du sérum physiologique. Pour finir, un pansement gras était placé sur la zone.

7.2.9. La chirurgie d'exérèse (45)

La chirurgie d'exérèse repose sur l'ablation chirurgicale de la peau tatouée. C'est une pratique très utilisée. Il ne reste aucune trace pigmentaire du tatouage, mais elle laisse des cicatrices. Lorsqu'il s'agit d'un tatouage de petite taille ou que sa forme le permet, la fermeture peut se faire par suture simple ou lambeau.

7.2.10. Le dermatome ou rasoir de Lagrot (45)

Le dermatome permet de prélever des greffes de peau de différentes profondeurs. C'est la technique idéale pour éliminer un tatouage de surface importante ou profond. Plusieurs séances sont nécessaires sous anesthésie locale ou générale.

7.2.11. Le bistouri circulaire ou punch (45)

Le bistouri circulaire permet de couper une « pastille » cutanée par un double mouvement de pression rotation. La fermeture est faite par une suture simple. Cette technique est idéale pour ôter des tatouages au niveau des doigts de la main.

7.2.12. Le laser

a) Mode de fonctionnement du laser (45)

Seul un dermatologue ou un chirurgien peut pratiquer l'intervention. Le laser est une technique très onéreuse et le détatouage n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Le laser permet de détatouer selon la densité et la profondeur des pigments à traiter, ainsi que des couleurs à extraire. C'est une technique plus sûre que les précédentes, puisqu'elle permet d'éliminer progressivement le tatouage tout en laissant intacte la peau environnante. Suivant

la surface concernée, l'étendue du tatouage, les pigments utilisés ainsi que leur profondeur, une ou plusieurs séances seront nécessaires. Le laser cible la couleur du pigment. Le bleu, le noir, le vert sont les pigments les plus faciles à extraire. Le rouge est le plus difficile et le jaune peut être aussi délicat à éliminer. La lumière du laser est spécifique et cohérente, elle ne cible avec sa longueur d'onde unique qu'un seul objectif. Le temps d'émission est bref, donc l'énergie laser n'a pas le temps de créer de lésion en traversant la peau. Lorsque le faisceau laser atteint sa cible solide, celle-ci éclate sous l'effet photothermique et sous l'effet photoacoustique associé. Tout d'abord, on observe une élimination transépidermique immédiate du pigment, puis une phagocytose par les macrophages pour les micros particules restantes. En sortant de la peau, ces micros particules d'encre ébrèchent la barrière cutanée et provoquent un léger exsudat rougeâtre constitué de sang et de plasma. Les micros particules restantes sont absorbées et digérées par les macrophages en environ six semaines, délais nécessaire entre chaque séance.

b) Les différents types de laser

Il existe plusieurs types de laser. Le plus ancien est le laser CO₂. Le détatouage se fait par photovaporisation de l'épiderme, entraînant une vaporisation instantanée de l'eau des milieux intra et extra cellulaires présente dans les tissus visés (45). Mais avec ce laser, il y a un risque de formation d'une chéloïde et une marque fantôme demeure, avec une anomalie de texture et de coloration de la peau (46). Les nouveaux détatoueurs lasers sont les lasers Q-Switched. Ils sont au nombre de trois : le Rubis, le Yag et l'Alexandrite. Ce sont des lasers ultra-pulsés basés sur le principe de la photothermolyse sélective. Ils font disparaître les tatouages quasiment sans laisser de trace. Le laser Q-Switched Rubis agit sur les pigments verts, turquoises et même sur les noirs. Le laser Q-Switched Yag détruit sans difficulté les pigments rouges et les noirs, mais il est inefficace sur les pigments verts et sur les turquoises. Le Q-Switched Alexandrite agit préférentiellement sur les pigments noirs, verts et bleus, mais moins sur les pigments rouges. Ce dernier laser est moins rencontré car son cristal est très fragile et donc moins précis (47).

c) Les soins consécutifs à un détatouage au laser (45)

A la fin de chaque séance, le médecin applique une couche de Biafine®, puis met un pansement à garder 48 heures. Cette zone devra être nettoyée régulièrement et la crème

appliquée de nouveau. Une douche peut être prise 24 heures après la séance, à condition de ne pas frotter la zone traitée. Après la première séance, le tatouage apparaît plus diffus.

d) Avantages du détatouage au laser (45)

Le laser émet de la lumière en flashes très courts : les pulses. L'impact de l'énergie dégagée par chaque pulse est équivalent au claquement d'un élastique sur la peau. La majorité des personnes ayant recours à cette technique prétendent que c'est moins douloureux que le tatouage lui-même. Mais certains appliquent tout de même 30 minutes à 1 heure avant l'intervention une crème Emla®, à base d'un anesthésique local. En général, le détatouage au laser demande de trois à dix séances, selon la profondeur et la nature des pigments et l'étendue du tatouage. Dans la majorité des cas, au minimum 95% du dessin disparaît. Il existe plus d'une centaine d'encres différentes, sans compter les variantes apportées par chaque tatoueur.

e) Inconvénients du détatouage au laser (45)

Les effets secondaires rencontrés le plus fréquemment sont les brûlures, dues à un mauvais réglage du laser et des infections, dues à de mauvaises conditions opératoires, à un manque d'hygiène ou de soins, que ce soit avant, pendant ou après la séance.

Il existe tout de même des restrictions aux détatouages laser et toutes les zones ne peuvent pas être détatouées. La grossesse est bien sûr une contre indication à cause du risque d'infections. Pour ôter un tatouage, il faut qu'il ait été réalisé au moins un mois avant et la zone ne doit pas être bronzée car il y a un risque d'hypopigmentation. L'exposition solaire est interdite durant les deux mois suivant la séance par risque d'hyperpigmentation. On ne peut donc pas se faire détatouer à n'importe quelle saison de l'année : l'été est à éviter à cause des expositions solaires et de la chaleur qui majore les risques d'infection. Lorsque le détatouage a lieu sur une peau colorée, le tatouage réapparaît en négatif.

IV. L'IMAGE DU CORPS

Dans notre société, le statut du corps a changé. Il est devenu un accessoire, un objet manipulable selon les propres envies de chacun. D'après Russell Banks, dans « *Sous le règne de Borne* » : « un tatouage vous fait ce genre de chose : il vous fait penser à votre corps comme à un costume particulier que vous pouvez mettre ou enlever chaque fois que vous en avez envie » (1). Cette nouvelle vision du corps a ouvert les portes d'une industrie sans fin se propageant grâce à une médiatisation importante. Les modifications corporelles, la chirurgie esthétique, les régimes alimentaires, les cosmétiques et le bodybuilding visent à montrer la pleine possession de son corps. Chacun ne subit plus le corps qu'il a, puisque chacun peut le façonner selon son désir et son imagination. D'après David Le Breton : « la tâche poursuivie est bien d'être re-marqué, au sens littéral et figuré, de renchérir sur soi, d'affirmer le signe de sa différence » (1). Comme nous l'avons vu plus tôt dans l'exposé, le piercing et le tatouage sont des actes d'origine tribale retrouvés à toutes les époques et sur tous les continents. La connotation négative associée aux piercings, tatouages, implants sous-cutanés, burning, branding, par les générations plus anciennes dans les années 1970-1980, a laissé place en quelques années, à un véritable engouement des jeunes et notamment des adolescents. Ces techniques peuvent symboliser une appartenance comme une singularité et elles sont une nouvelle forme de quête identitaire dans une société de plus en plus individualiste.

1. LES MODIFICATIONS CORPORELLES ET LA SOCIETE (1)

Pendant longtemps, les modifications corporelles ont été considérées comme des pratiques antisociales, des techniques qui correspondent à des actes d'automutilation visant à « estropier » le corps. Une banalisation progressive des modifications corporelles apparaît au sein des communautés urbaines et ces pratiques se propagent à l'ensemble de la société par l'intermédiaire de mannequins, sportifs et stars du showbizness. Ces techniques connaissent une véritable explosion aux USA à partir des années 1980, notamment dans les milieux gay et sadomasochistes. Mais en France, le piercing n'est reconnu que depuis 1994. C'est Jean-Paul Gaultier qui a fait apparaître cette pratique lors d'un défilé de mode diffusé à la télévision. Le

premier salon de piercing a ouvert à Paris en novembre 1994, sous une franchise américaine. Auparavant, il fallait aller à Londres ou à Amsterdam pour se faire percer.

Les modifications corporelles touchent les deux sexes et toutes les classes sociales, ce n'est pas seulement un phénomène de mode, elles représentent une nouvelle forme de séduction, une touche esthétique. Le tatouage n'est plus associé au stéréotype d'hommes costaux, virils, agressifs, ex-taulards, marins et routiers. De même pour le piercing qui est devenu un accessoire de mode, surtout pour les jeunes filles. Les dessins, les couleurs des tatouages sont plus doux, plus fins. Pendant plus d'un siècle, le tatouage représentait la délinquance, la marginalité. Cette idée demeure encore et est souvent cause de conflits entre parents et adolescents.

1.1. LES RELIGIONS ET LES MODIFICATIONS CORPORELLES

La Bible interdit toute intervention sur le corps. L'acceptation de son corps est une preuve de soumission à Dieu. Seule la marque d'origine divine peut sauver de la mort, elle ne vient pas des hommes. Le tatouage est toléré seulement s'il n'a pas une connotation païenne. Les Croisés se marquaient d'une croix pour être reconnus et enterrés sous une sépulture chrétienne. Le Coran, tout comme la Bible, n'approuve pas l'altération d'un corps créé par Dieu. Mais il ne contient aucune opposition vis-à-vis notamment du tatouage au henné, qui est une pratique courante chez les Islamistes pour ses propriétés prophylactiques et thérapeutiques, comme nous l'avons vu précédemment.

1.2. MODIFICATIONS CORPORELLES ET MARQUES D'INFAMIE

Le tatouage et les marques corporelles en général, étaient souvent réservés aux personnes exclues de la société : esclaves, prisonniers, juifs. Les esclaves étaient marqués au fer rouge du seau de leur maître. En France, les mendiants étaient marqués sur le front de la lettre M au XIV^{ème} siècle, les lettres GAL sur le front des navigateurs des galères royales, la lettre V sur

le front d'un voleur. L'exclusion était définitive. Les personnes marquées perdaient toutes chances de se réintégrer à la société.

1.3. LA MARGINALITE EN FRANCE ET LES MODIFICATIONS CORPORELLES

En France, à la fin du XIX^{ème} siècle, les peuples d'Océanie présentant des tatouages étaient considérés comme des « sauvages », des sous-hommes qui utilisaient leurs corps pour communiquer puisqu'ils étaient illettrés. A cette époque, en Occident, les personnes portant volontairement des tatouages étaient soit les marins, les soldats, les prisonniers et les prostituées, soit les gens en marge de la société, qui voulaient marquer leur identité et encore plus leur différence avec le reste de la société.

Après la première guerre mondiale, en France, le tatouage est devenu un signe distinctif utilisé par la police, et inscrit dans le casier judiciaire. Le tatouage était un excellent signe d'identité quasiment parfait puisque chacun recherchait l'originalité, le caractère unique, avec un emplacement original.

D'après les statistiques, en 1990, plus de la moitié des détenus étaient tatoués et 60% des personnes ayant un tatouage avait fait le premier en prison.

De nos jours, en prison, la marque corporelle permet au prisonnier de se reconstruire une nouvelle identité afin de mieux accepter le milieu carcéral. La douleur en prison est une preuve d'existence : les brûlures de cigarette, les mutilations et les ingestions d'objets sont donc courantes. Les prisonniers utilisent le tatouage pour exprimer leurs sentiments tels que la vengeance, le désir de retour à la liberté, la souffrance, le défi vis à vis des gradés et de la police. En effet, La pratique du tatouage entre prisonniers est interdite et le fait de se faire tatouer en milieu carcéral représente une transgression des règles.

1.4. LES HIPPIES ET LE TATOUAGE

Le mouvement hippie regroupait une esthétique, une éthique et une manière de vivre. Ce mouvement prônait la liberté, le plaisir, la connivence homme et nature, la confiance en l'être

humain. Le tatouage incarnait la liberté et le plaisir. Les motifs étaient les fleurs, les sigles de paix, les astres, des mots comme « peace » ou « love ». Les hippies utilisaient leur corps pour exprimer leur vision du monde et leur combat politique : ils luttèrent contre la guerre au Vietnam et prônaient la liberté sexuelle.

1.5. LES PUNKS, LES SKINHEADS ET LES MODIFICATIONS CORPORELLES

Le mouvement punk s'exprimait différemment du mouvement des hippies, il s'orchestrant autour d'un sentiment de haine de la société et de soi et il était extrême dans ses actes et ses idées. Les punks retournaient leur haine de la société contre leur corps. Comme les hippies, ils affichaient leur différence par la coiffure, la tenue, les tatouages et les modifications corporelles. Le piercing avait alors une dimension provocatrice et anti conformiste, bien loin de sa dimension esthétique. Les punks se faisaient les modifications corporelles entre eux et revendiquaient les imperfections de leur tatouage, piercing, scarification... Ils inscrivaient des messages de haine, de mépris qui étaient toujours visibles de tous : sur le crâne, le cou, les joues et autour des yeux.

Les jeunes adeptes du mouvement skinheads étaient issus du milieu ouvrier et se sentaient abandonnés, rejetés par la société. Ils étaient racistes, nationalistes, agressifs et violents. C'est la violence qui leur permettait d'exister, de s'exprimer dans la société qu'ils haïssaient tant. Leurs tatouages étaient souvent des têtes de mort, des symboles agressifs et des emblèmes nationalistes.

2. LES MODIFICATIONS CORPORELLES ET LES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (1)

Comme les situations à risques, les modifications corporelles servent à donner un sens à la vie, à combler un vide. Dans nos sociétés actuelles, les liens familiaux bougent beaucoup, ne sont plus des bases aussi solides qu'avant et les modifications corporelles permettent de marquer son corps avec des appartenances imaginaires dans le but de protéger, de rassurer l'individu contre les autres. Une personne qui manque de confiance en elle, qui est nerveuse,

anxieuse, touche son tatouage, joue avec son piercing. L'acte du tatouage serait plus important que le signe lui-même, alors que le piercing est plus une marque de coquetterie. Le tatouage peut résulter d'un effet de mode ou il peut résulter d'un pari, d'un événement important, de l'appartenance à une bande. Le tatouage et le piercing font partie intégrante de la culture des jeunes, chez qui l'apparence et l'esthétisme occupent une place essentielle. Les personnes mal dans leur peau pensent qu'une modification corporelle les aidera à se sentir mieux, à être acceptés par la société.

2.1. L'INFLUENCE SOCIALE

Le plus souvent, l'idée, l'envie de faire une modification corporelle vient du fait de l'avoir vue sur quelqu'un. Cela peut être sur des inconnus dans la rue, des « copains » de lycée, des membres de la famille, dans un magazine, mais surtout les stars, les chanteurs, les people, les sportifs. Le chanteur M. Pokora est un adepte de tatouages tribaux et de piercings au nez et à l'oreille. La chanteuse Pink a un piercing à la langue et au téton. Angelina Jolie arbore plusieurs tatouages. Sony Bill William est un joueur de rugby portant un tatouage au bras. La population la plus influençable se trouve chez les adolescents qui aiment imiter leurs idoles : même coiffure, même vêtement, même langage et donc même modification corporelle. Ils recherchent un modèle pour se construire une identité.

2.2. LA DECISION DE REALISER UNE MODIFICATION CORPORELLE

De nos jours, la majorité des individus ne font plus un tatouage sur un coup de tête, à la sauvette. C'est une décision mûrement réfléchie et l'acte est accompli par un professionnel. Le motif, l'emplacement, le choix de la boutique, tout est étudié. Certains attendent un moment important de leur vie pour le réaliser. Les jeunes sont conscients que le tatouage reste à vie. Ils appréhendent la douleur et un motif mal réalisé. Ce n'est plus tellement une preuve de rébellion ou de courage.

La décision de réaliser un piercing est le plus souvent spontanée, car le bijou peut être enlevé sans laisser de traces et changer quand la personne le souhaite. Ce qui n'est pas le cas du tatouage qui est définitif.

Ceux qui attendent pour réaliser un piercing et réfléchissent, ont pour principales raisons :

- Ils ne sont pas encore majeurs et ont besoin de l'accord des parents.
- Ils appréhendent la réaction, le jugement de leurs proches.
- Ils ont un examen oral, un entretien d'embauche à passer.

