

MUTILATIONS VOLONTAIRES ACTUELLES DE LA CAVITÉ BUCCALE.

PREMIÈRE PARTIE : LES TISSUS MOUS.

Thèse pour le diplôme d'état de
DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Olivia POMIES

Née le 22 juin 1983, à Niort,

Le 7 juillet 2009 devant le jury ci-dessous :

(DEUXIÈME PARTIE : LES TISSUS DURS.

présentée et soutenue conjointement avec **Clotilde AUNEAU**)

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

Madame le Professeur Christine Frayssé.
Monsieur le Docteur François Bodic.
Madame le Docteur Valérie Moyencourt.
Monsieur Bernard Lehmann.

Directeur de thèse

Madame le Docteur Sylvie Dajean-Trutaud.

1	INTRODUCTION	6
2	LES MUTILATIONS VOLONTAIRES DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE	11
2.1	INTRODUCTION AUX MUTILATIONS DES TISSUS MOUS	11
2.1.1	<i>Définition des piercings et des tatouages</i>	11
2.1.1.1	Définition du piercing	11
2.1.1.2	Définition du tatouage	12
2.1.2	<i>Origine des piercings et des tatouages</i>	14
2.1.3	<i>Motivations dans nos sociétés</i>	16
2.1.4	<i>Les piercings et les tatouages en chiffres</i>	19
2.1.5	<i>Description des zones anatomiques percées ou tatouées (P. Kamina 2006)</i>	21
2.1.5.1	La langue	22
2.1.5.1.1	Configuration externe	22
2.1.5.1.2	Constitution	24
2.1.5.1.3	Vascularisation	26
2.1.5.1.4	Innervation	28
2.1.5.2	Les lèvres de la bouche	30
2.1.5.2.1	Face externe	30
2.1.5.2.2	Face interne	30
2.1.5.2.3	Constitution	31
2.1.5.2.4	Vascularisation/ innervation	31
2.1.5.3	Le vestibule oral	31
2.1.5.4	La gencive	32
2.1.5.5	La luette ou uvule palatine	32
2.2	LES PIERCINGS	33
2.2.1	<i>Dans les sociétés traditionnelles</i>	33
2.2.1.1	Définition	33
2.2.1.2	Répartition géographique	34
2.2.1.3	Motivations	34
2.2.1.4	Technique	35
2.2.1.5	Complications	35
2.2.1.5.1	Au niveau dentaire	35
2.2.1.5.2	Au niveau des tissus	36
2.2.1.5.3	Au niveau fonctionnel	36
2.2.1.5.3.1	Phonation	36
2.2.1.5.3.2	Alimentation	36
2.2.1.5.3.3	Au niveau postural	37

2.2.2	<i>Dans nos sociétés industrialisées</i>	38
2.2.3	<i>Aspects techniques des perforations des tissus mous buccaux</i>	39
2.2.3.1	Types de bijoux et de matériaux.....	39
2.2.3.1.1	Les bijoux	39
2.2.3.1.2	Les matériaux.....	41
2.2.3.2	Description des différents piercings de la cavité buccale	42
2.2.3.2.1	La langue	42
2.2.3.2.2	Les lèvres.....	44
2.2.3.2.3	La luette (ou uvule palatine)	46
2.2.4	<i>Protocole</i>	47
2.2.4.1	Protocole de réalisation d'un piercing des tissus mous buccaux recommandé par Le Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing.....	48
2.2.4.1.1	Avant le geste de piercing.....	48
2.2.4.1.1.1	Rechercher des contre-indications au geste	48
2.2.4.1.1.2	Préparation du matériel et du patient	49
2.2.4.1.2	Réalisation du geste en conditions stériles	50
2.2.4.1.3	Conclusion sur ce protocole	51
2.2.4.2	Réalisation du piercing de la langue	52
2.2.4.3	Réalisation du piercing de la lèvre	54
2.2.4.4	Soins après piercing et cicatrisation	55
2.2.4.5	Suites opératoires normales	56
2.2.5	<i>Complications</i>	57
2.2.5.1	Risques per-opératoires	60
2.2.5.1.1	Risques locaux	60
2.2.5.1.1.1	Lésions vasculaires	60
2.2.5.1.1.2	Lésions nerveuses.....	61
2.2.5.1.1.3	Réaction allergique.....	61
2.2.5.1.2	Risques généraux	62
2.2.5.1.2.1	Malaise vagal	62
2.2.5.1.2.2	Transmission de maladies virales	63
2.2.5.1.2.3	Transmission de maladies bactériennes (tétanos)	64
2.2.5.2	Complications post-opératoires à court terme	65
2.2.5.2.1	Complications post-opératoires locales.....	65
2.2.5.2.1.1	Obstruction des voies respiratoires liée au gonflement de la langue ou à l'inhalation du bijou.	

2.2.5.2.1.2	Infection locale favorisées par la flore commensale buccale et une hygiène défailante.....	65
2.2.5.2.1.3	Fractures dentaires lors de l'insertion ou d'un coup de dent dirigé malencontreusement contre le bijou.	66
2.2.5.2.1.4	Incrustation de l'ornement	66
2.2.5.2.2	Complications post-opératoires générales.....	70
2.2.5.2.2.1	Infection bactérienne	70
2.2.5.2.2.2	Halitose, modification de la parole, des capacités de mastication et de déglutition.....	72
2.2.5.2.2.3	Obstruction des voies aériennes et digestives par inhalation du bijou	73
2.2.5.3	Complications post-opératoires à long terme	73
2.2.5.3.1	Complications locales à long terme	73
2.2.5.3.1.1	Fractures dentaires et usures.....	73
2.2.5.3.1.2	Problèmes parodontaux.....	75
2.2.5.3.1.3	Cheloïde.....	77
2.2.5.3.1.4	Langue bifide	80
2.2.5.3.1.5	Autres complications citées.....	80
2.2.5.3.2	Complications générales à long terme	81
2.2.5.3.2.1	Inhalation et ingestion du bijou	81
2.2.5.3.2.2	Interférences avec les images radiographiques	81
2.2.5.3.2.3	Troubles des fonctions buccales (déglutition, phonation, mastication)	82
2.2.5.3.2.4	Thrombophlébite du sinus sigmoïde	82
2.2.5.3.2.5	Infection bactérienne	84
2.3	LES TATOUAGES	85
2.3.1	<i>Dans les sociétés traditionnelles</i>	87
2.3.1.1	Répartition géographique.....	87
2.3.1.2	Motivation, techniques et conséquences	88
2.3.2	<i>Dans nos sociétés industrialisées</i>	91
2.3.3	<i>Aspects techniques des tatouages des tissus mous buccaux</i>	91
2.3.3.1	Les produits de tatouage et les dermographes	91
2.3.3.1.1	Les produits de tatouage	91
2.3.3.1.2	Les dermographes	93
2.3.3.2	Description des différents tatouages de la cavité buccale.....	94
2.3.3.2.1	Les tatouages définitifs.....	94
2.3.3.2.2	La dermopigmentation réparatrice.....	97
2.3.3.2.3	La dermographie esthétique ou maquillage semi permanent	98
2.3.4	<i>Protocole</i>	101
2.3.4.1.1	Protocole de réalisation d'un tatouage définitif.....	102
2.3.4.1.2	Protocole de réalisation d'une dermopigmentation réparatrice ou d'un maquillage semi-permanent	103
2.3.4.2	Soins après tatouage et cicatrisation	104

2.3.4.3	Suites opératoires normales	105
2.3.5	<i>Interview d'une dermatographe professionnelle</i>	105
2.3.6	<i>Complications</i>	110
2.3.6.1	Complications locales.....	111
2.3.6.1.1	Réaction allergique.....	111
2.3.6.1.2	Infections bactériennes	112
2.3.6.1.3	Infection virale.....	112
2.3.6.2	Complications générales.....	112
2.3.6.2.1	Infections bactériennes	112
2.3.6.2.2	Infections virales	113
2.3.6.2.3	Les lymphadénopathies	114
2.3.6.2.4	Refus psychologique	115
2.4	CONDUITE A TENIR AU CABINET	116
2.4.1	<i>Face à un patient souhaitant un piercing ou un tatouage</i>	116
2.4.2	<i>Face à un patient venant de se faire percer</i>	117
2.4.3	<i>Face à un patient venant de se faire tatouer</i>	118
2.5	LEGISLATION ET ETHIQUE	119
2.5.1	<i>Législation</i>	119
2.5.1.1	Le chemin parcouru en Europe et en France	120
2.5.1.1.1	En Europe	120
2.5.1.1.2	En France.....	121
2.5.1.2	Législation actuelle encadrant la pratique du piercing et du tatouage	125
2.5.1.2.1	Les deux décrets et les quatre arrêtés cités précédemment	125
2.5.1.2.2	Le code pénal	125
2.5.1.2.2.1	Article 223-1 et 223-2 (Atteinte à la personne humaine).....	125
2.5.1.2.2.2	Article 221-6 (Atteinte à la vie de la personne)	125
2.5.1.2.2.3	Article 222-19 (Atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne)	126
2.5.1.2.2.4	Article 222-1 (atteinte volontaires à l'intégrité de la personne)	126
2.5.1.2.2.5	Article 222-9 (atteinte volontaire à l'intégrité de la personne).....	126
2.5.1.2.3	Le code de la consommation.....	127
2.5.1.2.3.1	Article L.221-1 (prévention)	127
2.5.1.2.3.2	Article L.213-1 (fraudes et falsifications)	127
2.5.1.2.4	Le code de la Santé Publique	128
2.5.1.2.4.1	Article L 4161-1 (exercice illégal).....	128
2.5.1.2.4.2	Elimination des déchets	128
2.5.2	<i>Éthique</i>	129
2.5.2.1	Entre libre disposition de soi et protection de la personne contre elle-même, qu'elle est la solution juridique ?.....	129
2.5.2.2	Le piercing et le tatouage doivent-il être un acte médical ?.....	130

2.6	CONCLUSION SUR LES MUTILATIONS DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE	132
3	MUTILATIONS DES TISSUS DURS DE LA CAVITE BUCCALE.....	134
4	CONCLUSION.....	135
5	ANNEXES	140
6	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	143
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	145

1 INTRODUCTION

Depuis le paléolithique jusqu'à notre époque, de l'Amérique latine à la Chine, en tout temps et en tout lieu, les humains se sont toujours imposés des mutilations. « Depuis la nuit des temps, depuis qu'il a pris conscience de sa propre image, l'homme a voulu modifier son aspect originel. Ce désir inhérent à la nature humaine a conduit tout naturellement à la notion de mutilations dites volontaires. Nombreuses et variées, les mutilations que s'est imposées l'espèce humaine constituent un phénomène collectif et universel dans le temps et dans l'espace»⁷².

Les mutilations de la cavité buccale ne sont d'ailleurs qu'une infime partie de toutes les mutilations que l'homme a pu s'infliger.

D'autres organes ont également été, et sont, le siège de ces pratiques :

- Les pieds : les chinoises se bandaient les pieds pour les déformer.
- La tête : les futurs généraux incas se déformaient la boîte crânienne.
- La peau : le tatouage, la scarification.

Par extension, le maquillage, utilisé de nos jours, peut-être considéré comme une dérive des tatouages « les maquillages dérivent dans une certaine mesure des tatouages primitifs à but esthétique autorisés à la fin de l'adolescence, et témoignent donc d'un reste de procédé initiatique marquant le passage de la vie enfantine à la vie adulte »¹³.

Il est étonnant de constater que, dans des régions aux antipodes et qui ne peuvent en aucun cas s'influencer, les populations pratiquaient les mêmes mutilations.

Ce qui, dans nos sociétés occidentales, peut-être considéré comme une mutilation va, en réalité, se révéler être une ornementation dans les sociétés dites « traditionnelles », et vice-versa. Où se situe la limite ?

Nodjon Diomande, dans sa thèse sur les marquages corporels en Afrique Noire, insiste d'ailleurs sur le fait que, les critères esthétiques sont variables et que les mutilations pratiquées dans les sociétés traditionnelles ne doivent pas être considérées comme « une marque d'inculture mais d'une autre culture »¹³.

On peut également penser que les mutilations volontaires sont un phénomène qui ne touchent que les sociétés traditionnelles anciennes.

Nous allons voir qu'il n'en est rien et que ces pratiques trouvent un écho dans nos sociétés actuelles. Le corps semble vécu aujourd'hui comme un matériau d'une grande plasticité ainsi qu'en témoignent la mode du bodybuilding, l'obsession des régimes alimentaires, la chirurgie de conversion sexuelle, l'engouement pour le tatouage ou le piercing et naturellement la chirurgie esthétique.

« Ainsi, après la révolution sexuelle, notre société se prépare à vivre une révolution non moins capitale dans son histoire, celle du corps, conduisant à vivre de façon radicalement différente le rapport au corps, âme et esprit en rupture. Elle ne souhaite plus vivre le corps comme une entrave et veut s'en libérer afin de passer d'un corps objet à un corps sens, d'un corps que l'on a à un corps que l'on est »¹¹⁸.

L'art corporel ou « body art » (en anglais) est un art dans lequel le corps humain, généralement celui de l'artiste, constitue l'œuvre d'art ou le médium de l'expression artistique (le sujet et l'objet de l'art)⁴⁸.

L'art corporel se manifeste aujourd'hui de deux manières, la première consiste à placer le corps humain en tant qu'œuvre d'art dans une confrontation directe avec le public — cette forme est à rapprocher de la performance et du happening — et la seconde met en scène le corps au moyen de divers médiums comme la photographie et la vidéo⁴⁸.

Beaucoup d'artistes comme V. Acconci (1970) considèrent le « corps comme point de départ » et « point d'arrivée » et poussent l'expérience jusqu'à s'automutuler (brûlures, lésions, suffocations, morsures)⁴⁸.

Dans nos sociétés industrialisées, les formes actuelles les plus courantes de « body art » sont la peinture corporelle où le peintre crée une œuvre picturale éphémère sur son modèle (en anglais : body painting), l'apposition volontaire de cicatrices (en anglais : scarification) ou des marques de brûlures et enfin, les tatouages et les piercings qui ne sont donc que des formes dérivées et édulcorées du « body art »⁴⁸.

On repère ainsi une sorte de gradation dans les marques contemporaines qui irait du « Sticker » (tatouage délébile) au piercing (réversible) puis au tatouage définitif pour s'achever dans des conduites de « performeurs corporels »⁴⁵.

« Chez ces derniers, il ne suffit pas de percer ou de mutiler le corps, encore faut-il utiliser sa propre douleur pour signifier celle du monde. La douleur signale la gravité du moment, le fait de se prouver à soi-même que l'on peut la supporter agit comme un renforcement identitaire »⁴⁵.

Cette thèse propose donc un aperçu de ce que nous pouvons communément appeler les mutilations de la cavité buccale, dans les sociétés dites « traditionnelles » et dans les sociétés dites « industrialisées ». Nous traiterons, dans une première partie, les mutilations actuelles et

volontaires des tissus mous de la cavité buccale puis nous développerons, dans une seconde partie, les mutilations actuelles et volontaires des tissus durs de la cavité buccale.

Nous allons également montrer que la législation et l'éthique ne sont pas des notions manichéennes et qu'il est parfois difficile de déterminer si, oui ou non, il y a mutilation.

- Définitions :

D'après la définition du petit Larousse illustré de 2005 ⁸⁹:

- Une « mutilation » est la « perte partielle ou complète d'un membre ou d'un organe externe. »
- Un « mutilé » est une « personne dont le corps a subi une mutilation. »
- Le verbe « mutiler » signifie « priver de son intégrité physique en retranchant un membre ou un organe. »
- Le terme « volontaire » signifie « qui se fait sans contrainte et de pure volonté ».
- Les « tissus mous » de la cavité buccale correspondent à un terme obsolète qui définissait l'ensemble des tissus de soutien par opposition aux tissus squelettiques ; c'est une définition consacrée par l'usage sans référence bibliographique.
- Les « tissus durs » de la cavité buccale correspondent de la même manière aux tissus minéralisés par opposition aux autres tissus de soutien (dents, os maxillaire et mandibulaire).

- Remarques :

- Il ne faut pas confondre les mutilations ethniques qui correspondent à une « modification volontaire de la configuration extérieure des individus, se pratiquant dans un ou plusieurs groupes humains » et les mutilations biologiques dont la nature nous offre des exemples, avec certains animaux, qui se privent volontairement d'un membre lorsqu'ils se sentent menacés : dans ce cas, c'est la sensation qui déclenche le mécanisme du réflexe¹¹⁹.

- Pourquoi parler de mutilations volontaires ou d'automutilations dans nos sociétés ?

Pour le psychiatre psychanalyste D. Lauru (2004), « les piercings et les autres types d'automutilations, d'attaques auto-infligées au corps, sont de plus en plus répandus [...] les effets de modes ont fortement atténué la différence entre le normal et le pathologique, mais il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une effraction de la peau, de l'enveloppe corporelle. Cette perte de l'intégrité du corps est aussi à entendre comme une tentative de ré-appropriation de son propre corps »⁹².

En effet, certains psychologues ou psychiatres - au grand dam des « artistes » - affirment que ces pratiques, lorsqu'elles sont excessives, doivent être catégorisée dans la famille des mutilations corporelles.



Figure 1 : Mutilation faciale volontaire

<http://madmegblog.blogspot.com/2008/12/stalking-cat.html>

2 LES MUTILATIONS VOLONTAIRES DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE

2.1 INTRODUCTION AUX MUTILATIONS DES TISSUS MOUS

2.1.1 Définition des piercings et des tatouages

2.1.1.1 Définition du piercing

Nom masculin, action de percer, de l'anglais piercing⁸⁹.

- En quoi consiste un piercing ?

Le piercing se définit comme 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 (généralement appelé bijou et de nature métallique)¹.

Mais la définition légale du piercing reste floue. Certains textes le définissent par le terme de modification corporelle pouvant être assimilée à coups et blessures et actes de barbarie⁶⁷.

Cette effraction constitue une porte d'entrée potentielle pour des agents infectieux, au moment de la réalisation du geste mais également dans la période de cicatrisation qui s'ensuit⁵¹.

On peut classer les piercings en familles ou types, selon la partie du corps où est implanté le bijou. Les piercings faciaux concernent le visage, les piercings corporels le reste du corps, à l'exception toutefois des piercings génitaux (masculins et féminins), qui constituent une famille à part entière¹³¹.

Enfin, les piercings de surface ont la caractéristique de traverser une zone plane de peau de part et d'autre et peuvent se pratiquer sur toutes les parties du corps¹³¹.

Les origines des différents piercings sont aussi lointaines que différentes les unes des autres. Les formes actuelles de piercings, dans nos sociétés, n'ont plus rien à voir avec les rituels tels que la chasse, le passage à la puberté ou la contrainte à une période de silence. La motivation principale du piercing dans la sphère orale semble inspirée avant tout par des considérations esthétiques⁵⁸.

- Combien ça coûte ?

En France, pour un piercing de la sphère buccale, les prix se situent en général dans une fourchette allant de 40 à 80 euros, parfois plus selon le type de piercing ou le bijou utilisé (*prix annoncés par différents perceurs contactés*).

2.1.1.2 Définition du tatouage

Nom masculin singulier, action de tatouer⁹⁴.

Action de tatouer, de dessiner sur le corps en introduisant des matières colorantes sous la peau par injections sous cutanées⁹⁴.

L'origine du mot tatouage viendrait d'Océanie. A la fin du XVIII siècle, le capitaine COOK aurait rapporté le terme de tatouage (TATTOO) lors d'un de ses voyages en Polynésie¹⁴¹.

Tatouage associe deux mots maori, ta ou « dessin » et Atouas, sorte d'ange gardien divin. Dès l'origine, la peau et l'âme sont liées¹³³.

- En quoi consiste un tatouage ?

Un tatouage est un dessin, habituellement décoratif ou symbolique, sous la peau. C'est un type de modification corporelle. La technique du tatouage consiste à introduire dans la peau des matières colorantes (pigments) : la couleur ainsi introduite apparaît ensuite par "transparence" après cicatrisation de la plaie provoquée par le piquage¹⁴¹.

La peau est composée de trois couches (épiderme, derme et hypoderme) : l'encre est déposée par l'aiguille dans un espace assez précis à la limite entre le derme et l'épiderme. La profondeur de la piqûre varie en fonction des types de peaux et des parties du corps : entre 1 et 4 mm pour les zones les plus épaisses se situant dans le dos¹⁵⁹. C'est une pratique courante chez les populations à peau claires ou teintées¹³⁵.

- Il existe deux sortes de tatouages.

- Les tatouages définitifs :

Ils sont très populaires et connaissent un succès croissant en Europe depuis une trentaine d'année. En ce qui concerne les tatouages de la cavité buccale, des lèvres ou de la peau autour de la bouche, ils restent anecdotiques dans nos sociétés.

Le colorant est injecté dans les couches très profondes de la peau et reste bloqué dans les cellules. Il ne se dégrade jamais¹⁵⁶.

- Les tatouages semi définitifs (dermopigmentation médicale ou maquillage semi permanent) :

La technique de dermopigmentation médicale fait maintenant partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien plasticien. Elle permet de corriger des malformations (fente labiale) ou encore des défauts (cicatrice, séquelles de brûlures)⁸⁷.

La technique de maquillage semi permanent est, quant à elle, à visée purement esthétique¹²⁹.

Des complications de cette pratique sont régulièrement rapportées, bien que rares dans l'absolu. Leur nature évolue au fil des années¹³⁵. L'introduction d'un pigment exogène dans le derme n'est pas sans risque. Chaque siècle a connu son lot de complications spécifiques : infections sévères parfois mortelles et épidémies de syphilis d'inoculation au site de tatouage au début du xxe siècle, réactions d'hypersensibilité aux pigments, principalement sur les tatouages rouges, tumeurs bénignes, dermatoses localisées, hépatites et infections par le VIH à la fin du xxe siècle⁸³.

- Combien ça coûte ?

Il est très difficile d'estimer le prix d'un tatouage.

Le prix du tatouage peut varier en fonction de sa difficulté, de sa taille, de sa couleur, en fonction de la réputation du tatoueur ou du temps qu'il prendra (certains tatoueurs calculent le prix en fonction du nombre de séances nécessaires, en général 100 euros /2heures)¹⁵³.

2.1.2 Origine des piercings et des tatouages

Pour C. Grogard (2006), « on ne peut affirmer avec certitude que la marque corporelle remonte à la préhistoire. Cependant, un certain nombre d'indices le laisse supposer, comme les fresques de Lascaux ou du Tassili N'Ajjer (massif montagneux situé au sud-est de l'Algérie) qui montrent des corps peints ou tatoués. Le piercing remonte probablement aussi loin que la pratique du tatouage au désir de l'homme de se parer et de se différencier de la bête. Les premiers récits de voyage sont là pour nous le rappeler : Christophe Colomb (XV siècle) puis Hernán Cortès (XVI siècle) font état de labrets d'or ornant le visage des Amérindiens »⁶².

« Mais le corps percé, ainsi que le corps tatoué, est cependant regardé depuis toujours comme étrange : corps provocation, corps érotisé , corps sacralisé ou corps bafoué... »²¹.

L'occident médiéval peut apporter des réponses à notre malaise face au piercing, et au tatouage. Selon lui, ce malaise a ses racines dans notre civilisation judéo-chrétienne où il est dit de ne pas marquer son corps car c'est le défigurer alors qu'il a été fait à l'image de Dieu²¹.

Pourtant quelques rois comme Henri III ou Charles Ier d'Angleterre (XVI et XVII siècle) transgressent le code social en se faisant percer ou tatouer le corps ; mais les mœurs changent à nouveau, l'anneau devenant l'attribut du gitan ou du pirate, comme le tatouage le symbole du marin puis du motard ; en quelque sorte les gens du voyage...²¹

Pour D. Bruna (2001), il n'est pas curieux de constater que le piercing suit le même mouvement de va-et-vient que le tatouage dans les modes ; signifiant néanmoins le besoin ou le désir d'être autre²¹.

Dans le journal quotidien *Le Monde*, le journaliste J.Y NAU (1991) constate que le tatouage fut aussi un « recours imposé à l'immatriculation cutanée, au marquage réduisant l'homme au rang d'esclave, d'animal. Les légionnaires romains étaient tatoués d'un épervier ou, sur le dos de leur main, du nom de leur général. Le système nazi a eu recours, lui aussi, à de tels procédés mettant en place le tatouage du groupe sanguin (sous l'aisselle) chez les soldats de l'armée SS. Les détenus d'Auschwitz ou de Birkenau étaient marqués de leur numéro de matricule à l'avant-bras gauche précédé d'une lettre correspondant à leur transfert et, s'ils étaient juifs, d'un delta majuscule »¹²².

À l'inverse, en Afrique ou en Amérique centrale, le percement comme le tatouage sont un signe d'appartenance au groupe social. Un corps nu n'existe pas. Les anneaux, les labrets, tatouages, scarifications ou peintures corporelles sont autant d'éléments de parure qui couvrent le corps de l'individu. Nu, ce dernier serait vulnérable car privé d'identité, de croyance, d'attaches socioculturelles⁶².

Certaines tribus, par exemple, se percent la lèvre inférieure et agrandissent le trou pour y placer des plateaux en bois (Amérique Centrale, Amérique du Sud et Ethiopie)⁹⁰.

Dans les temples antiques des Aztèques et Mayas, pour les Shamans et les Grands prêtres se percer la langue faisait partie d'un rituel pour communiquer avec leurs Dieux (perforation ici non-permanente)⁹⁰.

Les tatouages gingivaux et labiaux sont des pratiques traditionnelles très répandues au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Le but de ces tatouages est esthétique ou marque le passage à la vie adulte⁶³.

2.1.3 Motivations dans nos sociétés

Selon le sociologue M. Maffesoli, auteur du *Temps des tribus* (1988), les pratiques de piercing et de tatouage correspondent à une résurgence des mœurs archaïques au sein des sociétés occidentales : « La jeune génération, tournant le dos à l'individualisme, affirme ainsi son appartenance à une tribu librement choisie. Ensuite, il semble que la société moderne ait jusqu'ici cherché à refouler le corps, la souffrance et la mort. Nos contemporains cherchent à se confronter à la mort en faisant subir à leur corps des rites initiatiques : piercing et tatouages deviennent des blessures symboliques »¹¹².

Pour d'autres, comme Kappeler P.M et coll. (2007)⁷⁸, il est essentiel de comprendre les motivations des personnes perçant ou tatouant leur corps afin d'éviter une stigmatisation de ces pratiques. Pour ce faire, ils ont recensé un très grand nombre d'articles jugés pertinents sur le sujet afin d'en extraire dix catégories de motivation classées ici par ordre d'importance :

- Beauté, art et mode :

Le piercing est perçu comme une amélioration esthétique du corps après obtention d'un accessoire de mode ou d'une pièce d'Art. Ce besoin d'embellissement apparaît comme la raison principale de ces pratiques⁷⁸.

- Individualité :

Le piercing et le tatouage permettent de créer sa propre identité en se distinguant des autres et en contrôlant son apparence⁷⁸.

La marque comme initiative personnelle est un moyen de rentrer en connivence d'abord avec soi⁷⁸.

« Du coup, le piercing renforce le sentiment d'exister en échappant à l'indistinction (mais on peut sans doute dépasser l'opposition irréductible entre fonction de séparation et fonction d'agrégation assignée aux marques corporelles ; en effet rien n'empêche de vouloir affirmer une identité singulière tout en cherchant à se lier) »⁴⁵.

- Expérience personnelle :

Le piercing peut apparaître parfois comme une catharsis personnelle (purgation des tensions et des passions). L'article donne l'exemple d'une femme abusée qui arrive à se réapproprier son corps à travers des modifications personnelles et à travers la douleur qui les accompagne⁷⁸.

Le tatouage, tout comme le piercing, permet aussi de s'occuper de soi. Après une séance, la peau est lésée, il faut la soigner, la dorloter, la tenir propre.

« La peau existe pendant l'acte, pendant la cicatrisation et encore après le dépôt de l'encre, trace définitive. Le tatouage est une trace permanente de cet intérêt qu'on a eu pour soi, il valide cet intérêt »¹²⁷.

- Endurance physique :

Ces modifications corporelles permettent de tester son seuil de douleur et de vaincre ses limites personnelles. Elles peuvent révéler des tendances auto-destructrices à l'image de l'endurance et du courage nécessaires à de telles pratiques. Cette pratique est associée à la libération d'endorphine (effet antalgique, anxiolytique et euphorisant) dans le corps générant parfois « un désir de douleur » occasionnellement rapporté⁷⁸.

- Appartenance et engagement à un groupe :

Le piercing ou le tatouage comme signe d'engagement est assez commun, le souhait d'appartenir à une communauté (punks, gothiques, teufeurs, gays par exemple) ou de pouvoir montrer sans honte l'appartenance à une subculture (culture propre à un groupe social qui n'est pas la culture dominante) est très important et cela depuis très longtemps⁷⁸.

- Opposition :

Le piercing et le tatouage peuvent être utilisés pour s'opposer à l'autorité parentale ou encore pour protester contre la société⁷⁸.

Pour Catherine Grogard, dermatologue et auteur de nombreux ouvrages sur les tatouages : « le tatouage est un moyen de s'affirmer, de se construire ou de s'exprimer. Chez l'adolescent en mal de reconnaissance (il ne sait pas où se situer : ni plus tout à fait enfant, ni encore adulte), c'est une manière d'inscrire dans la chair des moments clés de l'existence, le corps se faisant archive de soi et décoration. Le corps légué par les parents est à modifier. Ces modifications corporelles sont le témoin d'une transformation»⁶¹.