Cette attente traduit la peur d'être rejeté, d'être méprisé par quelqu'un ayant des préjugés vis-à-vis des modifications corporelles.

Le souci de la douleur au moment d'une modification corporelle revient beaucoup plus comme question que celle sur les risques infectieux encourus. La société actuelle tend à bannir la douleur et c'est un critère souvent utilisé pour mesurer la qualité de l'acte. Cependant, les tatoueurs et les perceurs ne sont pas autorisés à utiliser d'anesthésiques ni d'antalgiques. Par contre, le client peut se faire prescrire de l'Emla[®] sous forme de patch ou de crème par son médecin traitant.

2.3. LES SIGNIFICATIONS SUBJECTIVES DES MODIFICATIONS CORPORELLES

De nos jours, seul le porteur de la modification corporelle en connaît la signification, c'est sa propriété. Pour un même tatouage, de multiples significations existent. Parfois la signification est même inexistante, puisque la personne l'a choisi par goût pour le motif ou pour les couleurs.

2.4. LE SOUVENIR DE L'ACTE

Au même titre que le vieillissement de la peau et les cicatrices, les modifications corporelles racontent l'histoire du corps. Elles retracent les différentes étapes de la vie et restent pour les rappeler. Le percé, le tatoué, en regardant leur modification corporelle se souviennent dans quelles circonstances elle a été réalisée. Ce sont des moments importants qui expliquent le cheminement suivi pour parvenir à la construction de soi.

2.5. LES MODIFICATIONS CORPORELLES ET LA PROTECTION DE SOI

Une modification corporelle peut être un talisman, pour protéger contre la maladie, contre quelque chose qui est craint. Il peut servir de porte-bonheur représentant le chiffre 13, un as de pique, un fer à cheval, pour quelqu'un dans une mauvaise passe. Cette modification corporelle peut même modifier le caractère de la personne. En effet, cette dernière se sentant protégée, peut prendre de l'assurance et prendre confiance en soi.

2.6. LES MODIFICATIONS CORPORELLES ET LA TRANSFORMATION DU CORPS

Lorsqu'il s'agit de l'effet de mode, que la personne veut imiter une star, elle se contentera généralement d'une seule modification corporelle. Par contre, pour certains individus, c'est le début d'une véritable transformation de leur corps : soit parce qu'ils veulent retrouver les sensations ressenties au moment de l'acte, soit pour l'esthétisme et pour continuer leur métamorphose. Cela devient pour certains une vraie dépendance. Ils en veulent toujours plus, jusqu'à ce qu'il ne reste plus un espace de peau « nue ». Le tatouage et le piercing vont de paire dans cette modification du corps. Les personnes au corps entièrement recouvert sont soit des professionnels perceurs, tatoueurs, soit des personnes qui en vivent comme Lizardman (dont c'est le nom de scène), dont la **figure 37** nous montre une représentation. Lizardman a également des implants aux arcades, les dents taillées en pointes et une langue bifide rappelant celle des serpents, comme le montre la **figure 38**.



Figure 37 : Lizardman, d'après (38)

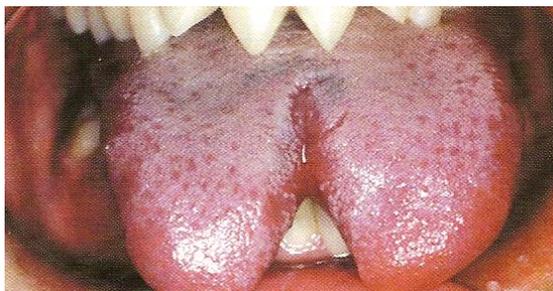


Figure 38: Langue de serpent, d'après (3)

2.7. RELATION ENTRE LA MODIFICATION CORPORELLE ET SON PORTEUR

La haute surveillance requise en début de pause du piercing à cause des risques d'infection, d'arrachement, peut avoir plusieurs effets sur l'individu :

- Une narcissisation de l'emplacement de la modification corporelle : contemplation dans la glace, jeux avec le bijou, frôler les contours du tatouage, lui parler...
- Un changement dans les habitudes de vie, comme pour dormir, se laver, se déshabiller, manger et faire du sport. C'est un nouvel apprentissage de vie.
- L'apparition d'un « tic » : une relation, une connexion s'établit entre l'objet et son porteur. L'objet fait partie de l'être, le porteur l'a soigné, surveillé pendant une longue période. Son contact rassure, l'ennui passe plus vite.

2.8. LA DIFFERENCE ENTRE LES SOCIETES TRADITIONNELLES ET LES SOCIETES CONTEMPORAINES

Il convient de différencier le rite de passage des sociétés traditionnelles du rite de passage des adolescents des sociétés occidentales contemporaines. Les jeunes occidentaux cherchent à sortir de la société et à distinguer leur individualité, alors que le rite de passage des sociétés traditionnelles leur permettait d'entrer, d'appartenir à cette société en oubliant leur individualité.

3. LES MODERNES PRIMITIFS

Les modernes primitifs sont des personnes, dans les pays développés, qui se livrent à la modification du corps au cours de rituels et de pratiques faisant référence à ceux des sociétés traditionnelles et en leur rendant hommage. La douleur fait partie intégrante de ces pratiques. Les motivations des adeptes varient, il peut s'agir d'un but personnel, d'un rite de passage spirituel ou de curiosité (58). Le plus célèbre des primitifs modernes est Fakir Musafar, qui a créé ce mouvement aux Etats-Unis à la fin des années 1970. Il est né en 1930 dans une

réserve indienne du Dakota du sud. Il a fait de brillantes études et a longtemps travaillé dans le domaine de la publicité (55).

Sept techniques sont recensées et pratiquées par Fakir Musafar :

- La contorsion : étirement du corps.
- La constriction : compression du corps.
- La déprivation : restriction de mouvement, isolement dans des cases.
- L'encombrement : suspension de poids sur diverses parties du corps visant à l'allongement.
- La pénétration : piercing, planche à clous.
- La brûlure : marquage au fer rouge.
- La suspension : à l'aide de crochets en particulier (1), comme le montre la **figure 39**.



Figure 39 : Fakir Musafar réalisant une suspension, d'après (55)

Fakir Musafar décrit ses adeptes comme suit : « toute personne non tribale répondant à des besoins originels et faisant quelque chose de son corps ». Il est connu pour s'infliger tous types de marques corporelles et de performances en public. Il s'enfonce notamment des aiguilles dans le corps, comme le montre la **figure 40**. Il est percé au nombril, aux tétons, aux oreilles. Il accroche des objets lourds à sa poitrine par des hameçons pour ainsi appliquer des charges à ses piercings, ou il se suspend par eux. Il s'est aussi infligé une opération qui allonge le pénis par des poids qui sont fixés sur ce dernier, perdant toute capacité de reproduction. Fakir Musafar est aussi connu pour la structure de métal qu'il porte régulièrement : c'est une technique originaire des hindous de Chiva, elle consiste en une série de longues pointes pénétrant le corps et formant une sorte d'éventail (1), comme le montre la **figure 41**.



Figure 40 : Fakir Musafar avec des aiguilles dans le corps et une constriction de la taille, d'après (51)

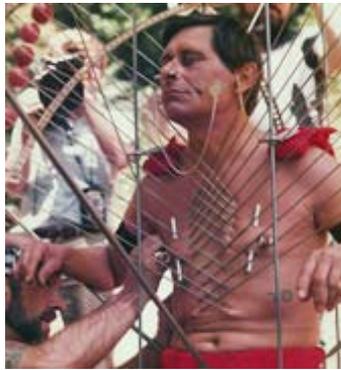


Figure 41 : Fakir Musafar reproduisant le rituel d'une société traditionnelle, d'après (55)

DEUXIEME PARTIE :

RISQUES,

COMPLICATIONS, ET

SECURITE SANITAIRE

I. EPIDEMIOLOGIE

Depuis quelques années, le tatouage, tout comme le piercing, sont à nouveau entrés dans nos mœurs. Dans le monde, on cite entre 5 à 10% de fréquence : ce chiffre varie selon le milieu considéré. Le tatouage s'observe plus chez les hommes, bien qu'il soit en augmentation dans la population féminine. L'âge du premier tatouage se situe entre 15 et 20 ans, c'est-à-dire pendant l'adolescence. Le perçage des oreilles et le perçage corporel, touchent essentiellement les 18 - 20 ans.

Aux Etats-Unis, entre 73 et 83% des femmes ont les oreilles percées. Entre les années 1960 et 1980, le nombre d'américaines tatouées a quadruplé. Chez les adultes, la population carcérale reste la plus adepte : en 1999, dans une prison de l'Illinois, sur 279 personnes, 28.7% étaient tatouées. En 2001, dans une université américaine, 51% des étudiants avaient au moins un piercing et 21% étaient tatoués (45).

En France, plus de 100 000 actes par an de piercings et de tatouages (21) sont réalisés par 1000 à 2000 tatoueurs ou perceurs et 5 millions de français portent au moins un piercing. En France, les dernières études montrent qu'un tiers des jeunes de 16 à 25 ans portent au moins un tatouage ou un piercing, mais la prévalence des pratiques est mal connue et varie selon les zones urbaines ou rurales. En 2003, en France, 32% des jeunes âgés de 11 à 19 ans se disent tentés par la réalisation d'un piercing, sachant que l'âge du premier piercing est de 16 ans (17).

Le risque de contamination lors de la réalisation d'une modification corporelle est difficile à évaluer, car très peu d'études ont été réalisées à ce sujet. On estime cependant entre 25 et 30% le nombre des personnes ayant eu des complications liées à une cicatrisation longue. 10 à 30% des piercings se compliquent d'une infection bactérienne locale, soit pendant l'acte, soit pendant la cicatrisation. Les infections bactériennes, généralement moins graves, sont plus fréquentes que les infections virales de mauvais pronostic, mais les infections bactériennes peuvent également se généraliser et entraîner alors une septicémie ou une atteinte cardiaque (17). Les principales infections virales survenant à la suite d'une modification corporelle sont les hépatites (48).

II. LES RISQUES SANITAIRES ET LES COMPLICATIONS LIES AUX MODIFICATIONS CORPORELLES

1. LES RISQUES SANITAIRES

Lors de la réalisation d'une modification corporelle, et plus particulièrement d'un piercing ou d'un tatouage, le risque d'infection par un microorganisme existe. En effet, dès que le sang d'une personne infectée entre en contact avec les muqueuses ou traverse la peau d'une autre personne, cette dernière peut être atteinte (14). Cela peut se manifester par la formation d'un simple abcès local ou aller jusqu'à une endocardite, ou encore, donner suite à des maladies virales chroniques. Il existe donc des risques d'origine bactérienne, virale, fongique et des facteurs de risques médicaux (17).

1.1. LES BACTERIES

Les infections bactériennes sont les plus fréquentes. Restant généralement locales, elles peuvent aussi se généraliser et avoir des conséquences graves. La flore résidente et la flore cutanée transitoire colonisent la peau. La flore résidente est constituée de micro-organismes vivants qui se multiplient à la surface du tégument, au niveau des conduits des glandes sébacées et des follicules pileux. Les staphylocoques à coagulase négative, les corynébactéries et le *Propionibacterium acnes* sont les principaux constituants de la flore résidente. Ces souches ne sont généralement pas pathogènes, mais elles peuvent le devenir par contact avec un corps étranger (17). La flore transitoire est une colonisation récente qui résulte d'un contact avec des personnes ou des objets (6). Les bactéries pathogènes les plus souvent rencontrées sont le Staphylocoque doré, les streptocoques, les entérobactéries et les pseudomonas. Les infections bactériennes retrouvées lors de la réalisation de tatouages ou de piercings sont essentiellement provoquées par les bactéries de la flore transitoire. Ces infections sont liées à un manque d'hygiène de la part des tatoueurs et des perceurs lors de la réalisation de ces modifications corporelles car les antiseptiques sont suffisants pour éliminer facilement et rapidement la flore transitoire. En France, 10 à 20% des personnes percées

développent une infection bactérienne locale à *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* β hémolytique du groupe A ou *Pseudomonas aeruginosa* et 24% des personnes percées développent une infection locale avec décharge bactérienne : les bactéries sont introduites dans le corps soit pendant la cicatrisation, soit lors de la réalisation de l'acte, du fait d'un manque d'hygiène (17).

1.1.1. Staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus est une bactérie répandue dans le monde entier. Elle est essentiellement présente où l'hygiène personnelle laisse à désirer et dans les hôpitaux où se développent des souches résistantes aux antibiotiques. Le staphylocoque doré est une bactérie cocci Gram positif. Ces bactéries sont le plus souvent disposées en grappes, non sporulées, immobiles et sont à coagulase positive. Il existe plusieurs souches qui produisent des toxines. Son hôte est l'homme. Le temps d'incubation de la bactérie est variable : le plus souvent il est de 4 à 10 jours, mais il peut durer jusqu'à quelques mois.

Il existe plusieurs modes de transmission. La contamination peut se faire par contact avec la personne qui héberge cette bactérie dans son organisme : 30 à 40% de la population porte *Staphylococcus aureus* dans ses fosses nasales. Un contact avec des lésions ou des sécrétions purulentes peut entraîner une infection. Il y a également un risque de transmission mère-enfant pendant l'accouchement (58).

Staphylococcus aureus est une bactérie pyogène et toxigène. Généralement, l'infection purulente reste locale et guérit dès que l'on a retiré le bijou, grâce à des soins locaux voire à une antibiothérapie probabiliste.

Mais il existe quelques cas en France de généralisation de l'infection par *Staphylococcus aureus* à la suite de piercing notamment. Une jeune fille française de 14 ans a développé une ostéomyélite suite à un perçage de l'oreille. Et une femme française percée au mamelon, porteuse d'une malformation cardiaque, a développé une endocardite. En France, en janvier 2004, une jeune fille est décédée des suites d'une endocardite infectieuse secondaire à un piercing au nez compliqué d'un staphylocoque doré. Un autre cas a été répertorié d'endocardite infectée à staphylocoque doré chez une femme percée au nombril souffrant déjà

d'une malformation cardiaque. Un seul cas de choc toxique en France a été constaté chez un enfant de 6 ans à la suite d'un perçage des oreilles.

Il semblerait que l'incidence des endocardites infectieuses ait augmenté ces dernières années dans les pays industrialisés et l'engouement pour les modifications corporelles n'y serait pas étranger. Dans la littérature on retrouve huit observations d'endocardites infectieuses liées à un piercing depuis 1991 au niveau mondial. Ce qui reste faible compte tenu du nombre d'actes réalisés (17).

1.1.2. Staphylococcus epidermitis

Staphylococcus epidermitis est une bactérie cocci à Gram positif et à coagulase négative. Cette bactérie fait partie de la flore résidente de la peau et des muqueuses. Elle est donc rarement rencontrée en temps qu'infection suite à un piercing ou à un tatouage, excepté chez les personnes dont les défenses immunitaires sont amoindries, ou sur un terrain favorable et affaibli. Cette bactérie a également la capacité de produire un biofilm qui lui permet d'adhérer aux surfaces des prothèses médicales notamment et des implants (58).

1.1.3. Streptococcus β hémolytique du groupe A

Streptococcus β hémolytique du groupe A est une bactérie cocci Gram positif. Ces bactéries sont le plus souvent disposées en chaînette et elles restent immobiles. Les Streptocoques sont des bactéries classées en fonction des propriétés antigéniques d'un constituant de leur paroi si elles le possèdent, sinon, suivant leurs propriétés physicochimiques. Le Streptococcus β hémolytique du groupe A est la bactérie la plus virulente. Ces bactéries sont disséminées par les particules de salive des malades ou des porteurs sains (58).

On retrouve 15 à 20% de porteurs sains de cette bactérie dans la population. Le plus souvent, cette bactérie provoque des érysipèles très inflammatoires, mais on retrouve tout de même quelques cas de choc septique. Un érysipèle est une inflammation aiguë de la peau liée à une bactérie. Il faut traiter assez rapidement car il y a un risque d'extension en profondeur, provoquant une cellulite, demandant un recours à la chirurgie et à un traitement antibiotique

lourd, avec possibilité de récurrence (58). Deux cas d'endocardite ont été répertoriés en France, l'un après un piercing du nez, l'autre après un piercing de l'oreille. Un adolescent de 17 ans a fait une arthrite aiguë et une glomérulonéphrite aiguë à la suite d'un piercing de l'oreille. Quelques cas d'angine de Ludwig ont été répertoriés après perçage de la langue. L'angine de Ludwig est une angine bactérienne accompagnée d'une douleur vive, d'une forte fièvre et d'une importante déformation du cou (17). Le traitement repose sur une antibiothérapie à la pénicilline (58).

1.1.4. Pseudomonas aeruginosa

Pseudomonas aeruginosa est un bacille Gram négatif, fin, droit, et très mobile grâce à un flagelle polaire. Cette bactérie peut être seule ou organisée en diplobacilles. Elle existe à l'état naturel dans les eaux stagnantes. Elle se développe sur tous les milieux, c'est une bactérie peu exigeante. Elle se retrouve également en flore de transit sur la peau et les muqueuses. Elle adhère aux zones inertes et aux lésions cutanées et cause des surinfections de plaies et de brûlures. Chez les personnes immunodéprimées, elle peut même conduire à une septicémie. Son éradication est difficile, beaucoup de souches sont résistantes aux antibiotiques et aux agents chimiques antibactériens (58). *Pseudomonas aeruginosa* est retrouvée le plus souvent lors des piercings de la cloison nasale ou de l'hélix, cartilage de l'oreille, entraînant alors des infections péri-chondrales puis chondrales (17).

1.2. LES VIRUS

Le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C, le virus de l'immunodéficience humaine, les herpès virus, les papillomavirus peuvent être transmis lors d'un acte de modification corporelle, si les conditions d'hygiène et d'asepsie ne sont pas respectées. Pour certains, les conséquences peuvent être graves.

1.2.1. Le virus de l'hépatite B ou VHB

a) Epidémiologie

Environ 2 milliards de personnes dans le monde en 2007 sont infectées par le VHB, essentiellement en zone tropicale. Plus de 360 000 parmi elles seront infectées de manière chronique. 600 000 personnes par an meurent de cirrhose ou de carcinome hépatique (48).

Les études montrent des niveaux variés de séoprévalence du VHB, expliqués par le contexte socio-économique et la vaccination. C'est l'Ile de la Réunion qui possède la prévalence la plus faible avec seulement 0,7% de la population touchée. Et c'est l'Afrique Noire qui a la plus élevée, puisqu'elle est même supérieure à 15%. Ce taux élevé est dû à une fréquente transmission mère-enfant et à une forte transmission sexuelle par manque d'usage du préservatif (58).

En France, on compte 910 000 sujets infectés, 150 000 porteurs chroniques asymptomatiques et 3000 à 6000 nouveaux cas par an d'hépatites aiguës. 90% des cas surviennent à partir de 20 ans, et pourtant il existe un vaccin (48).

b) La contamination

Le réservoir viral est humain. La contamination peut s'opérer de plusieurs manières. Elle se fait par contact des muqueuses et de la salive, par voie sanguine ou percutanée lorsqu'il y a des microcoupures. La transmission par transfusion de sang ou de dérivés sanguins est rare depuis l'exclusion des donneurs AgHBs+ et AchHBc+. La transmission iatrogène par matériel non stérilisé devrait être évitable grâce à l'évolution des règles de stérilisation et à la généralisation des matériaux à usage unique. Ce mode de contamination concerne la chirurgie, l'acupuncture, les techniques d'exploration invasive, les soins dentaires. La transmission peut se faire par piqûre accidentelle avec le matériel contaminé. La transmission peut se faire par toxicomanie intra veineuse, ou lors de réalisation de piercing, de tatouage. La transmission sexuelle peut être évitée par le port d'un préservatif. La transmission peut se faire de mère à enfant (58).

Lors d'une infection par le VHB, on compte 10% de porteurs chronique. Dans 50 à 70% des cas, l'infection est asymptomatique. Les personnes présentant le plus de risques sont les praticiens médicaux, les polytransfusés, les toxicomanes, les perceurs et les tatoueurs (17).

c) La prévention

Le virus de l'hépatite B est très résistant, mais il est sensible à l'eau de javel et au glutaraldehyde.(71). La prévention primaire est la vaccination : elle est en effet efficace à 96% chez le jeune adulte (17). C'est pourquoi l'OMS recommande depuis 1998 une vaccination massive contre l'HBV. En effet, vacciner tous les nouveaux nés et adolescents contre le VHB permettrait de réduire le taux de porteurs d'environ 90% en 25 ans (71). Mais en France, moins de 15% de la population française serait vaccinée et moins de 30% des enfants de moins de 2 ans à cause de la polémique autour des maladies démyélinisantes, alors que son imputabilité n'a pas pu être prouvée, et qu'aucun cas ne s'est déclaré avant l'âge de 6 ans. Pour ce vaccin, il n'y a plus de rappel vaccinal. Il est tout de même fortement conseillé de se faire vacciner pour les professionnels de santé, les perceurs, les tatoueurs et les adeptes de ces pratiques, ainsi que pour les personnes participant à l'élimination des déchets biologiques (17).

d) Le virus de l'hépatite B et l'évolution (5)

L'incubation du virus de l'hépatite B varie de 60 à 90 jours. Elle peut augmenter ou diminuer suivant la gravité de l'infection. C'est un virus à ADN circulaire bicaténaire sur les trois quart du cercle et monocaténaire sur un quart.

e) Le traitement (58)

A l'heure actuelle, on ne sait pas guérir l'hépatite B. Le but, une fois que l'on a développé l'atteinte hépatique chronique, avec une réplication virale active et des lésions hépatiques histologiques, est de prévenir l'évolution vers la cirrhose ou le cancer. Le traitement est lourd, à base d'interférons, et présente de nombreux effets secondaires. Mais tout le monde n'est pas justifiable d'un traitement. L'évaluation repose sur la biopsie hépatique et sur des critères biologiques.

1.2.2. Le virus de l'hépatite C ou VHC

a) Epidémiologie (48)

En France, en 2007, la prévalence est la suivante : on estime entre 500 000 et 600 000 personnes porteuses d'Ac anti-VHC, dont 80% à ARN VHC+. Plus de 50% ignorent leur

statut sérologique. On estime qu'il y a 5000 nouveaux cas par an, dont 70% associés à l'usage de la drogue.

b) Le virus de l'hépatite C

Le virus de l'hépatite C a été découvert en 1989 par les équipes de Michael Houghton et de Daniel W. Bradley (58). Ce virus appartient à la famille des Flaviviridae, au genre hepacivirus. Son génome est un ARN monocaténaire linéaire de polarité positive, contenu dans une capsidie protéique éicosaédrique. Il regroupe 6 principaux génotypes et suivant le génotype, le traitement est différent (5).

c) La contamination

Ce virus se transmet par voie sanguine. Les deux plus grands modes de contamination sont la contamination transfusionnelle, secondaire à des transfusions effectuées avant 1992 (8) et la toxicomanie par voie intraveineuse, notamment avec les échanges de seringues (19). La contamination peut se faire également par voie nasale où les pailles utilisées peuvent être souillées de sang, et lors de la réalisation d'un tatouage ou d'un piercing. La contamination professionnelle est rare en cas de piqûre accidentelle (17).

d) La prévention (17)

Il convient d'éviter de partager des objets pouvant être en contact avec du sang contaminé : les objets de toilette comme le rasoir, la brosse à dents, le peigne, la pince à épiler et le coupe-ongles. De même, il ne faut pas se prêter les bijoux de piercing, les boucles d'oreille. Une bonne stérilisation du matériel réutilisable et une utilisation de matériel à usage unique est la meilleure prévention.

e) Le dépistage de l'hépatite C (8)

Le virus de l'hépatite C peut rester plusieurs années à l'état latent. La personne infectée est donc ce qu'on appelle un porteur sain. Ce dernier ne présente aucun symptôme, mais il peut transmettre la maladie. Le danger est que beaucoup de personnes sont infectées par le virus sans le savoir et peuvent donc contaminer leurs proches, d'où l'importance du dépistage.

Le dépistage est proposé dans les cas suivants :

- Patients ayant eu avant 1992 une transfusion de sang ou de produits dérivés, une greffe de tissu, de cellules ou d'organe.
- Patients qui ont eu avant 1992 une intervention chirurgicale lourde, un séjour en réanimation, une hémorragie digestive, un accouchement difficile, des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie.
- Patients sous hémodialyse.
- Patients ayant eu une exposition nosocomiale lors d'actes invasifs type endoscopie avec biopsie avant 1997.

Le dépistage systématique de l'hépatite C est réalisé dans les cas suivants :

- Patients avec antécédents de toxicomanie.
- Enfants nés de mères séropositives pour le VHC.
- Lors d'une augmentation des ALAT.
- Patients ayant une séropositivité pour le VIH ou pour le VHB.
- Lors d'une asthénie inexpliquée.
- Lors d'antécédent d'ictère inexpliqué.
- Lors d'un comportement à risque : tatouage, piercing, acupuncture sans utilisation de matériel à usage unique.
- Personnes ayant reçu des soins dans un pays à forte prévalence du VHC comme l'Asie du Sud-Est, le Moyen-Orient, l'Afrique, l'Amérique du Sud,...
- Personnes incarcérées ou l'ayant été.

f) Le diagnostic et l'évolution de l'hépatite C (58)

L'hépatite C est généralement anictérique ou peu symptomatique, elle passe souvent inaperçue. De ce fait, l'examen clinique est peu informatif, sauf éventuellement chez les populations à risque. Le temps de latence est de quatre à six semaines. Lors d'une hépatite aiguë, le traitement commence seulement trois mois après le diagnostic établi, car il existe une possibilité de rémission spontanée.

g) Le traitement

Les trois premiers mois d'instauration de traitement sont primordiaux. Le traitement se compose d'interférons et de ribavirine (8). Les recommandations actuelles sont les suivantes :

un dosage de la charge virale doit être effectué à 0, 4 et 12 semaines. Si elle a diminué de plus de 2 Log après trois mois de traitement, c'est que le traitement convient. Le patient le poursuit, et normalement, après six mois, la charge virale devient négative. Si ce n'est pas le cas, on arrête le traitement (8).

Il n'existe pas de vaccin contre le virus de l'hépatite C. Et il semblerait que le simple port de gants à usage unique évite la transmission. C'est lors de tatouages ou de piercings réalisés le plus souvent hors des salons spécialisés, c'est-à-dire en prison, en festival, que la contamination par le VHC peut se faire, car le minimum d'hygiène, comme le port de gant ou l'utilisation d'aiguilles à usage unique n'est pas respecté. En 1999, un cas de transmission du VHC a été rapporté après un piercing de l'oreille effectué avec un pistolet (sachant que l'embase ne peut être stérilisée, des gouttes de sang, même microscopiques suffisent pour contaminer le client). Deux cas d'hépatite B fulminantes mortelles ont été recensés aux Etats-Unis (17).

1.2.3. Le virus du SIDA, VIH ou HIV

a) Epidémiologie

Le VIH ou virus de l'immunodéficience humaine a été découvert pour la première fois aux Etats-Unis en 1981 à la suite de la réapparition de plusieurs cas de pneumonies à *Pneumocystis carinii* et de sarcome de Kaposi. Les personnes atteintes étaient immunodéprimées et toutes homosexuelles. Quelques mois plus tard, on a constaté des cas de la maladie chez des toxicomanes par voie intra veineuse et chez des hémophiles. Le mode de contamination se faisait donc par la voie sanguine en plus de la voie sexuelle. Les premiers cas répertoriés en France datent de 1982 (58). Dans le monde, il y a environ 2,5 millions de nouvelles infections. En novembre 2007, on répertoriait 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH, la majorité vivant en Afrique Sub-saharienne et 2,1 millions de morts du SIDA. 27,1 millions de personnes sont mortes depuis le début de l'infection. En France, en 2005, l'Institut de Veille Sanitaire estimait à environ 6 700 les nouveaux cas de séropositivité. Ce chiffre est stable depuis 2003 (13).

b) Le virus du SIDA

Le virus du SIDA est un rétrovirus. Il appartient à la famille des lentivirus. Ce virus possède une enveloppe composée des restes de la membrane de la cellule infectée. Cette enveloppe est recouverte de deux types de glycoprotéines : la gp41 et la gp120. Le VIH infecte donc essentiellement les cellules portant ce récepteur à leur surface, qui sont majoritairement les lymphocytes TCD4+. Le génome du VIH se compose de 9 gènes. C'est un simple brin d'ARN en double exemplaire, accompagné d'enzymes, qui sont les principales cibles des traitements antiviraux (5). La période d'incubation du virus est longue et donc la maladie a une évolution lente (58).

c) La transmission du VIH

Le VIH est présent dans de nombreux fluides de l'organisme : la salive, l'urine, les larmes, mais il a été prouvé que la concentration est insuffisante pour qu'il y ait contamination. La transmission par ces fluides est donc considérée comme négligeable. Par contre, la concentration en VIH est suffisante pour entraîner une infection dans les fluides suivant : le sang, le lait maternel, le sperme, le liquide précédant l'éjaculation (58).

Les deux modes de contamination sont les suivants :

- Les rapports sexuels non protégés hétéro ou homosexuels, qui est la première cause de contamination.
- Le contact avec du matériel contaminé : c'est le cas du personnel de santé, des toxicomanes, des transfusés, des perceurs, des tatoueurs, du personnel chargé de l'élimination des déchets (58).

d) La prévention (13)

Il n'existe pas de vaccin contre le VIH. C'est donc à chacun d'éviter au maximum le contact avec le virus par des méthodes simples, comme le port du préservatif lors d'un rapport sexuel, le dépistage systématique du sang des donneurs, l'utilisation de seringues à usage unique par les toxicomanes. Les perceurs et les tatoueurs doivent stériliser le matériel qui n'existe pas à usage unique afin de protéger leur clientèle.

e) Le suivi du patient (7)

Une fois la séropositivité établie, un suivi régulier est instauré pour assurer une bonne prise en charge de la maladie. Il repose sur deux facteurs principaux : le taux de LT_4 , pour définir le niveau de l'infection et la charge virale. Cette dernière correspond au nombre de virions présents dans l'organisme. On en déduit la vitesse de répllication du virus et on peut ainsi prédire l'évolution de l'infection.

f) Le traitement (7)

Ce sont des trithérapies antivirales qui sont mises en place pour permettre d'agir à plusieurs niveaux et d'éviter ainsi une résistance trop rapide du VIH qui mute très rapidement.

g) Le VIH et les modifications corporelles (17)

Le doute subsiste quant à la transmission du VIH lors de tatouage ou de piercing. Deux cas de contamination par des tatouages sont cependant possibles : les tatouages effectués en prison entre co-détenus et la contamination des encres de tatouage car le virus peut survivre 15 jours en solution aqueuse à température ambiante. Mais si les règles d'hygiène et d'asepsie sont respectées, il n'y a pas de contamination possible car le virus résiste mal aux désinfectants usuels type alcool à 70% ou eau de javel à 10%. Il ne résiste pas non plus à un chauffage à 56°C pendant 30 minutes ou à un pH supérieur à 10.

1.3. LES MYCOSES ET LES PRIONS (17)

Il existe un risque de contamination par mycose due à la contamination des encres destinées au tatouage. Le champignon mis en cause est *Acremonium fungi*. Quelques cas de contamination par sporotrichose et zygomycose ont également été recensés.

L'existence d'un risque lié aux modifications corporelles avec les prions n'est pas encore définie. Les prions ont un temps de latence très variable, allant de 3 à 20 ans. Ils causent une dégénérescence du système nerveux central entraînant au final la mort. Cette maladie est mieux connue sous le nom de maladie de Creutzfeldt-Jakob ou encéphalite bovine spongiforme. Actuellement, on connaît trois procédés efficaces pour inactiver les prions : l'autoclave à 134°C pendant un temps supérieur à 18 minutes, l'eau de javel concentrée et la soude à 1mol/L. Aucun cas de maladie de Creutzfeld-Jakob n'a été relié à un piercing ou à un

tatouage pour l'instant. Mais il est préférable d'utiliser un matériel à usage unique, ainsi qu'une stérilisation du matériel en autoclave bien spécifique, tant que le mode de transmission des prions n'est pas parfaitement connu.