- Spiritualité et tradition culturelle :

Les raisons qui ont amené les hommes à fixer des marques dans leur chair sont nombreuses et dépendantes du contexte culturel ; ainsi le piercing et le tatouage peuvent devenir une marque d'appartenance à ces différentes cultures et à leur spiritualité⁷⁸.

- Addiction :

Ce caractère addictif est probablement dû à la libération d'endorphine associée à la pénétration douloureuse du corps. Cette hormone procure une euphorie, une augmentation du seuil de perception de la douleur associées un effet anxiolytique⁷⁸.

- Motivations sexuelles :

Le piercing transforme les parties du corps en bijoux érotiques et agressifs, cette pratique révèle un goût de la parure et de la mutilation qui exacerbe la violence érotique⁷⁸.

- Sans raison spécifique :

Parfois la décision de se faire percer ou tatouer est prise de manière impulsive sans grande réflexion ou sans raison spécifique. Notons qu'elle se fait alors, plus souvent, sous l'influence de l'alcool ou de la drogue⁷⁸.

2.1.4 Les piercings et les tatouages en chiffres

Depuis quelques années, une proportion croissante de piercings et de tatouages est observée dans la population générale. Le nombre d'articles s'y consacrant dans la littérature médicale connaît aussi une expansion comme en témoigne par exemple l'ajout du terme *body-piercing* dans le lexique MESH (*Medical Subject Headings*) en 2005²².

Il est très difficile d'estimer la fréquence de ces pratiques. Les études s'y rapportant sont souvent d'un faible intérêt scientifique puisque la taille des échantillons est, en général, trop peu importante pour pouvoir tirer des conclusions pertinentes.

Malgré ce constat et afin de donner une vague estimation de ces pratiques, nous reporterons ici quelques chiffres provenant de ces diverses études (ne donnant aucune précision sur le site percé ou tatoué).

Aux Etats-Unis la fréquence des personnes tatouées est estimée à 13% de la population³³.

Aux Etats-Unis, la pratique du tatouage concerne aussi bien les hommes que les femmes. Le nombre de femmes tatouées a quadruplé au cours de ces vingt dernières années⁸².

En 2006, Laumann A.E et Derick A.J réalisent une étude randomisée afin d'obtenir un échantillon de la population américaine composé de 253 femmes et de 247 hommes âgés de 18 à 50 ans. 24% d'entre eux sont tatoués et 35% ont un piercing qui, pour la moitié d'entre eux, se situe sur le lobe de l'oreille⁹¹.

En 2006, Stirn A.et coll., étudient la fréquence des piercings chez 864 Allemands dont l'âge varie de quatorze à quarante-quatre ans. Elle est de 14 %¹⁴⁹.

En 2006, Oliviera M.D et coll., recensent 8,4% de piercings et tatouages confondus sur un échantillon de 664 adolescents brésiliens âgés de 12 à 19 ans¹²⁶.

En 2008, Bone A. et coll. veulent estimer la prévalence du piercing en Angleterre en considérant tous les sites mise à part ceux du lobe de l'oreille. Sur 10503 adultes âgés de 16 ans et plus, la prévalence des piercings est alors de 10%.

Les jeunes femmes (16/24 ans) sont plus percées que les autres, et environ 30% des piercings de cette tranche d'âge ont été le site de complications : 15% ont nécessité une aide d'un professionnel de santé tandis que 0,9% ont nécessité une hospitalisation¹⁶.

En France, il nous manque indiscutablement des études afin de pouvoir recenser ces pratiques. La seule étude récente date de 1998, elle avait montré alors que plus d'un tiers des 600 français (âgés de onze à quinze ans) interrogés envisageaient de subir un tatouage ou un perçage. En 2007, la fréquence des perçages était estimée à 100 000 par an³³.

Piercings et tatouages attirent un public très diversifié et de plus en plus jeune¹¹¹.

En ce qui concerne les adultes, la population carcérale est largement tatouée et percée.

En ce qui concernent les piercings oraux, ils sont observés chez 2,4% (Amérique), 10% (Finlande) et 20,3% (Israël) de la population jeune en 2000-2001⁴².

2.1.5 Description des zones anatomiques percées ou tatouées (P. Kamina 2006)

Nous décrirons ici les zones anatomiques concernées par les piercings et les tatouages.

La langue, les lèvres, le vestibule oral, la gencive et la luvette peuvent être en effet percés et/ou tatoués⁷⁶.

2.1.5.1 La langue

La langue est l'organe principal du goût, elle participe à la mastication, la déglutition et la phonation. Elle est constituée d'une partie fixe, *la racine*, et d'une partie libre, *le corps*⁷⁶.

2.1.5.1.1 Configuration externe

On peut observer un dos, une face inférieure, deux bords latéraux, une racine et un apex⁷⁶.

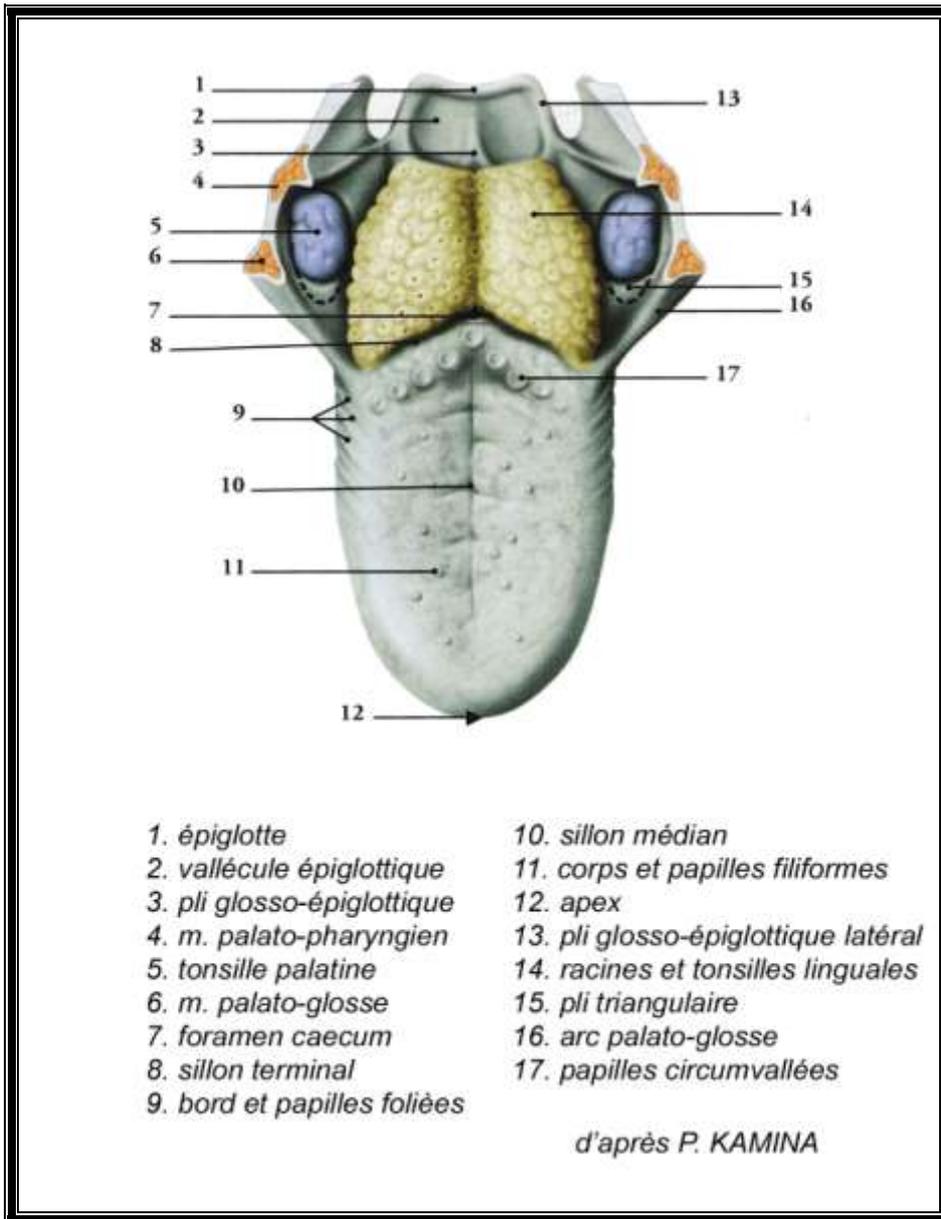
- Le dos de la langue :

Il est convexe et en rapport avec le palais. Il présente un sillon médian longitudinal et au niveau de son tiers postérieur un sillon en V ouvert en avant, le *sillon terminal*. Sa partie postérieure est unie à l'épiglotte⁷⁶.

- La face inférieure :

Elle présente sur la ligne médiane, en avant un sillon inconstant, et en arrière, un repli muqueux relié au plancher buccal, le frein de la langue. De chaque côté de ce frein, on peut observer la large éminence du muscle génio-glosse.

Les veines sublinguales transparaissent sous la muqueuse⁷⁶.



**Figure 2 : La Langue (vue inférieure avec résection partielle de la muqueuse)
 d'après P. Kamina, Précis d'anatomie clinique Tome 2: cou, tête et dos (2004).**

- Les bords latéraux :

Ils répondent aux arcades dentaires⁷⁶.

- La racine de la langue :

Elle est large et épaisse et repose sur le plancher buccal. Elle est fixée sur l'os hyoïde et la mandibule. Les muscles génio-glosses et hyo-glosses la constituent⁷⁶.

- L'apex :

Il est aplati de haut en bas et répond aux incisives⁷⁶.

2.1.5.1.2 *Constitution*

La langue est constituée d'un squelette ostéo-fibreux, de 17 muscles et d'une muqueuse⁷⁶.

- Le squelette ostéo-fibreux :

Il est composé de l'os hyoïde, la membrane hyo-glossienne et le septum lingual⁷⁶.

La membrane hyo-glossienne est une lame de 1 cm environ qui se fixe sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde et se perd dans l'épaisseur de la langue⁷⁶.

Le septum lingual est une lame fibreuse falciforme, sagittale et médiane. Il se fixe par sa base sur la face antérieure de la membrane hyo-glossienne et la partie adjacente de l'os hyoïde. Il se termine en avant en se perdant au milieu des faisceaux musculaires de l'apex de la langue⁷⁶.

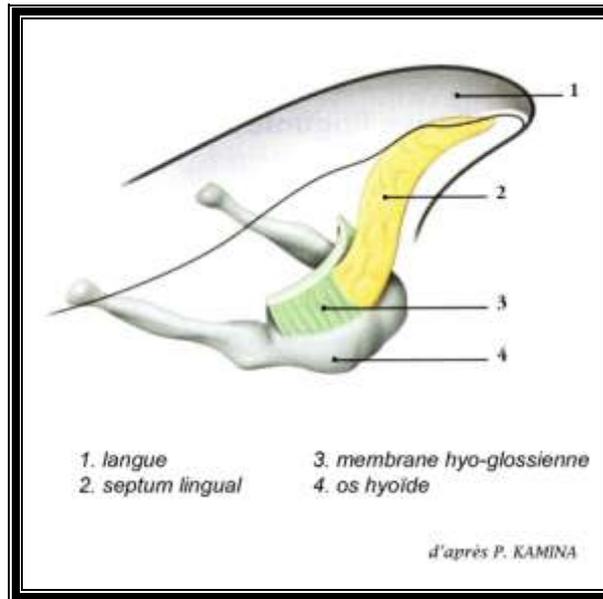


Figure 3 : le septum lingual (schématique)

d'après P. Kamina, Précis d'anatomie clinique Tome 2: cou, tête et dos (2004).

- Les muscles de la langue

Ils comprennent huit muscles pairs et un muscle impair (le muscle longitudinal supérieur), groupés en muscles extrinsèques et intrinsèques selon leur origine⁷⁶.

Les muscles extrinsèques : muscles génio-glosse, hyo-glosse, chondro-glosse, stylo-glosse et palato-glosse⁷⁶.

Les muscles intrinsèques : ils sont situés dans la langue et constituent sa majeure partie. Ce sont les *muscles longitudinal supérieur, longitudinal inférieur, transverse et vertical de la langue*⁷⁶.

- La muqueuse linguale

Elle est mince et transparente sur la face inférieure de la langue, et épaisse au niveau de son dos, où elle présente cinq sortes de papilles ; filiformes, coniques, fungiformes, circumvallées (en avant du sillon terminal), et foliées⁷⁶.

En arrière du sillon terminal se localise la *tonsille linguale* et en avant du sillon, les glandes muqueuses⁷⁶.

2.1.5.1.3 Vascularisation

- Les artères

Elles proviennent principalement de l'artère linguale, accessoirement des artères palatine ascendante et pharyngienne inférieure⁷⁶.

- Les veines

Elles se drainent dans la veine linguale profonde qui rejoint la veine sublinguale⁷⁶.

- Les lymphatiques

Les lymphatiques de l'apex se drainent dans les nœuds submentonniers ; ceux du corps dans les nœuds submandibulaires et jugulaires internes⁷⁶.

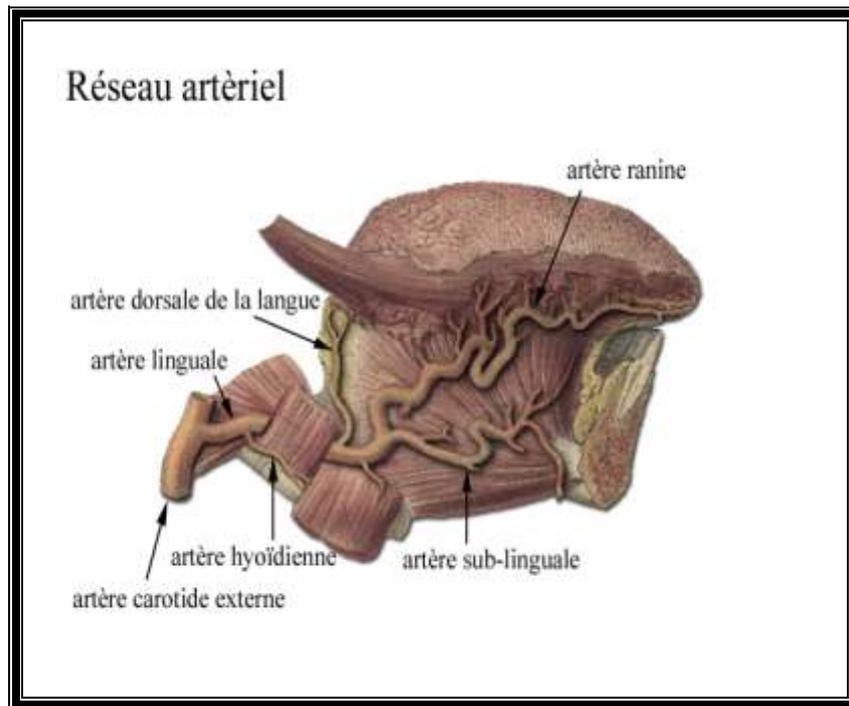


Figure 4 : Réseau artériel de la langue

d'après d'après Hirschfeld L. « Traite et iconographie du système nerveux et des organes des sens » Paris : Masson, 2^e édition, 1866.

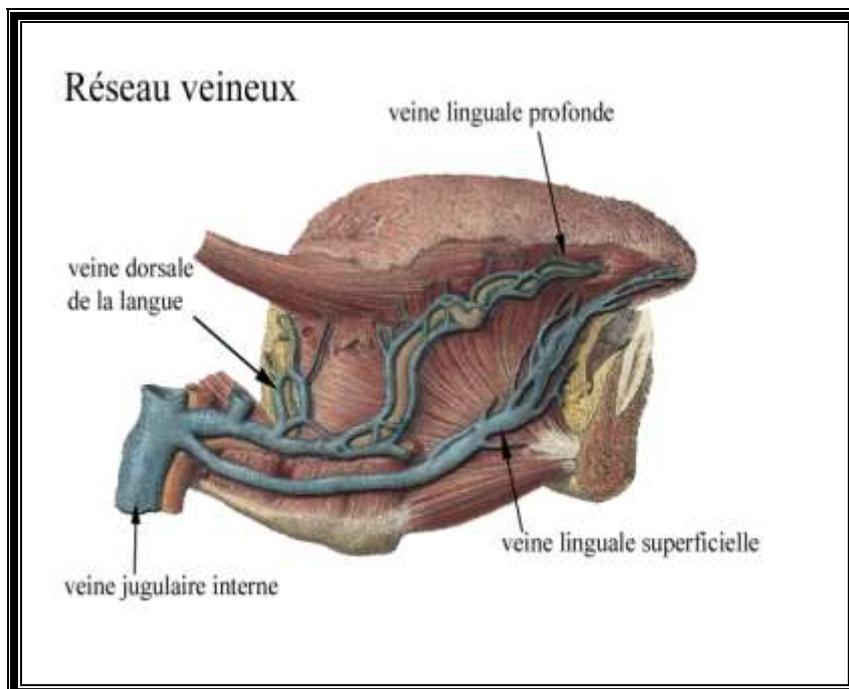


Figure 5 : Réseau veineux de la langue d'après Hirschfeld L. « Traite et iconographie du système nerveux et des organes des sens » Paris : Masson, 2^e édition,1866.

2.1.5.1.4 *Innervation*

- Innervation motrice

Tous les muscles de la langue sont innervés par le nerf hypoglosse (XII), excepté le muscle palato-glosse innervé par la partie vagale du plexus pharyngien (X)⁷⁶.

- Innervation sensitive

La partie de la langue située en avant du sillon terminal est innervée par le nerf lingual. Les neurofibres du nerf lingual sont en connexion avec les noyaux salivaires supérieur et inférieur, le thalamus et les centres corticaux⁷⁶.

La partie de la langue située en arrière du sillon terminal est innervée par le nerf glosso-pharyngien et par les rameaux laryngés du nerf vague. Les neurofibres des nerfs glosso-pharyngien et vague sont en connexion avec les neurofibres motrices des muscles de la mimique, de la déglutition et de la mastication⁷⁶.

- Innervation sensorielle (gustative)

La région linguale située en avant du sillon terminal a une sensibilité sensorielle véhiculée successivement par le nerf lingual, la corde du tympan et le nerf facial⁷⁶.

La région linguale située en arrière du sillon a une sensibilité sensorielle transmise par le nerf glosso-pharyngien⁷⁶.

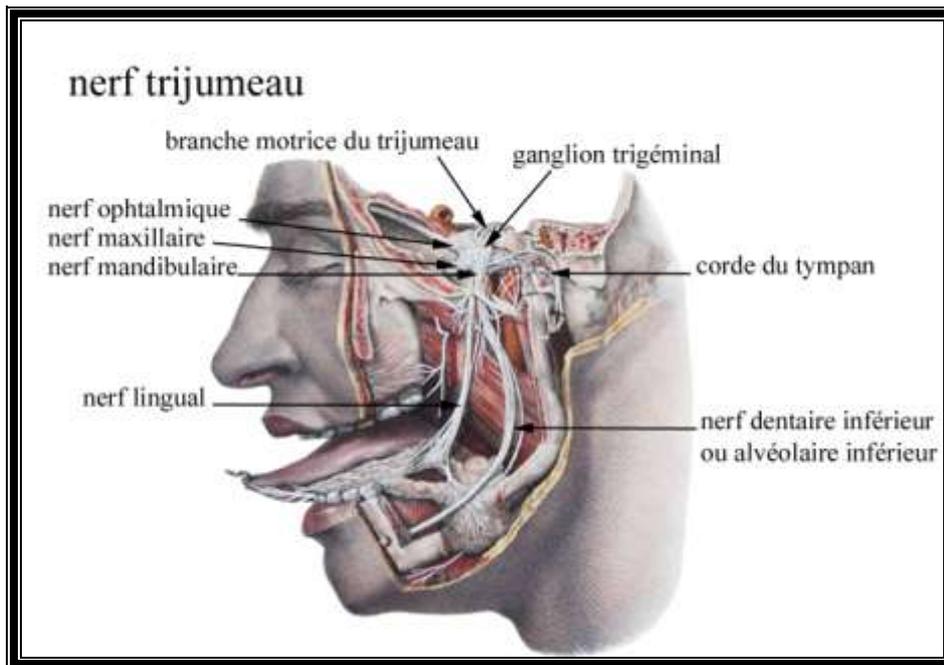


Figure 6 : Le nerf trijumeau

d'après Hirschfeld L. « **Traité et iconographie du système nerveux et des organes des sens** » Paris : Masson, 2^e édition, 1866.

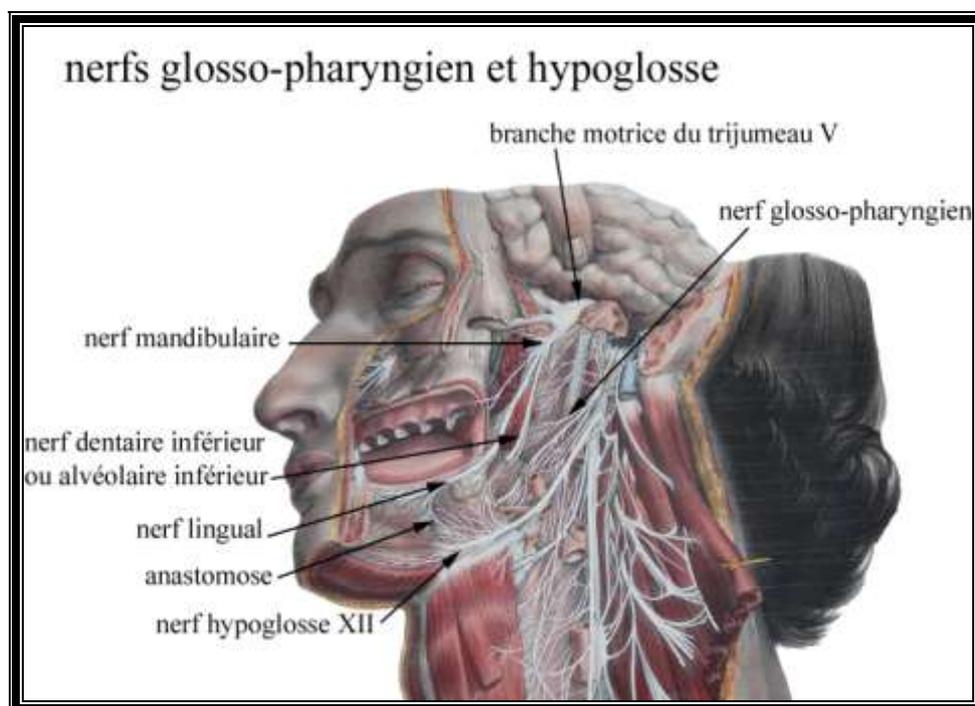


Figure 7 : Le nerf glosso-pharyngien et hypoglosse

d'après Hirschfeld L. « Traité et iconographie du système nerveux et des organes des sens » Paris : Masson, 2^e édition, 1866.

Le piercing de la langue est en général placé au milieu de la langue, juste devant le frein lingual dans le plan sagittal. Habituellement, le piercing est composé d'une barre ou « stud » avec deux boules servant d'ornement. Celui-ci est placé dans la partie centrale et la plus épaisse de la langue, ceci afin d'éviter le frein lingual. Les dimensions de la barre sont plus grandes que l'épaisseur de la langue de sorte que le piercing reste également mobile. Au départ, on utilise une barre de taille supérieure pour empêcher que l'ornement ne s'incruste dans la muqueuse de la langue⁴².

2.1.5.2 Les lèvres de la bouche

Les lèvres sont des replis mobiles musculo-membraneux limitant la fente orale. Elles sont unies à leur extrémité par les commissures labiales⁷⁶.

2.1.5.2.1 Face externe

La lèvre supérieure est séparée de la joue par le sillon par le *sillon naso-labial*. Elle présente un sillon médian vertical, le *philtrum*, limité, en bas, par le *tubercule de la lèvre supérieure*⁷⁶. La lèvre inférieure est séparée du menton par le *sillon mento-labial*. Chaque lèvre présente une ligne de transition cutané-muqueuse propre à l'homme, le *limbus labial*. Elle est rose sur les peaux claires et habituellement brunâtre sur les peaux noires⁷⁶.

2.1.5.2.2 Face interne

La face interne de chaque lèvre répond au vestibule. Elle est unie à la gencive correspondante par un repli muqueux médian, le *frein labial*⁷⁶.

2.1.5.2.3 *Constitution*

Elles sont formées du muscle orbitaire de la bouche recouvert de la peau et d'une muqueuse glandulaire, sur sa face interne⁷⁶.

2.1.5.2.4 *Vascularisation/ innervation*

Les artères labiales supérieures et inférieures sont des branches de l'artère faciale⁷⁶.

Les veines labiales se drainent dans la veine faciale⁷⁶.

Les lymphatiques labiaux rejoignent les nœuds lymphatiques mandibulaires et submentaux⁷⁶.

Les nerfs moteurs émanent du nerf facial, et les nerfs sensitifs, du nerf trijumeau⁷⁶.

La zone cutanée qui comporte l'épiderme avec les poils et les glandes sudoripares, la zone musculaire et la zone muqueuse sont transpercées lors de la perforation ce qui peut provoquer un dysfonctionnement de chacune de ces zones. Les piercings sont en général pratiqués au sein de l'orbiculaire des lèvres.

2.1.5.3 *Le vestibule oral*

Le vestibule orale est un espace curviligne virtuel tapissé par la muqueuse buccale et comprenant deux gouttières vestibulaires, supérieure et inférieure.

Chaque gouttière présente un repli muqueux médian, le *frein de la lèvre*. Le vestibule communique avec la cavité propre de la bouche par les espaces interdentaires, et par un large espace *rétro-molaire*⁷⁶.

Dans le vestibule se déverse la salive de la glande parotide et des glandes labiales ; la papille du conduit parotidien étant située en regard de la 2^e molaire supérieure⁷⁶.

2.1.5.4 La gencive

La gencive est la zone de la muqueuse buccale qui recouvre les procès alvéolaires des maxillaires et qui entoure le collet des dents.

On la divise en trois types : la gencive libre, la gencive attachée et la gencive papillaire ou interdentaire⁷⁶.

2.1.5.5 La luette ou uvule palatine

L'uvule palatine fait partie du palais. Le palais est la paroi supérieure de la cavité propre de la bouche, il est constitué du palais dur, osseux, prolongé en arrière du palais mou, fibromusculaire, qui se termine par l'uvule palatine. Elle est vascularisée par l'artère grande palatine et innervée par la partie crâniale du nerf accessoire (XI) par l'intermédiaire de la branche pharyngienne du nerf vague (X) et du plexus pharyngien⁷⁶.

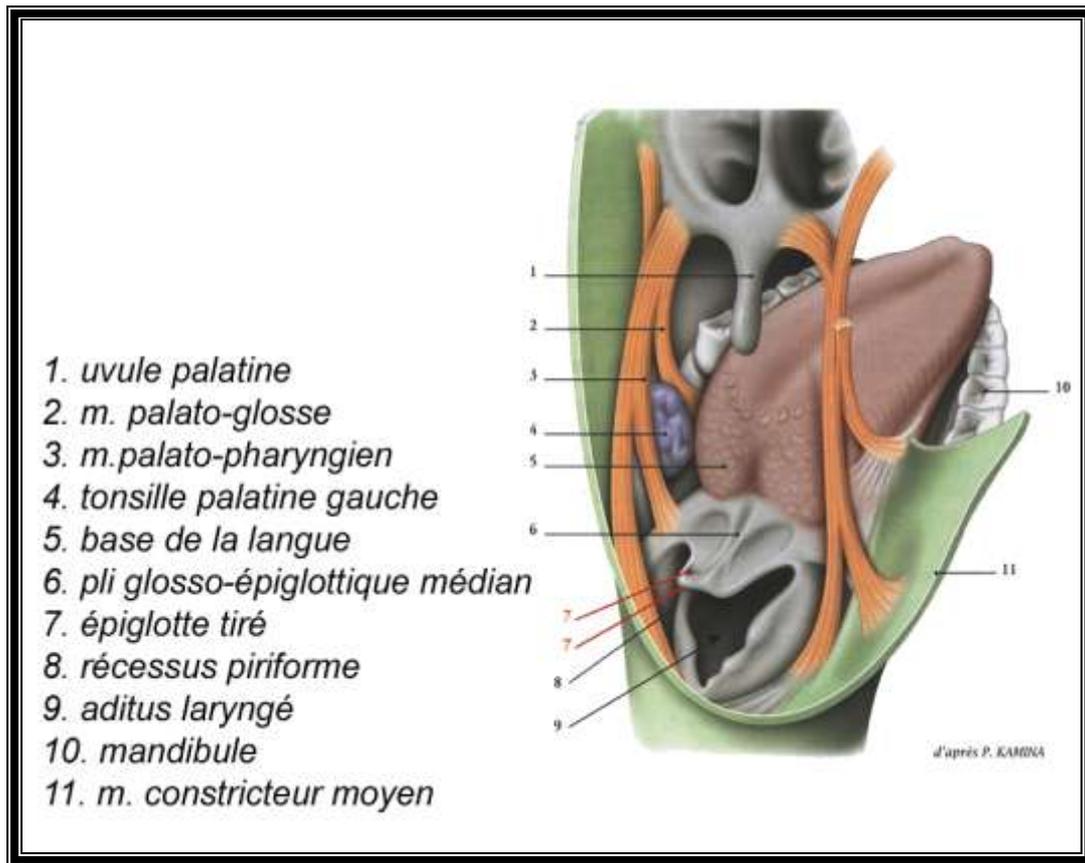


Figure 8 : Vue postéro-latérale du pharynx

d'après P. Kamina, Précis d'anatomie clinique Tome 2: cou, tête et dos (2004).