2. LES POPULATIONS RISQUANT DE DEVELOPPER UNE INFECTION A LA SUITE D'UNE MODIFICATION CORPORELLE

Certaines personnes ont un plus grand risque de développer une infection à la suite d'un tatouage ou d'un piercing que d'autres. Ce sont les personnes immunodéprimées, des patients à SIDA évolutif, les diabétiques, les personnes qui prennent des traitements immunodépressifs comme la chimiothérapie, les interférons ou la corticothérapie à haute dose (17). Il convient également de se méfier d'une infection cutanée en cours ou d'une infection dentaire s'il s'agit d'un piercing buccal. La prudence est de mise avec les personnes allergiques. Certains états peuvent contre-indiquer plus ou moins la réalisation d'un piercing ou d'un tatouage ou amener à évaluer la balance bénéfices/risques : les personnes atopiques, les enfants, les femmes enceintes, les personnes atteintes d'infection cardiaque, les épileptiques, les hémophiles, les personnes sous anticoagulants, les personnes atteintes de maladie de la peau (verruge, eczéma, psoriasis, vitiligo, acné), les personnes exposées professionnellement aux métaux lourds. Il ne faut pas non plus réaliser un tatouage ou un piercing à proximité d'un grain de beauté, ce qui empêcherait de suivre son évolution (50). Il est donc important que le professionnel s'entretienne avec le client avant la réalisation de l'acte et dans les cas précédemment décrits, de demander l'avis du médecin traitant.

3. LES COMPLICATIONS CONSECUTIVES A UNE MODIFICATION CORPORELLE

3.1. LES PROBLEMES DE CICATRISATION

Les problèmes de cicatrisation les plus souvent rencontrés sont les cicatrices chéloïdes ou les cicatrices hypertrophiques. Ce sont des lésions fibroblastiques bénignes, mais indésirables.

Elles font suite à une vaccination, une exérèse, un piercing, une brûlure, une acné sévère, ou une blessure.

3.1.1.La chéloïde

La chéloïde est un bourrelet fibreux développé sur une cicatrice, comme le montre la **figure 42**. Elle est due à la prolifération de cellules et de fibres du tissu conjonctif. On la retrouve le plus souvent chez les sujets noirs ou asiatiques et elle peut récidiver (37). La cicatrice chéloïde survient de façon retardée et déborde les limites de l'exérèse ou de la blessure, ce qui lui donne un aspect dit « en pince d'écrevisse » (35). Le nodule reste érythémateux et tend à s'épaissir avec les mois. Les zones où l'on retrouve le plus souvent les chéloïdes sont le sternum, le haut du dos, les épaules. Le prurit suscité par la chéloïde est également important (36).



Figure 42 : Une chéloïde, d'après (74)

Dans le cas d'une chéloïde liée au piercing, plusieurs causes existent : une longue cicatrisation liée à une difficulté à cicatriser, cela peut être du aussi au fait que le bijou bouge trop, situation rencontrée parfois avec un anneau. Lorsque le bijou est trop lourd pour l'emplacement, la cicatrisation est difficile tout comme s'il y a trop de tension. Les chéloïdes se forment le plus souvent lors de piercings du nombril, du cartilage ou du lobe des oreilles. Elle n'est pas dangereuse, elle n'est juste pas esthétique et il faut la soigner sinon elle risque de grossir (42).

3.1.2.La cicatrice hypertrophique

La cicatrice hypertrophique est moins agressive que la chéloïde. Elle apparaît rapidement après l'intervention, elle est peu prurigineuse et ne s'étend pas en surface (36). Elle évolue favorablement de manière spontanée après environ 18 mois en général (17).

3.1.3.Le traitement

Le traitement va dépendre de la localisation et de l'inconfort de la lésion. La reprise chirurgicale est en général déconseillée, puisque les chéloïdes réapparaissent, voire s'aggravent (36). Le plus souvent, le traitement se fait par cryothérapie, par injection in situ de corticoïde retard type triamcinolone acétonide à 40 mg/ml, ou par des pansements de compression en silicone type CEREDERM[®]. Ce sont des pansements invisibles que l'on peut garder en place 2 ou 3 jours. Ce pansement est lavable, il épouse parfaitement son support et la présence de silicone permet au pansement de conserver sa propriété auto-adhésive même après de multiples maniements (22).

Si la chéloïde est petite, il est conseillé de nettoyer la cicatrice avec du Stérimar[®], de masser la cicatrice et si le médecin le prescrit, d'appliquer une crème antibiotique (42).

3.2. LES RISQUES ALLERGIQUES (17)

Le développement d'une allergie de contact suppose un contact antérieur avec le produit incriminé dans une phase de sensibilisation. Les produits les plus souvent responsables d'allergie lors de modifications corporelles, sont le para phénylène-diamine qui enrichit certains tatouages au henné, le nickel qui est un métal de bijou, le latex des gants à usage unique ou l'iode contenu dans la Bétadine[®] dermique pour désinfecter et les colorants des encres pour tatouages.

3.3. LES COMPLICATIONS SPECIFIQUES AU TATOUAGE (17)

Le tatouage concerne 5 à 10% de la population. Les premières observations de cas d'hépatite C après la réalisation d'un tatouage datent de 1991. Les principales complications des tatouages sont les allergies aux encres. Les plus allergisantes sont les encres à base de Mercure, de Chrome, de Cobalt, de Plomb, de Cadmium. Un texte de loi définit les substances utilisables et non utilisables en cosmétique.

3.4. LES COMPLICATIONS SPECIFIQUES AU PIERCING

En France, on compte plus de 100 000 actes par an de piercing. Le piercing de la langue est contre-indiqué dans certaines pathologies dentaires et doit être retiré lors d'une anesthésie générale dans la perspective d'une éventuelle intubation. Les piercings des lèvres peuvent provoquer des microtraumatismes des gencives entraînant des déchaussements dentaires. Le piercing de la langue peut entraîner plusieurs complications : une augmentation de la production de salive, des difficultés d'élocution, des lésions dentaires, des mycoses buccales. Lors de la pause, il existe un risque d'inhalation ou de déglutition du bijou, d'œdèmes locorégionaux entraînant une asphyxie, d'hémorragie, ou d'allergie au métal. Deux cas de décès mettant directement en cause un piercing ont été répertoriés à la Commission Européenne depuis fin 2002 (17).

Le rejet est une complication qui peut être observée à la suite d'un piercing. Le rejet apparaît rapidement, c'est-à-dire moins de deux semaines après la pause du bijou. La cicatrisation ne se fait pas. Ce sont souvent les piercings de surface qui sont victimes de rejet. On ne peut pas empêcher un rejet. Lorsque cela se produit, il faut enlever le bijou le plus tôt possible et laisser le « trou » cicatriser (38).

III. LES REGLES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

En France, et dans les autres pays européens, aucune formation n'est nécessaire pour être perceur ou tatoueur, aucun texte de loi ne régit ces professions. Il n'y a pas de diplôme et ces formations ne sont pas reconnues. Deux guides ont été réalisés en vue de guider les professionnels. Le Syndicat National des Artistes Tatoueurs ou SNAT a rédigé un manuel d'assurance qualité à l'attention des artistes tatoueurs. De même, l'assistance publique des hôpitaux de Paris a rédigé, avec le Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing un recueil intitulé : *Guide des bonnes pratiques du piercing*. Ils indiquent, à titre de conseils, des protocoles à suivre pour éviter tout risque de contamination du matériel utilisé. Mais rien n'oblige les tatoueurs et les perceurs à suivre ces protocoles.

1. LES REGLES D'HYGIENE UNIVERSELLES

Les règles d'hygiène ont pour but d'éviter autant que possible, et de limiter, la transmission des infections bactériennes, virales ou autres, vues précédemment, de l'opérateur au client, du client à l'opérateur, du client précédent au client suivant et même du client au client lui-même.

1.1. LA TRANSMISSION OPERATEUR-CLIENT

1.1.1 Le lavage et la désinfection des mains de l'opérateur (14)

Le port de gants à usage unique pour chaque acte ne dispense pas le tatoueur et le perceur d'un lavage des mains rigoureux : le matin en arrivant à la boutique, le soir en la quittant, avant et après chaque geste à risque contaminant comme manger, fumer, aller aux toilettes, manipuler des objets souillés par le sang ou la salive. Les mains du professionnel doivent être sans vernis, sans bijou, et les ongles courts.

La procédure de lavage des mains est de type médical, c'est quasiment la même que pour entrer dans les pièces stériles pour la fabrication des antibiotiques ou des produits de chimiothérapie. Tout d'abord, le professionnel se mouille les mains, il met une dose de savon

doux liquide conditionné en distributeur. Il frotte alors les mains, les avant-bras, en insistant sur les ongles et les espaces interdigitaux pendant environ 30 secondes. Il rince abondamment à l'eau tiède en commençant par les mains et en les gardant plus hautes que les coudes pour éviter le retour de l'eau des avant-bras sur les mains. Le professionnel se sèche en tapotant avec une serviette papier absorbant à usage unique. Les serviettes sont présentées dans un distributeur, il utilise une serviette par main qu'il jette ensuite dans une poubelle. Pour finir, il coupe l'eau soit avec une commande à pied, soit il ferme le robinet avec une serviette.

Après s'être lavé les mains, le perceur et le tatoueur doivent se désinfecter les mains avant de mettre les gants stériles et avant tout geste comportant une effraction cutanée. La désinfection des mains se fait avec un savon liquide antiseptique, généralement une solution hydro alcoolique. Le professionnel met une noisette de savon antiseptique dans le creux d'une main et frotte les deux mains jusqu'à évaporation. Lorsque le tatoueur ou le perceur est dérangé au cours d'un acte, qu'il est amené à répondre au téléphone, à réajuster la lumière ou à toucher un instrument non stérile et non souillé, il se désinfecte à nouveau les mains.

1.1.2 Le port des gants par l'opérateur (14)

Deux paires de gants peuvent être utilisées : une paire de gants d'examen non stériles, destinée à protéger l'opérateur, surtout s'il a des plaies, et une paire de gants chirurgicaux stériles destinée à protéger le client. La paire de gants chirurgicaux est mise en place pour la réalisation de l'acte et pour manipuler du matériel stérile. Il faut bien sûr changer de paire de gants entre chaque client. Lors de la mise des gants, il faut respecter également un protocole pour les enfiler afin de toucher le moins possible avec ses mains la surface externe des gants en contact avec le patient et le matériel stérile.

1.1.3. Le port des lunettes et du tablier (14)

Il s'impose uniquement s'il existe un risque de projection, notamment lors de la réalisation d'un tatouage.

1.2. LA TRANSMISSION DE CLIENT A CLIENT (14)

Pour ce mode de transmission d'un client à l'autre, le perceur, tout comme le tatoueur, utilise le plus possible du matériel à usage unique vendu sous emballage stérile. Les aiguilles sont obligatoirement à usage unique et ensuite jetées dans des collecteurs spéciaux afin d'éviter une réutilisation ou une contamination par piqûre ou coupure. Le matériel réutilisable doit être stérilisé après chaque utilisation. Pour le piercing, le bijou doit lui aussi être stérile. Le matériel non stérilisable doit être nettoyé et désinfecté après chaque utilisation tout comme les surfaces de travail qui ont été en contact avec l'opérateur, le client ou du matériel contaminé.

1.3. LA TRANSMISSION PAR AUTO-INFECTION (14)

La transmission par auto-infection est l'entrée des agents pathogènes présents sur la peau du client dans son organisme. Le professionnel est donc tenu de contrôler l'état de la région concernée avant de pratiquer l'acte, et de désinfecter l'endroit avec un antiseptique.

1.4. LES LOCAUX (14)

Un studio de piercings ou de tatouages doit être composé d'une salle d'attente, d'une salle de travail et d'une salle de stérilisation.

1.4.1. La salle d'attente

La salle d'attente est le lieu où les clients doivent patienter. Ils peuvent alors choisir leur modification corporelle dans des magazines, discuter avec les autres clients, ou consulter les règles d'hygiène et d'asepsie à respecter par le professionnel pour minimiser les risques d'infection, si elles sont disponibles. Depuis la salle d'attente, dans la majorité des studios, les clients ne peuvent pas voir le professionnel en cours de travail. La **figure 43** présente un exemple de salle d'attente d'un studio de piercing.



Figure 43 : Salle d'attente d'un studio de piercing, d'après (9)

1.4.2. La salle de travail

La salle de travail se divise en trois zones : la zone sale, la zone moyennement propre et la zone propre. Le nettoyage et la désinfection de la salle de travail est également précis et minutieux. Chaque jour, la zone de travail doit être nettoyée avec un détergent puis désinfectée avec un produit adapté, toujours de la zone la plus propre vers la zone la plus sale. Au moins une fois par semaine, il faut nettoyer le sol et les plinthes.

a) La zone sale

Dans la zone sale, le professionnel dispose d'un plateau à déchets pour mettre les instruments utilisés réutilisables, d'un bac de décontamination, d'une poubelle à pédale avec couvercle et d'un collecteur d'objets piquants et tranchants à usage unique. Le collecteur est en plastique et il possède une fermeture définitive une fois remplie.

b) La zone moyennement propre

Le client est reçu dans la zone moyennement propre. Le professionnel tatoueur ou perceur dispose dans cette zone du divan d'examen, d'un évier, d'un distributeur de savon liquide doux, d'un distributeur de désinfectant et d'un distributeur de papier absorbant. Le divan d'examen est recouvert d'un champ en papier changé entre chaque client.

c) La zone propre

C'est dans la zone propre que le professionnel prépare le matériel dont il a besoin pour l'acte. Un plan de travail, un meuble ou une table roulante en inox ou en plastique servent de

support au matériel. Les flacons d'antiseptique, les lingettes, les gants d'examen, les champs, les compresses, les gants stériles sont rangés dans cette zone.

1.4.3. La salle de stérilisation

La salle de stérilisation se divise en une zone sale dite de nettoyage et en une zone propre dite de conditionnement et de stérilisation. Dans cette salle, le perceur ou le tatoueur portent des gants obligatoirement et il convient de suivre un ordre logique pour que le matériel contaminé ne croise jamais le matériel stérilisé. C'est le processus de « la marche en avant ». La stérilisation est indiquée pour tout matériel médical, chirurgical devant être utilisé dans des conditions d'hygiène et d'asepsie strictes. Il existe plusieurs techniques pour stériliser le matériel. Peuvent être utilisées des méthodes physiques comme la chaleur sèche ou humide, le rayonnement U.V, le rayonnement γ ou des électrons accélérés ; des méthodes chimiques, comme l'application d'un produit chimique liquide ou gazeux tel que le formol. Pour produire du matériel stérile, plusieurs étapes sont nécessaires : la prédésinfection, le rinçage, le nettoyage, le séchage, le contrôle, le conditionnement, la stérilisation, la validation et le stockage.

a) La prédésinfection ou décontamination

La prédésinfection est la première étape effectuée sur les objets et le matériel souillés, destinés à la stérilisation. Le but est de diminuer la population de micro-organismes pour faciliter le nettoyage et protéger le personnel qui manipule le matériel. La solution doit répondre aux caractéristiques suivantes : bactéricide, virucide, fongicide et sporicide. Le bain doit être changé tous les jours voire plusieurs fois par jour si le matériel est très souillé. La **figure 44** montre un bac de décontamination. Le matériel est ensuite rincé à l'eau courante abondamment. Le rinçage à l'eau permet d'éliminer tout reste du produit utilisé pour la décontamination et éviter toute interférence entre les produits, surtout s'ils sont différents.



Figure 44 : Bac de décontamination, d'après (16)

b) Le nettoyage ou lavage

Le lavage permet d'éliminer le reste des souillures encore présentes après la prédésinfection. Le professionnel brosse manuellement le matériel avec une brosse souple ou un écouvillon pour les objets creux et un détergent adéquat. Ensuite, il dépose les matériels dans un bac à ultra-sons, représenté par la **figure 45**, qui associe trois actions :

- Une action mécanique fournie par le frottement des vibrations pour décoller les souillures.
- Une action chimique fournie par un agent tensio-actif alcalin qui solubilise les souillures.
- Une action thermique car la chaleur du bain accélère la vitesse de nettoyage.

Puis, le professionnel rince à l'eau courante chaude le matériel pour faciliter le séchage.



Figure 45 : Bacs à ultrasons, d'après (53)

c) Le séchage

Le séchage doit être immédiat après le lavage. Il est réalisé à l'aide d'un champ propre, sec, absorbant, et non pelucheux. Le séchage doit être parfait, car toute trace d'eau détériore le sachet qui ne sera plus stérile.

d) Le conditionnement

Les étapes précédemment décrites s'opèrent en zone sale. La zone propre comporte un emplacement pour le conditionnement et pour l'autoclave. Avant de stériliser un objet, le perceur le conditionne dans un sachet destiné à l'isoler du milieu extérieur. Le conditionnement assure la conservation de l'état stérile pendant 1 à 3 mois. Tout emballage souillé, mouillé, doit être considéré comme non stérile. Le conditionnement doit permettre l'extraction aseptique du matériel stérilisé. Il doit être perméable à l'agent stérilisant. Le produit fini doit être stocké dans un lieu propre, sec et à l'abri de la lumière. Le maintien de la stérilité doit être assuré jusqu'au moment de l'utilisation. Les sachets pour le conditionnement doivent répondre à des normes précises.

e) La stérilisation

Le but est de détruire ou d'inactiver de manière irréversible tous les micro-organismes qui se trouvent sur ou dans l'objet. Quand aucun germe ne peut plus être détecté, l'objet est dit « stérile ». La méthode de référence est la stérilisation à l'autoclave c'est-à-dire par vapeur d'eau. Les paramètres recommandés pour le plateau de stérilisation sont actuellement de 134°C pendant 18 minutes pour prendre en compte les prions. Pour stériliser des objets conditionnés, il faut un stérilisateur avec vide fractionné et séchage qui permet la stérilisation de sachets et de produits creux. Un stérilisateur est un dispositif médical.

La **figure 46** représente un stérilisateur ouvert et un fermé. Il doit posséder la marque « C.E ». Il convient de régulièrement l'entretenir et d'en assurer la maintenance pour s'assurer d'une bonne stérilisation. A l'ouverture de la porte de l'autoclave tout doit être sec. Un emballage humide n'est pas stérile et doit repasser au conditionnement et à l'autoclave. Le perceur ou le tatoueur doit faire vérifier l'appareil une fois par an.



Figure 46 : Un stérilisateur ouvert et un stérilisateur fermé, d'après (53)

Tous les stérilisateurs ne sont pas homologués. En effet, les stérilisateurs Poupinel à chaleur sèche sont inefficaces sur les prions. Les stérilisateurs à « billes » sont interdits en France par la circulaire DGS/DH n°100 du 11/12/95, Arrêté du 11/12/98.

f) Le stockage

Le stockage des produits stérilisés doit se faire à température ambiante entre 15 et 25°C, à l'abri des U.V, de l'humidité, et de l'air ambiant, dans un système de rangement adapté et propre. Le bois est à proscrire, l'idéal étant une armoire en inox.

g) L'élimination des déchets

Après la réalisation d'une modification corporelle, les déchets produits peuvent être potentiellement dangereux, notamment pour le perceur ou le tatoueur ou toute autre personne travaillant dans le local, ou pour les personnes chargées de transporter les déchets. C'est pourquoi, l'élimination des déchets est réglementée par des textes législatifs, (comme la circulaire N°93-22 du 25/02/1993 et le décret N°97-1048 du 6/11/97) :

- Ces déchets doivent être séparés des autres déchets ordinaires dès leur production.
- Leur stockage doit se faire dans des collecteurs réservés à cet effet, jetables et inviolables, (norme NF décembre 1999).
- Le stockage des collecteurs doit être fait dans un endroit isolé et pendant une durée limitée. Ils doivent ensuite être remis à un organisme spécialisé dans leur élimination (arrêté du 07/09/1999).

Malheureusement, cette procédure ne s'applique qu'aux structures où sont réalisées des activités de soins et non aux perceurs et aux tatoueurs. Cependant, ces derniers auraient

intérêts à suivre cette législation car ils produisent eux aussi des déchets biologiques et utilisent des objets tranchants ou coupants pour réaliser une effraction cutanée.

2. LES REGLES A OBSERVER LORS DE LA REALISATION D'UN PIERCING

Le guide des bonnes pratiques du piercing propose une procédure à suivre par les professionnels pour réaliser un piercing dans les meilleures conditions d'hygiène et d'asepsie.

2.1. L'INTERROGATOIRE DU CLIENT (14)

L'entretien avec le client avant toute réalisation d'une modification corporelle est fondamental. Le perceur doit vérifier ses capacités de compréhension, son état psychologique et physique : pas d'état d'ébriété, d'emprise par une quelconque substance. Le perceur doit vérifier s'il s'agit d'un mineur ou non, rechercher d'éventuels problèmes médicaux, questionner sur une éventuelle allergie, rechercher une éventuelle pathologie, un traitement en cours. Le professionnel doit contrôler l'état de la peau ou de la muqueuse à l'emplacement du futur bijou. Le perceur doit également évoquer les risques encourus par le client lors de la réalisation du piercing. Après avoir réalisé cet interrogatoire, le perceur doit vérifier que le bijou souhaité est adapté à l'endroit choisi, c'est-à-dire que sa taille, sa forme, son matériau répondent aux caractéristiques morphologiques du patient.

2.2. INSTALLER LE CLIENT ET PREPARER LE MATERIEL (14)

Le perceur installe le client dans une position confortable. Le perceur doit porter des gants non stériles à usage unique. Ensuite, le perceur doit mettre en place « sa tablette de travail » dans un endroit facile d'accès, à portée de mains pour ne plus la déplacer jusqu'à la fin de l'acte. Certains perceurs préfèrent utiliser des plateaux stériles pour déposer le matériel. Ces plateaux, tout comme le matériel non à usage unique, subissent le protocole de stérilisation et de stockage. Ils sont changés entre chaque acte de piercing. Que le perceur utilise le champ stérile ou les plateaux stériles, l'asepsie et l'hygiène sont équivalentes. Le perceur met ensuite

en place sur le champ stérile ou les plateaux stériles, le matériel stérile dont il a besoin : compresses, aiguilles, pince, ainsi que le bijou à implanter, lui aussi stérile et tous emballés. Ensuite, le perceur prépare les liquides dont il aura besoin. Ces liquides doivent être stériles, le mieux étant d'utiliser des formes unitaires type dosettes. Il doit déverser chacun de ces liquides dans une coupelle stérile placée sur le champ stérile ou le plateau stérile.

Une fois la « tablette de travail » prête et le client installé, le perceur nettoie la zone à percer avec un savon doux liquide à pH neutre. Ensuite, il rince à l'aide de sérum physiologique. La première désinfection peut avoir lieu. Pour cela, il utilise une solution antiseptique à base de polyvidone iodée à 10% ou de chlorhexidine alcoolique à 0.1%. Il part du centre de la zone à percer vers l'extérieur en faisant des spirales. Après avoir préparé la zone à percer, le perceur marque la zone avec une substance qui résiste à la seconde désinfection. Il peut utiliser un colorant non toxique comme le violet de gentiane, qu'il applique avec un « cure-dent » stérilisé ou avec un stylo à alcool non toxique.

2.3. REALISATION DU PIERCING (14)

Juste avant la réalisation du geste, le perceur se lave les mains avec un savon liquide antiseptique et enfile ensuite les gants chirurgicaux stériles. A partir de ce moment, il ne peut toucher que ce qui est stérile : c'est-à-dire le matériel stérile posé sur le champ ou les plateaux stériles et la zone à percer préalablement désinfectée. Tout autre contact devra conduire à un changement des gants stériles. Le perceur procède alors à la deuxième désinfection de la zone à percer avec les mêmes produits que pour la première désinfection et selon la même technique.

Le perceur réalise la pose du piercing par la technique souhaitée, précédemment décrite dans cet exposé. Le matériel contaminé est directement jeté dans les collecteurs (aiguilles, cathéter) et les compresses dans la poubelle. Une fois le bijou en place, la zone percée est nettoyée par du sérum physiologique ou de l'eau stérile. Si un saignement local apparaît, la pose d'un pansement sec est nécessaire. Le perceur doit ensuite expliquer les soins à apporter au piercing (cf. page 96). Il est conseillé aux perceurs et aux tatoueurs de passer le brevet de secourisme.

3. PROCEDURE DE REALISATION D'UN TATOUAGE

Le manuel d'assurance qualité rédigé par le SNAT propose une procédure pour éviter les risques liés à un manque d'hygiène ou d'asepsie. L'interrogatoire du client et son installation sont les mêmes que pour procéder à un piercing (cf. page 79).

3.1. LA PREPARATION DU MATERIEL (15)

Tout comme pour la réalisation du piercing, les produits sont installés sur le plan de travail après un lavage des mains au savon doux et la mise de gants non stériles à usage unique. Sur le plan de travail est déposé le support destiné à accueillir les cupules qui contiendront les différents pigments et les diluants. Ensuite, le tatoueur doit préparer les machines à tatouer. Il doit monter, toujours avec les gants non stériles, l'ensemble tube gripp buse aiguille sur la machine, cet ensemble ayant été stérilisé à l'autoclave. Le pulvérisateur de solution antiseptique est recouvert d'un sachet plastique à usage unique.

3.2. LA PREPARATION CUTANEE (15)

Le tatoueur pulvérise la solution antiseptique plus ou moins alcoolique sur la zone à tatouer de la zone la plus centrale vers l'extérieur, comme pour le piercing. Si nécessaire, le tatoueur réalise un rasage à l'aide d'un rasoir jetable. Puis le tatoueur réalise le traçage du dessin choisi sur la peau par la technique décrite précédemment.

3.3. LES PREPARATIFS EXTEMPORANES AU TATOUAGE (15)

Le remplissage des cupules avec l'encre, se fait après la préparation cutanée pour éviter toute contamination des encres. Les encres sont stockées dans un tiroir, à l'abri de la lumière et de l'air ambiant. Avant de remplir les cupules, le tatoueur change les gants à usage unique non stériles. Il désinfecte les flacons d'encre avec le spray. Le bec verseur du flacon ne doit jamais toucher la cupule, surtout lors d'un ré-remplissage d'une cupule au cours de la réalisation d'un tatouage, car la cupule est considérée comme contaminée.

Ensuite, le tatoueur monte le dermographe et le place sur le plan de travail. Le cordon d'alimentation est protégé par une gaine à usage unique et il est pré-désinfecté après chaque utilisation. Si le dermographe n'est pas protégé par une gaine à usage unique, en plus d'un nettoyage simple, le tatoueur devra le désinfecter à l'aide d'une solution détergente et désinfectante.

Enfin, le tatoueur réalise le tatouage après avoir enfilé les gants stériles chirurgicaux.

TROISIEME PARTIE :

LES PROFESSIONS DE

PERCEUR, TATOUEUR

ET

LA LEGISLATION EN

FRANCE ET DANS LE

MONDE

I. LA PROFESSION

1. LA QUESTION DU STATUT DES PROFESSIONNELS

Les perceurs, tatoueurs et autres acteurs de modifications corporelles n'ont pas de statut professionnel. Il n'existe pas de diplôme nécessaire pour exercer ces professions. A l'opposé, les esthéticiennes, qui pratiquent le maquillage permanent ont un diplôme reconnu. Mais les tatoueurs et les esthéticiennes n'ont pas de formation sur les risques sanitaires. Les dermatologues et chirurgiens esthétiques qui pratiquent la dermographie médicale, exercent dans des établissements hospitaliers et sont donc soumis aux normes hospitalières de sécurité sanitaire (stérilisation, protocoles d'asepsie,...). Les tatoueurs sont à la fois des artistes et des commerçants. Le statut des perceurs est plus simple car comme ils vendent le plus souvent des bijoux, ils sont inscrits à la chambre des commerces (17).

2. LA FORMATION DES PERCEURS ET DES TATOUEURS

Les tatoueurs et les perceurs apprennent leur profession seuls, sur des amis ou dans un salon, formés par un professionnel déjà installé. Il n'existe pas d'école. Ils apprennent les techniques en regardant, puis en pratiquant. Un bon tatoueur est une personne qui dessine bien. Souvent, les adeptes ont fait l'école des beaux arts et se découvrent cette attirance pour le tatouage. L'engouement grandissant pour les marques corporelles entraîne la multiplication des studios et de plus en plus de personnes installées refusent de former quelqu'un à cause de la concurrence. Lorsqu'un client entre au hasard dans une boutique, il n'est pas sûr de la qualité du travail du professionnel, ni de sa rigueur vis-à-vis de l'hygiène. Le plus souvent, quand quelqu'un veut se faire une modification corporelle, il se renseigne auprès des personnes qu'il connaît et qui ont déjà eu recours à ces pratiques.

Un studio de piercing, de tatouage est un commerce qui doit sans cesse répondre à la demande. Il faut toujours proposer des nouveautés qui nécessitent de faire des « formations » dans les pays étrangers notamment. Ces « formations » se présentent sous forme de

conventions où se réunissent plusieurs fois par an amateurs et professionnels. Pendant plusieurs jours, chacun montre sa spécialité et se succèdent des shows et des exhibitions (1).

3. LA SECURITE DES TATOUEURS ET DES PERCEURS

(14)

Les conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang sont décrites dans le *Guide des bonnes pratiques du piercing* (14). Il cite également les mesures à prendre pour éviter l'hépatite B, l'hépatite C, le SIDA. Le guide met en garde les professionnels vis-à-vis des détergents et du latex responsables d'allergie et de lésions cutanées. Le dermographe pour les tatoueurs et le stérilisateur peuvent causer des brûlures. Par contre il manque aussi en France un contrat écrit, qui sécuriserait la relation juridique perceur- client et tatoueur-client.

II. LA LEGISLATION EN FRANCE ET DANS LES PAYS ETRANGERS

Peu de pays possèdent à ce jour une réglementation dédiée aux modifications corporelles. La clientèle doit le plus souvent s'en remettre au sérieux et à l'éthique de chaque professionnel, et ou à l'affiliation de certains tatoueurs ou perceurs à des associations professionnelles, les plus connues étant le SNAT et l'APERF en France, l'association suisse des tatoueurs professionnels et l'association des tatoueurs et perceurs professionnels Wallons en Belgique.

1. LA LEGISLATION EN FRANCE

En France, une réglementation concernant la sécurité sanitaire autour des pratiques de piercings et de tatouages a été publiée le 20 février 2008 au Journal Officiel (30). D'autres textes encadrent ces pratiques. Plusieurs institutions françaises, comme la Direction Générale de la Santé, l'Institut de Veille Sanitaire, l'AFSSAPS, se penchent sur le cas des modifications corporelles, mais essentiellement sur la sécurité sanitaire. Des directives, des décisions, des lois, des décrets ont déjà été mis en application, mais sans concertation avec les professionnels, du fait de leur absence de statut officiel (17).

1.1. REGLES DE PROPHYLAXIE DES INFECTIONS LIES AUX MODIFICATIONS CORPORELLES (31)

Le 15 septembre 2000, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a publié un avis concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée soit tatouage, piercing, dermographie, épilation par électrolyse et rasage.

1.2. TRACABILITE DES PRODUITS DE TATOUAGE (25)

La loi de Santé Publique du 9 août 2004 modifie le Code de la Santé Publique concernant les pratiques de tatouages par les articles L.513-10-1 à L.513-10-4 et L.5437-1 à L.5437-2 (insérés par la loi n° 2004-806 du 09/08/04 art 149 I et II Journal Officiel du 11/08/04). Elle définit les produits de tatouages, les normes de leur fabrication, c'est-à-dire les exigences de qualité et de sécurité. Elle précise aussi l'obligation de leur traçabilité et les infractions en cas de non respect des procédures.

1.3. REGLEMENTATION DES ENCREES DE TATOUAGE (21)

Le 14 septembre 2004, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale interdit l'importation, l'exportation, la mise sur le marché et l'utilisation des lots 7996988 et 7996989 d'encres de tatouage dénommés « Starbite Colors Black Magic », « Starbite Colors Tribal Black » et « Starbite Colors Scarlet Red » fabriquées par la société Tommy's Supplies et interdit aussi l'utilisation des autres encres de cette marque (publication au Journal Officiel n°237 du 10/10/04, texte n°12 page 17347).

1.4. CREATION D'UN GROUPE D'EXPERTS SUR LES RISQUES LIES A CES PRATIQUES (21)

Le 25 mai 2005, il est décidé de créer un groupe d'experts sur l'évaluation des risques des produits de tatouages à l'AFSSAPS. Les experts sont nommés pour 3 ans.