2.2 LES PIERCINGS

2.2.1 Dans les sociétés traditionnelles

2.2.1.1 Définition

Les labrets ou plateaux labiaux sont des mutilations ornementales des lèvres, portées sur la lèvre supérieure ou la lèvre inférieure ou les deux¹⁵⁸. Les lèvres deviennent donc le support d'objets de taille variable faits de pierre, de bois, d'argile, de fer-blanc, de cuivre, d'ivoire, ou de terre cuite, qui agrandissent la taille de la lèvre en la perçant ou pas et qui peuvent mesurer jusqu'à vingt-cinq centimètres. Le labret peut avoir une forme de tige, de tube ou de disque circulaire ou ellipsoïdale, plein ou ajouré⁷⁵. A. Chevalier, dans son ouvrage de 1907, relate la

première rencontre de J. Decorse avec les femmes à plateaux d’Afrique Centrale : « il faut se représenter une femme adulte portant, enchâssés dans la lèvre inférieure un disque de bois large comme une assiette à dessert, et dans la supérieure, un autre disque comme une soucoupe de tasse à café³¹. »

2.2.1.2 Répartition géographique

La coutume des femmes à plateaux est commune à différents peuples, situés sur plusieurs continents depuis de nombreuses années. D’après les recueils de Laperouse repris par Fougerat, en 1986, les femmes des régions reculées de l’Amérique du Nord portaient : « une sorte d’écuelle de bois sans anses qui appuie contre les gencives... »⁵³. En Afrique, cette coutume était répandue dans toute l’Afrique, du Nigéria au Mozambique⁷⁵. Laperouse rapporte également que des femmes, à l’apparence similaire à celles d’Afrique, pratiquaient cette tradition en Australie⁵³. Actuellement, ce type de modification corporelle existe toujours, principalement en Afrique :

Au Burkina Faso où : « les femmes ont les lèvres percées avec un bout de bois de 3 cm de diamètre qui y est fixé en permanence »³⁵.

En Ethiopie chez les Mursi¹⁵⁸.

Au Tchad chez les Sara¹⁵⁸.

Dans d’autres tribus de la vallée de l’Omo, région jouxtant le Kenya et le Soudan⁷⁵.

En Amazonie, chez les « Botocudos » (botoco signifie labret), plus particulièrement dans la tribu Kayapo, certains amérindiens portent encore des disques labiaux⁷⁵.

2.2.1.3 Motivations

Les raisons qui poussent les sociétés traditionnelles à porter le labret sont les mêmes que celles induites par les modifications intentionnelles, à savoir : l’identification à un groupe, les croyances, le reflet du statut social ou la recherche d’esthétique¹³⁸. Auparavant, de nombreux auteurs pensaient qu’en Ethiopie, comme au Tchad, les labrets étaient un moyen de rendre inesthétiques les femmes et donc de les protéger des chasseurs d’esclaves. Mais cette théorie semblerait erronée. En réalité, pour certains auteurs, il a surtout une fonction symbolique et

esthétique en Ethiopie¹⁵⁸. La déformation que provoque le labret est aux yeux des hommes un signe d'élégance et de prestige. Plus le labret est volumineux, plus la jeune fille est considérée comme belle et plus la valeur de la dot demandée par la famille est élevée⁷⁵. Pour d'autres auteurs, cette pratique a une origine spirituelle : les orifices du corps étant des portes d'entrée potentielles pour les esprits maléfiques, il est nécessaire de les obstruer⁵.

Au Tchad, en revanche, la transfixion fait partie intégrant du rite initiatique de fiançailles et symbolise la prise de possession du futur mari. La femme mariée ne peut enlever son plateau en public alors que la femme veuve est dans l'obligation de le faire car il illustre le lien de la femme avec son mari³².

2.2.1.4 Technique

Dans certains peuples, la pose du labret est précédée de l'extraction des incisives inférieures¹⁵⁸.

Les modes opératoires sont très variables, c'est pourquoi nous ne citerons qu'un exemple d'une opération en Ethiopie :

« Pendant plusieurs jours, on a consciencieusement frotté de beurre la lèvre inférieure de la patiente, afin de "ramollir les chairs". Puis, le jour venu, l'expert chargé de l'opération perce la lèvre à l'aide d'une pointe de fer rougie au feu. La plaie est enduite de beurre afin de hâter la cicatrisation ; on y insère un petit morceau de bois afin d'éviter que les chairs, en se reconstituant, n'obstruent l'orifice ainsi pratiqué. Si aucune infection ne survient, l'opération est considérée comme réussie et, sitôt la cicatrisation achevée, on introduit dans la lèvre des bouchons de bois de plus en plus grands, puis un petit labret. Si l'élasticité des chairs le permet, ce qui n'est pas toujours le cas, on insère dans l'orifice des labrets de plus en plus grands⁷⁵. »

2.2.1.5 Complications

2.2.1.5.1 Au niveau dentaire

D'après Richard Scott G., Turner C.G et Mascie-Taylor N. (2000) des facettes d'usure de différentes tailles peuvent apparaître sur la face vestibulaire de une ou deux dents. Ces facettes varient selon la taille et la durée de port des labrets et leur placement (médial ou latéral)¹³⁸.

2.2.1.5.2 Au niveau des tissus

Les plateaux, du fait de leur poids important, provoquent un étirement des tissus ce qui a pour conséquence de donner une forme pyramidale au bas du visage par aplatissement des joues³¹. L'orifice dans lequel se situe le disque s'agrandit progressivement ce qui oblige les femmes à porter des plateaux de plus en plus grands pour que ces derniers restent en place. La distension est telle qu'un plateau de 24 centimètres de diamètre peut conduire à une lèvre inférieure d'environ soixante-quinze centimètres de longueur. Une rupture labiale est donc fréquente¹²¹.

Une étude histologique des lèvres après rupture labiale de Muraz G. (1947) montre : « une prolifération en franges de la musculature et une prolifération épithéliale de la muqueuse localisée au point de pression du plateau¹²¹».

J. Decorse cité par A. Chevalier, en 1907, indique que le sillon naso-jugal se creuse³¹.

2.2.1.5.3 Au niveau fonctionnel

2.2.1.5.3.1 Phonation

La voix des femmes à plateaux est modifiée et prend une résonance spéciale semblable à celle d'un ventriloque. La parole est également perturbée : ces femmes ne peuvent plus prononcer les labiales, ni les explosives. Seules les voyelles pâteuses et nasillées peuvent être prononcées³¹.

2.2.1.5.3.2 Alimentation

Pour s'alimenter, les femmes à plateaux doivent soulever le plateau supérieur et la mastication s'accompagne « d'un bruit très drôle de castagnettes ». Pour boire, c'est le plateau inférieur qui est soulevé « jusqu'à l'ammener à une obliquité suffisante ». Le liquide est versé dessus et coule dans la cavité buccale³¹.

2.2.1.5.3.3 *Au niveau postural*

Ces femmes se retrouvent dans l'obligation de pencher la tête afin d'éviter les pressions douloureuses sur les mâchoires.

Au repos, elles utilisent leur genou fléchi comme appui³¹.

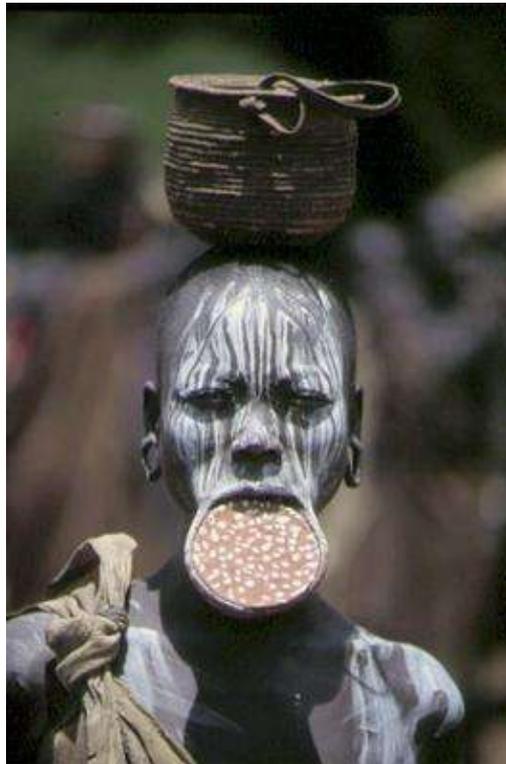


Figure 9 : Femmes à plateaux

<http://abpiercing2.canalblog.com/archives/2008/12/index.html>

2.2.2 Dans nos sociétés industrialisées

Le piercing est resté marginal pendant plusieurs siècles, l'anneau étant le symbole des « ennemis de la foi chrétienne » (c'est-à-dire les Juifs, hérétiques, prostituées, bourreaux, lépreux et autres jongleurs et danseurs) avant de réapparaître dans les années 1970 au Royaume-Uni²².

Des bijouteries se mirent alors à proposer le perçage d'oreille comme un service supplémentaire, et des appareils plaçant directement le bijou dans l'oreille furent inventés (le "pistolet"²²).

Selon les sociologues, « [les pratique du piercing et du tatouage] doivent leur renouveau à trois groupes : la communauté hippie, les punks, et surtout les milieux sado-masochiques dans les années 1980 »²¹.

« Au milieu des années 90, le piercing sort de la marginalité. Après Jean-Paul Gaultier et son défilé de mannequins percés, en 1993, après Rosanna Arquette et son irrévérencieux clou sur la langue dans le film Pulp Fiction, de Madonna à Naomi Campbell, de mode hardcore en culture techno, le piercing entre en force dans les lycées »¹⁰⁵.

Le premier studio de piercing français fut ouvert à Paris au début des années 90. Avant cette date, il fallait aller à Londres ou à Amsterdam pour se faire percer. Aujourd'hui, le phénomène a pris de l'ampleur et il touche de plus en plus de personnes, de tous les milieux et de tous les âges. Cette pratique n'est plus « réservée » à une tranche marginale de la population¹⁰.

2.2.3 Aspects techniques des perforations des tissus mous buccaux

2.2.3.1 Types de bijoux et de matériaux

2.2.3.1.1 Les bijoux

Labret : il se compose d'une tige droite avec à une extrémité un disque et à l'autre une boule vissable ou un élément clipable. Cette boule peut être remplacée par une autre forme. Les labrets sont utilisés pour les piercings à la lèvre ou aux cartilages⁷³.



Figure 10 : Labret

(<http://www.ms piercing.com/Product/black-labret-861.aspx>)

Barbell : il se compose d'une barre droite avec des boules dévissables (permettant de retirer le bijou) à chaque extrémité. Les boules peuvent être remplacées par d'autres extrémités en forme de pointes ou plus fantaisie. Ils sont utilisés pour les piercings de la langue⁷³.



Figure 11 : Barbell

(http://www.bleu-lulu.com/product_steel-ball-straight-barbell.html)

Circular barbell : c'est un barbell cintré ou fer à cheval fermé par deux boules vissées. Ils sont utilisés à la lèvre⁷³.



Figure 12 : Circular barbell

(<http://www.ms piercing.com/Product/steel-ball-circular-barbell-638.aspx>)

Anneau : comme son nom l'indique, c'est un anneau qui peut être simple ou agrémenté de décorations. L'anneau est généralement fermé par une boule. Il peut être utilisé pour la plupart des piercings à l'exception de la langue⁷³.

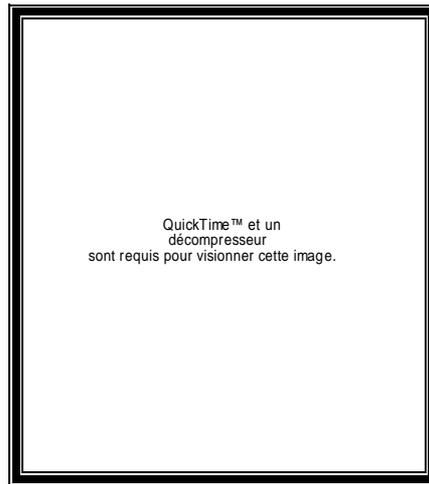


Figure 13 : Anneau

(<http://www.mspercings.com/Product/captive-bead-ring-448.aspx>)

2.2.3.1.2 *Les matériaux*

Une directive européenne a interdit à compter du 20 janvier 2001, les alliages contenant plus de 0,05% de Nickel pour les bijoux utilisés dans le piercing, en raison du risque élevé de réactions allergiques (Directive 94/97/CE)⁴⁹.

Les aciers inoxydables chirurgicaux de type 316 LVM ou M25W sont très utilisés car ils sont hypoallergéniques, fiables et bon marché¹¹¹.

Le titane (TI 6 AL 4 V ELI) et **le niobium** (à l'état pur ou anodisé pour obtenir différentes couleurs) sont utilisés en cas de terrain allergique, pour leur légèreté et leur résistance, mais ont un coût plus élevé⁶⁵.

L'argent est très peu utilisé (allergies fréquentes)⁶⁵.

L'or est souvent trop cher pour les clients et déclenche parfois des réactions allergiques⁶⁵.

De nouveaux matériaux synthétiques (plastiques mous comme le PTFE ou le Tygon, plastiques durs comme le PMMA) sont de plus en plus utilisés. Certains sont fluorescents en lumière bleue. Le PTFE (Téflon) est également en vogue pour ses propriétés de flexibilité et de solidité¹¹¹.

D'autres matériaux sont utilisés, comme le **platine**, le « **backline** », le **plexiglas** (PMMA), l'**acrylique**, le **verre**, les **pierres**, le **bois**, l'**os** et la **corne** et bien d'autres encore⁶⁵.

Les caractéristiques techniques des différents matériaux font l'objet de débat parmi les professionnels. L'origine des bijoux doit être prise en compte de même que les techniques de façonnage (surface polie ou non) et de filetage¹¹¹.

Le bijou utilisé doit être de toute façon adapté (matériau, forme et taille) au site prévu pour le piercing et aux caractéristiques morphologiques du client. Des accidents peuvent survenir si ce choix n'est pas établi correctement. Un bijou trop petit, comprimant les tissus au travers desquels il a été implanté, va gêner le processus de cicatrisation et entraîner une infection locale ou un œdème plus fréquemment qu'un bijou trop grand. Il doit ainsi souvent être choisi initialement de taille plus grande que celle que souhaite le client. Après cicatrisation complète, il est possible de changer le bijou pour un modèle plus « ajusté »⁶⁶.

2.2.3.2 Description des différents piercings de la cavité buccale

2.2.3.2.1 La langue

Plusieurs types de piercings peuvent être réalisés au sein de la langue⁷³:

- verticalement à travers la ligne médiane de la langue ;

(ce type de perforation ne peut être pratiqué que sur une langue suffisamment longue avec un frein peu développé).



Figure 14 : Piercing de la langue, ligne médiane.

(<http://daive53.skyrock.com/>)

- verticalement à travers l'apex de la langue.



Figure 15: Piercing multiple (apex)

(<http://www.bmezine.com/pierce/02-tongue/multi005.html>)

Les piercings peuvent être aussi excentrés : ils sont situés latéralement à l'axe médian de la langue et passent donc près de l'artère linguale. Le bijou placé sera un barbell⁷³.

- Ils peuvent être aussi horizontaux et traversent alors la langue dans le plan frontal.



Figure 16 : Piercing horizontaux de la langue

(<http://spirou57.tchatheblog.com>)

- Des piercings du frein de la langue existe aussi (piercing du frein sublingual)⁷³.



Figure 17 : Piercing du frein sublingual

(http://fr.evilo.com/photos/piercing-glotte_bloblo)

2.2.3.2.2 *Les lèvres*

Tout le contour des lèvres peut être percé ; les piercings des joues est par extension appelé, lui aussi, piercing des lèvres.

Plusieurs piercings peuvent être réalisés sur les lèvres ⁷³:

- le labret : réalisé sous la lèvre inférieure. Le bijou placé sera un anneau ou un labret stud ;



Figure 18 : Labret

(<http://piercing-fashion.skyrock.com/341250939-Labret-Vertical.html>)

- le Marilyn ou Madonna : réalisé sur la lèvre supérieure entre la paroi externe de l'aile du nez et la commissure labiale. Il donne l'illusion d'un grain de beauté ou d'une mouche, comme celle des deux célébrités qui ont inspiré ces noms. Il est préférable de placer un labret stud ;



Figure 19 : Piercing madonna

(http://forum.doctissimo.fr/viepratique/mariage/piercing-madonna-mouche-sujet_37311_1.html)

- le Medusa : réalisé au-dessus de la lèvre sous le nez. Le labret stud est le bijou qui s'adapte le mieux à cet endroit ;



Figure 20 :Piercing medusa

([www.allstarchat.com/ ReviewPost/data/55/Medusa.jpg](http://www.allstarchat.com/ReviewPost/data/55/Medusa.jpg))

- Piercing du frein de la lèvre supérieure ou inférieure, appelé *Smiley* Piercing et contre *Smiley*. Le bijou peut être un anneau ou une barre.



Figure 21 : Smiley

(<http://antibabypiercing.skyrock.com/22.html>)

2.2.3.2.3 *La lulette (ou uvule palatine)*⁷³

Ces piercings restent rares :



Figure 22 : Piercing luette

(http://fr.evilo.com/photos/piercing-glotte_bloblo)

2.2.4 Protocole

En France, une anesthésie locale par injection ne peut-être effectuée que par un médecin ou un chirurgien-dentiste eu égard à la nécessité d'une formation professionnelle permettant de connaître les innervations et d'évaluer les risques (arrêt cardiaque, allergie...). Ainsi, l'injection locale d'anesthésique constitue un geste médical, qui fait courir des risques médico-légaux que les perceurs redoutent en France (réactions allergiques du patient et exercice illégal de la médecine). L'usage du froid (bombes cryogéniques) ou de crèmes anesthésiques (Emla) est discuté, aux limites de la légalité et pose, selon les professionnels de santé, des problèmes techniques : durcissement de la peau avec l'Emla, brûlures locales avec l'anesthésie au froid¹¹¹.

Mais de toute façon, la douleur faisant partie du caractère initiatique du piercing, la plupart des adeptes refusent l'anesthésie. Pour David Le Breton, anthropologue et sociologue français, « dans une société qui s'efforce d'endiguer la douleur, aller délibérément à sa rencontre est une forme de transgression qui procure de la puissance personnelle. *No pain no gain*, disent les adeptes des modifications corporelles. La douleur surmontée est une affirmation de soi qui trouve sa récompense dans l'inscription cutanée et dans la volonté de se montrer digne du professionnel »⁹³.

De même, le « pistolet » utilisé pour les oreilles n'est pas adapté à la pratique du *body piercing* et les perceurs consciencieux n'hésitent pas à se différencier positivement des bijoutiers traditionnels qui, pour certains, continuent à l'utiliser pour l'insertion des boucles d'oreille.

L'embase de ce pistolet étant souillée à chaque utilisation, elle devient contaminante pour le prochain client en l'absence de stérilisation.

Même si cette pratique est parfois encore utilisée chez certains perceurs, elle doit être totalement abandonnée¹¹⁰.

2.2.4.1 Protocole de réalisation d'un piercing des tissus mous buccaux recommandé par Le Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing⁶⁴

L'étape de préparation du client et du matériel est fondamentale. C'est durant cette étape que les fautes d'asepsie peuvent être commises et entraîner des complications par la suite.

2.2.4.1.1 Avant le geste de piercing⁶⁴

2.2.4.1.1.1 Rechercher des contre-indications au geste⁶⁴

Le client doit être interrogé sur d'éventuels problèmes médicaux : recherche d'allergie (iode, antiseptique, métaux, latex), de prise de médicaments (traitements antérieurs et en cours, notamment les anti-inflammatoires), antécédents d'intervention chirurgicale, de diabète, de maladie de peau chronique, etc. Il est important qu'il prenne conscience que cette interrogation est nécessaire pour déterminer des contre-indications à la pratique du piercing. En cas de doute, il est nécessaire de prendre un avis médical avant de réaliser le geste⁶⁴.

Le client doit être en état psychologique et physique de supporter le geste de piercing (il faut vérifier si possible qu'il n'est pas en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues)⁶⁴.

L'opérateur doit vérifier l'état de la peau ou de la muqueuse sur le site où va être effectué le geste. La présence de lésions (boutons, plaies, suintements, croûtes, rougeur anormale, etc.) ou la notion d'une infection récente de la région (notamment infections génitales ou problèmes dentaires) doivent conduire à prendre l'avis d'un médecin ou d'un dentiste (un piercing buccal nécessite un état dentaire correct)⁶⁴.

2.2.4.1.1.2 Préparation du matériel et du patient⁶⁴

- Utiliser un bijou adapté au client

Le perceur doit vérifier que le bijou est adapté (taille, forme, matériau) à l'endroit choisi pour le piercing et aux caractéristiques morphologiques du client.

- Préparation du matériel

Lors de cette première étape, le perceur doit travailler proprement mais non stérilement.

- Installation du client

Le client est installé, dans un local réservé la réalisation des piercing, dans une position confortable, la région à percer bien dégagée et convenablement éclairée.

- Lavage des mains et enfilage des gants

Il enfile des gants non stériles à usage unique après s'être lavé consciencieusement les mains.

- Installation de la tablette

Cette tablette doit être désinfectée entre deux piercing à l'aide d'un désinfectant de surface.

L'opérateur met en place un champ stérile sur la tablette ou un plateau stérile (stérilisés par autoclave et stockés en sachet).

- Nettoyage puis première désinfection de la région à percer

Le premier nettoyage de la zone à percer s'effectue à l'aide d'un savon doux non antiseptique et doit être suivi d'un rinçage (à l'eau ou au sérum physiologique). Une première désinfection large peut alors être réalisée, à l'aide d'une solution antiseptique à base de polyvidone iodée à

10% ou de chlorhexidine alcoolique à 0.5%, partant du centre de la région à percer et s'étendant en spirale vers l'extérieur.

- Repérage et traçage

L'opérateur réalise un marquage de la zone à percer sur la peau du client, en utilisant un colorant non toxique (violet de gentiane en solution alcoolique).

2.2.4.1.2 *Réalisation du geste en conditions stériles*⁶⁴

- Lavage des mains

Immédiatement avant la réalisation du geste, un lavage des mains au savon liquide antiseptique doit être réalisé. L'opérateur enfilera alors une paire de gants chirurgicaux stériles.

Toute faute d'asepsie impose un changement de gants.

- Seconde désinfection

Avant de débiter le geste, la région concernée doit subir une seconde désinfection à l'aide d'une solution antiseptique à base de polyvidone iodée à 10% ou de chlorhexidine alcoolique à 0.5%. Il est recommandé de réaliser cette désinfection après avoir enfilé les gants stériles, en utilisant les compresses stériles pré-imbibées qui ont été préparées dans ce but et que l'opérateur a préalablement déposé sur le champ stérile. Il désinfecte une seconde fois la région à percer, toujours en partant du centre et en réalisant un geste en spirale vers la périphérie. Cette seconde désinfection peut cependant se faire avec une nouvelle paire de gants propre non stérile, avant enfilage des gants stériles.

- Enfilage des gants stériles

- Réalisation du piercing

Selon la technique adaptée au site choisi et celle pratiquée par l'opérateur (aiguille ou cathéter), celui-ci réalise alors le piercing et met le bijou en place. Le matériel contaminé (aiguille, cathéter, compresses...) est directement jeté dans les containers adaptés dès l'instant que l'opérateur n'en a plus besoin. Les compresses doivent être jetées directement dans la poubelle.

- Nettoyage et finition du geste

Une fois le bijou en place, l'opérateur nettoie la zone qui a été percée, à l'aide de compresses et d'eau stériles (ou autre liquide adapté). Le geste est alors terminé.

L'opérateur peut retirer ses gants pour procéder au rangement du matériel. Une fois le matériel rangé, un dernier lavage des mains de l'opérateur est recommandé.

- Soins immédiats

La mise en place d'un pansement sec est le plus souvent inutile, mais peut être rendue nécessaire en cas de saignement local.

En cas de malaise au cours du geste, lié à l'appréhension ou à la douleur, les mesures de secours habituelles doivent être mises en œuvre : allonger la victime en position horizontale et la placer en position latérale de sécurité (PLS). Appeler au besoin un service d'intervention médical d'urgence. Le Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing (2001) recommande toutefois aux professionnels concernés de suivre une formation élémentaire sur les premiers soins (du type " Brevet National de Secouriste "), afin de pouvoir réagir de manière adéquate en cas de malaise chez un client.

2.2.4.1.3 Conclusion sur ce protocole

Une réelle prise de conscience s'est opérée au sein des professionnels du piercing ; les syndicats et autres groupes ont pour but de rassembler des perceurs consciencieux désirant évoluer par le biais de connaissances et d'expériences communes. Mais pour le docteur Luquel, auteur d'un article sur les complications du piercing, « des lacunes persistent encore et il reste beaucoup à faire pour assurer la santé et la sécurité des patients. On peut noter, par

exemple, que les dispositifs de distribution des antiseptiques sont souvent inadaptés, les temps d'applications minimum des antiseptiques sont rarement respectés, et une seconde désinfection exceptionnellement réalisée avant le geste. La préparation du site de piercing fait rarement appel à un champ stérile, le port des gants stériles et d'un masque est loin d'être systématique »¹¹¹.

2.2.4.2 Réalisation du piercing de la langue¹³⁰

Le piercing de la langue nécessite plusieurs étapes :

- Bain de bouche antiseptique.
- Séchage de la langue avec une compresse.
- Repérage du futur piercing.
- La langue est saisie par une petite pince « éponge » afin d'être tractée (protraction).
- Marquage du site à percer à l'aide d'un feutre à pointe fine.
- La perforation est réalisée avec un cathéter dans le sens ventro-dorsal. Une fois l'aiguille retirée du cathéter, le bijou est introduit dans le cathéter. Ensuite, le cathéter est retiré délicatement en entraînant le bijou qui prendra sa place.
- Mise en place du bijou.
- Bain de bouche antiseptique.

Le bijou est alors complètement monté, avec ses différentes autres pièces (boules, disques, perles). Il faudra changer de bijou (barbell) au cours de la cicatrisation ; ainsi le barbell initial mesurera environ 18 mm afin qu'il puisse s'adapter au gonflement post-opératoire de la langue (qui dure de 6 à 8 jours). Puis deux semaines plus tard, ce dernier sera déposé et un barbell plus court prendra sa place jusqu'à la cicatrisation complète du site. Ce changement de bijou permet d'éviter l'incrustation du bijou dans la langue⁸⁴.



Figure 23: Piercing de la langue

(<http://www.studioflash.nl/piercing/tong.php>)

2.2.4.3 Réalisation du piercing de la lèvre¹³⁰

- Nettoyage de la peau à l'aide d'un savon doux.
- Désinfection de la zone à percer (peau et muqueuse).
- Marquage au marqueur stérile de la position du bijou.
- La pince forceps est placée de part et d'autre de la zone à percer.
- Passage de l'aiguille rapide.
- L'aiguille du cathéter est retirée.
- Le bijou est placé sur le bout du cathéter laissé en place et vient prendre place dans l'orifice lors du retrait de celui-ci.
- Nettoyage de la zone percée à l'aide d'une solution antiseptique.



Figure 24 : Etapes d'un piercing labial médian

(<http://www.studioflash.nl/piercing/labret.php>)

2.2.4.4 Soins après piercing et cicatrisation

Selon L. Luquel, « la durée et la qualité de cicatrisation du piercing (épithélialisation du « canal dermo-épidermique » artificiellement créé) dépendent de l'état général et des antécédents médicaux de la personne, du site anatomique concerné, de la nature et de la qualité du bijou, du matériel employé pour réaliser le piercing et enfin de la qualité du geste technique. Cependant les soins locaux après un piercing constituent vraisemblablement le facteur déterminant le plus important de la vitesse et de la qualité de cicatrisation»¹¹¹.

La durée de cicatrisation d'un piercing est très variable en fonction du site percé. Elle est de 4 à 8 semaines pour la langue et de 6 à 8 semaines pour les lèvres⁷³.

Les recommandations données par les perceurs professionnels pour les soins à leurs clients ne sont pas standardisées et reposent sur leurs expériences propres¹¹¹.

Si nous nous référons au Guide des bonnes pratiques du piercing (2001), les recommandations concernant la partie cutanée de la zone percée sont :

- un nettoyage de la plaie à l'eau tiède et au savon afin d'éliminer les résidus secs et agglutinés ;
- un rinçage (si possible au sérum physiologique stérile) et un séchage efficace de la zone percée et du bijou.

Le guide insiste sur l'importance du séchage afin d'éviter toute macération pouvant être synonyme d'infection⁶⁴.

En ce qui concerne la partie muqueuse du piercing, des bains de bouche antiseptiques sont recommandés après chaque repas pendant environ 8 jours⁶⁴.

Il met en garde sur l'utilisation prolongée de ces bains de bouche pouvant entraîner alors une irritation des muqueuses buccales⁶⁴.

D'autres perceurs conseillent l'utilisation de certaines spécialités topiques d'antibiotiques ou d'anti-inflammatoires (piercing lingual), voire des antibiotiques per os. D'une manière générale, ils évitent des médicaments nécessitant une prescription médicale pour des raisons légales, mais il serait naïf de croire que cette limite n'est jamais franchie dans la pratique quotidienne.

2.2.4.5 Suites opératoires normales

Il est important de différencier les complications des suites opératoires³⁹. Les manifestations physiologiques secondaires à un piercing peuvent être rapprochées de celles d'une chirurgie buccale.