1.5. PREMIERS TEXTES REGLEMENTANT LES PIERCINGS ET LES TATOUAGES EN FRANCE

Le décret n° 2008-149 du 19 février 2008 est paru le 20 février 2008 au Journal Officiel de la République Française, après sa signature par Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Rachida Dati, Garde des sceaux, et Christine Lagarde, Ministre de l'Economie. Il fixe les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du

tatouage avec effraction cutanée et du perçage, et modifie le code de la santé publique (30). Il est identique au projet de décret du 16 août 2004 (29).

Il se divise en deux parties, une partie concerne les produits et une partie concerne les pratiques sanitaires. Dans ce projet, l'Etat n'a pas prévu de reconnaître la profession. Par contre, il oblige à une déclaration au Préfet du département dès l'ouverture ou la cessation d'activité d'un studio.

Les tatoueurs et perceurs doivent bénéficier d'une formation sur les règles d'hygiène et sur les risques engendrés par ces pratiques. Dans les studios, doit être affichée, visible de tous, une information sur les pratiques et sur les risques encourus lors d'un piercing ou d'un tatouage. Des normes sur les procédures d'hygiène et d'asepsie applicables aux clients, au matériel (stérilisation), et aux locaux (zones propres, sales,...) et des protocoles concernant l'élimination des déchets sont établis.

Les déchets produits lors des piercings et des tatouages doivent suivre la même procédure que l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux. Les produits de tatouage, comme les encres, doivent répondre aux dispositions prévues depuis la loi du 9/08/04. Et les tiges de perçage doivent répondre aux normes européennes (directive sur le nickel).

Ce décret prévoit aussi l'interdiction de réaliser un piercing, un tatouage ou toute autre modification corporelle sur un mineur sans l'accord écrit des parents ou d'une tutelle.

Ces dispositions concernent également les esthéticiennes qui pratiquent le maquillage permanent.

Les bijoutiers qui utilisent le pistolet pour percer le pavillon de l'oreille et l'aile du nez sont également concernés par ce décret. Les parois du pistolet ne doivent jamais être mises en contact avec la peau du client et les cartouches à usage unique doivent être mises en place juste avant l'implantation du bijou. Le bijou doit également répondre aux normes de stérilisation (NF EN 556-1).

Des sanctions pénales sont prévues, dans le cas de non respect des textes précédemment cités (30).

2. LA LEGISLATION EN EUROPE

2.1. LES TEXTES ADOPTES PAR LE CONSEIL DE L'EUROPE

Actuellement, d'après le rapport de l'Académie Nationale de Médecine publié le 17/01/08, les lois et les réglementations varient beaucoup vis-à-vis des pratiques des modifications corporelles d'un pays à l'autre, même au sein de l'Union Européenne (21).

2.1.1. Réglementation du don du sang (21)

Dans le cadre de la recommandation du Conseil de l'Europe du 29 juin 1998, toute personne ayant subi un tatouage ou une pause de body piercing se voit interdire de donner son sang et son plasma pendant un an.

2.1.2. Réglementation de la composition des produits utilisés lors de modifications corporelles (21)

Le Conseil de l'Europe a adopté le 19 juin 2003 une résolution sur les tatouages et le maquillage permanent. Ce texte vise à introduire une législation spécifique sur la composition des produits servant à ces pratiques et à assurer la gestion hygiénique de leurs conditions et techniques d'application. En l'absence de réglementation spécifique au plan national ou européen en la matière, la résolution énonce une série de principes dont les gouvernements des états membres devraient s'inspirer dans leurs lois et règlements nationaux.

2.1.3. Réglementation du nickel (21)

La Directive du 27 septembre 2004, publiée par la Commission Européenne détermine le nouveau taux de libération de nickel pour réduire les risques de sensibilisation à l'homme. Ces dispositions ont été mises en application dès le 01/09/05 dans les états membres.

2.2. LA LEGISLATION DANS LES PAYS EUROPEENS

2.2.1 Allemagne (21)

Des contrôles sanitaires ont lieu dans les studios de piercing et de tatouage allemands. Depuis septembre 2003, des textes législatifs réglementent les encres destinées aux tatouages. Le gouvernement exige que les encres répondent à certaines normes de qualité. Les inspecteurs de la santé peuvent aller contrôler les encres dans les studios. Ceci est valable également pour les esthéticiennes pratiquant le maquillage permanent.

2.2.2. Autriche (21)

Depuis 2002, les professionnels autrichiens doivent avoir une licence de commerce cosmétique. Cette même loi impose des conditions de stérilité et d'équipement. Et depuis 1999, un décret interdit le don du sang dans l'année qui suit un acte de tatouage ou de piercing.

2.2.3. Belgique

En Belgique, le 8 juillet 2005, un arrêté royal fixe un cadre légal pour les tatoueurs et les perceurs, ainsi qu'une réglementation de leur pratique. Elle porte sur le local, le matériel et les règles d'hygiène à respecter. Les professionnels sont soumis à une formation qui conduit à l'obtention d'un agrément ministériel leur permettant ainsi d'exercer. Le client doit être informé des pratiques et des risques éventuels pour sa santé par un document et il doit donner son consentement par écrit (21). Les tatouages et les piercings au mamelon ou génitaux sont

interdits pour les moins de 18 ans. Pour les autres tatouages et piercings, il faut une autorisation parentale si le client n'a pas 16 ans (17).

2.2.4. Espagne

Le décret d'avril 2005 impose une autorisation parentale pour réaliser un tatouage ou un piercing chez un client de moins de 18 ans (21). Mais la réglementation est beaucoup plus rigoureuse dans la Communauté Autonome de Madrid et de Barcelone. En effet, le piercing et le tatouage sauvages sont interdits. Une inscription à la Direction de Santé Publique est obligatoire pour exercer. Elle est valable 5 ans, et les perceurs et les tatoueurs doivent faire une demande pour renouveler l'autorisation. Le matériel, les règles d'hygiène sont définis par des textes de lois, et la vaccination contre l'hépatite B et le Tétanos sont obligatoires pour les tatoueurs et les perceurs (17).

2.2.5. Italie

Un guide des bonnes pratiques a été rédigé par le Ministère de la Santé italienne (21). En 1998, deux Circulaires ministérielles ont été publiées : pour avoir l'autorisation d'exercer, il faut faire une formation de 30 heures de cours. A son issue est délivré un permis provisoire d'exercer jusqu'à un contrôle qui autorise ou non la personne à pratiquer le piercing et/ou le tatouage. Une proposition de loi devait être faite en 2004, mais depuis 1998, en réalité, aucune règle, aucune sanction ne serait mise en vigueur (17).

2.2.6. Pays-Bas (21)

C'est aux Pays-Bas que la réglementation concernant les piercings et les tatouages est la plus avancée et notamment à Amsterdam. Les autorités sanitaires obligent les services municipaux de santé à contrôler le bon respect de ces règles. Des officiers de santé peuvent venir dans n'importe quel studio, deux fois par an, sans annonce préalable, faire un contrôle des locaux, du matériel, des pratiques. Des sanctions sont applicables et vont de l'avertissement verbal à une fermeture provisoire qui peut devenir définitive si la mise en conformité n'a pas été effectuée. Le professionnel doit garder les contrats clients c'est-à-dire leur consentement écrit pendant 10 ans. En 2006, le parlement a voté une loi concernant les piercings et les tatouages

chez les adolescents. Elle prévoit l'interdiction de ces pratiques chez les clients de moins de 16 ans sauf s'ils sont accompagnés des parents et qu'ils ont plus de 12 ans.

2.2.7. Suisse

En Suisse, 15% des habitants sont tatoués. Des conventions sont organisées dans les grandes villes (17). Une Ordonnance a été publiée en novembre 2005 à propos des tatouages, des piercings, du maquillage permanent et des autres modifications corporelles. Elle liste les produits, notamment les encres, et instruments dont l'emploi est interdit (21).

2.3. LA LEGISLATION AU CANADA

Avant d'ouvrir un studio, il est nécessaire d'avoir l'agrément des autorités sanitaires. Régulièrement des contrôles ont lieu pour vérifier l'équipement, les pratiques, l'application des procédures regroupées dans un guide. Une information massive de la population sur les risques est organisée, notamment auprès des adolescents (21). Dans la plupart des états régionaux, le tatouage est interdit chez les moins de 18 ans, le piercing chez les moins de 16 ans et un contrat est signé entre le client et le professionnel (17). Seul le Québec échappe à toute réglementation sanitaire. En effet, aucun diplôme, aucun agrément n'y est nécessaire pour réaliser ces pratiques (21).

2.4. LA LEGISLATION AUX ETATS-UNIS

La réglementation varie d'un état à l'autre : 13 états réglementent le tatouage et 6 le piercing (21). En Louisiane et dans le Delaware, il existe pour le piercing une restriction vis-à-vis de l'âge et depuis 1997 un consentement des parents est nécessaire pour les mineurs. En Californie, le perçage des oreilles avec un pistolet est interdit (17).

III. LES ENQUETES SANITAIRES FRANCAISES

Très peu d'études ou d'enquêtes sur les infections, les risques liés aux piercings et aux tatouages ont été réalisées, cependant, nous en présenterons deux.

1. EVALUATION DE LA PLAQUETTE : « TATOUAGE, PIERCING, MA SANTE EN QUESTION » (18)

En 2004, une étude a été mise en place sur la sensibilisation des jeunes à l'aide d'une plaquette informative et à sa compréhension. Les résultats ont été publiés en décembre 2005. Cette étude a été réalisée par le Réseau Ville Hôpital Hépatite C (REVHOC) de Franche Comté, avec l'autorisation des rectorats de Besançon et de Nancy-Metz. Le service d'infectiologie du CHU de Besançon et l'Association SOS-Hépatites Franche Comté ont aidé au bon déroulement de cette étude. La méthode d'évaluation est la technique dite avant-après. Les jeunes sont dans un premier temps interrogés pour évaluer ce qu'ils savent, dans un second temps, la plaquette informative leur est remise et enfin le questionnaire initial leur est à nouveau présenté. L'étude a été faite sur quatre classes de collège et cinq classes de lycée en Franche Comté, avec pré-test, plaquette et post-test. Pour avoir un groupe de contrôle, trois classes de collèges et deux classes de lycée ont été retenues en Lorraine.

En pré-test, les résultats obtenus sont jugés très bons, puisque seulement trois questions ont eu un taux de réponses exactes inférieur à 80%. Ces trois questions concernent :

- Le temps de cicatrisation : seulement 35% de bonnes réponses ont été obtenues. En effet, les élèves l'estiment plus courte.
- La contamination par un agent infectieux : plus de 40% des élèves interrogés ignorent l'existence de ce risque.
- La cicatrice inesthétique : environ un tiers des élèves l'ignorent.

84% des jeunes participants à cette étude et ayant reçu la plaquette, l'ont lue. Pour la majorité, elle aborde un sujet d'actualité qui intéresse les jeunes. Pour un élève sur deux, la

plaquette a entraîné une discussion entre élèves ou avec des adultes. La majorité des jeunes trouve la plaquette facile à comprendre, agréable, mais 30% ont signalé un texte trop long et contenant trop de termes techniques.

Les résultats du post-test donnent un taux de bonnes réponses plus élevé, certains élèves avouent avoir fait des recherches après avoir lu la plaquette.

Cette étude a montré que les jeunes ont une connaissance des risques liés au piercing ou au tatouage : plus de 50% des adolescents interrogés ont estimé être bien informés. La plaquette a permis d'ouvrir le dialogue entre jeunes, avec les adultes et a permis aussi d'éveiller leur esprit critique vis-à-vis du choix du professionnel.

2. LES ACTIONS MENEES EN SAVOIE

Grâce aux actions menées par le Réseau Ville Hôpital (REVIH) 73 et à la DDASS, le 29 octobre 1998, le préfet de Savoie a modifié le Règlement Sanitaire du département : il a intégré des règles d'hygiène vis-à-vis des locaux des perceurs, des tatoueurs, des bijoutiers, des coiffeurs et des esthéticiennes. A la suite de ces investigations, deux chartes départementales des règles de bonnes pratiques ont été rédigées : une à l'attention du piercing et l'autre à l'attention du tatouage. Les professionnels signant ces chartes, s'engagent donc à respecter leur contenu. Les chartes réglementent les règles d'hygiène et d'asepsie, mais imposent aussi l'information du client sur les risques encourus. Les chartes prévoient également le consentement écrit des clients (21).

Elisabeth Lafont, a réalisé un mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, soutenu en août 2005. Elle est médecin inspecteur de Santé Publique et son travail consistait en une évaluation des actions menées dans le département de Savoie. Une inspection en 2004 de dix studios de piercing et tatouage sur les treize référencés dans le département a été menée et un compte rendu a été rédigé, signalant que les professionnels montrent la volonté de « vouloir exercer leurs métiers dans les meilleures conditions possibles, pour leur clientèle et pour eux-mêmes » (17). En 2005, le réseau REVIH a continué de former séparément les perceurs et les tatoueurs. Il a également poursuivi avec eux la réalisation de fiches sur l'hygiène, la stérilisation et les facteurs de risques en s'adjoignant des professionnels de santé (21).

QUATRIEME PARTIE :

LE ROLE

DU

PHARMACIEN

D'OFFICINE

Suite au nouvel engouement observé vis-à-vis des modifications corporelles, le nombre de patients ayant subi un tatouage ou un piercing et venant à l'officine augmente considérablement. Tout comme les autres professionnels de santé (médecins, infirmières, dermatologues), le pharmacien a un rôle à jouer.

I. LES CONSEILS DE SOINS A APPORTER

De plus en plus fréquemment, les perceurs et les tatoueurs conseillent à leur client qui vient de subir un acte de modification corporelle, de se rendre à l'officine. Le plus souvent, ils remettent à leur client une fiche informative sur les soins à apporter à leur piercing ou à leur tatouage et sur les produits à venir chercher à l'officine. Mais parfois, les patients viennent spontanément et attendent du pharmacien les conseils pour les soins jusqu'à la cicatrisation. Le problème est que la formation actuelle du pharmacien n'aborde pas les soins à apporter dans ces situations.

1. CONSEILS ASSOCIES AUX SOINS D'UN PIERCING

Selon sa localisation, le piercing peut concerner uniquement la peau, comme pour les piercings de l'arcade, du nombril ou de l'oreille, uniquement les muqueuses, comme le piercing de la langue ou certains piercings génitaux, ou les deux, comme le piercing des lèvres. Dans tous les cas, le piercing doit être nettoyé au moins une fois par jour jusqu'à la cicatrisation complète (14).

1.1. LE PIERCING CUTANE (16)

Il est important que le patient nettoie son nouveau piercing avec des mains propres, sèches et sans bijoux, afin d'éviter une infection. Pour cela, il peut utiliser un savon liquide à pH neutre. Le pharmacien peut lui recommander l'utilisation de compresses stériles à la place du coton. En effet, les fibres de coton peuvent entrer dans le tunnel de perçage et devenir conductrices de bactéries. Si le piercing se situe dans une zone comportant des poils ou des cheveux, le patient doit veiller à éliminer ceux qui tombent, pouvant être source d'infection s'ils pénètrent dans le tunnel de perçage. Le patient doit savonner doucement le piercing, en

évitant de l'accrocher et suffisamment longtemps pour permettre d'éliminer les croûtes et les formations séreuses éventuelles. Le piercing doit ensuite être rincé abondamment à l'eau courante ou avec du sérum physiologique stérile. Le pharmacien peut conseiller l'utilisation d'un conditionnement en dosettes plutôt qu'en flacon, pour éviter une éventuelle contamination et faciliter son utilisation. Ensuite, le piercing est séché avec une compresse stérile.

Pendant 7 à 10 jours seulement, pour éviter l'apparition éventuelle d'allergie, le patient utilise un antiseptique. Il l'applique avec une compresse stérile. Le pharmacien doit lui expliquer l'importance de ne faire qu'un seul passage avec la compresse pour éviter une recontamination. De même, il est important que le pharmacien précise que l'antiseptique cutané ne se rince pas et ne se sèche pas. En effet, pour avoir un maximum d'efficacité il doit sécher à l'air libre. Comme antiseptique, le pharmacien peut conseiller la Biseptine[®], la Chlorhexidine[®] aqueuse ou alcoolique. Par contre, le pharmacien doit déconseiller l'utilisation de l'alcool à 70° ou à 90°, car ils assèchent les tissus autour du piercing et empêchent la cicatrisation.

1.2. LE PIERCING DES MUQUEUSES

Si le patient a un piercing à l'intérieur de la bouche, le pharmacien peut lui recommander l'utilisation d'un bain de bouche comme Hextril[®], Paroex[®] ou Givalex[®], deux fois par jour pendant les 8 premiers jours. Le patient ne doit pas dépasser cette durée, afin de ne pas créer un déséquilibre de la flore buccale. Le pharmacien peut lui recommander de se rincer la bouche au moins avec de l'eau après chaque prise d'aliments, de boissons ou après chaque cigarette. Si le piercing a également une face cutanée, le pharmacien conseillera en outre à son patient les mêmes soins que ceux pour un piercing cutané (16).

Le piercing de la langue entraîne les premiers jours un important gonflement ; aussi, le pharmacien peut conseiller la prise de glace pillée, mise dans un sachet de congélation et placer sur la langue. Le patient peut accomplir cette opération plusieurs fois dans la journée. Le pharmacien peut conseiller également la prise d'Extranase[®] à raison de un à trois comprimés trois fois par jour, pour diminuer le gonflement de la langue et calmer la douleur,

et la prise d'antalgiques type paracétamol, et ou d'anti inflammatoire type ibuprofène au dosage usuel, en évitant l'aspirine.

Si le patient a un piercing génital, le pharmacien peut conseiller l'utilisation d'un savon antiseptique à usage gynécologique, type Bétadine solution vaginale® suivi d'un rinçage abondant au sérum physiologique. Ensuite le patient sèche le piercing avec une compresse stérile. Cette procédure doit durer entre 10 et 15 jours. Si le piercing a aussi une face cutanée, le pharmacien doit recommander en outre à son patient les mêmes soins que ceux pour un piercing cutané (14).

Lors d'un piercing au niveau des muqueuses, le pharmacien doit rappeler au patient que pendant les trois semaines qui suivent la réalisation d'un piercing buccal ou génital, il ne faut aucun contact avec un fluide corporel étranger comme la salive, le sperme, le sang, les sécrétions vaginales pour écarter tout risque d'infection. Donc toute pratique sexuelle est à proscrire, protégée ou non car le bijou peut déchirer le préservatif (16).

1.3. FACILITER LA CICATRISATION D'UN PIERCING

Comme nous l'avons vu précédemment, la durée de cicatrisation d'un piercing dépend de la zone percée, mais elle dépend aussi des soins apportés par le patient. Durant le premier mois, il est possible d'accélérer la cicatrisation d'un piercing à l'aide d'une alimentation bien équilibrée et l'absorption des vitamines et des minéraux. Il a été prouvé sur le plan médical que la cicatrisation est accélérée en apportant du Zinc, du Cuivre, de la vitamine C et des oligo-éléments. Le pharmacien, pour faciliter la cicatrisation, peut également conseiller des granules d'Arnica Montana en 9 CH, à sucer trois fois par jour en dehors des repas.

Plusieurs comportements sont à éviter pour assurer la cicatrisation du piercing dans de bonnes conditions. Le pharmacien doit donc les signaler au patient :

- Le pharmacien doit insister sur le fait que le nettoyage du piercing se fait au maximum deux fois par jour, car le nettoyer plus souvent peut retarder la cicatrisation.
- Le bijou doit être touché le moins possible, et surtout ne pas être remplacé.
- Le pharmacien peut recommander le port de vêtements en coton pour éviter la macération et le risque d'infection bactérienne ou mycosique.
- Le patient doit aussi éviter d'appliquer au niveau du piercing non cicatrisé des crèmes cosmétiques type crème solaire, maquillage, crème hydratante, et des parfums.
- Pendant les 10 premiers jours qui suivent la pose d'un piercing, l'immersion totale est déconseillée car elle ralentit la cicatrisation. Le pharmacien peut donc rappeler au patient qu'il convient d'éviter de prendre un bain, de faire un sauna, d'aller à la piscine ou à la mer (16).

Si la personne va à la piscine, à la mer, il faut protéger le bijou avec un pansement étanche qui colle sur les quatre côtés tant que ce n'est pas totalement cicatrisé et il faut désinfecter après (38). Sparaplaie[®], Tégaderm[®] sont des pansements qui peuvent être utilisés.

Pour ne pas ralentir la cicatrisation d'un piercing buccal, il faut éviter la menthe, l'alcool et les produits acides comme le vinaigre et les agrumes. Le pharmacien peut également conseiller d'éviter des aliments filandreux, épicés ou durs qui pourraient augmenter l'inflammation notamment au niveau de la langue (16). Si malgré le bon respect de ces conseils, une infection survient, le pharmacien doit conseiller au patient de consulter un médecin le plus rapidement possible, mais de ne pas retirer le bijou afin que le canal reste ouvert.

2. CONSEILS ASSOCIES AUX SOINS D'UN TATOUAGE

2.1. LES SOINS APRES LE TATOUAGE (50)

Avant d'apporter les soins au tatouage, le pharmacien peut conseiller au patient la prise d'une douche avec un savon liquide à pH neutre, afin de retirer le reste de crème ou de

pommade cicatrisante. Une fois que la peau est sèche, le patient vaporise un antiseptique comme de la Biseptine® en spray. Le pharmacien doit expliquer, comme pour le piercing que l'antiseptique ne se rince pas et ne s'essuie pas. Une fois que la peau est sèche, le patient peut appliquer une crème ou une pommade cicatrisante, comme par exemple, Homéoplasmine®, Cicatryl®, Biafine® ou Bépanthène® pommade. Le pharmacien doit insister sur la non utilisation de compresses ou de coton pour nettoyer le tatouage ou pour le désinfecter, afin de ne pas provoquer d'irritation ou d'infection. Les soins sont à réaliser deux fois par jour.

Lorsque le client sort du studio du tatoueur, un pansement protège le tatouage. Le pharmacien doit expliquer au patient que le pansement doit rester en place 2 à 6 heures, suivant la surface tatouée, pour que les saignements cessent. Le premier soir il remettra un pansement après avoir fait les soins, car des exsudats de sang et d'encre peuvent encore couler. Mais les jours suivants, le tatouage devra rester le plus possible à l'air. Lorsque le patient ôte le pansement, ce dernier peut coller à la plaie. Pour ne pas l'arracher, le pharmacien peut conseiller d'imbiber le pansement avec de l'eau tiède.

Le pharmacien peut rappeler au patient qu'il est inutile de mélanger plusieurs crèmes ou pommades cicatrisantes. Le patient ne doit pas mettre une trop grosse quantité de crème ou de pommade cicatrisante, sinon, il y a un risque de formation de boutons et de ralentissement de la cicatrisation. Si le patient n'applique pas suffisamment de crème ou pommade cicatrisante, la peau va être sèche et va se craqueler.

2.2. CONSEILS POUR FACILITER LA CICATRISATION D'UN TATOUAGE

Le pharmacien doit déconseiller au patient les baignades prolongées type bain, piscine, et mer surtout, car le sel risque d'abîmer le motif pendant les 15 premiers jours. Le pharmacien peut recommander l'utilisation d'une protection solaire d'indice 30 au minimum, pendant un mois (50). Tout comme pour faciliter la cicatrisation du piercing, le patient doit utiliser des vêtements en coton et éviter tout contact avec des poils que se soit les siens, ceux d'un animal ou d'un autre individu.

Si le patient ne parvient pas à éliminer les croûtes, le pharmacien peut lui conseiller d'appliquer une couche épaisse de la crème ou de la pommade cicatrisante qu'il utilise habituellement pour les ramollir et de prendre une douche une heure après. Les croûtes tomberont plus facilement.

II. PREPARATION AVANT UNE MODIFICATION CORPORELLE

1. CONSEILS POUR PREPARER LA PEAU AVANT DE RECEVOIR UN TATOUAGE

1.1 LA DOULEUR (50)

La douleur est une appréhension courante, chez les futurs tatoués. Mais l'anesthésie est interdite pour les professionnels des modifications corporelles. La seule solution est donc d'envoyer le patient chez son généraliste, afin qu'il lui délivre une ordonnance pour un tube de crème Emla[®]. Cette crème devra être appliquée à l'emplacement du futur tatouage, une heure et demi environ avant l'acte.

1.2 LES TYPES DE PEAU

Tous les types de peau ne peuvent pas être tatoués. Lorsqu'une peau est trop sèche, qu'elle se desquame à l'emplacement choisi pour le tatouage, le professionnel ne doit pas réaliser la modification corporelle. Il faut hydrater la peau pendant quelques semaines pour pouvoir ensuite procéder à la réalisation du motif (50). Le pharmacien peut alors conseiller l'utilisation d'une crème ou d'un lait corporel hydratant comme Dexeryl[®], Ictyane[®], Hydrance corporelle[®], en application matin et soir pour réhydrater convenablement la peau jusqu'à amélioration.

1.3. LES PEAUX A PROBLEMES (50)

1.3.1. L'acné

L'acné est très fréquent chez les adolescents. Et c'est le plus souvent cette population qui souhaite avoir un tatouage. Un patient sous Roaccutane[®], a une peau très sèche du fait du traitement et elle a besoin d'être fortement hydrater. Le pharmacien doit expliquer au patient qu'il doit d'abord avoir terminé son traitement de Roaccutane[®] avant de réaliser un tatouage sur une peau sensibilisée se qui rendra difficile la cicatrisation du tatouage. D'autre part, si un patient a reçu un tatouage sur une peau acnéique, le pharmacien doit l'inciter à consulter un dermatologue pour en surveiller l'évolution.

1.3.2. Le psoriasis

Le psoriasis est déclenché par un stress de l'organisme ou par une allergie. Le tatouage est un traumatisme de la peau qui peut donc déclencher une crise. Le pharmacien doit expliquer au patient qu'un tatouage ne doit pas être pratiqué sur une peau en crise. Si le patient a déjà eu des manifestations de psoriasis, et qu'il n'est pas en période de crise, le pharmacien doit tout de même lui recommander de consulter son médecin avant de réaliser un tatouage.

1.3.3. L'eczéma

L'eczéma est une pathologie qui contre-indique le tatouage, même sur une zone qui n'a pas montré de signe d'eczéma. Si le patient souhaite absolument un tatouage, l'avis d'un dermatologue est indispensable. Si le patient est en crise, et qu'il suit un traitement à base de cortisone, le pharmacien doit lui conseiller d'attendre la rémission complète qui peut durer plusieurs mois.

1.3.4. Le vitiligo

Le vitiligo est une maladie immunologique, et en réalisant le tatouage, il y a possibilité de déclencher une crise. Si le patient se fait tatouer sur une plaque de vitiligo, les pigments

utilisés virent. Le pharmacien doit dans ce cas aussi, conseiller au patient de consulter un dermatologue.

1.3.5. Les plaies ou les infections

Si le patient a une plaie à l'emplacement du futur tatouage ou piercing, il faut la soigner et attendre sa cicatrisation. De même, les infections dentaires, les aphtes, les caries doivent être soignés avant la pose d'un piercing de la langue. Le pharmacien doit conseiller de consulter un dentiste avant de procéder à l'acte pour écarter tout risque éventuel d'infection.

2. CONSEILS POUR GERER LE STRESS, L'APPREHENSION

Parfois, le tatoueur ou le perceur peut refuser de pratiquer l'acte car il juge le client trop stressé. Aussi, une personne angoissée, qui appréhende la douleur le plus souvent peut venir à l'officine pour gérer cette appréhension. En homéopathie, le pharmacien peut donner une dose de Gelsenium semperivens 15 CH et une dose d'Ignatia amara 15 CH, à prendre juste avant l'acte. Pendant l'acte, le pharmacien peut conseiller des prises répétées de 3 granules de Gelsenium semperivens 5 CH et de 3 granules d'Ignatia amara 5 CH en prises répétées.

3. LES CONTRE-INDICATIONS MEDICAMENTEUSES ET LES MALADIES

Le pharmacien doit rappeler au patient les contre-indications à un acte de modifications corporelles (immunodépression, maladies de peau, hémophilie, épilepsie, antécédent cardiaque, enfants, femmes enceintes et traitement par AVK, par corticoïdes à haute dose, par interférons, par antiacnéiques) et il doit lui rappeler que tout traitement en cours doit être signalé au tatoueur.

III. CONSEILS A APPORTER AU QUOTIDIEN

Le pharmacien est souvent sollicité par les patients lors d'une grossesse, d'un allaitement, d'une hospitalisation, pour la pratique d'un sport. Et ces situations se gèrent différemment lors de la présence d'une modification corporelle.

1. LES SOINS DENTAIRES (38)

Lorsqu'un patient a rendez-vous chez le dentiste et qu'il porte un piercing buccal, il est conseillé de l'ôter, car il existe un risque de se blesser et de blesser le dentiste. Le travail du dentiste sera aussi plus facile. Le piercing doit être remis le plus tôt possible après l'intervention, pour éviter que le tunnel se referme.

2. L'HOSPITALISATION (38)

Si le patient se rend à l'hôpital pour faire un scanner ou une radio, le pharmacien doit lui rappeler d'ôter le bijou s'il est situé dans la zone à examiner. En outre, lors d'une Imagerie à Résonance Magnétique (IRM), le patient doit ôter tous ses piercings, car il y a un risque d'interférence. De même, si le patient doit subir une intervention chirurgicale, tous les piercings doivent être retirés. Le pharmacien doit demander si une anesthésie générale est prévue. Si c'est le cas, il doit enlever tout piercing pour raison de sécurité, y compris les piercings buccaux qui pourraient gêner une intubation et le piercing au téton, qui pourrait empêcher une réanimation.

3. LA PRATIQUE D'UN SPORT (38)

Lors de la pratique de sports de contact, comme la boxe, le rugby ou le football, les piercings, au même titre que les bijoux doivent être retirés pour éviter de s'accrocher et qu'ils ne s'arrachent. Le pharmacien doit rappeler au patient les soins à apporter. Si après l'effort physique, le patient ne peut pas prendre de douche, le pharmacien doit lui conseiller de

nettoyer le piercing avec du sérum physiologique avant de le remettre en place, afin d'écartier tout risque d'infection, et cela, même si le piercing est déjà cicatrisé.

4. LES MODIFICATIONS CORPORELLES ET LA GROSSESSE

Le retrait du piercing au nombril n'est pas systématique au cours d'une grossesse. Il n'y a aucun risque pour le bébé pendant la grossesse, le pharmacien peut donc rassurer la future maman. Par contre, à 2 mois de grossesse, elle doit retourner chez le perceur, pour qu'il change le bijou et place une barre courbée plus longue. La future maman devra surveiller son piercing et s'assurer que la barre n'est pas trop courte tout au long de la grossesse. Le pharmacien pourra lui expliquer qu'au moment de l'accouchement, elle devra ôter le piercing comme dans tout les cas d'hospitalisation, surtout s'il y a un risque de recours à une césarienne. Cependant, un piercing ôté se rebouche. Il pourra être refait quelques mois après l'accouchement si le nombril n'a pas trop changé de forme (38). Si la femme enceinte ne peut se résigner à attendre la fin de la grossesse pour se faire percer ou tatouer, le pharmacien peut lui expliquer les règles d'hygiène et d'asepsie, le matériel à usage unique, les risques encourus pour elle et le bébé.

Le pharmacien peut prévenir une femme enceinte qui a un tatouage dans le bas du dos, que c'est possible que l'anesthésiste refuse de faire une péridurale, car il y a un risque de passage d'un germe dans la moelle osseuse, que le tatouage soit récent ou non (66).

5. L'ALLAITEMENT ET LE PIERCING AU TETON (42)

Le pharmacien peut rassurer une future maman qui a un piercing au téton, car ce dernier n'empêche pas la lactation. Par contre, il est conseillé d'ôter le bijou pendant toute la période d'allaitement. Le téton est rendu sensible avec la lactation, et en remettant le bijou, il y a un risque de se blesser, de provoquer une inflammation et de développer une infection qui serait alors transmise au bébé. Dans le cas d'une infection, l'allaitement sera interrompu. Le retrait du piercing au téton entraîne bien sûr la fermeture du tunnel de perçage.