Elles sont multiples mais doivent disparaître en moins d'une semaine :

- **la rougeur** est due à une congestion vasculaire, celle-ci permet une modification de la perméabilité des vaisseaux (exsudation de plasma et diapédèse de cellules sanguines) ;
- **l'œdème** est une infiltration séreuse des différents tissus (en particulier du tissu conjonctif du revêtement cutané ou de la muqueuse) ;
- **l'augmentation de la température** peut être locale, c'est une conséquence de la réaction inflammatoire ou générale qui met en évidence une bactériémie transitoire ; une fièvre persistante et/ou persistante doit évoquer une complication infectieuse ;
- **la douleur** est variable d'un patient à l'autre ;
- **le saignement**, léger, peut persister en postopératoire immédiat³⁹.

Les conseils préopératoires et postopératoires se rapprochent, eux aussi, d'une chirurgie buccale :

En préopératoire : bien dormir avant l'intervention, réaliser un brossage soigneux des dents avant l'intervention, éviter toute prise de drogue et d'alcool, proscrire toute automédication et toute prise d'aspirine 8 jours avant le rendez-vous, organiser le retour à domicile et prévoir de ne pas rester seul la nuit suivant l'intervention³⁹.

En postopératoire : ne rien mettre dans la bouche, pas de baisers, ni de rapports oro-génitaux les 14 premiers jours, prendre une alimentation froide et molle au début, ne pas jouer avec le piercing et ne pas changer le bijou avant 10 jours, sucer des glaçons et des bonbons antibactériens /anti-inflammatoires, les premiers jours, éviter la caféine, l'alcool et l'aspirine, ne pas se ronger les ongles, ne pas mâcher de chewing-gum ou d'objet (stylo), éviter de fumer, parler le moins possible¹⁴⁷.

2.2.5 Complications

Chen M. et Scully C. (1992) ont été les premiers à signaler dans la littérature scientifique médicale des cas de piercings de la langue³⁰.

« Depuis, un nombre élevé de case reports ont été publiés à propos des complications liées à cette forme de modification corporelle. La multiplication de ces publications démontre que la prévalence des lésions est élevée et qu'elle peut comporter des risques importants pour la santé »⁴².

On constate ainsi une augmentation du nombre de patients se présentant dans les cabinets dentaires avec des piercings dans la région péri-orale (lèvres et joues) et au niveau des tissus intra-buccaux (la plupart du temps dans la langue et, de façon plus exceptionnelle, dans un frein ou d'autres zones comme l'uvule palatine)¹⁰³.

Face à cette ampleur, des études comme celle de Levin L. et coll. (2005) montrent qu'il y a beaucoup à faire en matière de prévention : sur 389 patients avec des perçages interrogés, 225 (57,8%) ignoraient les dangers du perçage intra-buccal¹⁰⁴.

Ceci implique que nous serons un jour ou l'autre confrontés à ce problème que nous devons connaître.

Mais ces complications sont encore mal connues et peu étudiées ; elles font donc l'objet d'observations isolées, car il n'existe que très peu de travaux à caractère prospectif dans la littérature⁸⁰.

En ce qui concerne la cavité buccale, nous n'aurons d'autres choix que de prendre des exemples de cas reportés isolément les uns des autres.

La proportion des différentes complications du piercing oral n'est pas définie. Greif J. et coll.⁶⁰ (1999) constataient que 70% des sujets percés présentaient des complications tandis que d'autres comme Mayers L.B et coll.¹¹⁶ (2002) n'en comptaient que 17%.

Nous distinguerons ici trois sortes de complications: les complications ou risques encourus pendant la réalisation du piercing, les complications post-opératoires à court terme et les complications induites par les piercings sur le long terme.

Existe-t-il des personnes fragilisées ?

D'une manière générale, de nombreuses maladies chroniques sont connues pour affecter les défenses immunitaires de l'organisme (diabète, sida, cancer...) ⁶⁴.

Par ailleurs, l'utilisation prolongée de certains médicaments peut également entraîner une baisse des capacités de défense de l'organisme (corticoïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens...) ⁶⁴.

Dans ces situations, un piercing, comme tout autre geste de modification corporelle avec effraction cutanée ou muqueuse, doit être discuté préalablement avec le médecin traitant de la personne concernée ⁶⁴.

	Localement	« Généralement »
Risques per-opératoires.	lésions vasculaires ^{69, 146} lésions nerveuses ⁶⁷ réaction allergique ^{44, 74}	malaise vagal ³⁹ transmission des maladies virales ^{4,33,70, 137.} transmission des maladies bactériennes ⁴⁶
Complications post-opératoires à court terme.	obstruction des voies respiratoires ^{103,133} infection locale ^{65,79, 149} fracture dentaire incrustation de l'ornement ¹⁰⁷	infection bactérienne ^{71, 81, 133.} modification de la parole, de la déglutition et halitose ¹⁰³ obstruction des voies aériennes supérieures et digestives ¹³⁴
Complications post-opératoires à long terme.	fractures dentaires ^{19, 23, 42, 50,109, 113.} problèmes parodontaux ^{20, 23, 77, 86, 102} cheloïdes ¹²⁴ infection locale (langue bifide) ⁵² augmentation du débit salivaire ¹⁰⁸ electrogalvanisme ¹⁰⁸ halitose ¹⁰⁸	inhalation et ingestion du bijou ¹⁴⁴ interférences avec les images radiographiques ¹⁵⁵ troubles des fonctions buccales ¹⁰⁹ thrombophlébite du sinus sigmoïde ^{125, 140} infection bactérienne ^{115, 160}

2.2.5.1 Risques per-opératoires

2.2.5.1.1 Risques locaux

2.2.5.1.1.1 Lésions vasculaires

Les artères de la langue proviennent surtout de l'artère linguale. Celle-ci donne à la langue, une branche collatérale, la dorsale de la langue, et une de ses branches terminales, l'artère ranine. La langue reçoit encore quelques ramifications de la palatine inférieure, branche de la faciale, et de la pharyngienne ascendante⁴¹.

Le sang veineux s'écoule dans les veines linguales profondes, satellites de l'artère linguale, et surtout dans les veines linguales principales ou ranines⁴¹.

Les lésions vasculaires à type d'hématome sont dues à une effraction de ces vaisseaux par perforation avec également risque de nécrose des tissus (nécrose cutanée et nécrose de la pointe de la langue), en particulier chez les patients porteurs d'anomalie de la crase sanguine¹⁴⁶.

En 2003, Shacham R et coll. rapportent le cas d'un jeune homme de 18 ans se présentant aux urgences pour un saignement provenant de sa langue percée la veille¹⁴⁶.

L'examen clinique révèle un saignement important, lent et vif (mais non pulsatile) provenant de la face ventrale de la langue. L'ornement est alors à sa place. Un léger gonflement du plancher buccal est noté sans obstruction des voies aériennes supérieures et sans signe d'infection ni de modification du flux salivaire. Aucune adénopathie cervicale n'est présente. La numération sanguine et le bilan de coagulation sont normaux. Le bijou est déposé aux urgences et la coagulation réalisée par électro-cauthérisation. Le patient est admis dans le service de chirurgie maxillo-faciale en observation.

Le saignement s'arrête immédiatement et ne réapparaît pas, le gonflement du plancher buccal disparaît peu à peu. Le patient sort 2 jours après¹⁴⁶.

En 2000, Hardee et coll. décrivent le cas d'un piercing de la langue étant à l'origine d'un collapsus du à une hémorragie incontrôlée lors du perçage⁶⁹.

Étant donné l'importance de ces complications, ces piercings devraient être réalisés, selon eux, par des établissements agréés. Ces structures se verraient contraintes de distribuer une documentation sur les problèmes liés au saignement et sur la manière de le gérer et d'interroger les clients sur leurs antécédents médicaux afin d'exclure ceux qui souffrent d'un problème de coagulation⁶⁹.

Des saignements prolongés, des hématomes et des problèmes de cicatrisation ont été aussi reportés à la suite des piercings labiaux⁴³.

2.2.5.1.1.2 *Lésions nerveuses*

Les lésions neurologiques concernent l'atteinte du nerf lingual avec paresthésie ou anesthésie linguale en général non réversible⁶⁷.

La principale conséquence est la paralysie des muscles de la langue privant le percé d'une élocution normale (impossibilité de prononcé le « r » roulé)⁶⁷.

2.2.5.1.1.3 *Réaction allergique*

L'étude du réseau d'allergo-vigilance réalisée en 2007 est la première étude multicentrique évaluant la fréquence des consultations d'allergologies suite aux tatouages et aux piercings⁴⁴.

Seuls les piercings de la sphère buccale en contact avec la peau (lèvres et joues) sont documentés puisque les bijoux intra-oraux induisent très rarement une hypersensibilité au nickel car le contact muqueux (oral) prolongé induit une tolérance⁴⁴.

Sur 138 allergologues ayant répondu au questionnaire, 7,9% ont constaté des allergies aux piercings. Onze médecins ont observé plus de 26 cas. Il s'agit d'un piercing unique dans la majorité des cas. Le site est le plus souvent l'aile du nez et les localisations au niveau du sourcil, de l'oreille, des lèvres et de l'ombilic sont plus rares. La réaction observée majoritairement est un eczéma de contact. Dans 13 cas sur 26, les réactions allergiques ont pu être rattachées à une allergie au nickel prouvée par patch test positif. Il semble que ces manifestations pourraient être favorisées par un terrain atopique, aussi bien que par des antécédents d'allergie au nickel ayant déjà provoqué de l'eczéma de contact aux bijoux fantaisies. Aucun autre antécédent (maladie auto-immune, diabète, etc.) n'a été signalé⁴⁴.

Ces allergies ont été décrites pour des métaux divers : or, palladium, alliage de titane, vanadium, aluminium même si l'agent principal des eczéma de contact est le nickel⁷⁴.

Le risque augmente avec le nombre de piercing. Lorsque la réaction allergique est sévère, la dépose du piercing est vivement recommandée⁷⁴.

Notons aussi que lors de la réalisation du piercing comme lors d'un soin dentaire, des allergies aux gants (latex) sont possibles. Il est important de signaler alors cette allergie (si elle est connue) afin que le perceur utilise des gants d'une autre matière (vinyle, néoprène etc.).

2.2.5.1.2 Risques généraux

2.2.5.1.2.1 Malaise vagal

Cet état constitue une des situations d'urgence les plus fréquentes. Il est souvent lié à l'anxiété, à la fatigue, au jeûne ou à la douleur³⁹.

Le malaise vagal est une perte de connaissance précédée par des signes cliniques (pâleur, vertige, nausées, sudation, pouls filant et mal perçu accompagné d'une hypotension)³⁹.

Les perceurs doivent savoir le reconnaître et être informer de la conduite à tenir face à ce genre de malaise (arrêt du perçage, mise du client en décubitus dorsal, jambes surélevées, dégagement des voies aériennes, surveillance de la tension et du pouls)⁶⁴.

L'évolution est souvent favorable en l'absence de traitement et les troubles disparaissent spontanément³⁹.

En cas d'aggravation, les professionnels du piercing doivent alors appeler une équipe médicale d'urgence⁶⁴.

2.2.5.1.2.2 *Transmission de maladies virales*

L'ADA (American Dental Association) a publié un avis relatif aux piercings intra-et péri-buccaux en 1998 et l'a révisé en 2004. Elle considère ceux-ci comme un vecteur pour la transmission de virus par contact avec du sang infecté tels que l'hépatite (B,C,D et G), l'Herpès Simplex, le EBV (Epstein Barr Virus) et, plus exceptionnellement, le VIH⁴.

Les infections systémiques secondaires aux piercings oraux étant graves, l'ADA recommande de dissuader nos patients de se faire percer en les éduquant sérieusement aux complications possibles suite à de telles pratiques⁴.

- Hépatites B et C

En 2001, L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) définit les sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique comme des sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible (prévalence < 2 %) mais qu'il faut dépister⁷⁰.

Le risque de transmission d'hépatite a dès 1998 entraîné la décision du Conseil de l'Europe d'exclure tout donneur de sang ayant reçu un perçage au cours de l'année précédant le don, règle suivie un an plus tard par l'Autriche³³.

- VIH

Jusqu'à présent, un seul cas publié en 1998, soulève l'hypothèse d'une contamination par le VIH chez un homosexuel de 35 ans à la suite de piercing réalisés sur une courte période¹³⁷.

Pour J.B Guiard-Schmid (2000), auteur du guide des bonnes pratiques du piercing, « l'étude conduite chez ce patient rend le diagnostic de contamination par le VIH lié à ces pratiques plausible, mais la preuve formelle est bien évidemment difficile à produire. Cependant, on imagine mal comment le risque de transmission du VIH serait attesté dans le cas d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de la santé (particulièrement avec l'utilisation d'aiguilles creuses) et pas dans celui des manœuvres de piercing (où l'usage d'aiguilles creuses et le saignement sont courants) »⁶⁵.

2.2.5.1.2.3 *Transmission de maladies bactériennes (tétanos)*

Le tétanos céphalique est une forme rare de tétanos due à une blessure ou à une infection se développant au niveau de la face ou du cou⁴⁶.

L'évolution conduit vers un tétanos généralisé avec ses risques et ses complications⁴⁶.

Dyce O. et coll. (2000) décrivent le cas d'une jeune femme ayant développé cette forme inhabituelle de tétanos après la pose d'un piercing de la langue.

Treize jours se sont écoulés avant que le diagnostic ne soit posé (retard dû à la rareté de la pathologie)⁴⁶.

La réversibilité des lésions a été lente, sans complication, mais incomplète.

La patiente n'a présenté ni trouble respiratoire significatif ni instabilité hémodynamique évidente, mais l'atteinte faciale droite a persisté pendant plus de 6 mois⁴⁶.

Dyce O. et coll. (2000) déclarent que ce cas annonce le début d'une élévation de l'incidence du tétanos due aux activités de body piercing et ajoutent qu'il est nécessaire que le corps médical soit formé pour faire face à ce type de problème⁴⁶.

2.2.5.2 Complications post-opératoires à court terme

2.2.5.2.1 Complications post-opératoires locales

2.2.5.2.1.1 Obstruction des voies respiratoires liée au gonflement de la langue ou à l'inhalation du bijou.

L'œdème de la langue fait partie des suites opératoires normales du piercing de la langue mais il faut rester vigilant car en cas de complication, cet œdème peut compromettre les voies aériennes supérieures en les obstruant¹⁰³.

En ce qui concerne l'inhalation du bijou, il faut recommander au patient de contrôler deux fois par jour si les embouts sont bien vissés, geste réalisé bien entendu avec des mains propres¹³³!

2.2.5.2.1.2 Infection locale favorisée par la flore commensale buccale et une hygiène défailante

Les abcès développés au site du piercing sont les manifestations cliniques les plus fréquentes⁷⁹.

L'infection locale peut être initialement négligée car l'érythème autour du piercing est fréquemment jugé « normal » par les perceurs et leurs clients. Mais l'association d'au moins 2 signes parmi l'érythème, l'œdème, la suppuration (couleur jaune verdâtre), la douleur, et l'augmentation de la chaleur locale doit être signalée comme déterminant une infection locale (après la première semaine, donc à J+8)⁶⁵.

Il faut rappeler à notre patient de ne pas hésiter à nous consulter en cas de doute pour un diagnostic et un traitement adapté.

Dans ce cas, le traitement à prescrire est la dépose immédiate de l'ornement, la réalisation d'un débridement, la mise en place d'une antibiothérapie adéquate et l'obligation de réaliser des bains de bouche à base de chlorhexidine. Un suivi systématique est nécessaire¹⁴⁶.

La perforation se referme en général spontanément après retrait de l'ornement¹⁴⁶.

2.2.5.2.1.3 Fractures dentaires lors de l'insertion ou d'un coup de dent dirigé malencontreusement contre le bijou.

Il faut recommander à nos patients de manger lentement afin de s'habituer à ce nouveau corps étranger et d'éviter de mordre le bijou (surtout celui initialement placé qui est de grande taille). Une alimentation molle est préférable pendant les premiers jours.

2.2.5.2.1.4 Incrustation de l'ornement

López P. et coll. (2004) reportent le cas d'un jeune homme de 28 ans se présentant en urgence pour une douleur au niveau de la langue (percée depuis 4 mois). L'homme rapporte une douleur post-opératoire importante cédant aux antalgiques lors de la première semaine ; 2 mois après, il se rend compte que la boule supérieure du barbell n'est plus visible. Deux mois s'écoulent encore avant la consultation¹⁰⁷.

A l'examen clinique, on observe que la muqueuse dorsale de la langue a une apparence et une couleur normales tandis que la palpation révèle une importante enflure. Le diagnostic est sans appel, le barbell est incrusté dans la langue.

Après consentement du patient, une anesthésie locale est réalisée afin de pouvoir inciser le dos de la langue et dégager le bijou. La boule supérieure de ce dernier est dévissée, le barbell déposé, et la langue suturée¹⁰⁷.

L'incrustation de l'ornement est le plus souvent la conséquence d'un placement réalisé par un pierceur manquant d'expérience, d'une pression extrême lors du placement ou de la mise en place d'un ornement inapproprié¹⁰⁷.

Ce cas montre l'importance d'utiliser un bijou adapté à la morphologie de chaque client et de surtout prévoir l'espace nécessaire à l'œdème post-opératoire de la langue afin d'éviter son incrustation¹⁰⁷.

Ici, les photos du même cas mais le barbell est incrusté sur la face ventrale :



La partie dorsale du bijou est positionnée correctement alors que la partie ventrale n'est plus visible.



Vue latérale du piercing de la langue.



Incision du dos de la langue et dégagement du bijou.



Figure 25 : Désinclusion d'un piercing lingual

(Document Dr SHINOHARA, 2007 : <http://www.thejcdp.com/graphics/articban.gif>)

Nedbalski T.R et Laskin D.M (2006) relatent le cas de l'incrustation d'une aiguille lors d'un « auto-piercing » réalisé par un adolescent¹²³.

Un patient de 17 ans ayant utilisé une aiguille à coudre pour se percer seul la langue se rend vite compte, après l'avoir enfoncée, que le diamètre de cette dernière ne suffit pas pour faire passer la barre du barbell par la suite. Il laisse l'aiguille en place en attendant que celle-ci « dilate le trou dans sa langue ». L'aiguille étant trop longue, il la coupe. Un quart d'heure plus tard, il s'aperçoit qu'elle a disparu car sa langue a gonflée¹²³.

Il attend le lendemain en espérant que sa langue dégonfle mais la situation restant la même, son père l'emmène aux urgences où il est admis dans le service de chirurgie maxillo-faciale¹²³.

Après interrogatoire, radiographie et examen clinique (protraction de la langue possible, plancher buccal souple, langue peu gonflée avec juste la marque de l'aiguille sur son dos), la langue est incisée entre les génio-glosses, l'aiguille est déposée, la langue est rincée et suturée. Le patient est placé sous antibiotiques (clindamycine : 300 mg 4 fois par jour pendant 5 jours)¹²³.

Pour Nedbalski T.R et Laskin D.M (2006), « l'auto-piercing » à la maison avec des instruments non-stériles augmente considérablement les risques d'infections et notamment le risque de tétanos. Il est important d'éduquer les jeunes patients qui pratiqueraient cette méthode suite à un refus de leurs parents de se faire percer¹²³.

2.2.5.2.2 *Complications post-opératoires générales*

Le body piercing oral induit en général des complications que l'on peut qualifier de mineures puisque elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital. Les complications générales post-opératoires que nous allons aborder à présent présentent des symptômes ainsi que des conséquences beaucoup plus redoutables.

2.2.5.2.2.1 *Infection bactérienne*

Pour le cas des infections d'origine bactérienne, il est difficile de distinguer les infections liées à l'inoculation d'agents infectieux au cours du geste de piercing (matériel contaminé ou procédure inadéquate) de celles acquises secondairement (manipulation du bijou et /ou soins locaux inadaptés pendant la cicatrisation)⁶⁶.

- Endocardite infectieuse

L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie rare mais grave. Les streptocoques en sont les agents infectieux les plus souvent responsables. La mortalité de l'endocardite est élevée (entre 15 % et 25 %)⁷¹.

En 1992, la conférence française de consensus de la prophylaxie de l'endocardite infectieuse a publié plusieurs données concernant la prise en charge de l'endocardite infectieuse.

Il faut, entre autres :

- *maintenir le principe* de l'antibioprophylaxie lors de la réalisation de gestes à risque chez des patients ayant une cardiopathie à risque (groupes A et B);
- *réduire les indications* aux situations où le rapport bénéfice individuel/risque individuel est le plus élevé⁷¹.

Comme nous le savons, depuis 2002, cinq nouvelles recommandations sont à connaître :

- Recommandation 1 : définition des groupes à risque.
- Recommandation 2 : importance des mesures d'hygiène.
- Recommandation 3 : gestes buccodentaires.
- Recommandation 4 : gestes à risque autres que bucco- dentaires.
- Recommandation 5 : modalités d'antibioprophylaxie.

Concernant le piercing, on peut imaginer que le passage de bactéries de la flore buccale dans la circulation générale peut s'effectuer lors de l'intervention elle-même, mais aussi à n'importe quel autre moment une fois le bijou implanté. Le passage des bactéries à travers le pertuis induit une bactériémie qui peut provoquer une colonisation de l'endocarde par les bactéries pathogènes chez les patients à risque, et mettre en jeu le pronostic vital des patients concernés, notamment ceux souffrant d'une pathologie cardiaque congénitale.

Il apparaît ainsi que le piercing oral est contre-indiqué pour les personnes ayant une cardiopathie à haut risque (groupe A) ou une cardiopathie à risque moins élevé (groupe B).

Si, malgré l'exposé des risques, ces personnes souhaitent tout de même réaliser un piercing, une antibioprophylaxie est indispensable :

- amoxicilline, une heure avant le piercing (adulte 3g *per os*) ;
- si allergie aux β -lactamines, clindamycine (600 mg *per os*) ou pristinamycine (1g *per os*), une heure avant le piercing⁷¹.

Kloppenburg G. et Maessen J.G (2007) reportent le cas d'une endocardite naissante de la valve chez une femme de 30 ans. L'interrogatoire révèle des problèmes parodontaux dus à une irritation chronique causée par le port d'un piercing lingual. L'examen clinique de la cavité buccale ne montre aucun signe d'irritation ce qui est expliqué par la dépose du bijou quelques semaines avant son admission à l'hôpital. La patiente est adressée aux urgences chirurgicales cardiaques pour y subir une substitution de la valve mitrale par une prothèse valvulaire mécanique sous antibiothérapie intensive.

L'antibiogramme et les cultures révèlent la présence de *Streptococcus*⁸¹.

Bien que l'endocardite puisse être gérée par un traitement médicamenteux, plus de 50% des cas sont traités chirurgicalement (remplacement ou réparation de la valve et remplacement ou débridement de la base de l'aorte). Les séquelles de l'endocardite sont sévères et redoutables : défaillance congestive cardiaque, embolie, extension extra-valvulaire de l'endocardite⁸¹.

Bien que plusieurs cas sévères aient été reportés concernant la corrélation entre body piercing et l'endocardite infectieuse, seulement cinq cas concernaient des endocardites liées à des piercings de la cavité buccale⁸¹.

Toutefois, chaque personne qui engage son corps dans un piercing devrait prendre conscience des risques que cette forme de body art peut poser⁸¹.

A défaut de renoncer à ces pratiques, les personnes connaissant leurs problèmes cardiaques devraient connaître les mesures de prophylaxie indispensables à un acte tel que le piercing⁸¹.

- Angine de Ludwig

Perkins C.S (1997) reporte dans le *British Dental Journal* un cas d'angine de Ludwig chez un jeune homme de 25 ans s'étant fait percer la langue. Quatre jours après le perçage, on observe des cellulites bilatérales dans les espaces submandibulaires, sublinguaux et submentaux. Une intubation est alors nécessaire pour libérer les voies aériennes supérieures. L'antibiothérapie ayant échoué, une intervention chirurgicale est alors indispensable pour déposer le barbell et faire diminuer le gonflement du plancher buccal¹³³.

2.2.5.2.2.2 *Halitose, modification de la parole, des capacités de mastication et de déglutition*

Souvent mentionnées dans la littérature ces complications sont fréquentes et simples à comprendre : suite à la perforation, la langue gonfle et devient beaucoup moins mobile, il est alors facile d'imaginer la difficulté qu'aura le percé pour parler, avaler sa salive et manger des aliments solides¹⁰³.

La stagnation de la salive, une infection ou l'éventuelle présence de dépôts sur le bijou favorisera l'halitose.

2.2.5.2.2.3 Obstruction des voies aériennes et digestives par inhalation du bijou

Complication plus fréquente en postopératoire car le sujet n'est pas encore habitué au bijou, cette complication peut se produire à tout moment ; elle est due, en général, à une mauvaise manipulation de la part du percé .

Le détachement du bijou dans la bouche, constitue un risque d'étouffement et, en cas d'ingestion, peut causer une blessure des voies digestives et pulmonaires¹³⁴ .

2.2.5.3 Complications post-opératoires à long terme

2.2.5.3.1 Complications locales à long terme

2.2.5.3.1.1 Fractures dentaires et usures

« Les boules ou bijoux portés sur la langue agissent comme des boulets frappant de manière continue les faces internes des dents, occasionnant soit des micro-fissures détectables par transillumination, soit de véritables fractures de l'émail et/ou de la dentine imposant une restauration par composite, voire une reconstitution prothétique »⁶⁷ .

Pour le piercing lingual, la barre du barbell peut s'insinuer facilement entre les incisives supérieures et inférieures et peut de la sorte entraîner des lésions dentaires⁵⁰.



Figure 26 : Jeu de piercing

(<http://www.thejcdp.com/issue030/shinohara/04shinohara.htm>)

Tout est alors propice au traumatisme : les chocs répétés lors de la mastication ou de l'élocution, les « jeux ludiques » de langue, l'insertion violente lors de la perforation, etc¹¹³.

Notons aussi que lors d'une anesthésie loco-régionale, le manque de sensibilité au niveau de la langue ou des lèvres peut engendrer des traumatismes dentaires importants car le patient ne contrôle plus volontairement les contacts bijou/dents.

Se basant sur l'étude de 52 patients, Campbell A. et coll. (2002), rapportent que les fractures des dents postérieures (molaires et prémolaires) sont fréquemment causées par des barbell. Les traumatismes de la denture peuvent avoir lieu dès la première année et spécialement si le barbell initial (de 18 mm) n'est pas remplacé par un plus petit après les deux premières semaines²³.

Dans cette étude, aucun sujet avec un piercing lingual datant de moins de 2 ans ne présente de fracture d'émail ; en revanche des fractures d'émail sont retrouvées sur les molaires et prémolaires chez 47% des sujets portant un barbell depuis plus de 4 ans²³.

L'antériorité du piercing, les habitudes nocives de jeu, la longueur de la barre du barbell, la taille de l'ornement qui lui fait suite, et le type de matériau qui le constitue sont des facteurs qui contribuent largement aux fractures dentaires¹¹³.

Les traumatismes dentaires se limitent en général à l'émail et à la dentine même s'ils peuvent atteindre la pulpe¹⁹.

Pour traiter le manque de substance, une restauration au composite ou à l'aide d'onlay est envisageable ; mais attention, cette dernière ne sera durable qu'après dépose du facteur étiologique¹¹³.

En dernier lieu, on peut envisager de couronner la dent si celle-ci est trop endommagée.

Le piercing peut être aussi la cause de migrations dentaires si le patient prend l'habitude de pousser l'objet entre ses dents¹⁰⁹.

Il faut donc recommander à nos patients de ne pas trop jouer avec leurs piercings et de privilégier des ornements de petite taille en matière plastique qui endommageraient moins les tissus durs et mous de la cavité buccale⁴².

2.2.5.3.1.2 *Problèmes parodontaux*

Les bijoux intrabuccaux et péri-buccaux peuvent causer des anomalies muco-gingivales. Cela se traduit par des récessions ou des fissures gingivales en regard de la région percée. L'anomalie se traduit le plus souvent sur les incisives inférieures, sur la face linguale pour un piercing de la langue et sur la face labiale pour un piercing de la lèvre²⁰.

La probabilité d'une récession gingivale labiale est 7,5 fois plus élevée chez les personnes qui ont un bijou de lèvre que chez les personnes sans perçage¹⁰².

Le traitement de cette anomalie est le retrait permanent des bijoux buccaux et la réalisation d'un lambeau complet ou d'une greffe de tissu conjonctif⁸⁶.

Les patients avec des piercings buccaux devraient passer régulièrement des examens complets parodontaux même si aucune récession n'est observée, étant donné qu'une perte d'attache peut passer inaperçue⁸⁶.

Kapferer I. et coll. (2007) réalisent une étude ayant pour but de connaître la prévalence et les facteurs contribuant aux récessions gingivales lors d'un piercing labial. L'étude est réalisée sur 100 sujets âgés de 14 à 28 ans⁷⁷.

L'examen clinique comprend les indices de plaque et de saignement, la profondeur des poches, les récessions, la perte d'attache, le biotype parodontal, l'insertion des freins, les occlusions traumatiques, l'évaluation des tissus durs, la quantité de gencive kératinisée et les caractéristiques du bijou de lèvre.

Les récessions gingivales en regard de la région percée sont observées dans 68% des cas pour le groupe percé contre 4% pour le groupe témoin.

Pour Kapferer I. et coll. (2007), les facteurs contribuant aux récessions gingivales les plus significatifs sont l'antériorité du piercing labial et la position du stud par rapport à la jonction émail-cément (moins de risque de récession s'il est placé coronairement ou apicalement à la jonction).

La composition du stud n'a pas d'influence particulière sur les récessions dans cette étude⁷⁷.



Figure 27 : Récessions gingivales vestibulaires dues à un piercing labial.

(<http://www.perio.org/consumer/piercing.htm>).

Campbell A. et coll. (2002), dans une étude basée sur 52 patients (citée précédemment), rapportent que des récessions linguales furent trouvées sur les incisives centrales mandibulaires dans 50 % des cas chez les personnes portant un barbell long (>1,59mm) depuis 2 ans et plus. Pour eux, l'antériorité du piercing et la longueur du bijou sont des facteurs déterminants dans l'apparition des récessions²³.

2.2.5.3.1.3 *Chéloïde*

Une chéloïde est une tumeur cutanée en forme de bourrelet allongé, muni de prolongements radiculaire. Elle est souvent secondaire à une cicatrice opératoire⁴⁰.

Neiburger E. (2005) relate le cas d'une jeune femme de 20 ans présentant une lésion hypertrophique de la langue associée à un piercing récent. La jeune femme expose, lors d'une consultation de routine, ce qu'elle appelle sa « seconde langue ». Elle semble inquiète par cette « boursouflure » apparue après le perçage de sa langue, il y a 4 mois.

Sa langue présente effectivement une large élévation semi-sphérique de tissu sur la ligne médiane du dos de la langue. La tige du barbell est mobile et peut coulisser d'environ 10 mm en haut et en bas. La tige du barbell est entourée de plaque dentaire.

La boursouflure est haute de 8 mm et large de 25 mm, de couleur normale (rose), non indurée, sans aucun signe d'infection, asymptomatique, souple et bien vascularisée. La patiente dit qu'elle n'éprouve aucune douleur, aucun problème lors de la mastication mais qu'elle s'inquiète surtout pour le caractère inesthétique de la boursouflure. Elle dit se brosser les dents quotidiennement et utiliser des bains de bouche¹²⁴.

Neiburger E. (2005) parle alors de cicatrice hypertrophique ou de chéloïde. La chéloïde se développe généralement au sein de tissus sains. Il y a alors production de substance mucineuse avec des nodules irréguliers de collagène compact¹²⁴.

L'apparition de la chéloïde se fait sur plusieurs mois après la blessure (comme un piercing par exemple) et augmente de taille si elle subit à nouveau un traumatisme (brûlure, biopsie etc.)¹²⁴.

Elles sont plus fréquentes chez les femmes et chez les noirs. Une cicatrice hypertrophique ne s'étend pas, en général, au-delà des limites de la plaie initiale. Elle régresse en plusieurs mois et s'aplanit spontanément¹²⁴.

La biopsie est envisagée mais rejetée puisqu'elle comporte un risque d'augmentation du tissu cicatriciel. Un diagnostic différentiel avec une infection mycosique, un carcinome basocellulaire, une lésion cicatricielle et une variété d'infections est envisagé, mais l'absence

de douleur, d'exsudat, la couleur normale et la souplesse de la muqueuse ont contredit l'hypothèse de ces pathologies¹²⁴.

La patiente souhaite traiter la chéloïde et la réduire de taille, par contre, elle ne veut pas enlever son piercing de manière permanente malgré les conseils du praticien.

Des injections toutes les trois semaines de stéroïdes (triamcinolone 10-40 mg) sont alors envisagées afin de mettre fin à l'excroissance tissulaire mais la jeune femme ne souhaite pas les suivre¹²⁴.

Des bains de bouche (avec du peroxyde d'hydrogène) lui sont recommandés ainsi qu'une tige de barbell plus courte (réduction des phénomènes de coulissement favorisant l'accumulation de plaque à l'intérieur de la langue)¹²⁴.

Six mois plus tard, la patiente présente une lésion significativement réduite (10 mm de diamètre et 3 mm de hauteur) qu'elle trouve à présent acceptable d'un point de vue esthétique¹²⁴.

Ces deux traitements (hygiène orale et réduction de la tige) apparaissent être une méthode efficace pour réduire significativement (mais pas complètement) les chéloïdes lorsque les patients refusent d'enlever leur piercing définitivement¹²⁴.

Figure 28 : cicatrice chéloïde sur la face ventrale de la langue.

(Neiburger. 2006;54(1):46-7.)

2.2.5.3.1.4 *Langue bifide*

Flemming P.S et Flood T.R (2005) rapportent le cas d'un patient de 17 ans présentant une langue bifide suite à un piercing de celle-ci. Le piercing a été réalisé un an auparavant alors que le patient souffre de sévères perturbations psychiatriques⁵².

Le piercing a été déposé à la suite d'une infection du site percé laissant une langue divisée en antérieur sur la ligne médiane (défaut de 15 mm de long se prolongeant sur la partie ventrale). Cette complication a, par la suite, exacerbé ses problèmes psychiatriques (mutisme, dissimulation incessante du défaut lingual). Le traitement fut chirurgical sous anesthésie générale. Les bords du défaut furent incisés et suturés entre eux. Des conseils d'hygiène bucco-dentaire ont suffi à une bonne cicatrisation⁵².



Figure 29 : Langue bifide

(Fleming et Flood British Dental Journal 2005 ;198 :265-266).

2.2.5.3.1.5 *Autres complications citées*

D'autres complications telles que l'augmentation du débit salivaire, l'électro galvanisme (entre le bijou et les restaurations en bouche à l'amalgame) et l'halitose ont été observées¹⁰⁸.

2.2.5.3.2 *Complications générales à long terme*

2.2.5.3.2.1 *Inhalation et ingestion du bijou*

Pour Schwemmer U, Lintner M et Greim C.A (2005), les piercings oraux comportant un risque indéniable de traumatisme ou d'inhalation lors de l'aménagement des voies aériennes supérieures au cours d'une anesthésie générale. L'inhalation endotrachéale ou l'ingestion oesophagienne des bijoux peuvent être la cause de perforation des tissus, d'hémorragie, d'obstruction et bien d'autres complications¹⁴⁴.

Bien que les dangers peuvent être réduits par la dépose des bijoux et leur remplacement en préopératoire par des substituts fait en plastique ou en liège, ils augmentent tout de même le risque de complications. Sans oublier que dans le cas d'inhalation des substituts leur radioclarité les rendent difficiles à localiser lors d'une radiographie pulmonaire par exemple¹⁴⁴.

Hadi H.I, Quah H.M et Maw A(2006) rapportent le cas d'un patient de 17 ans présentant une douleur chronique de plusieurs semaines à la fosse iliaque droite. A l'interrogatoire, le patient explique, entre autre, qu'il a avalé précédemment la boule de son barbell (12 mois auparavant). La boule s'étant impactée dans l'appendice, une appendicectomie sous laparoscopie est alors nécessaire afin de dégager le corps étranger⁶⁸.

2.2.5.3.2.2 *Interférences avec les images radiographiques*

Selon, le guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie publié en 2006, il faut enlever tout objet métallique en interférence possible : boucles d'oreille, collier métallique, piercing, pinces ou barrettes à cheveux, prothèses et dispositifs orthodontiques amovibles, etc...¹⁵⁵

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Figure 30 : Interférences d'un piercing labial lors d'une radiographie de profil

(Lopez-Jornet et Gomez Garcia JEAV 2008 ;22 :745-775).

*2.2.5.3.2.3 Troubles des fonctions buccales
(déglutition, phonation, mastication)*

Loup P.J et Mombelli A. (2002) décrivent le cas d'une patiente leur ayant expliqué avoir eu des problèmes d'élocution pendant une semaine après la pose de son piercing lingual. Après cette période d'adaptation et de rééducation des fonctions linguales, c'est plutôt lorsque l'objet n'est plus en place que son élocution semble perturbée¹⁰⁹.

2.2.5.3.2.4 Thrombophlébite du sinus sigmoïde

Une thrombophlébite est une inflammation d'une veine caractérisée par une large et solide adhérence d'un caillot à la paroi du vaisseau qui est totalement obstrué.

Le sinus sigmoïde comporte deux segments, un segment mastoïdien (face endocrânienne de la partie mastoïdienne de l'os temporal) et un segment jugulaire (face endocrânienne de la partie basilaire de l'os occipital)¹⁴⁰.

Nicolas J. et coll. (2007) relatent le premier cas de thrombophlébite du sinus sigmoïde associée à une pneumonie après un piercing de la langue¹²⁵.

Une jeune femme de 20 ans se présente dans le service des urgences de Caen pour de la fièvre avec un œdème de la langue et de la partie gauche de la mandibule associé un trismus. La patiente s'est fait percer la langue 15 jours auparavant. Le perçage fut sans histoire mais une semaine plus tard, elle présente de la fièvre (40°C), une déglutition douloureuse et une inflammation de la langue. Le traitement initial fut une antibiothérapie orale car une infection aigue de la gorge est suspectée¹²⁵.

Malgré les antibiotiques (macrolides), les symptômes ne cessent de s'aggraver et la patiente est alors traitée par corticoïdes (en association avec les antibiotiques)¹²⁵.

L'examen pulmonaire montre un râle sibilant dans le lobe inférieur gauche mais les examens sanguins ne montrent pas de syndrome inflammatoire et l'analyse bactériologique est négative (prise antérieure d'antibiotique)¹²⁵.

La radiographie thoracique montre un épanchement pleural. Le scanner (tête, cou, thorax) montre une infection de la glande parotide gauche sans collection mais avec infiltration des tissus mous¹²⁵.

Une triple antibiothérapie en intraveineuse est alors commencée et le piercing est déposé. Trois jours plus tard, l'état de la patiente s'améliore mais le scanner confirme une cellulite faciale gauche avec une thrombose veineuse intra parotidienne et de multiples abcès pulmonaires¹²⁵.

Une angiographie par IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) de la thrombose montre une infiltration de la fosse infra temporale gauche (mastoidites et thrombose du sinus sigmoïde)¹²⁵.

Le diagnostic est alors posé : il s'agit d'une thrombose du sinus sigmoïde compliquée d'une pathologie pulmonaire pleurale¹²⁵.

La patiente ne présente ni problème d'hémostase ni problème immunitaire donc la cause de la sévère thrombopénie fut expliquée par le septic. Après 3 mois de triple antibiothérapie et d'anticoagulant la patiente se porte bien¹²⁵.

Pour Nicolas J. et coll. (2007), la thrombophlébite a pour point de départ la cellulite faciale avec la thrombophlébite du plexus veineux ptérygoïdien.

Cette thrombose résulte de l'infiltration des tissus mous. La thrombophlébite intra parotidienne apparaît alors ultérieurement avec la mastoïdite. La continuité anatomique entre les sinus mastoïdien et sigmoïde explique l'extension de la thrombose. Les abcès pulmonaires sont expliqués par une embolie septique à l'intérieur de la veine jugulaire ou des autres foyers infectieux¹²⁵.

Cette thrombose cérébrale a pu être ainsi causée par le piercing de la langue¹²⁵.

Même si ce genre de complication reste extrêmement rare comme nous le montre ce cas, il faut toujours garder à l'esprit que des signes ordinaires d'infection lors d'une consultation peuvent révéler un problème infectieux aux conséquences graves pouvant parfois même mettre le pronostic vital en jeu.

2.2.5.3.2.5 *Infection bactérienne*

Des cas d'abcès cérébelleux¹¹⁵ et de lymphadénopathies¹⁶⁰ ont été rapportés dans la littérature.

Ces deux pathologies ont pu être corrélées à des piercings linguaux grâce aux examens bactériologiques révélant la présence de bactéries spécifiques de la flore buccale (Streptocoques viridens...) ^{115, 160}.

Le traitement de telles complications consiste à éliminer la cause de l'infection (retrait du bijou et débridement locale du site percé) et à prescrire une antibiothérapie adaptée ^{115,160}.

Remarque sur une variante du piercing :

Comme le souligne B. Guillaume, médecin stomatologiste, (2002) « de nouvelles lésions par de faux piercings ont été rapportées aux Etats-Unis. En raison de réticences parentales, les adolescents ont recours à des dispositifs aimantés placés sur le nez, la joue et la pointe de la langue. Des nécroses cutanées et muqueuses dues à l'extrême pression des forces aimantées peuvent exister. Dans des cas plus graves, lorsque les aimants ont migré au niveau des parois intestinales, une intervention sous anesthésie générale est parfois nécessaire afin de retirer les aimants qui peuvent occasionner des perforations par pression excessive sur les anses intestinales » ⁶⁷.

2.3 LES TATOUAGES

Les dépôts de pigments dans les tissus sont connus pour être d'origine exogène ou endogène ⁵⁵.

- Pigmentation endogène

Les colorations endogènes proviennent soit du système mélanocytaire soit des dérivés de l'hémoglobine ou de la dégradation de ces pigments ⁵⁵.

La pigmentation ethnique (ou physiologique) de la muqueuse buccale est possible dans toutes les races mais plus fréquentes chez les sujets à peau foncée (40% des sujets de race noire) ¹⁴.

Elle est peu fréquente chez les sujets asiatiques et rare chez les Européens ⁵⁵.

Le siège le plus fréquent de cette hyperpigmentation est la gencive adhérente, rarement la face interne des joues, le palais ou les lèvres. L'aspect est celui de plages homogènes, ardoisées ou brunâtres, aux limites plus ou moins nettes et régulières¹⁴.

Les pigmentations diffuses de la cavité buccale peuvent être associées à une maladie générale (maladie d'Addison, de Basedow, une maladie de Cushing...), à une dermatose (syndrome de Peutz-Jeghers, lichen nigricans, syndrome d'Albright...), à une prise médicamenteuse (traitements hormonaux à l'ACTH, anti-paludéen de synthèse, la quinidine...), à une intoxication (plomb) ou bien peuvent être isolées (mélanose de Dubreuilh, mélanome malin...)¹⁴.

Les lésions pigmentées uniques ou peu nombreuses correspondront plutôt à un naevus bleu, un mélano-acanthome, un mélanome malin, un hématome spontané ou traumatique etc.¹⁴

- Pigmentation exogène

L'implantation d'un corps étranger dans les tissus, de manière accidentelle ou intentionnelle, est souvent la cause de pigmentations d'origine exogène¹⁵.

La coloration peut être transitoire (dentifrice, réglisse, tabac, raisin, café, vin rouge) ou non (tatouages accidentel, chirurgical, tribal)¹⁴.

Les tatouages accidentels de la muqueuse buccale résultent de l'introduction inopinée de débris au cours de traitements dentaires (particules de carborundum, vulcarbo ou amalgame, ou de la diffusion apicale d'un cône d'argent)¹⁴.

Les tatouages chirurgicaux servent de repérage lors d'une intervention chirurgicale pour l'exérèse d'une tumeur ou lors d'une irradiation¹²⁰.

Autrefois réalisés avec de l'encre de chine, il arrivait parfois qu'elle soit injectée trop profondément ou en trop grande quantité, ce qui laissait une tâche indélébile¹²⁰.

Aujourd'hui effectués avec du bleu de méthylène, il arrive encore que ce dernier diffuse largement dans la muqueuse et que le patient garde ainsi un tatouage iatrogène¹⁴.

Les tatouages traditionnels ou tribaux font partie principalement de la culture africaine. Le but est identitaire (appartenance à un groupe) ou esthétique pour faire ressortir l'éclat des dents¹⁴.

Le diagnostic différentiel d'un patient qui présente une lésion pigmentée dans la cavité buccale doit comprendre un interrogatoire, un examen clinique (intra et extra-buccal) ainsi qu'une biopsie si le cas l'impose¹⁵.

L'interrogatoire doit inclure le début et la durée de la lésion, la présence de lésions hyperpigmentées sur la peau, la présence de signes et symptômes systémiques, la prise de médicaments avec ou sans ordonnance, ainsi que l'usage de tabac¹⁵.

Ici, nous nous intéresserons exclusivement aux pigmentations volontaires des tissus mous de la cavité buccale (colorations exogènes intentionnelles) parfois difficiles à différencier des autres précédemment citées.

2.3.1 Dans les sociétés traditionnelles

2.3.1.1 Répartition géographique

Les pratiques de tatouage concernant la cavité orale sont assez marginales et concernent les populations africaines essentiellement (Ethiopie, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali...).

Chez les femmes, le tatouage gingival concerne la région antérieure maxillaire, entre 15 et 25 le plus souvent⁸.

Chez les hommes, il est plus rare. Il est réalisé pour des raisons « thérapeutiques » dans les régions canines exclusivement¹¹⁴.

2.3.1.2 Motivation, techniques et conséquences

Dans chaque civilisation, le souhait de plaire a motivé les modifications de l'apparence du visage. Au Sénégal, par exemple, l'esthétique bucco-dentaire s'exprime à travers des pratiques motivées par le besoin d'embellissement⁵⁴.

Le tatouage gingival, le tatouage labial, les maquillages du visage et les scarifications faciales sont des habitudes sociales et culturelles dans ce même pays⁶³.

Ce qui sera considéré dans nos sociétés comme étant des mutilations aura une tout autre signification dans des sociétés dites traditionnelles.

La pigmentation artificielle (bleue ou noire) des lèvres et ou de la gencive crée un contraste avec la teinte des dents, ces dernières apparaissant plus blanches (un des canons de beauté de la société africaine)⁶³.

Cette pigmentation artificielle des gencives ou des lèvres est réalisée en introduisant une matière colorante à l'aide de piqûres par des épines végétales ou des aiguilles à coudre attachées en fagot de 10. Les produits utilisés pour enduire la gencive sont le résultat de la carbonisation de l'huile, de l'arachide, ou du pétrole. Pour les lèvres, les Sénégalais appliquent une poudre obtenue à partir des feuilles de baobab que l'on mélange avec du beurre⁵⁴.

Cette technique manuelle est donc traditionnelle à l'encontre de la technique automatisée utilisée dans nos sociétés.

Cette pratique est motivée non seulement par un souci esthétique mais elle est aussi considérée comme un passage initiatique pour les jeunes femmes de certaines ethnies du Sénégal (les wolofs, les peules et les sérères) qui quittent ainsi l'enfance pour l'âge adulte et qui peuvent alors prétendre au mariage. Le tatouage est limité à la gencive maxillaire visible lors du sourire. Certaines ethnies lui attribueraient des vertus parodontales⁶³.

En Côte d'Ivoire, la pigmentation se réalise à l'aide d'aiguille en acier ou d'épines végétales et de colorants d'origine végétale ou avec de la suie diluée⁵⁶.

Gbane M. et coll. (1998) ont réalisé une « étude clinique de la gencive tatouée » afin d'étudier les caractéristiques cliniques de ces gencives (modification de couleur et de texture) et pour analyser l'impact de ces pratiques sur la psychologie des femmes tatouées⁵⁶.

Sur 52 femmes, la totalité est tatouée essentiellement au maxillaire. Pour Gbane M. et coll. (1998), « c'est un fait qui met en évidence les considérations d'ordre esthétique que l'on accorde à la gencive maxillaire qui apparaît plus que celle de la mandibule lors du sourire ; cette préférence peut encore se justifier par l'insupportable douleur provoquée par le tatouage au niveau de la gencive mandibulaire qui est moins épaisse »⁵⁶.

Il ressort de cette étude que les gencives examinées ne présentent pas de lésions significatives et que ce tatouage demeure une marque de beauté chez la femme et lui procure des effets esthétiques et de bien-être en soi⁵⁶.

Al-Shawaf M. et coll. (1986) étudient quatre cas de femmes éthiopiennes avec des tatouages gingivaux maxillaires⁸.

Une de ces femmes dit avoir réalisé son tatouage dans le but de faire une « saignée comme traitement de la congestion des gencives ». Les trois autres ont été tatouées pendant leur adolescence pour des raisons esthétiques⁸.

Pour Mani N.J (1985), les femmes éthiopiennes ont pour croyance que le sang prélevé lors de la répétition de ces piqûres gingivales va permettre aux dents d'être exemptes de toute maladie¹¹⁴.

Pour lui, ce genre de pigmentation intentionnelle peut créer une confusion lors d'un diagnostic ; il est alors difficile de différencier ce genre de tatouage des autres causes de pigmentation des muqueuses orales (naevi bleus par exemple), tout particulièrement lorsque ces patients sont examinés loin de chez eux, dans des pays où leurs coutumes restent inconnues¹¹⁴.

En cas de doute sur la nature des lésions pigmentées, l'examen histologique objective la présence de corps étrangers au sein de tissus¹⁴.

Ces pratiques ont pu être l'occasion de transmission de l'infection par le VIH ou le tétanos¹⁴.

Des cas de pigmentation atypique (rouge-brun) de la gencive ont aussi été décrits. Cette coloration est due à l'utilisation d'une écorce d'arbre, le *juglans regia* plus connue localement sous le nom de Derum ou Dendasa, comme aide à l'hygiène buccale. Cette écorce est utilisée non seulement comme brosse à dents en Arabie Saoudite, en Inde et au Pakistan mais aussi comme produit cosmétique pour la simple raison qu'elle colore les lèvres d'une couleur se rapprochant de celle de la rouille⁵⁷.

Dans leur ouvrage, « *La bouche magique* » (1977), André G. et Laurent A rapportent que les hommes aïnou (Japon) se colorent en noir le milieu des lèvres et leurs femmes toutes les lèvres. Les femmes se noircissent le pourtour de la bouche avec la pointe d'un couteau et appliquent sur les blessures fraîches de la cendre de bouleau afin d'obtenir une coloration bleuâtre.



Figure 30 : Tatouage ethnique

**d'après Ben Slama L et Szpirglas H. Pathologie de la muqueuse buccale.
(Paris: Elsevier, 1999).**

2.3.2 Dans nos sociétés industrialisées

Le tatouage est une pratique ancestrale faisant l'objet d'un engouement récent. « Ce phénomène traduit une reprise de cultures lointaines ou anciennes, un emprunt à des traditions populaires ou marginales. Mais s'il existe bien une histoire très ancienne de marquage de la peau, le tatouage s'insère, avec le piercing, dans des formes contemporaines d'inscription corporelles¹⁵⁷ ».

Le tatouage dans sa forme contemporaine a été introduit en Occident par les marins de retour du Pacifique Sud. Pendant longtemps, il a été associé à une sous-culture marginale et à des groupes véhiculant une image agressive. Aujourd'hui la diversité sociale des adeptes du tatouage est plus grande et il est pratiqué par beaucoup dans une recherche esthétique personnalisée¹²⁹.

Au début des années quatre-vingt, quatre boutiques de tatouage suffisaient à répondre à la demande française. En 1990, il en fallait une cinquantaine. Désormais, il s'en ouvre presque chaque jour⁸⁵.

A cela, il faut ajouter les cabinets médicaux où se font les dermopigmentations médicales ainsi que les instituts de beauté où sont réalisés les maquillages semi-permanents.

2.3.3 Aspects techniques des tatouages des tissus mous buccaux

2.3.3.1 Les produits de tatouage et les dermographes

2.3.3.1.1 Les produits de tatouage

Le produit de tatouage se définit comme toute substance ou préparation colorante destinée, par effraction cutanée, à créer une marque sur les parties superficielles du corps humain⁶.

« La réglementation applicable aux produits de tatouage se rapproche de celle des cosmétiques. Il n'existe pas d'autorisation préalable de mise sur le marché pour les produits de tatouage. Il incombe aux fabricants de garantir des produits satisfaisant aux exigences législatives, réglementaires et ne présentant aucun danger pour la santé. Leur fabrication doit être réalisée en conformité avec les bonnes pratiques de fabrication dont les principes sont définis par arrêté des ministres en charge de la consommation et de la santé sur proposition de l'Afssaps »⁶.

La plus grande différence entre le tatouage définitif et les autres techniques (dermopigmentation et dermographie) réside dans la profondeur à laquelle ils sont injectés dans le derme. Les pigments diffèrent généralement, eux aussi, en fonction de la technique.

Il existe deux types de colorants :

- des pigments minéraux (à base de dioxyde de titane, d'oxyde de fer) utilisés en dermopigmentation médicale ou pour les maquillages semi permanents car ils offrent un éventail de couleur se rapprochant de celles de la carnation naturelle ;
- des pigments végétaux qui sont moins stables que les minéraux utilisés par les tatoueurs et certaines esthéticiennes²⁴.

Pour J.P Tiziano (1992) : « si la composition des pigments de tatoueur n'est pas indiquée par le fabricant , nous connaissons cependant les produits généralement utilisés en fonction de la couleur :

- rouge : cinnabar ou sulfure de mercure ; oxyde de fer (pigments médicaux), vermillon, encre de chine rouge ;
- bleu : sels de cobalt (bleu clair) ou encre de chine (bleu foncée) ;
- vert : sels de chrome ;
- noir : carbone ;oxyde de fer (pigments médicaux) ;
- jaune : sulfure de cadmium ;
- blanc : oxyde de zinc,lithium,antimoine ; titane (pigments médicaux) ;

- violet : manganèse ;
- orange : cadmium, sulfure de mercure ;
- brun : oxyde de fer (pigments médicaux »¹⁵⁴.

En France, le décret du 3 mars 2008 est venu préciser les règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage. Ce texte a également instauré un système national de vigilance⁹⁶.

Les encres utilisées doivent être conformes à la réglementation en vigueur et utilisées selon les préconisations des fabricants. La dilution des encres est réalisée avec de l'eau pour préparation injectableⁱ.

2.3.3.1.2 *Les dermographe*s

L'invention du dermographe électrique date de 1891, le principe est de convertir l'énergie électrique en mouvement alternatif, de 4 à 5000 coups par minute. Le stylo dermographe se termine par une ou plusieurs aiguilles en faisceau, il est possible de régler la profondeur de pénétration des aiguilles et la vitesse de rotation du moteur en fonction de la zone à tatouer²⁴.

Le dermographe est composé d'éléments non stérilisables (électro-aimants) et d'éléments qui peuvent l'être (manchon, tige porte-aiguille et buse). La buse qui sert de guide à l'aiguille est directement en contact avec la peau de la personne désirant se faire tatouée. Elle est réutilisée d'un client à l'autre. En revanche, les aiguilles sont non stériles mais à usage unique¹¹⁰.

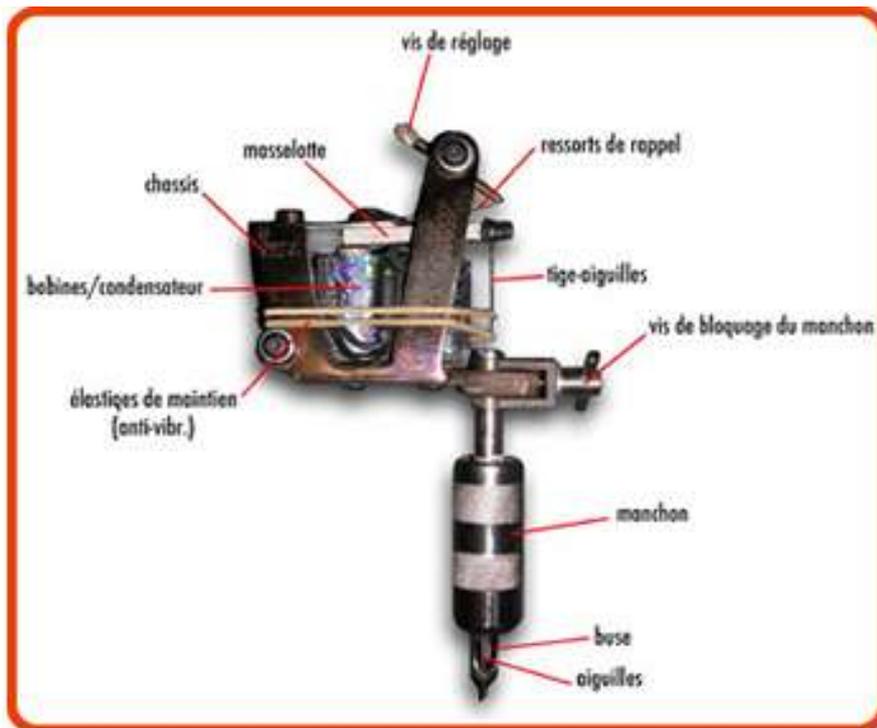


Figure 31 : Dermographe

[\(http://mtattoo.artblog.fr/r13000/Principe-du-tatouage/](http://mtattoo.artblog.fr/r13000/Principe-du-tatouage/)

2.3.3.2 Description des différents tatouages de la cavité buccale

Du tatouage définitif au maquillage semi-permanent en passant par la dermographie réparatrice, la cavité buccale peut être, elle aussi l'objet de tatouages.

2.3.3.2.1 Les tatouages définitifs

Aujourd'hui, les tatouages définitifs de la cavité orale, quoique peu conformistes, comptent quelques adeptes ; quelques cas seulement de tatouages de la langue, des lèvres, ou de la face seront abordés ici. Ils sont réalisés par des professionnels du tatouage ou par des amateurs.



Figure 32 : Tatouage monochrome de la face dorsale de la langue

(<http://www.flickr.com/photos/42311564@N00/225956776/>)



Figure 33 : Tatouage monochrome de la face dorsale de la langue

(<http://www.bestdentalanswers.com/wp-content/uploads/2007/04/tongue-tattoo.thumbnail.jpg>)



Figure 34 : Tatouage monochrome de la muqueuse labiale

(<http://wopico.blogspot.com/2009/01/unique-lip-tattoo.html>)



Figure 35 : Multiples tatouages faciaux et péribucaux

(<http://www.paperblog.fr/892922/liu-ming-et-ses-tatouages-olympiques/>)

En revanche, les tatouages « semi définitifs » sont très en vogue actuellement. Ils peuvent aider à réparer une malformation ou une cicatrice disgracieuse (nous parlerons alors de « dermopigmentation médicale ou réparatrice ») ou bien n'être que purement esthétique (« dermographie ou maquillage semi permanent »). Les premiers sont réalisés par des médecins et les seconds par des esthéticiennes en général ¹²⁷.

Ces deux tatouages ont des noms différents mais sont réalisés de la même manière.

2.3.3.2.2 *La dermopigmentation réparatrice*

La dermopigmentation réparatrice n'entre pas dans le cadre des mutilations actuelles et volontaires de la cavité buccale mais mérite tout de même d'être citée ici.

Cette technique est considérée aujourd'hui comme un acte médical à part entière en chirurgie plastique reconstructrice et en chirurgie esthétique. Elle permet aussi bien de reconstruire des aréoles mammaires dans les indications de chirurgie plastique après cancer que de camoufler une cicatrice sur le visage²⁴.

Les indications de la dermopigmentation réparatrice du contour des lèvres sont principalement :

- corriger les défauts d'une lèvre sénile (avec l'âge apparaît la perte définitive de l'arc de cupidon par éclaircissement, par apparition de ridules verticales et par aplatissement du galbe lui-même, les commissures deviennent tombantes, le vermillon subit une diminution de hauteur) ;
- corriger un vermillon pathologique (cicatrices herpétiques, brûlures, séquelles de fente labio-maxillaire, hémiatrophie faciale)¹⁵⁴.





Figure 36 : Maquillage d'une cicatrice de fente labiale (avant et après).

Avec l'aimable autorisation de Mme Michel-Gaillard, dermographe professionnelle.

Citons ici le cas d'une jeune patiente Africaine séropositive (atteinte d'un vitiligo au niveau de la gencive) ne pouvant plus retourner au Kenya à cause de la pâleur de ses gencives (la dépigmentation gingivale étant considéré là-bas comme un signe majeur de l'infection par le VIH entraînant alors l'exclusion sociale et l'isolement)²⁷.

Une dermopigmentation gingivale, maxillaire et mandibulaire des régions exposées lors du sourire, est alors envisagée afin de masquer le vitiligo.

Quatre mois après l'intervention, la pigmentation est stable, la patiente est satisfaite et son état psychologique s'est considérablement amélioré²⁷.

2.3.3.2.3 La dermographie esthétique ou maquillage semi permanent

La dermographie esthétique utilise le principe du tatouage mais seulement dans les couches superficielles de la peau. Elle est temporaire (3 à 4 ans) et sa pérennité ne peut-être garantie. L'idéal est de raviver la couleur si besoin tous les 2 à 3 ans. Le choix d'un spécialiste qualifié en dermographie est important pour obtenir de beaux résultats en maquillage semi-permanent²⁵.

Elle remplace ou améliore les techniques de maquillage. Elle s'adresse aux femmes qui souhaitent gagner du temps ou qui détestent le maquillage temporaire et ses inconvénients³⁴.

Le but est avant tout de corriger ce qui peut être considéré comme une imperfection. Elle permet ainsi d'ourler des lèvres considérées comme trop fines, de colorer des lèvres (plaines ou dégradées), de créer un grain de beauté, de colorer les aréoles mammaires trop claires, de densifier les cils etc.

Elle apporte aussi des corrections lors d'asymétrie du visage, de pigmentations anciennes « ratées » ou n'apportant pas satisfaction à la cliente²⁵.

Elle est peu douloureuse et ne nécessite pas de traitement préalable sauf pour les personnes sujettes à l'herpès (traitement anti-herpétique 48h avant et après la séance).

En raison du saignement provoqué par le tatouage, il est déconseillé de prendre des vasodilatateurs et des anticoagulants en préopératoire.

En postopératoire, les expositions solaires sont à éviter, les U.V pouvant modifier les pigments²⁸.

Ce procédé est peu invasif et vise avant tout le bien-être personnel ; alors à quel moment pouvons-nous parler de mutilation ?

Lorsque le tatouage semi permanent est raté :



Figure 37 : Dermographie esthétique ratée

(http://www.cedermo.com/exemples_photos/comparatif_ratages_levres_04.htm).

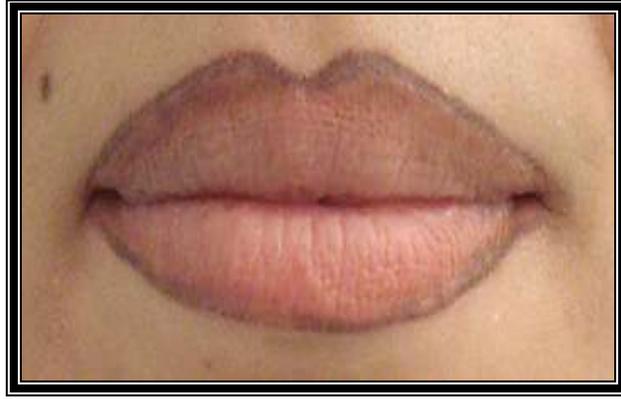


Figure 38 : Dermographie esthétique ratée

(http://www.cedermo.com/exemples_photos/comparatif_ratages_levres_02.htm)

Il est alors conseillé de ne pas attendre que le pigment se stabilise. Il est stable dans les trois semaines à un mois qui suit la pigmentation. Les victimes des ratages de la dermographie doivent rapidement prendre des dispositions afin de se faire dépigmenter et rattraper. Pour les personnes « ratées » depuis longtemps, il est possible d'éclaircir la zone au maximum puis de réaliser un camouflage couleur peau et redessiner le maquillage désiré avec la couleur désiré²⁶.

Pourquoi ne pas envisager d'effacer son maquillage semi permanent avec un laser utilisé pour enlever les tatouages définitifs ?

Tout est un problème de réaction chimique. Les lasers Nd:YAG Q-switched sont la solution pour supprimer la majorité des tatouages définitifs avec des cicatrices minimales⁵⁹.

Pourtant, même si un maquillage est un tatouage, la composition des pigments rend l'opération hasardeuse et le résultat aléatoire. Le rôle d'un laser de détatouage est de fragmenter et vaporiser les encres et pigments colorés qui, par la suite, vont être "digérés" par les macrophages de notre organisme. Le problème vient de la composition même de ces maquillages²⁸.

Certains pigments roses ou chair des maquillages semi permanent contiennent des oxydes de fer qui - sous l'effet du laser - vont se dégrader en oxyde ferrique puis virer au noir⁹.

C'est la raison pour laquelle - même lorsqu'un maquillage semi-permanent est raté ou qu'il ne plaît plus –le laser est rarement une solution car le risque n'est pas anodin de transformer un contour de lèvre en une ligne noire sur une zone aussi visible que le visage, cette complication éventuelle doit encourager la pratique d'un tir test initial⁹.

2.3.4 Protocole

La recherche de contre-indications au geste, l'installation du client et la préparation du matériel reste similaire que ce soit pour la réalisation d'un piercing, d'un tatouage définitif, d'une dermopigmentation ou encore d'un maquillage semi-permanent¹⁵¹.

En France, selon l'arrêt du 11/03/2009⁹⁵ :

- Le professionnel prépare la zone à tatouer selon un protocole spécifique.
- La zone cutanée ou muqueuse à tatouer, propre et sans lésion, est préparée en respectant le protocole suivant en quatre phases :

- DéterSION par savon liquide antiseptique ou solution moussante antiseptique ;
- Rinçage ;
- Séchage ;
- Antisepsie dermique comprenant deux badigeons successifs d'un antiseptique répondant aux normes.
- La dépilation de la zone tatouée est réalisée avec un système à lame à usage unique immédiatement avant la réalisation de l'acte.
- Le professionnel utilise un matériel garantissant la sécurité du client en limitant les risques allergiques et infectieux.
- A chaque séance, pour chaque client, les aiguilles pénétrant la barrière cutanée sont stériles et à usage unique.
- Les supports d'aiguilles (buses) sont stériles et subissent après chaque utilisation une stérilisation bien définie par un protocole.
- Les autres éléments matériels reliés aux matériels cités et qui n'entrent pas en contact avec la peau ou la muqueuse du client subissent un nettoyage avec un produit détergent-désinfectant. Ce nettoyage est quotidien et après chaque souillure par un produit biologique.
- Le fauteuil ou lit d'examen doit être recouvert d'une protection à usage unique changée après chaque client. Le professionnel réalise un tatouage en respectant des règles d'hygiène spécifiques.

2.3.4.1.1 Protocole de réalisation d'un tatouage définitif

Quelques jours avant la réalisation du tatouage, le futur tatoué vient choisir le modèle de son tatouage ainsi que l'endroit à tatouer. De nombreux catalogues d'exemples de motifs sont en général mis à la disposition du client bien qu'il puisse apporter son propre modèle (dessin, photo etc.). Un rendez-vous est ensuite pris avec le tatoueur qui jugera si le modèle doit être modifié ou non².

Juste avant le tatouage, le professionnel du tatouage réalise des derniers ajustements du modèle et prépare le transfert (sorte de calque qui va permettre de dessiner le motif sur la peau). Un protocole d'accord garantissant les bonnes conditions de l'opération est lu et signé par le client².

Le tatouage est réalisé à l'aide du dermographe en suivant les contours du motif dessiné sur la peau. L'encre est « incrustée » dans le derme grâce au mouvement de frappe de l'aiguille sur la peau, ce qui fait couler un exsudat sanguinolent¹¹⁰.

Un nettoyage de la peau est effectué avec une solution antiseptique (à base de polyvidone iodée à 10% par exemple), puis le tatoueur applique une crème cicatrisante (type Bepanthen®, Easytattoo®, Clean Tattoo®, Homéoplasmine®, Cicatryl®, Biafine®, etc.) sur laquelle il pose un pansement¹⁵⁰.

2.3.4.1.2 Protocole de réalisation d'une dermopigmentation réparatrice ou d'un maquillage semi-permanent

Le protocole d'installation est le même que pour un tatouage permanent.

La seule différence est dans le dessin, la coloration et la réalisation pratique de la dermopigmentation.

Le protocole est le suivant⁸⁷ :

- le dessin : il se fait sur une patiente debout, à la lumière du jour et en tenant compte de l'avis de la patiente qui vérifie dans le miroir. La peau est démaquillée, nettoyée avec

un antiseptique incolore et séchée. Le tracé s'effectue avec des crayons à lèvres fins dont la couleur est proche de celle à tatouer ;

- la couleur : la détermination de la couleur exacte est l'étape la plus difficile ; on cherche à obtenir la coloration du vermillon (mélanges souvent nécessaires) et une estompe finale vient l'uniformiser à la correction apportée ;
- la réalisation pratique : le tatouage est généralement peu douloureux mais une anesthésie locale est toujours possible si les premiers passages sont trop désagréables (uniquement lorsque l'acte est réalisé par ou en présence d'un médecin). Après chaque passage du dermographe, on essuie le pigment en excès sur la zone tatouée avec une compresse humide afin de pouvoir juger correctement le travail effectué immédiatement.

2.3.4.2 Soins après tatouage et cicatrisation

La durée et la qualité de cicatrisation d'un tatouage définitif dépendent de l'état général et des antécédents médicaux de la personne, du site anatomique concerné et de la qualité du geste technique. Cependant le délai moyen de cicatrisation est court, de l'ordre de 2 semaines environ¹⁵¹.

En guise de soins post-opératoires, certains tatoueurs préconisent de retirer le pansement trois heures après la réalisation du tatouage et de le laisser sans protection. Il est recommandé de laver la plaie avec du savon doux avec des mains propres, de la sécher en tamponnant avec une serviette propre, et d'appliquer une pommade cicatrisante deux à trois fois par jour pendant une semaine (Bépanthène® ou Cicatryl®). Les bains, les baignades en mer ou à la piscine sont à éviter ainsi que l'exposition au soleil pendant le mois suivant l'exposition³.

Pour une dermopigmentation réparatrice ou un maquillage semi-permanent, la cicatrisation au niveau des lèvres se fait entre 4 à 5 jours. Il est conseillé de masser les lèvres avec une crème

cicatrisante (Homéoplasmine®, Cicatryl®) ; si la peau est congestionnée, il est possible de poser des compresses d'eau glacée²⁵.

Après cicatrisation et dans certains cas, il est normal de voir le pigment très clair mais la couleur remontera à la surface et s'installera complètement au bout d'un mois²⁵.

2.3.4.3 Suites opératoires normales

Il est normal d'observer une réaction inflammatoire (rougeur et parfois gonflement) dans les jours qui suivent la réalisation d'un tatouage. Toutefois ces symptômes doivent disparaître en moins d'une semaine.

Aucun traitement médicamenteux, même lorsqu'il s'agit de topiques locaux en vente libre (pommade antibiotique), ne doit être préconisé par un tatoueur ou une esthéticienne¹⁵².

2.3.5 Interview d'une dermographe professionnelle

(Fabienne Michel-Gaillard, dermographe esthétique et réparatrice, maquilleuse professionnelle, esthéticienne diplômée, spécialiste en relooking)

1) QU'EST-CE QUE LE MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT ?

Le maquillage semi-permanent et la dermopigmentation réparatrice ont vu le jour, il y a quelques années maintenant. La technique consiste à implanter des pigments dans le derme, afin de modifier ou de corriger ce que l'on estime être une imperfection. Grâce à cette technique, il suffit parfois de peu de chose pour rétablir l'harmonie d'un visage; les lèvres trop minces ou mal dessinées deviennent belles et ourlées, des sourcils clairsemés ou inexistantes se redessinent, les cicatrices disparaissent, le visage devient radieux, le regard s'ouvre...

N'oublions pas que le maquillage semi-permanent est sensé se porter en plein jour et doit donc rester très naturel.

2) A QUI S'ADRESSE LE MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT ?

- Aux femmes actives, alliant simplicité, confort et gain de temps.
- A toutes les femmes ayant des problèmes d'allergie aux produits de maquillage.
- Aux femmes portant des lunettes ou des lentilles.
- Aux femmes dont la peau ne retient pas le maquillage.
- Celles qui veulent se réveiller tous les matins avec un visage pétillant tout en restant naturelles.
- Celles qui veulent éviter un maquillage qui coule (au sortir d'une piscine, en faisant du sport, sous la pluie, le vent, le froid ou lors de larmes d'émotion...)
- A tous ceux qui subissent la contrainte d'une alopécie partielle (absence de pilosité: barbe, cheveux, sourcil...)
- Aux femmes qui désirent corriger certaines asymétries de leur visage.
- Aux femmes ayant souffert d'un accident, d'une brûlure, ont été opérées ou portent une cicatrice.

3) QUELLES SONT LES PARTIES DU CORPS LES PLUS SOUVENT TATOUEES ?

Les sourcils, les lèvres, les yeux, les aréoles mammaires, le cuir chevelu, le pubis, on peut même créer un faux grain de beauté.

4) EN CE QUI CONCERNE LES LEVRES, DITES NOUS EN UN PEU PLUS ?

Pour un contour mal dessiné, mal formé ou décoloré, on joue sur le contour et la chair de la lèvre. On redessine la bouche. Il est ainsi possible d'en rectifier la symétrie, de lui donner du volume ou de l'agrandir.

Le choix des pigments permet des effets sophistiqués ou naturels; le contour sera foncé pour un effet « coup de crayon » ou au contraire, proche de la carnation de la lèvre pour un effet naturel, à peine visible.

Je pratique ainsi deux techniques pour le maquillage semi-permanent des lèvres : le remplissage et la restructuration des lèvres.

- **REPLISSAGE DES LEVRES**

Cette technique n'est pas faite pour imiter le rouge à lèvres (puisque la couleur reste toujours mate). Elle accentue la couleur d'origine afin de la rendre plus attrayante, dans des teintes de rose clair pour un effet frais et juvénile ou des tons plus soutenus pour intensifier la couleur.

- **RESTRUCTURATION DE LA LEVRE**

Pour agrandir la bouche avec naturel ou sophistication. Le choix de la couleur est essentiel. Pour atteindre un résultat parfait, il est parfois nécessaire de faire le contour et un tiers de remplissage.

5) AVEZ-VOUS QUELQUES PHOTOS POUR ILLUSTRER VOTRE TRAVAIL DANS MA THESE ?

AVANT	APRES
	
	
	

Figure 39 : Maquillage semi-permanent (effet de volume)

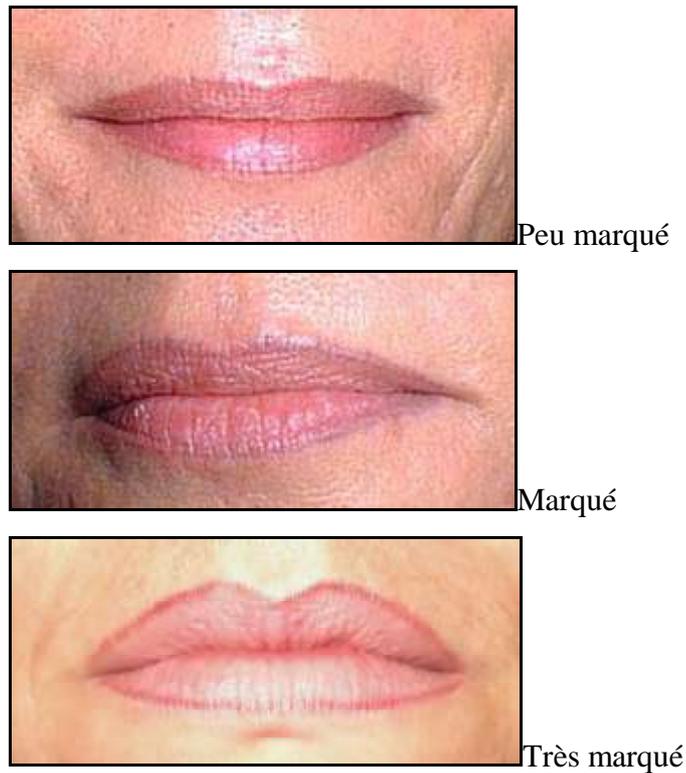


Figure 40 : Maquillage semi-permanent (contour des lèvres)

6) ET LES CICATRICES ?

Le maquillage semi-permanent, ce roi du trompe l'œil, est un outil formidable de correction et de dissimulation. En quelques séances, nous pouvons faire disparaître des cicatrices disgracieuses, masquer des imperfections et mes clientes retrouvent le sourire.

7) QUELLES SONT LES QUESTIONS QU'ON VOUS POSE LE PLUS FREQUEMMENT ?

- Est-ce douloureux?

L'avantage de pratiquer cette prestation dans un centre médicalisé est que le médecin peut pratiquer une anesthésie locale et rendre la technique totalement indolore.

- Les risques ?

Aucun risque d'allergie, les pigments sont obtenus à base d'oxyde de fer auxquels sont rajoutés d'autres éléments tel que du dioxyde de titane (minéraux).

- Le déroulement ?

- Questionnaire de santé
- Application de la crème sensibilisante ou glace ou anesthésie locale si besoin
- Choix de la couleur
- Choix de la forme
- Réalisation

- Combien de temps pour avoir le résultat choisi ?

Trois ou quatre jours, car la couleur s'oxyde et fonce avec le temps de la cicatrisation pour reprendre ensuite la couleur choisie. Une crème cicatrisante telle que « Cicatryl ou Homéoplasmine » est à appliquer pendant 1 semaine. A se procurer en pharmacie avant le rendez-vous.

- Comment évolue une pigmentation ?

La tenue dépend des pigments, de l'implantation mais surtout du système de défense. La tenue moyenne est de 1 à 3 ans. La couche peut se dénaturer, une retouche rajeunira votre pigmentation (tous les 12-18 mois).

- Pigmentation et contre indications médicales ?

- **Contre indications définitives à la pigmentation:** diabète grave, insuffisance rénale et hépatiques graves, port de prothèse cardiaque, maladie auto immune, maladie dermatologique évolutive, acné important, hémophilie. Il est interdit de prendre de l'aspirine et des anti-inflammatoires dans les 48 heures qui précèdent la pigmentation (risque d'hématome).

- **Contre indications transitoires:** grossesse, traitement à la vit A, rétinol, traitement anticoagulant, si vous êtes enrhumé ou si vous présentez une sinusite (sourcil et eye-liner).

En cas d'allergie, une touche d'essai 48 heures avant la séance.

Évitez dans les 48 h qui précèdent la séance: teinture, décoloration, peeling de la zone.

Prévoir d'enlever ses lentilles de contact pour le eye-liner.

8) COMBIEN COÛTE UNE DERMOPIGMENTATION DES LÈVRES PAR EXEMPLE ?

Il faut compter 300 euros environ pour un contour des lèvres et 200 euros pour un voile des lèvres (fondu). Il faut ajouter 40 euros pour une anesthésie locale.

2.3.6 Complications

En ce qui concerne les tatouages définitifs, la littérature rapporte quelques complications; les rares cas cliniques présentés font en général référence à des tatouages dorsaux, à des tatouages des membres supérieurs ou inférieurs.

En ce qui concerne la sphère oro-faciale, ces pratiques sont tellement marginales qu'aucune information nous est donnée. Les pigments et les pratiques étant les mêmes, nous pouvons présumer que quels que soient les sites concernés, les complications peuvent être semblables. Pour N. Kluger (2008) « il existe encore une carence cruelle de données sur la fréquence des complications des tatouages permanents. Ce manque d'informations trouve deux explications probablement associées : d'une part le tatoué a plus confiance en son tatoueur que dans le corps médical et aura tendance, en cas de problème à consulter l'artiste plus que son dermatologue. Ainsi une sous-estimation des complications est fort probable. D'autre part, le

délai de survenues des complications est très variable puisque certaines réactions d'hypersensibilité ont été rapportées jusqu'à 45 ans après le tatouage ».

Ces complications restent rares dans l'absolu mais leur fréquence pourrait croître au cours des prochaines années, puisque la jeune génération est clairement une génération 'tatouée'⁸².

En ce qui concerne les dermopigmentations réparatrices et le maquillage semi-permanent, les complications sont : la rare transmission de maladies infectieuses, la survenue de réactions locales inflammatoires immédiates, l'apparition tardive de lésions granulomateuses et la variation chromatique dans le temps¹³².

2.3.6.1 Complications locales

2.3.6.1.1 Réaction allergique

Lorsque les pigments sont dans le derme, ils sont collectés par des macrophages qui ont une fonction présentatrice d'antigènes pour les lymphocytes. Il est facile de comprendre alors comment ces pigments peuvent devenir des antigènes et déclencher une réaction immunologique¹²⁹.

Des réactions à tous les colorants ont été notées mais le rouge reste le plus grand pourvoyeur de réactions allergiques, notamment en raison de l'utilisation fréquente de sulfure de mercure. Ce dernier a été retiré au profit de substances organiques (bois de santal, bois de campêche) ou non (rouge cadmium), mais le risque de réactions perdure⁸².

La manifestation clinique d'une réaction allergique au tatouage est une lésion papuleuse avec prurit, survenant sur le site du tatouage. L'éruption ne se développe que très rarement sur la région voisine. Une nouvelle exposition au même antigène ou une photoactivation sont souvent responsables de récurrences²⁹.

Pour Chams C. et coll. (1997) « quand il est positif, le test épicutané avec le produit chimique peut prouver la responsabilité de cet élément pour la réaction d'hypersensibilité retardée ».

Ils préconisent un traitement à base de corticoïdes topiques ou systémiques mais pour eux, il est souvent nécessaire d'enlever les pigments²⁹.

Pour N. Kluger (2008), « la fréquence de cette complication est difficile à établir, mais il est probable qu'il s'agisse de la complication la plus rencontrée »⁸².

2.3.6.1.2 Infections bactériennes

C'est une complication fréquente lorsque l'asepsie n'est pas respectée pendant l'acte. Des bactéries pyogènes et parfois des mycobactéries sont à l'origine d'infections cutanées loco-régionales¹²⁹.

Des surinfections bactériennes comme l'impétigo, l'érysipèle, la furonculose, l'ecthyma par exemple ont été décrites dans la littérature¹⁰⁶.

2.3.6.1.3 Infection virale

Des cas de viroses ont été rapportées (verrues, Molluscum Contagiosum, exceptionnelle surinfection herpétique⁸²).

2.3.6.2 Complications générales

2.3.6.2.1 Infections bactériennes

- Endocardite infectieuse :

Comme nous l'avons vu pour les piercings, l'endocardite infectieuse est une maladie grave et les gestes d'effraction cutanée comme ceux du tatouage peuvent être pourvoyeurs de bactériémies communautaires.

Les mesures préventives (antibioprophylaxie) et curatives (antibiothérapie et chirurgie) sont les mêmes que pour le piercing⁸⁸.

Satchithananda D.K et coll. (2001) rapportent le cas d'un jeune homme de 28 ans souffrant d'une pathologie cardiaque congénital (bicuspidie aortique). Ce patient a une autre particularité ; adepte du tatouage, il s'est fait tatouer régulièrement pendant une période de cinq ans.

Une semaine après son « tatouage final », il présente les symptômes suivants : douleur, malaise, et des sueurs nocturnes importantes. Il est finalement hospitalisé une semaine après suite un épisode embolique (deuxième orteil gauche). A l'examen, une sévère incompetence aortique et une défaillance cardiaque sont observées¹⁴³.

Une échographie transthoracique montre la présence de végétations sur la valve aortique, confirme l'insuffisance aortique et une fonction ventriculaire gauche affaiblie.

Après 48 heures d'antibiothérapie appropriée (vancomycine et gentamicine), une intervention chirurgicale pour remplacer la valve défaillante est réalisée¹⁴³.

Le patient présenté ici connaissait son état de santé et les précautions préventives nécessaires mais il avait alors jugé la pratique du tatouage comme à faible risque infectieux et a donc omis de demander un avis médical avant de commencer ces séances de tatouage¹⁴³.

2.3.6.2.2 *Infections virales*

- Hépatite B

L'hépatite B est la complication générale liée aux tatouages la mieux documentée¹⁰⁶.

Elle peut, de façon formelle, être transmise par une aiguille de tatoueur quand les règles d'asepsie ne sont pas respectées²⁴.

Dans la plupart des cas reportés, le tatoueur utilise la même aiguille pour plusieurs clients (sans accomplir une stérilisation adéquate) ou encore le même récipient à encre pour toute sa clientèle¹⁰⁶.

Sebastian J.V et coll (1992) ont tenté de déterminer la prévalence de porteur du virus de l'hépatite B chez des personnes tatouées et chez les autres. L'étude portait sur 200 personnes tatouées et 200 personnes non-tatouées.

La prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (*AgHBs*), premier antigène viral détectable à apparaître au cours de l'infection, est alors de 19,5% chez les tatoués et de 9% pour les autres¹⁴⁵.

Même si des précautions sont prises à présent par les tatoueurs pour éviter ce genre de contamination, les tatouages réalisés dans des établissements non aux normes, dans les prisons, dans des cérémonies rituelles ou encore dans les raves restent à risque¹⁰⁶.

- VIH

Malgré le manque de publications concernant la transmission du virus du sida via le tatouage, cette transmission existe, mais reste rare. Cette possibilité repose sur la connaissance du mécanisme de transmission de l'hépatite B via le tatouage et sur la connaissance de transmission du virus du sida. Bien que le VIH nécessite plus de sang lors de la contamination que le VHB, le sang émis lors du geste du tatouage est suffisant pour que cette contamination soit effective¹⁰⁶.

Comme pour le piercing, le tatouage est un critère d'exclusion temporaire pour le don de sang. Pour l'Etablissement Français du Sang, il représente un risque d'infection transmissible par transfusion. La durée d'exclusion est la même que pour le piercing (6 mois)⁴⁷.

2.3.6.2.3 *Les lymphadénopathies*

Les tatouages peuvent occasionnellement générer des lymphadénopathies, entraînant un grossissement modéré des nœuds lymphatiques situés à proximité du site tatoué. Les lymphonœuds sont mobiles et parfois sensibles à la palpation¹⁶⁰.

L'étude histologique des prélèvements sur les nœuds lymphatiques touchés montre la présence de pigments. Cette migration pouvant faire poser à tort le diagnostic de métastase ganglionnaire¹⁶⁰.

Pour N. Kluger (2008), « la mention de la présence d'un tatouage sur le site de drainage d'un ganglion est indispensable sur toute demande d'analyse d'une biopsie ou d'un curetage ganglionnaire, bien que la distinction histologique entre les métastases de mélanome et les dépôts de pigments de tatouage soit habituellement aisée »⁸².

2.3.6.2.4 *Refus psychologique*

Il arrive souvent qu'après un certain temps, le tatouage ne correspond plus à l'identité du tatoué ou que celui-ci ne souhaite plus être affilié à une subculture.

Pour d'autres, les amours changent de prénoms, les vies prennent d'autres tournants et nécessite une véritable cassure avec le passé¹²⁹.

Bourgeois M. et Daubech J.F (1980) ont établi dans une étude que :

- 28,4% des sujets désiraient garder leur tatouages ;
- 7% en souhaitaient d'autres ;
- 64% des sujets étaient gênés et souhaitaient les faire enlever ;
- 7,5% étaient indécis¹⁸.
- « L'excision chirurgicale, la dermabrasion ou le traitement par certains lasers sont alors possibles. Les lasers principalement utilisés dans cette indication sont les lasers « Q-switch ». Ils permettent dans certains cas (tatouage amateur et de couleur foncée) d'obtenir une disparition quasi complète des tatouages. Leur principal effet secondaire potentiel est une hypo-pigmentation cutanée de longue durée. Au total, les lasers

constituent actuellement le meilleur traitement des tatouages étendus échappant à la chirurgie plastique »¹²⁹.

2.4 CONDUITE A TENIR AU CABINET

2.4.1 Face à un patient souhaitant un piercing ou un tatouage

Il faut user de tous nos arguments pour essayer de dissuader notre patient de passer à l'acte et lui expliquer qu'il serait plus prudent d'y renoncer dans cette région si fragile de l'organisme. Les patients qui ont des perçages intrabuccaux et péri-buccaux doivent être bien entendu prévenus des lésions possibles des tissus dentaires durs et mous et des risques d'infections. Même chose pour ceux qui souhaitent se faire faire un tatouage de la sphère oro-faciale. Le risque de complications, même s'il reste plus faible, ne doit pas être négligé.

Mais pour ceux qui ne peuvent résister aux « charmes » de ces pratiques, il est impératif de donner quelques conseils de bon sens :

- Prendre en compte tout problème de santé ou médication qui pourrait lui nuire (épilepsie, immunodépression, saignement etc.) ;
- Ne jamais aller voir un perceur ou tatoueur non enregistré ;
- Se renseigner sur la formation et l'expérience du perceur ou tatoueur ;
- Insister pour voir les lieux, l'équipement de stérilisation, l'utilisation de matériel à usage unique...éviter absolument les marchés aux puces, les festivals de musique ou autres lieux peu rigoureux en matière d'hygiène ;
- Demander des conseils et de l'information avant et après le perçage ou le tatouage ;
- S'assurer que le perceur ou le tatoueur porte des gants ;
- S'assurer que les pistolets pour percer les oreilles ne sont pas utilisés. (ils sont interdits)¹⁷.

Une autre solution serait peut-être de poser plusieurs questions ciblées à nos patients afin de les faire réfléchir sur leur démarche tout en expliquant la raison pour laquelle nous sommes réfractaires aux piercings et aux tatouages buccaux et péri-buccaux. La subtilité réside dans le fait qu'il faut leur montrer que nous sommes loin des idées reçues mais simplement face à un risque réel pour leur santé. Il faut rester compréhensif face à leur demande et ne pas les brusquer.

- Avez-vous des problèmes de santé ?
- Savez-vous quelle partie de la langue est percée ?
- Quelle est la principale raison pour laquelle vous allez vous faire percer vos tissus buccaux alors qu'ils sont parfaitement sains ?
- Nommez six complications ou des conséquences nuisibles qui peuvent suivre un piercing ou un tatouage oral ?
- Quelle est la procédure pour un perçage ou un tatouage ?
- Quel est le temps de cicatrisation ?
- Les dents fracturées ou abîmées et les traumatismes gingivaux sont les problèmes oraux principaux du piercing. Comment y remédier ?
- Comment nettoyer votre piercing ?
- Savez-vous qu'un piercing peut donner mauvaise haleine ?

2.4.2 Face à un patient venant de se faire percer

Notre rôle est de faire quelques recommandations à notre patient afin de limiter les complications éventuelles :

- Consulter un médecin ou un chirurgien-dentiste s'il y a infection ou un doute suite au piercing ;
- Porter des bijoux en or (14 carats), en titane ou en niobium ;

- Choisir un bijou plus petit une fois que l'inflammation a diminué afin d'éviter une fracture des dents ou une irritation des muqueuses ;
- Pas de baiser ni de sexe oral pendant les 14 premiers jours;
- S'assurer que le bijou de cicatrisation est bien fixé (pour éviter de l'ingérer) et que du tartre ne se forme pas ;
- Avoir une bonne hygiène bucco-dentaire ; attention, le piercing ne peut être enlevé que pendant une durée très courte, et uniquement après la période de cicatrisation, sinon le trou se referme. La perforation doit être nettoyée pour éviter des infections ou des complications comme nous l'avons vu précédemment ;
- Respecter les conseils postopératoires (pas d'alcool, pas de tabac, alimentation semi-liquide...) ¹⁴⁷.

2.4.3 Face à un patient venant de se faire tatouer

Même ces patients à la « bouche tatouée » sont plus rares, nous pouvons tout de même les réorienter vers un dermatologue en cas de doute ou leur faire quelques recommandations afin de limiter les complications éventuelles :

- Pour les tatouages définitifs :
 - Éviter de toucher la zone tatouée avec des mains sales.
 - Proscrire les bains, la piscine, la mer pendant la durée de la cicatrisation (minimum 15 jours).
 - Avoir une bonne hygiène bucco-dentaire et de la peau.
 - Bannir également le soleil et les UV en institut pendant au moins un mois
 - Ne pas gratter, ni frotter la zone tatouée.
 - Si des démangeaisons surviennent, il est parfois conseillé de tamponner délicatement la partie tatouée avec un linge humidifié à l'eau froide.
 - Suivre les conseils postopératoires du tatoueur et ne pas hésiter à consulter un dermatologue ¹⁵².

- Pour la dermopigmentation médicale ou pour le maquillage semi-permanent :
 - Les conseils sont les mêmes même si les suites opératoires sont beaucoup plus discrètes.
 - Après la pose du maquillage semi-permanent, on conseille d'éviter les soins faciaux pendant une semaine ainsi que les expositions au soleil pendant un mois.
 - Suivre les conseils postopératoires du médecin ou de l'esthéticienne et ne pas hésiter à les consulter.
 - Ne pas attendre si les résultats ne conviennent pas, la dépigmentation doit se faire rapidement²⁶.

2.5 LEGISLATION ET ETHIQUE

2.5.1 Législation

Avant l'adoption des différents décrets de 2008, en France, comme dans beaucoup d'autres pays, les perceurs et les tatoueurs étaient considérés comme des artistes et échappaient à toute réglementation sur le plan sanitaire³³.

Jusqu'en 2007, les perceurs étaient pour les autorités de Santé française un paradoxe et la source d'un imbroglio administratif. Comme le rappelaient J.B. Guiard-Schmid et *coll.* en 2000 : « (dans notre pays) aucune qualification particulière, aucune condition pratique d'exercice, ne sont requises pour l'activité de perceur. Aucun contrôle sanitaire de [ces] activités n'est donc exercé. Il n'y a pas de statut légal du perçage...Le statut légal des perceurs est celui d'artisan et de commerçant. À ce titre, ils relèvent non pas du Code de Santé Publique mais de celui de la Consommation (Article L221-1 et 2). Les tatoueurs et perceurs travaillent donc sous des enseignes commerciales très diverses, parfois sans aucun

rapport avec leur pratique. Certains tatoueurs se sont vus ainsi accorder le statut légal d'artisan libre »⁶⁵.

Le « **Guide des bonnes pratiques du piercing** », publié en 2001 et rédigé par un Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing sous la direction du Docteur Guiard-Schmid, essaie de palier le manque de réglementation et de mettre en œuvre des protocoles à exécuter au sein des studios¹¹⁰.

Cet ouvrage, qui rappelle aussi le texte légal concernant l'élimination des déchets (Loi n°75-663 de 1975), comporte également un document d'information « type » à remettre aux clients et un modèle de contrat perceur-client (cf annexes)³³.

En ce qui concerne les tatouages, aucun document similaire n'a été publié.

Devant l'absence totale de législation et la fréquence grandissante de ces pratiques pourtant à risque, les différentes autorités françaises ont essayé de résoudre ce problème ; il aura fallu plus d'une dizaine d'années pour qu'un décret soit enfin adopté.

2.5.1.1 Le chemin parcouru en Europe et en France

2.5.1.1.1 En Europe

- L'Union Européenne énonce en 1994 qu'il est interdit d'utiliser des bijoux contenant du nickel et, en 1998, exclut du don du sang toute personne qui aurait eu un perçage dans l'année précédant le don³³.
- Le Conseil de l'Europe adopte en 2003 une résolution sur les tatouages et maquillages permanents afin d'introduire une législation spécifique sur la composition, la gestion hygiénique et les techniques d'application des produits nécessaires à ces pratiques³³.
- Des Recommandations de la Commission Européenne (Santé et Protection des Consommateurs) sont formulées dans un document daté du 5 mai 2003 intitulé :

Risques et conséquences pour la santé des tatouages, piercings et pratiques apparentées³³.

2.5.1.1.2 *En France*

En 2000, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique émet, à propos des risques d'hépatite, « un avis concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique "d'actes corporels" sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, perçage, dermatographie, épilation par électrolyse, rasage) »¹¹⁷.

En 2000, M. Bernard ACCOYER dépose devant l'Assemblée Nationale une proposition de résolution tendant à créer une commission d'enquête sur les conditions de sécurité sanitaire liées aux différentes "pratiques non réglementées de modifications corporelles (piercing, tatouage, scarification, implants divers de corps étrangers)". Cette proposition, qui a fait l'objet d'un rapport très favorable d'une commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a été rejetée¹².

En 2003, l'Assemblée nationale rejette un amendement à un projet de loi relatif à la politique de Santé publique visant à une « information écrite préalable des personnes sur les conséquences et risques des modifications corporelles telles que le tatouage ou le perçage »¹¹.

En 2004, suite à une affaire d'encre contaminée (contamination mycosique par *Acremonium fungi*), l'Afssaps prend une mesure conservatoire de suspension d'importation, de commercialisation et d'utilisation des lots d'encre contaminée⁷.

En 2005, l'Ordre des médecins publie plusieurs articles sur les tatouages et perçages¹²⁷.

Ce piétinement a conduit à l'adoption de deux décrets et de trois arrêtés en 2008 et d'un dernier arrêté en 2009.

Le premier décret a été publié au *Journal Officiel* du 20/02/2008 sous le titre « Décret 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 (dispositions réglementaires) »¹⁰¹.

Les changements concernent la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent et de perçage corporel (sauf perçage du pavillon de l'oreille et de l'aile du nez quant il est réalisé avec un pistolet perce-oreille).

Ce décret impose aux professionnels concernés:

- la déclaration de l'activité ou de la cessation de cette dernière auprès du préfet du département du lieu d'exercice ;
- l'obligation de formation de l'opérateur ;
- l'utilisation de matériel soit à usage unique et stérile, soit stérilisé avant chaque utilisation ;
- l'assimilation des déchets produits aux déchets d'activité de soins à risques infectieux ;
- l'obligation d'utiliser du matériel aux normes (encre pour tatouages, bijoux pour piercings) ;
- l'information des clients ainsi que leur consentement éclairé (une autorisation parentale écrite pour les mineurs)¹⁰¹.

Le second décret ne concerne que la pratique du tatouage. Il a été publié au *Journal Officiel* du 05/03/2008 sous le titre « Décret n° 2008-210 du 3 mars 2008 fixant les règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage, instituant un système national de vigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) »⁹⁶.

Les changements concernent:

- l'obligation de conformité de la fabrication, du conditionnement et de l'importation des produits de tatouage ;
- l'obligation d'évaluation des risques des produits de tatouage ;

- l'obligation d'étiquetage des produits de tatouage ;
- l'obligation de vigilance ;
- l'information aux clients lorsqu'il souhaite se renseigner sur la composition du produit et sur ses éventuels effets indésirables⁹⁶.

Les quatre arrêtés sont datés successivement du 03/12/2008, du 12/12/2008 et du 23/12/2008 et du 11/03/2009 et se rapportent au décret du 19 février 2008.

Le premier arrêté a été publié au *Journal Officiel* sous le titre « Arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, de maquillage permanent et de perçage corporel »⁹⁷.

- Article 1 : décrit le contenu de l'information à délivrer oralement au client, selon la technique mise en œuvre.
- Article 2 : porte sur le contenu de l'information écrite remise aux clients et affichée dans le local du professionnel.
- Article 3 : modalités de recueil du consentement dans le cas où la technique est mise en œuvre sur un mineur⁹⁷.

Le second arrêté a été publié au *Journal Officiel* sous le titre « Arrêté du 12 décembre 2008 pris pour l'application de l'article R. 1311-3 du code de la santé publique et relatif à la formation des personnes qui mettent en œuvre les techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel »⁹⁸. Il fixe le contenu de la formation des professionnels du tatouage et du perçage aux règles d'hygiène et de salubrité ; les conditions d'habilitation, par le préfet de région, des organismes formateurs à dispenser cette formation ; la nature des diplômes acceptés en équivalence⁹⁸.

Le troisième arrêté a été publié au *Journal Officiel* sous le titre « Arrêté du 23 décembre 2008 fixant les modalités de déclaration des activités de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent, et de perçage corporel »⁹⁹.

Il fixe les modalités de déclaration des activités de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent, et de perçage corporel. Dans le cas d'activités permanentes, le déclarant doit effectuer une déclaration préalablement au démarrage de l'activité, au préfet du département du lieu principal dans lequel cette activité sera exercée. Pour la mise en œuvre d'activités de tatouage et de perçage sur un lieu pour une durée n'excédant pas cinq jours ouvrés, le déclarant effectue la déclaration auprès du préfet du département du lieu de mise en œuvre de l'activité, en mentionnant notamment le lieu et les dates de mise en œuvre des techniques⁹⁹.

Le quatrième arrêté a été publié au *Journal Officiel* sous le titre «Arrêté du 11 mars 2009 relatif aux bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité pour la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent et de perçage corporel, à l'exception de la technique du pistolet perce-oreille »⁹⁵.

- L'annexe 1 présente les règles générales d'hygiène et de salubrité pour la mise en œuvre de la technique du tatouage par effraction cutanée y compris du maquillage permanent.
- L'annexe 2 présente les règles générales d'hygiène et de salubrité pour la mise en œuvre de la technique du perçage corporel
- L'annexe 3 porte sur les protocoles de stérilisation des matériels⁹⁵.

Le plan national Hépatites B et C 2009-2012 publié par le ministère de la santé en janvier 2009 traite à plusieurs reprises des risques liés au tatouage et au perçage. L'objectif est « d'assurer la sécurité des pratiques de tatouage et perçage avec effraction cutanée quant à la transmission d'agents infectieux et pallier les incidents induits par les encres de tatouage ». Ce plan veut permettre de renforcer la prévention de la transmission des virus B et C, d'agir dans les lieux festifs, et de mettre en œuvre la réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et de perçage avec effraction cutanée¹⁴².

2.5.1.2 Législation actuelle encadrant la pratique du piercing et du tatouage

2.5.1.2.1 Les deux décrets et les quatre arrêtés cités précédemment.

2.5.1.2.2 Le code pénal³⁶

2.5.1.2.2.1 Article 223-1 et 223-2 (Atteinte à la personne humaine)

- Mise en danger d'autrui :

Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Cette infraction est constituée même si elle n'a pas causé de préjudice. Il suffit d'avoir exposé une personne à un risque dangereux pour elle.

2.5.1.2.2.2 Article 221-6 (Atteinte à la vie de la personne)

- Homicide involontaire :

Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

2.5.1.2.2.3 Article 222-19 (Atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne)

- Délit d'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne:

Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende.

2.5.1.2.2.4 Article 222-1 (atteinte volontaires à l'intégrité de la personne)

- Des tortures et actes de barbarie :

Le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

2.5.1.2.2.5 Article 222-9 (atteinte volontaire à l'intégrité de la personne)

- Des violences :

Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende."

- Mauvais traitement sur mineurs :

Pour chaque infraction, il est prévu dans le code pénal une aggravation de peine lorsqu'elle a lieu sur un mineur.

Pour les atteintes à l'intégrité physique, l'aggravation de peine lorsqu'elle concerne un mineur est prévue par l'article 222-10 du Code pénal:

"L'infraction définie à l'article 222-9 est punie de quinze ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur un mineur de quinze ans" (sous-entendu de moins de 15 ans)

2.5.1.2.3 *Le code de la consommation*³⁷

2.5.1.2.3.1 *Article L.221-1 (prévention)*

Les produits et les services doivent, dans des conditions normales d'utilisation ou dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles par le professionnel, présenter la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes.

2.5.1.2.3.2 *Article L.213-1 (fraudes et falsifications)*

Sera puni d'un emprisonnement de deux ans au plus et d'une amende de 37 500 euros au plus ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque, qu'il soit ou non partie au contrat, aura trompé ou tenté de tromper le contractant, par quelque moyen ou procédé que ce soit, même par l'intermédiaire d'un tiers :

- Soit sur la nature, l'espèce, l'origine, les qualités substantielles, la composition ou la teneur en principes utiles de toutes marchandises ;
- Soit sur la quantité des choses livrées ou sur leur identité par la livraison d'une marchandise autre que la chose déterminée qui a fait l'objet du contrat ;

- Soit sur l'aptitude à l'emploi, les risques inhérents à l'utilisation du produit, les contrôles effectués, les modes d'emploi ou les précautions à prendre.

2.5.1.2.4 *Le code de la Santé Publique*³⁸

2.5.1.2.4.1 *Article L 4161-1 (exercice illégal)*

Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5.

2.5.1.2.4.2 *Elimination des déchets*

« L'élimination des déchets est réglementée par la loi n°75-663 du 15 juillet 1975 qui est le texte législatif de base. Elle se réfère au principe du « pollueur-payeur », principe selon lequel le producteur de déchets polluants est responsable au plan financier de la réparation du préjudice subi par l'environnement.

En complément à cette loi applicable à tout producteur de déchets, une série de textes avait pour objectif de réglementer l'élimination des déchets d'activité de soins (circulaire n°93-22 du 25 février 1993, décret n°97-1048 du 6 novembre 1997, l'arrêté du 7 septembre 1999, la circulaire DGS-VS3/DPPR n°2000/ 322 du 9 juin 2000 par exemple).

Ces textes ne peuvent être alors imposés aux professionnels effectuant des piercings, car les perforations à visée esthétique ne sont pas considérées comme des activités de soins.

L'utilisation d'instruments piquants, coupants et tranchants et la production de déchets à risque infectieux lors de la pratique des modifications corporelles incitaient alors à s'inspirer vivement des textes réglementant l'élimination des déchets d'activité de soins sans réelle législation »⁶⁴.

Depuis le 19 février 2008, l'Article 1311-5 du décret n°2008-149 dit que : « Les déchets produits sont assimilés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux. Leur élimination est soumise aux dispositions des articles R.1335-1 à 1335-8, R. 1335-13 et R. 1335-14 ».

2.5.2 Éthique

D'un point de vue éthique, plusieurs questions se posent.

2.5.2.1 Entre libre disposition de soi et protection de la personne contre elle-même, qu'elle est la solution juridique ?

En adoptant la loi du 29 juillet 1994, le législateur est venu modifier le Code civil en énonçant que le corps humain était juridiquement inviolable. Aux termes de ces dispositions, il est admis que des atteintes soient portées à l'intégrité corporelle à la condition, d'une part, que le sujet y ait consenti et, d'autre part, qu'il existe une « nécessité médicale » ou, de façon exceptionnelle, un « intérêt thérapeutique » pour autrui¹⁰⁰.

Par conséquent, un individu ne peut porter atteinte à son intégrité corporelle pour convenance personnelle. Il est toujours exigé que son consentement à l'acte soit donné dans un intérêt légitime, celui-ci étant constitué par un le but médical¹⁰⁰.

Mais la possibilité de protéger l'individu contre lui-même, son imprudence ou sa volonté fait débat : malades en fin de vie, SDF exposés au froid, « mères porteuses » en sont autant d'illustrations. Assez communément admise, la notion d'indisponibilité du corps humain heurte pourtant le principe même d'un droit à disposer de son corps¹⁰⁰.

Ainsi, le principe d'indisponibilité du corps humain doit être mis en balance avec le droit dont dispose chaque être humain de disposer de son corps.

Devant l'antagonisme de ces droits fondamentaux, il semblerait nécessaire que le juge ou les pouvoirs publics interviennent afin de définir les pratiques devant être proscrites en matière de piercings et de tatouages, au nom du principe d'indisponibilité du corps humain¹³⁹.

Il s'agit en effet ici pour ces professionnels du piercing ou du tatouage, du devoir de protéger l'individu contre lui-même, qui trouve un écho dans d'autres matières (c'est en effet au titre de la protection de la personne contre elle-même qu'a par exemple été avalisée par le juge la transfusion sanguine sur des témoins de Jéhovah, pourtant rétifs à ce type de traitement)¹³⁹.

En ce domaine particulièrement confus, les perceurs et tatoueurs professionnels se doivent de conserver une certaine éthique face aux demandes parfois un peu excessives ou fantasques de leurs clients.

2.5.2.2 Le piercing et le tatouage doivent-il être un acte médical ?

Cette question a été posée par le J.P Meningaud (2002)¹¹⁸ pour ce qui concerne la pratique du piercing mais cette réflexion peut être élargie à celle du tatouage.

Cette question se pose, selon lui, dans la mesure où la pratique du piercing, lorsqu'elle est réalisée dans les règles de l'art, exige un certain nombre de compétences d'ordre médical : recueil des antécédents médicaux, maîtrise de l'asepsie, geste technique (hémostase), anesthésie, diagnostic des complications...

Ainsi, le recours ponctuel à un médecin pourrait être tout à fait adapté mais pourtant, faire du piercing un acte médical lui semble inadapté pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'obligation d'un recours systématique à un médecin serait sans doute inefficace dans la mesure où il s'agit d'un rite inscrit dans des pratiques sociales au sein desquelles le médecin n'a pas de place spécifique., elle instituerait, selon lui, une médicalisation abusive de phénomènes sociaux.

En outre, il semble que la plupart des candidats à ce type d'ornement ne souhaitent absolument pas se retrouver dans le cabinet d'un médecin.

De plus, les professionnels du piercing ont certainement un savoir-faire artistique que ne partagent pas forcément les professionnels de santé.

Enfin, la médicalisation de la pratique du piercing ferait courir le risque d'une dérive consumériste de la médecine avec notamment un danger de conflits d'intérêts non déclarés ou la tentation de faire de la publicité dans une logique de recrutement de patients.

Si la médicalisation systématique de l'acte du piercing à proprement parler ne semble pas avoir de fondement pour le Dr. Meningaud, il n'en demeure pas moins que la médecine a un rôle à jouer en terme de santé publique face à l'émergence de cette pratique. Le médecin doit

avoir un rôle d'éducation à la santé ; les médecins peuvent participer à l'information et à la responsabilisation des professionnels du piercing en se situant avant tout dans un rôle d'aide.

Cette collaboration peut s'entrevoir dans le cadre d'une volonté d'association des compétences utiles, de prévention et de conseils pour ne pas retarder un traitement. Au quotidien, une information bienveillante doit être donnée aux patients dès lors qu'un piercing est repéré.

Des expériences similaires ont été menées avec un certain succès quant à la prévention des contaminations infectieuses possibles, dans le domaine du tatouage, de l'échange de seringue, etc.

En tout état de cause, un discours préventif et une éducation à la santé de ces personnes seraient ainsi possibles selon le Dr Meningaud¹¹⁸.

2.6 CONCLUSION SUR LES MUTILATIONS DES TISSUS MOUS DE LA CAVITE BUCCALE

Malgré le grand nombre de risques et de complications, les pratiques du piercing et du tatouage se pratiquent, dans les cultures occidentales, par toujours plus de personnes. Les

motivations pour ces mutilations sont hétérogènes et vont de l'effet de mode jusqu'à l'acte thérapeutique, visant à surmonter des événements traumatiques.

« Malgré le danger, ni les préjugés collectifs envers ces dernières, ni les complications occasionnellement graves ne semblent impressionner les tatoués ou les percés au point de les faire renoncer à ces pratiques. Au contraire, cela semble même représenter un attrait. Le piercing et le tatouage doivent donc être acceptés, indépendamment du jugement personnel, comme réalité sociale, ce qui peut aussi être déduit de l'influence rapidement croissante que cette pratique a sur la santé publique »¹⁴⁸.

Les personnes actives dans le secteur de la santé doivent être au courant des nouvelles recherches dans ce domaine pour pouvoir conseiller en connaissance de cause et savoir gérer de façon compétente les effets secondaires et les éventuelles complications.

Pour prévenir ces complications et minimiser les répercussions financières déjà tangibles sur la santé publique, les mesures prises depuis peu doivent être strictement appliquées du côté des services de santé publique d'une part et du côté des personnes pratiquant le tatouage et le piercing, d'autre part¹⁴⁸.

3 MUTILATIONS DES TISSUS DURS DE LA CAVITE BUCCALE

Cf Thèse de Melle Clotilde AUNEAU.

4 CONCLUSION

Selon les définitions citées en introduction, pour qu'il y ait mutilation, il faut qu'il y ait soustraction ou modification, de façon irréversible, d'une partie de la cavité buccale.

Nous pouvons donc, à l'aide de ces précisions, tenter de déterminer quelles pratiques, citées précédemment, correspondent à des mutilations et quelles sont les justifications de l'emploi du terme de mutilation.

(Le Conseil de l'Ordre dont nous parlerons ci-dessous est celui des chirurgiens-dentistes).

Type de mutilation	Mutilation		Justifications du terme mutilation	Législation et aspect éthique
	OUI	NON		
TISSUS MOUS				
Piercings	oui		Atteinte à l'intégrité corporelle. Complications nombreuses.	Nouvelle législation encadrant l'activité du piercing. Avis défavorable du conseil de l'ordre.
Tatouages définitifs	oui		Atteinte à l'intégrité corporelle.	Nouvelle législation encadrant le tatouage. Le Conseil de l'Ordre ne se prononce pas.
Dermo-pigmentation		non		Nouvelle législation encadrant la dermo-

cosmétique ou médicale				pigmentation. Le Conseil de l'Ordre ne se prononce pas.
TISSUS DURS				
Bijoux dentaires collés	oui	non	L'etching détériore la surface amélaire.	En France : Avis défavorable du conseil de l'ordre. Problème de responsabilité civile professionnelle en cas d'ingestion.
Bijoux dentaires incrustés sur dent vivante	oui		Il y a une perte de substance amélaire voir dentinaire et donc atteinte à l'intégrité de la dent.	En France : Avis défavorable du conseil de l'ordre.
Bijoux dentaires incrustés sur une couronne		non	La dent doit être couronnée pour des raisons thérapeutiques et la taille de la dent est la même avec ou sans bijou.	En France : Avis défavorable du conseil de l'ordre pour les bijoux en général. Cette position est-elle la même pour les bijoux incrustés sur une couronne ? Problème de responsabilité civile professionnelle en cas d'ingestion.

Fiche d'identité incrustée sur dent vivante	oui		Il y a une perte de substance amélaire voir dentinaire et donc atteinte à l'intégrité de la dent.	Non réglementé car technique au stade de projet.
Tatouage sur dent vivante	oui	non	L'etching détériore la surface amélaire.	En France : Avis défavorable du conseil de l'ordre pour les bijoux en général. Cette position est-elle la même pour les tatouages qui s'appliquent avec les mêmes techniques ?
Tatouage sur couronne		Non	La dent doit être couronnée pour des raisons thérapeutiques et la taille de la dent est la même avec ou sans tatouage	Pas de position du conseil de l'ordre en France dans la littérature.
Tooth ID system		non	La dent doit être couronnée pour des raisons thérapeutiques et la taille de la dent est la même avec ou sans tatouage.	Pas de position du conseil de l'ordre en France dans la littérature. Problème éthique : faut-il tatouer des informations personnelles sur une couronne ?

Grillz standards	oui	non	Il n'y a pas de mutilation au sens stricte du terme mais les grillz sont en sur - occlusion et engendrent des complications.	Aux Etats-Unis : certains états des Etats - unis ont interdit la pose de grillz par des non professionnels. Certaines écoles ont interdit le port de grillz.
Grillz réalisées à partir d'empreintes	oui	non	Il n'y a pas de mutilation au sens stricte du terme mais les grillz sont en sur - occlusion et engendrent des complications.	Aux Etats-Unis : certains états des États unis ont interdit la pose de grillz par des non professionnels. Certaines écoles ont interdit le port de grillz.
Couronnes décoratives sans taille de dents	oui	non	Il n'y a pas de mutilation au sens stricte du terme mais les couronnes sont en sur - occlusion et engendrent des complications.	Pas de position du conseil de l'Ordre en France dans la littérature.
Couronne décorative avec taille de dents		oui	Il n'y a pas d'indication thérapeutique à la pose de la couronne et il y a atteinte à l'intégrité de la dent.	Mutilation susceptible de sanctions.

Gouttières ornées de bijoux	oui	non	Il n'y a pas de mutilation au sens stricte du terme mais les couronnes sont en sur - occlusion et engendrent des complications	On peut considérer que le cas est similaire à celui des grillz.
Modification de forme des dents	oui		Il n'y a pas d'indication thérapeutique à la modification de la forme de la dent et il y a atteinte à l'intégrité de la dent.	Si des canines sont exagérément pointues et qu'elles sont source de mal-être pour le patient, peut-on les limer? Peut-on mutiler la dent pour des raisons esthétiques ?
Avulsions	oui		Il y a suppression d'un organe dentaire.	Mutilation susceptible de sanctions.

Les mutilations dentaires volontaires actuelles de la cavité buccale restent donc un sujet sensible, avec des questions qui restent parfois sans réponses. La dentisterie esthétique est en plein essor et de nombreuses évolutions et changements dans la pratique de la dentisterie sont à prévoir.

Il est nécessaire que la dentisterie moderne s'adapte aux exigences de son époque, toute proportion gardée.

5 ANNEXES

Annexe 1 : modèle de contrat perceur/client



Annexe 2: Suite à un e-mail envoyé au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, ce dernier nous a confirmé sa position concernant les mutilations actuelles volontaires de la cavité buccale.

Votre courriel du 29 décembre 2008

Objet : Bijoux et tatouages dentaires

Paris, le 4 février 2009

Madame,

Par courriel référencé, ci-dessous, vous sollicitez des renseignements sur la réglementation relative à la pose de bijoux et de tatouages dentaires.

1) Le chirurgien-dentiste peut-il poser des bijoux dentaires ?

La capacité professionnelle du chirurgien-dentiste est définie à l'article L. 4141-1 du Code de la santé publique qui dispose que :

« La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1 ».

Les termes « prévention », « diagnostic » et « traitement » nous paraissent exclure les actes à finalité purement décorative. En outre, il est admis que certains bijoux et tatouages dentaires comportent des risques pour la santé bucco-dentaire. Un praticien réalisant cette activité contreviendrait à plusieurs dispositions du Code de déontologie et notamment à l'article R.4127-233 du Code de la santé publique qui oblige le chirurgien-dentiste à assurer à son patient « des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science ».

2) La réglementation concernant la pose de bijoux dentaires ou les tatouages :

Il n'existe pas une réglementation concernant spécifiquement la pose de bijoux dentaires ou les tatouages ou d'autres perçages.

Mais, il existe tout un corpus juridique réglementant, d'une façon générale, les activités de tatouage et de perçage (articles R. 1311-1

et suivants et R. 513-10-1 et suivants du Code de la santé publique).

Celui-ci est issu :

- d'un décret 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 (dispositions réglementaires) ;

- d'un décret n° 2008-210 du 3 mars 2008 fixant les règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage, instituant un système national de vigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;

- d'un arrêté du 3 décembre 2008 relatif à l'information préalable à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée, maquillage permanent et de perçage corporel;

- d'un arrêté du 12 décembre 2008 pris pour l'application de l'article R. 1311-3 du code de la santé publique et relatif à la formation des personnes qui mettent en œuvre les techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel ;

- d'un arrêté du 23 décembre 2008 fixant les modalités de déclaration des activités de tatouage par effraction cutanée, y compris de maquillage permanent, et de perçage corporel.

3) Renseignements concernant les « grillz » :

D'après nos informations, les « grillz » sont des bijoux dentaires posés avec une pâte de fixation. Les remarques faites en (1) leur sont donc applicables.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations les meilleures.

6 TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : MUTILATION FACIALE VOLONTAIRE	10
FIGURE 2 : LA LANGUE (VUE INFERIEURE AVEC RESECTION PARTIELLE DE LA MUQUEUSE)	23
FIGURE 3 : LE SEPTUM LINGUAL (SCHEMATIQUE)	25
FIGURE 4 : RESEAU ARTERIEL DE LA LANGUE	27
FIGURE 5 : RESEAU VEINEUX DE LA LANGUE D'APRES HIRSCHFELD L. « TRAITE ET ICONOGRAPHIE DU SYSTEME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS » PARIS : MASSON, 2 ^E EDITION, 1866.....	28
FIGURE 6 : LE NERF TRIJUMEAU	29
FIGURE 7 : LE NERF GLOSSO-PHARYNGIEN ET HYPOGLOSSE.....	30
FIGURE 8 : VUE POSTERO-LATERALE DU PHARYNX.....	33
FIGURE 9 : FEMMES A PLATEAUX	37
FIGURE 10 : LABRET.....	39
FIGURE 11 : BARBELL.....	40
FIGURE 12 : CIRCULAR BARBELL.....	40
FIGURE 13 : ANNEAU.....	41
FIGURE 14 : PIERCING DE LA LANGUE, LIGNE MEDIANE.....	43
FIGURE 15: PIERCING MULTIPLE (APEX).....	43
FIGURE 16 : PIERCING HORIZONTALS DE LA LANGUE	44
FIGURE 17 : PIERCING DU FREIN SUBLINGUAL	44
FIGURE 18 : LABRET.....	45
FIGURE 19 : PIERCING MADONNA	45
FIGURE 20 :PIERCING MEDUSA	46
FIGURE 21 : SMILEY	46
FIGURE 22 : PIERCING LUETTE	47

FIGURE 23: PIERCING DE LA LANGUE	53
FIGURE 24 : ÉTAPES D'UN PIERCING LABIAL MEDIAN	55
FIGURE 25 : DESINCLUSION D'UN PIERCING LINGUAL	68
FIGURE 26 : JEU DE PIERCING	74
FIGURE 27 : RECESSIONS GINGIVALES VESTIBULAIRES DUES A UN PIERCING LABIAL	77
FIGURE 28 : CICATRICE CHELOÏDE SUR LA FACE VENTRALE DE LA LANGUE.....	79
FIGURE 29 : LANGUE BIFIDE.....	80
FIGURE 30 : TATOUAGE ETHNIQUE	90
FIGURE 31 : DERMOGRAPHE	94
FIGURE 32 : TATOUAGE MONOCHROME DE LA FACE DORSALE DE LA LANGUE	95
FIGURE 33 :TATOUAGE MONOCHROME DE LA FACE DORSALE DE LA LANGUE	95
FIGURE 34 : TATOUAGE MONOCHROME DE LA MUQUEUSE LABIALE	96
FIGURE 35 : MULTIPLES TATOUAGES FACIAUX ET PERIBUCCAUX	96
FIGURE 36 : MAQUILLAGE D'UNE CICATRICE DE FENTE LABIALE (AVANT ET APRES).....	98
FIGURE 37 : DERMOGRAPHIE ESTHETIQUE RATEE.....	99
FIGURE 38 : DERMOGRAPHIE ESTHETIQUE RATEE.....	100
FIGURE 39 : MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT (EFFET DE VOLUME).....	108
FIGURE 40 : MAQUILLAGE SEMI-PERMANENT (CONTOUR DES LEVRES).....	108

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AB PIERCING.

Définition du piercing.

http://abpiercing.canalblog.com/archives/definition_du_piercing/index.html

2. ABRAXAS.

Tattoo. Comment ça se passe ?

<http://www.abraxas.fr/tattoo/procedure/>

3. ABRAXAS.

Tattoo. Hygiène.

<http://www.abraxas.fr/tattoo/hygiene/>

4. ADA (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION).

ADA statement on intraoral and perioral piercing (dernière révision :mars 2005)

<http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/piercing>.

5. AFRIKIBOUGE.

Les femmes à plateaux saras djingés.

<http://afrikibouge.com/publications/Femme.sara.pdf>.

6. AFSSAPS (AGENCE FRANCAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ).

Les produits de tatouage. Définitions.

<http://www.afssaps.fr/Produits-de-sante/Produits-de-tatouage>

7. AFSSAPS (AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ).

Tatouage : signalement d'une encre contaminée (25/08/2004).

[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Tatouage-signalement-d-une-encre-contaminée/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Tatouage-signalement-d-une-encre-contaminée/(language)/fre-FR)

8. AL-SHAWAF M, RUPRECHT A, GERARD P et coll.

Gingival tattoo, an unusual gingival pigmentation.

J Oral Med 1986;**41**:130-133.

9. ANDERSON RR, GERONEMUS R, KILMER SL et coll.

Cosmetic tattoo ink darkening.

Arch Dermatol 1993;**129**:1010-1014.

10. ANTIBABYPIERCING.

Le blog.

<http://antibabypiercing.over-blog.com>

11. ASSEMBLÉE NATIONALE.

Journal officiel de la république française du mercredi 8 octobre 2003. Compte rendu intégral.
3^e séance du mardi 7 octobre 2003.

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr/2003-2004/20040008.asp>

12. ASSEMBLÉE NATIONALE.

Proposition de résolution de M. Bernard ACCOYER n° 2333, déposée le 17 avril 2000.

<http://www.assemblee-nationale.fr/11/dossiers/002333.asp>

13. BAUDIN.

Marquages corporels en Afrique Noire.

Chir Dent Fr 1987;**393**:26-31.

14. BEN SLAMA L et SZPIRGLAS H.

Pathologie de la muqueuse buccale.

Paris: Elsevier, 1999.

15. BLANAS N, BRADLY G, KAUZMAN A et PAVONE M.

Pigmented Lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentations .

J Can Dent Assoc 2004;**70**(10):682–683.

16. BONE A, NCUBE F, NICHOLS T et NOAH N.

Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe.

Br Med J 2008;**336**:1426 –1428.

17. BOTCHWAY C.

Le besoin de normaliser le perçage de la langue.

J Can Dent Assoc 2001;**67**:18-19.

18. BOURGEOIS M et DAUBECH JF.

Aspects médicopsychiatriques du tatouage volontaire.

Psychol Med J 1980;**12**(2):313-318.

19. BRENNANM et O'CONNELL B.

Multiple dental fractures following tongue barbell placement : a case report.

Dent Traumatol 2006;**22**(1):41-43.

20. BROOKS JK, HOOPER KA et REYNOLDS MA.

Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing : case reports.

J Am Dent Assoc 2003;**134**(7):837-843.

21. BRUNA D.

Piercing, sur les traces d'une infamie médiévale.

Paris: Textuel, 2001.

22. BUI E, SCHMITT L et RODGERS R.

Le body piercing : un marqueur psychopathologique ?

Neuropsych News 2007;**6**:230-233.

23. CAMPBELL A, MOORE A, WILLIAMS E et coll.

Tongue piercing : impact of time and barbell stem length on lingual recession and tooth chipping.

J Periodontol 2002;**73**(3):289-297.

24. CASADIO S, ROUANET P et PUJOL H.

La dermographie: une application médico-chirurgicale des procédés de tatouage.

Rev Chir Esthét Langue Fr 1994;**75**(19):5-12.

25. CEDERMO (CENTRE EUROPÉEN DE DERMOGRAPHIE ESTHÉTIQUE)

La dermographie.

http://www.cedermo.com/maquillage_permanent/index.htm

26. CEDERMO (CENTRE EUROPÉEN DE DERMOGRAPHIE ESTHÉTIQUE).

Tout sur les ratages et les corrections de maquillages permanents.

http://www.cedermo.com/maquillage_permanent/tout_sur_les_ratages_corrections_maquillages_permanents.htm

27. CENTER JM, MANCINI S, BAKER GI et MOCK D.

Management of gingival Vitiligo with the use of a tattoo technique.
J Periodontol 1998;**69**(6):724-728.

28. CENTRE LASER SORBONNE.

Détatouage et maquillage Permanent.

<http://www.centrelasersorbonne.com/blog/pivot/entry.php?id=38>

29. CHAMS C, SADEGHIAN T et NARAGHI Z.

Dermite granulomateuse des sourcils et des lèvres après tatouage (deux cas).
Nouv Dermatol 1997;**16**:313-315.

30. CHEN M et SCULLY C.

Tongue piercing : A new fad in body art.
Br Dent J 1992;**172**:187.

31. CHEVALIER A.

L'Afrique centrale française. Récit du voyage de la mission Chari-Lac Tchad (1902-1904).
Paris : Challamel, 1907.

32. CHIPPAUX C.

Mutilations et déformations ethniques dans les races humaines.
Hist Méd 1961;**3**:3-111.

33. CIVATTE J et BAZEX J.

Piercing and tattooing: regulation is needed to reduce complications.
Bull Acad Natl Med 2007;**191**(9):1819-1838.

34. CRPCE (LA CLINIQUE DU ROND-POINT DES CHAMPS-ELYSEES).

La dermographie esthétique.

<http://www.crpce.com/dermographie.html>

35. COOPERATION SOLIDARITE DEVELOPPEMENT

Mission dans le sud ouest du Burkina Faso.

[http:// www.csdptt.org/article.356html](http://www.csdptt.org/article.356html)

36. DALLOZ.

Code de procédure pénal. 10e éd.

Paris : Dalloz, 2009.

37. DALLOZ.

Code de la consommation. 13^e éd.

Paris : Dalloz, 2008.

38. DALLOZ.

Code de la santé publique. 22^e éd.

Paris : Dalloz, 2008.

39. DAVARPANA M, CARAMAN M, ABDUL-SATER S et coll.

La chirurgie buccale ; nouveaux concepts.

Paris: CdP, 2005.

40. DELAMARE J.

Dictionnaire abrégé des termes de médecine.

Paris: Maloine, 2004.

41. DELMAS A et ROUVIERE H.

Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome 1 Tête et cou.

Paris: Masson, 2002.

42. DE MOOR R, DE WITTE A, DELME K et coll.

Dental and buccal complications of lip and tongue piercing.
Rev Belge Med Dent 2007;**62**(2):104-112.

43. DE MOOR RJ, DE WITTE AM, DELME K et coll.

Dental and oral complications of lip and tongue piercings.
Br Dent J 2005;**199**(8):506-509.

44. DRON P, LAFOURCADE MP, LEPRINCE F et coll.

Les allergies aux piercings et aux tatouages : enquête du réseau d'allergo-vigilance.
Rev Fr Allergol Immunol Clin 2007;**47**:398-401.

45. DURET P et ROUSSEL P.

Le corps et ses sociologies.
Paris: Nathan, 2003.

46. DYCE O, BRUNO JR, HONG D et coll.

Tongue piercing. The new "rusty nail"?
Head Neck 2000;**22**(7):728-732.

47. EFS (ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG).

Indications / Contre-indications.
<http://www.dondusang.net/rewrite/article/44/puis-je-donner/indications-/-contre-indications/indications-/-contre-indications.htm?idRubrique=36>

48. ENCYCLOPEDIE ENCARTA .

Art corporel.
http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_741527774/art_corporel.html

49. EUR LEX.

L'accès au droit de l'union européenne.

Journal officiel des communautés européennes.

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:1998:214:0006:0009:FR:PDF>

50. FEHRENBACH MJ.

Tongue piercing and potential oral complications.

J Dent Hygiene 1998;**72**:23-25.

51. FIL SANTÉ JEUNES.

Piercing, la précaution s'impose !

<http://www.filsantejeunes.com/Piercing-la-precaution-s-impose>

52. FLEMING PS et FLOOD TR.

Bifid tongue a complication of tongue piercing.

Br Dent J 2005;**198**:265-266.

53. FOUGERAT.

L'Enigme des femmes à plateaux. Les femmes à plateaux américaines.

Paris, 1939.

54. GAYE F, KANE AW, NDOYE/DIOP A et coll.

Esthétique bucco-dentaire en milieu traditionnel au Sénégal.

Odontostomatol Trop 1995;**71**:19-22.

55. GAZI M.

Unusual pigmentation of the gingiva.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;**62**:646-649.

56. GBANE M, ASSOUMOU M et ABOUATTIER-MANSILLA E.

Etude clinique de la gencive tatouée.
Odontostomatol Trop 1998;**81**:28-32.

57. GLADYS H, TELANG MD et CHERIE M. DITRE.

Blue gingiva, an unusual oral pigmentation resulting from gingival tattoo.
J Am Acad Dermatol 1994;**30**:125-126.

58. GOLD MA, SCHORZMAN MA, MURRAY PJ et coll.

Body piercing practices and attitudes among urban adolescents.
J Adolesc Health 2005;**36**:352.e15-352.e21.

59. GRAL N et PERRILLAT Y.

Traitement des tatouages verts par laser Q-switched Alexandrite 755 nm.
Nouv Dermatol 2008;**27**:329-330.

60. GREIF J, HEWITT W et AMSTRONG ML.

Tattooing and body piercing : body art practices among college students.
Clin Nurs Res 1999;**8**:368-365.

61. GROGNARD C et FROGE E.

Le tatouage : illustration, réparation.
Paris: Arnette, 1991.

62. GROGNARD C.

Tatouages, piercing : décoration ? Décorporation ? Dénaturation du corps ou retour au primitif ?
Gynécol Obstétr Fertilité 2006;**34**:41-43.

63. GUEYE M, TALLA SECK M, TARDIVEL-VELLIET C et coll.

Ethno-esthétique bucco-faciale au Sénégal.

Inf Dent 2008;**90**(3):75-79.

64. GUIARD-SCHMID JB.

Guide des bonnes pratiques du piercing.

Paris : AP-HP, 2001.

65. GUIARD-SCHMID JB, PICARD H, SLAMA L et coll.

Le piercing et ses complications infectieuses : un enjeu de santé publique en France.

Presse Méd 2000;**29**(35):1948-1956.

66. GUIARD-SCHMID JB, PICARD H, SLAMA L et coll.

Le piercing et ses complications. Un enjeu de santé publique en France.

Sciences 2003;3^e/4^e trimestre:42-51.

67. GUILLAUME B.

Le piercing en odonto-stomatologie.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**219**:333-340.

68. HADI HI, QUAH HM et MAW A.

A missing tongue stud: an unusual appendicular foreign body.

Int Surg 2006;**91**(2):87-89.

69. HARDEE P, MALLYA L et HUTCHINSON I.

Tongue piercing resulting in hypotensive collapse.

Br Dent J 2000;**188**:657-658.

70. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ).

Dépistage de l'hépatite C - Populations à dépister et modalités du dépistage -
Recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271987/depistage-de-lhepatite-c-populations-a-depister-et-modalites-du-depistage-recommandations-du-comite-dexperts-reuni-par-lanaes.

71. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ).

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992 .Recommandations 2002.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272233/prophylaxie-de-lendocardite-infectieuse-revision-de-la-conference-de-consensus-de-mars-1992

72. HAUCHMANN-DELACRETAZ F.

Considérations sur les mutilations dentaires volontaires, rituelles et collectives dans les sociétés traditionnelles, et sur leurs prolongements dans les sociétés industrialisées.

Méd Hygiene 1988;**17**(32):232-239.

73. HAYWARD M et TINDALE R.

Knowing your 'dydoe ' from your 'Madonna' : an emergency nurse guide to body piercing. Emerg Nurse 2008;**15**:26-35.

74. HIGH WA, AYERS RA, ADAMS JR et coll.

Granulomatous reaction to titanium alloy : an unusual reaction to ear piercing.

J Am Coll Health 1995;**44**:125–126.

75. JOACHIM J.

Récit de voyage en Ethiopie.

<http://joachim.club.fr/ethiopie4.htm>

76. KAMINA P.

Anatomie clinique. Tome 2. Tête-Cou-Dos.

Paris: Maloine, 2006.

77. KAPFERER I, BENESCH T, GREGORIC N et coll.

Lip piercing: prevalence of associated gingival recession and contributing factors. A cross-sectional study.

J Periodont Res 2007;**42**(2):177-183.

78. KAPPELER PM, STAHL J et WOHLRAB S.

Modifying the body : Motivations for getting tattooed and pierced.

Body Image 2007;**4**:87-95.

79. KEOGH IJ et O'LEARY G.

Serious complication of tongue piercing.

J Laryngol Otol 2001;**115**(3):233-234.

80. KHANNA R et KUMAR SS.

Pathogen causing infection related to body piercing should be determine.

Br Med J 2000;**320**:1211.

81. KLOPPENBURG G et MAESSEN JG.

Streptococcus endocarditis after tongue piercing.

J Heart Valve Dis 2007;**16**(3):328-330.

82. KLUGER N.

Tattooing : epidemiology and cutaneous complications.

Images Dermatol 2008;**2**(1):22-26.

83. KLUGER N, BESSIS D, RAISON-PEYRON N et GUILLOT B.

Tatouages permanents : de nouvelles complications au xxie siècle.

Presse Med 2006;**35**:1598-1600.

84. KNEVEL JM et KUIJKENS A.

Tongue piercing : part I.

Int J Dent Hygiene 2004;**2**(2):98-100.

85. KREMER P.

Tatouage et piercing, nouveaux « marqueurs identitaires » pour les jeunes.

Archives du journal « Le Monde ». Article paru dans l'édition du 25.10.98.

<http://abonnes.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/ARCHIVES/archives.cg>

86. KRISTI M et SOILEAU M.

Treatment of a mucogingival defect associated with intraoral piercing.

J Am Dent Assoc 2005;**136**(4):490-494.

87. LAFURIE P et LE-QUANG C.

Comment faire un tatouage médical ?

Ann Chir Plast Esthét 1992;**37**(4):402-407.

88. LAGIERA JC, LETRANCHANTA L, SELTON-SUTYB C et coll.

Bactériemies et endocardites à *Staphylococcus aureus*.

Ann Cardiol Angiol 2008;**57**:71-77.

89. LAROUSSE

Petit Larousse Illustré.

Paris : Larousse, 2008.

90. L'ART CORPOREL.

Origine du piercing.

http://artcorporel.canalblog.com/archives/le_piercing/index.html

91. LAUMANN AE et DERICK AJ.

Tattoos and body piercings in the United States: a national data set.

J Am Acad Dermatol 2006;**55**(3):413-421.

92. LAURU D.

Perçons corps.

Champ Psychosomat 2004;**36**:119-129.

93. LE BRETON D.

Marques du corps, invention de soi : les jeunes générations.

Inf Psychiatr 2005;**81**(6):529-534.

94. LE DICTIONNAIRE.

Définition du mot tatouage.

<http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=tatouage>

95. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Arrêté du 11 mars 2009.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020414235&fastPos=1&fastReqId=826892776&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

96. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Décret n°2008-210 du 3 mars 2008.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018209615&fastPos=1&fastReqId=1132609284&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

97. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Arrêté du 3 décembre 2008.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019917687&fastPos=1&fastReqId=1198349394&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

98. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Arrêté du 12 décembre 2008.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019992712&fastPos=1&fastReqId=1692450761&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

99. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Arrêté du 23 décembre 2008.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020041163&fastPos=1&fastReqId=1669811956&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

100. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549619&fastPos=1&fastReqId=631181912&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

101. LEGIFRANCE (LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT).

Décret du 19 février 2008.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018149461&fastPos=1&fastReqId=1223077239&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

102. LEICHTER JW et MONTEITH BD.

Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing.

Dent Traumatol 2006;**22**(1):7-13.

103. LEVIN L et ZADIK Y.

Oral piercing : Complications and side effects.

Am J Dent 2007;**20**(5):340-344.

104. LEVIN L, ZADIK Y et BECKER T.

Oral and dental complications of intra- oral piercing.

Dent Traumatol 2005;**21**(6):341–343.

105. L'EXPRESS.

Le piercing, pratique à risque.

http://www.lexpress.fr/informations/le-piercing-pratique-a-risque_635606.html

106. LONG E et RICKMAN S.

Infectious Complications of tattoos.

Clin Infect Dis 1994;**18**:610-619.

107. LÓPEZ-JORNET P et CAMACHO-ALONSO F.

Oral and dental complications of intra-oral piercing.

J Adolesc Health 2006;**39**(5):767-769.

108. LOPEZ-JORNET P, NAVARRO-GUARDIOLA C et CAMACHO-ALONSO F.

Oral and facial piercings : a case series and review of the literature.

Int J Dermatol 2006;**45**:805-809.

109. LOUP PJ et MOMBELLI A.

La cavité buccale : la nouvelle cible du « Piercing ».

Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;**112**(5):475-482.

110. LUMINET B et GUYONNET JP.

Sécurité sanitaire, tatouage et piercing, des pratiques professionnelles à risques.

Bull Epidémiol Hebd 2002 n°4.

111. LUQUEL L.

Le piercing et ses complications cutanéomuqueuses.

J Plaies Cicatr 2005;**47**:11-17.

112. MAFFESOLI M.

Le temps des tribus.

Paris: La Table Ronde,1988.

113. MAHEU-ROBERT LF, ANDRIAN E et GRENIER D.

Overview of complications secondary to tongue and lip piercings.

J Can Dent Assoc 2007;**73**(4):327-331.

114. MANI NJ.

Gingival tattoo : a hitherto undescribed mucosal pigmentation.

Quintessence Int 1985;**2**:157-159.

115. MARTINELLO RA et COONEY EL.

Cerebellar brain abscess associated with tongue piercing.

Clin Infect Dis 2003;**36**(2):e32–e34.

116. MAYERS LB, JUDELSON D, MORIARTY B et coll.

Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications.

Mayo Clin Proc 2002 ;**77**:29-43.

117. MEDECINE DES ARTS.

Piercings et tatouages, un risque, une mode chez les artistes.

<http://www.medecine-des-arts.com/Piercings-et-tatouages-un-risque.html>

118. MENINGAUD JP.

Percing : enjeux éthiques.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**219**:341-346.

119. MOORGAT P.

Les mutilations dentaires.

Actual Odontostomatol (Paris) 1959;**45**:87-108.

120. MÜLLER H et VAN DER VELDEN/SAMDERUBUN EM.

Tattooing in Maxillo-Facial Surgery.

J Craniomandibul Maxillofac Surg 1988;**16**:382-384.

121. MURAZ G.

Satyres illustrées de l'Afrique noire.

Paris : Comité de Documentation et de Propagande, 1947.

122. NAU JY.

L'homme illustré. Le tatouage dérange, inquiète, bouleverse.

Le monde. 28.08.1991.

123. NEDBALSKI TR et LASKIN DM.

Loss of a sewing needle in the tongue during attempted tongue piercing: report of a case.

J Oral Maxillofac Surg 2006;**64**(1):135-137.

124. NEIBURGER E.

A large hypertrophic-keeloid lesion associated with tongue piercing: case report.

Gen Dent 2006;**54**(1):46-47.

125. NICOLAS J, SOUBEYRAND E, JOUBERT M et coll.

Thrombophlebitis of the sigmoid sinus after tongue piercing: a case report.

J Oral Maxillofac Surg 2007;**65**(6):1232-1234.

126. OLIVIERA MD, MATOS MA, MB MARTINS et coll.

Tattooing and body piercing as lifestyle indicator of risk behaviors in Brazilian adolescents.

Eur J Epidemiol 2006, **21**(7):559-560.

127. ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS.

Pratique du piercing et du tatouage : la nouvelle législation.

http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=178

128. PAILLER JJ et PAILLER B.

Tattoo ? Non, il manque quelque-chose.

Champ Psychosomat 2004;**36**:131-143.

129. PAQUET P, PIERARD GE, NIKKELS AF et coll.

Tatouages : du rituel à la parure avec leurs complications.

Rev Méd Liège 2000;**55**(9):847-849.

130. PASSION PIERCING.

L'acte de piercing en lui-même.

<http://www.passion-piercing.fr/lacte-piercing-luimeme-a-55.html>

131. PASSION PIERCING.

Les types de piercings et leur origine.

<http://www.passion-piercing.fr/types-piercings-leur-origine-a-50.html>

132. PAUL C, WOLKENSTEIN P, PRUDHOMME P et coll.

La dermopigmentation cosmétique.

Ann Dermatol Venereol 1995,**122**:599-600.

133. PERKINS CS.

A complication of tongue piercing.

Br Dent J 1997;**182**(4):147-148.

134. PETICOLAS T, TILLISS TS et CROSS-POLINE GN.

Oral and perioral piercing: a unique form of self-expression.

J Contemp Dent Pract 2000;1:30-46.

135. POIRIER J.

Histoire des mœurs.

Paris: Gallimard, 2002.

136. POUAS A et GAUTHIER JG.

A propos des labrets, pièces dures déformant les lèvres. Exemples tirés du Togo (Tamberna) et du Cameroun (Fali).

Bull Soc Anthropol Paris 1989;1(1):3-7.

137. PUGATCH D, MILENO M et RICH JD.

Possible transmission of human immunodeficiency virus type 1 from body piercing.

Clin Infect Dis 1998;26:767-768.

138. RICHARD SCOTT G, TURNER CG et MASCIE TAYLOR N.

The anthropology of modern human teeth.

Cambridge : Cambridge University Press, 2000.

139. ROMAN D.

« A corps défendant ». La protection de l'individu contre lui-même.

<http://bu.dalloz.fr.addoc.biumontpellier.info/Archives/RECUEIL/>

140. ROUVIERE H, DELMAS A et DELMAS V.

Anatomie humaine : descriptive, topographique et fonctionnelle.

Paris: Masson, 1967.

141. SANTÉ MAGRHEB.

Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. Tatouages et détatouages.

<http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/poivue15.htm>

142. SANTÉSPORT.GOUV (LE SITE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES SPORTIFS ET DE LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE).

Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012).

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf

143. SATCHITHANANDA DK, WALSH J et SCHOFIELD PM.

Bacterial endocarditis following repeated tattooing.

Heart 2001;**85**:11-12.

144. SCHWEMMER U, LINTNER M et GREIM CA.

Oral piercing: risk of aspiration.

Eur J Anaesthesiol 2005;**22**(9):727-729.

145. SEBASTIAN JV, RAY S, BHATTACHARYA S et coll.

Tattooing and hepatitis B infection.

J Gastroenterol Hepatol 1992;**7**:385-387.

146. SHACHAM R, ZAGURI A, LIBRUS HZ et coll.

Tongue piercing and its adverse effects.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;**95**:274-276.

147. SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS ON LINE.

Le piercing.

<http://www.sop.asso.fr/Telechargements/Fichiers/sop-onfospiercing.pdf>

148. STIRN A.

Piercing-Psychosoziale Perspektiven eines gesellschaftlichen Phänomens.

Paediatr 2003;**14**:33-37.

149. STIRN A, HINZ A et BRÄHER E.

Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals.

J Psychosom Res 2006;**60**: 531-534.

150. TATOUAGEDOC.

Les arrêtés et les décrets.

<http://tatouagedoc.net/themes.htm>

151. TATOUAGEDOC.

Conseil supérieur d'hygiène publique.

Recommandations pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses (piercing, tatouage, maquillage permanent, épilation par électrolyse, rasage). Guide à l'usage des professionnels (décembre 2000).

http://tatouagedoc.net/docs/GUIDEhygieneCSHPF_tatouagedoc.pdf

152. TATOUAGEDOC.

Soins du tatouage.

http://tatouagedoc.net/Soinstatou_synth.htm

153. TATTOO PIERCING.

Le tatouage maori.

<http://tatpiercbelg.free.fr/tatouage.htm>

154. TIZIANO JP.

La dermopigmentation à visée esthétique. A propos de 420