IV. COMMENT IMPLIQUER LE PHARMACIEN D'OFFICINE ?

A l'heure actuelle, aucun professionnel de santé n'est sensibilisé dans son cursus aux actes de modifications corporelles. Des formations faisant partie de la formation continue pourraient être un bon moyen : organiser des soirées à thèmes, réunissant même plusieurs professionnels de santé. Profiter des formations sur les hépatites, le Sida pour envisager le cas particulier des modifications corporelles.

Il serait également envisageable de mettre à la disposition des professionnels médicaux des documentations, tout comme on le fait déjà pour les drogues, le SIDA, l'ostéoporose, la dépression, le cancer, et le vaccin contre les papillomavirus. Ces dépliants informatifs, ces supports pourraient être remis aux patients dans les officines.

La réalisation de spots d'information à la télévision, à la radio, dans les magazines pourrait se révéler intéressante pour sensibiliser la population. On pourrait y conseiller d'aller demander conseil à son pharmacien ou à son médecin et de faire un test de dépistage après un comportement à risque.

A l'issue de ces recherches, j'ai rédigé des fiches informatives destinées aux tatoués, aux percés et aux pharmaciens d'officine, que ces derniers pourront remettre à leurs patients ayant réalisé une modification corporelle.

**V. PROPOSITIONS DE FICHES CONSEILS A
L'USAGE DU PATIENT ET DU
PHARMACIEN**

Fiche conseil destinée au patient :

SOINS A APPORTER AU TATOUAGE

- Les mains doivent être propres, sèches et sans bijoux pour réaliser les soins.
- Prendre une douche avec un savon liquide à pH neutre, sans frotter le tatouage, rincer abondamment à l'eau et sécher sans frotter.
- Vaporiser de la Biseptine® en spray sur le tatouage après la douche, deux fois par jour. Ne pas utiliser de compresses stériles ni de coton pour nettoyer le tatouage.
- Laisser sécher sans frotter.
- Appliquer une crème cicatrisante type Cicatryl®, Biafine®, ou Homéoplasmine® ou une pommade cicatrisante type Bépanthène®.
- Ne pas couvrir le tatouage avec un pansement sauf le premier jour : laisser le pansement mis par le tatoueur 2 à 6 heures selon ses recommandations. Le premier soir, après avoir réalisé les soins, remettre un pansement pour recueillir les éventuels exsudats de sang et d'encre.
- Pour éliminer les croûtes, mettre une couche épaisse de la crème ou de la pommade cicatrisante utilisée pour les ramollir et rincer abondamment sans frotter une heure après environ.
- Ne pas mélanger plusieurs types de pommades et de crèmes cicatrisantes.
- Pendant 15 jours : éviter le bain, la piscine, le sauna et la mer.
- Pendant 1 mois : protéger le tatouage des rayons solaires avec une crème solaire d'indice 30 au minimum.
- Porter des vêtements en coton le temps de la cicatrisation pour éviter une irritation.
- Eviter tout contact du tatouage avec des poils, des cheveux, des animaux et des déchets : protéger le tatouage pendant la journée si cela est nécessaire.

Contactez votre pharmacien en cas d'infections éventuelles.

Fiche conseil destinée au patient :

SOINS A APPORTER AU PIERCING

- Les mains doivent être propres, sèches et sans bijoux pour réaliser les soins.
- **Soins d'un piercing cutané : arcade, nez, nombril ou téton :**
 - Nettoyer le piercing avec un savon liquide à pH neutre et avec une compresse stérile. Ne pas utiliser de coton.
 - Savonner doucement et suffisamment longtemps pour éliminer les croûtes et les sécrétions séreuses.
 - Rincer abondamment à l'eau courante ou avec du sérum physiologique.
 - Sécher avec une compresse stérile.

Le nettoyage se fait 2 fois par jour, jusqu'à la cicatrisation complète du piercing.

- Désinfecter le piercing avec de la Biseptine[®] et une compresse stérile. Ne pas utiliser d'alcool à 70° ou 90°.
- Laisser sécher à l'air, ne pas rincer ni essuyer l'antiseptique.
- **Soins d'un piercing buccal :**
 - Utiliser un bain de bouche type Hextril[®] 2 fois par jour pendant 8 jours.
 - Se rincer la bouche après chaque prise d'aliments, de boisson, ou de cigarette.
 - Si le piercing a une face cutanée et une face buccale, effectuer en plus sur la peau les soins pour un piercing cutané.
- **Soins d'un piercing génital :**
 - Utiliser un savon antiseptique à usage gynécologique type Bétadine solution vaginale[®] deux fois par jour pendant 10 à 15 jours.
 - Rincer abondamment au sérum physiologique.
 - Sécher avec une compresse stérile.
 - Si le piercing à une face cutanée et une face génitale, effectuer en plus sur la peau les soins pour un piercing cutané.

- **Pour un piercing génital ou un piercing buccal :**

Pendant 21 jours : absence de contact avec la salive, le sperme, les sécrétions vaginales et le sang d'une personne étrangère pour éviter tout risque d'infection. Toute pratique sexuelle avec l'usage d'un préservatif est déconseillée pendant cette période, car il peut se déchirer.

- **Pour tous les types de piercings :**
 - Ne pas nettoyer le piercing plus de 2 fois par jour.
 - Ne pas changer le bijou tant que le piercing n'est pas cicatrisé. Ne pas jouer avec le bijou.
 - Préférer le port de vêtements en coton pendant le temps de la cicatrisation.
 - Eviter de mettre crèmes cosmétiques et parfums au niveau du piercing tant qu'il n'est pas cicatrisé.
 - Pendant les 10 jours qui suivent la réalisation du piercing, éviter le bain, le sauna, la piscine et la mer. Préférer une douche.

Contactez votre pharmacien en cas d'infections éventuelles.

Fiche informative destinée aux pharmaciens d'officine :

PIERCINGS ET TATOUAGES : RISQUES, COMPLICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

- **Les risques d'un piercing et d'un tatouage :**
 - Les infections bactériennes : Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermitis, Streptococcus β hémolytique du groupe A et Pseudomonas aeruginosa.
 - Les infections virales : hépatite B, hépatite C et SIDA.
- **Les complications consécutives à un piercing ou à un tatouage :**
 - Troubles de la cicatrisation : chéloïdes ou cicatrices hypertrophiques.
 - Allergies : nickel (métal de bijou), iode (antiseptique), latex (gants) ou encres (tatouage).
 - Rejet du piercing.
- **Les populations risquant d'avantage de développer une infection à la suite d'un piercing ou d'un tatouage :**
 - Les personnes immunodéprimées : Sida, hépatite B, hépatite C, chimiothérapie, diabétiques.
 - Les personnes sous les traitements suivants : corticothérapie à haute dose, anticoagulants, anti vitaminiques K, immunosuppresseurs, interférons et anti acnéiques.
 - Les personnes atteintes de maladies de peau : eczéma, psoriasis, vitiligo, et acné.
 - Les hémophiles, les épileptiques, les personnes présentant des problèmes cardiaques et les personnes exposées aux métaux lourds.
 - Les enfants et les femmes enceintes.

Conseiller au patient de consulter un dermatologue lors d'un tatouage ou d'un piercing chez une personne à risques.

CONCLUSION :

Les pratiques de modification corporelle ne sont pas bien connues de tous, et cet exposé avait pour objectif leur découverte.

La première partie de cet exposé a expliqué l'évolution du piercing et du tatouage, notamment de leur image, de leur signification dans les différentes sociétés. Mode de communication, expression de l'identité, mise en marge de la société et phénomène de mode sont toutes des étapes caractéristiques du tatouage et du piercing.

La seconde partie a rendu compte des différents cas d'infections bactériennes et virales consécutives aux pratiques du piercing et du tatouage, réalisées dans des conditions où l'hygiène n'est pas respectée. Une information de la population sur les risques, les complications de ces pratiques contribuerait à faire diminuer le nombre de cas d'infection. Le pharmacien a donc un rôle de conseiller, d'informateur sur ces pratiques à risques.

La troisième partie a montré comment le gouvernement français a décidé d'encadrer l'aspect sanitaire des pratiques du piercing et du tatouage par un décret très récent publié le 20 février 2008.

La quatrième et dernière partie a permis de mettre en évidence le rôle de conseil du pharmacien avant ou après la réalisation de piercing ou de tatouage. La rédaction des fiches conseil destinées aux tatoués, aux percés et aux pharmaciens d'officine devrait faciliter l'exercice du pharmacien vis-à-vis de ces pratiques et parfaire son information puisque les modifications corporelles ne font pas partie de la formation actuelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LE BRETON David.
Signes d'identités, Tatouages, piercings et autres marques corporelles. Editions Métaillé, avril 2002.
2. LE BRETON David.
La peau et la trace, sur les blessures de soi. Editions Métaillé, avril 2003.
3. QUASIMODO n°7, Modifications corporelles, printemps 2003.
4. LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ.
Editions Larousse, 2001.
5. H.J.A. FLEURY.
Abrégés Virologie humaine. Editions Masson, 4^{ème} édition, septembre 2002.
6. C. BOSGIRAUD-AEMIP.
Microbiologie Générale et Santé. Editions ESKA, août 2003.
7. LE MONITEUR DES PHARMACIES.
Infection par le VIH, n° 2674, 21 avril 2007.
8. LE MONITEUR DES PHARMACIES.
L'hépatite C, n° 2558, 20 novembre 2004.
9. TATOUAGE MAGAZINE hors-série, L'aventure corporelle Premier tattoo, n° 1H, éditions Larivière, septembre 2005.
10. SAUVAGE TATTOO, n°69, décembre 2005.
11. C.G.O.S. MAGAZINE, n° 57, 1^{er} trimestre 2005.
12. SAVOIR, n° 14, septembre-Octobre-Novembre 2005.
13. SANTE LE MAG 20 MINUTES SUPP', VIH la course contre la montre continue, 30 novembre 2007.
14. ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, Docteur Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID, groupe français d'étude et de recherche sur le piercing.
Guides des bonnes pratiques du piercing, Paris, 2001.
15. SNAT, SYNDICAT NATIONAL DES ARTISTES TATOUEURS, Manuel d'assurance qualité.
16. MICHEL TATTOO.
Le manuel technique du Body Piercing, LPK & Georges. K@R&co, mai 2006

17. LAFONT ELISABETH.

Sécurité Sanitaire et Pratiques de piercing et de tatouages, à propos d'une expérience en Savoie, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, août 2005.

18. MATHIEU HAGI, ESTELLE COLLIN NAUDET, JULIEN CROUZET, ELISABETH MONNET.

Evaluation de la plaquette : « Tatouage, piercing, ma santé en question », Principaux résultats, décembre 2005.

SOS Hépatites, BP 88, 52103 SAINT DIZIER.

19. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Guide- Affection de longue durée hépatite chronique C, mai 2006 (<http://www.has-sante.fr>)

20. CRIPS CIRDD, Centre Régional de Ressources et d'Information sur le VIH/SIDA, les hépatites, l'éducation à la vie sexuelle, les drogues, les dépendances et les conduites à risque chez les jeunes.

Pour une réglementation partagée. Le journal du Sida, n° 174, mars 2005.

21. ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, 16 rue Bonaparte, 75272 PARIS cedex 06.

« Piercings et tatouages » : la fréquence des complications justifie une réglementation, 8 janvier 2008.

22. Laboratoire CEREPLAS, ZAC Les Hauts de Proville, 59267 PROUVILLE, Plaquette informative : « CEREDERM, la solution pour estomper les cicatrices ».

SITES INTERNET CONSULTES

23. <http://www.cclin-sudouest.com>
CCLIN Sud-Ouest, Centre de Coordination de Lutte contre les infections nosocomiales, Le bon usage des antiseptiques, 2000-2001.
24. <http://www.legifrance.fr>
DIRECTIVE 2004/96/CE DE LA COMMISSION du 27 septembre 2004 modifiant la directive 76/769/CE du Conseil, en ce qui concerne la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi du nickel dans les parures de piercing, en vue d'adapter son annexe I au progrès technique. Journal Officiel de l'Union Européenne.
25. <http://www.legifrance.fr>
LOI de Santé Publique du 9 août 2004, qui a modifié le Code de la Santé Publique concernant les pratiques du tatouage et du piercing par les articles L.513-10-1 à L.513-10-4 et L.5437-1 à L.5437-2.
26. <http://www.legifrance.fr>
LOI n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.
27. <http://www.legifrance.fr>
DECRET n° 99-142 du 4 mars 1999 relatif à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
28. <http://www.legifrance.fr>
CIRCULAIRE n° 2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés.
29. <http://www.legifrance.fr>
PROJET DE DECRET fixant les règles sanitaires à respecter lors de la pratique du « tatouage avec effraction cutanée » et du perçage et modifiant le Code de la Santé Publique. Document de travail. Version du 16 août 2004.
30. <http://www.legifrance.fr>
DECRET n° 2008-149 du 19 février 2008 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage, et modifiant le Code de la Santé Publique. JORF n° 0043 du 20 février 2008 page 3042 texte n° 24.
31. <http://www.sante.gouv.fr>
AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE de France du 15 septembre 2000 concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermatographie, épilation par électrolyse, rasage).
32. <http://www.chez.com/crysalid/teknik.html>
33. <http://www.wallismaoritattoo.com>

34. <http://www.sante.gouv.fr>
35. <http://www.vulgaris-medical.com>
36. <http://www.dermatologie.free.com>
37. <http://www.tarawa.com>
38. <http://www.antibabypiercing.over-blog.com>
39. <http://www.tatoo-passion.com>
40. <http://www.derri-club.fr>
41. <http://www.tahititatu.com>
42. <http://www.henna-tattoo.net>
43. <http://www.tatouage-tribal.com>
44. <http://www.tatouagesesthetiques.com>
45. <http://www.kustomtattoo.com>
46. <http://www.estetik.com>
47. <http://www.crpce.com>
48. <http://www.hepatites-info-service.org>
49. <http://www.actif-sante.org>
50. <http://www.tatouagedoc.net>
51. <http://www.fakir.org>
52. <http://www.medecine-plastique.com>
53. <http://www.amtech-alonso.fr>
54. <http://www.body-art.net>
55. <http://www.laspirale.org>
56. <http://www.aperf.fr>
57. <http://www.snat.org>
58. <http://fr.wikipedia.org>

59. <http://www.imagin-tattoo.ch>
60. <http://www.orientale.fr>
61. <http://www.imderplam.com>
62. <http://www.hennananou.be>
63. <http://www.aquadesign.be>
64. <http://www.wellnesskliniek.com>
65. <http://www.dermatologie.free.fr>
66. <http://www.neufmois.fr>
67. <http://joachimij.club.fr/omomursi.htm>
68. <http://www.planet.com>
69. <http://www.scarif.htm>
70. <http://www.sts67.org>
71. <http://www.polynesie/tatouage.htm>
72. <http://www1.istockphoto.com>
73. <http://www.geeked.info/index.php?s=scarification>
74. <http://www.medicalz.com/french/scar-management.htm>
75. <http://www.corpsenfolie.com>
76. <http://www.laurentjavault.typepad.com>

N° d'identification :

TITRE

PIERCINGS, TATOUAGES ET AUTRES MODIFICATIONS CORPORELLES : LIENS AVEC LA SANTE ET APPROCHE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Thèse soutenue le 22 mai 2008

Par Coralie DUHAUT

RESUME :

Depuis quelques années, les pratiques de modifications corporelles, notamment les piercings et les tatouages, se sont banalisées dans la société occidentale, surtout auprès des adolescents, alors qu'elles étaient considérées comme un signe de marginalité par les générations précédentes. Les techniques, les significations des modifications corporelles ont donc su évoluer à travers les siècles.

Avec ce nouvel engouement pour ces pratiques, il est utile d'informer sur les risques infectieux viraux et bactériens encourus et sur les complications consécutives à un piercing ou à un tatouage réalisés dans un défaut d'hygiène et d'asepsie.

En France, le perceur et le tatoueur n'ont pas de statut professionnel, mais depuis le 20 février 2008, un décret régleme les pratiques du piercing et du tatouage, d'un point de vue sanitaire.

Le pharmacien, en tant qu'acteur de santé publique, peut jouer un rôle d'information sur les risques et de conseiller sur les soins à apporter au piercing et au tatouage.

MOTS CLES :

Tatouage-piercing-modification corporelle-officine-pharmacien

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>Mme E. BENOIT</u>		Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle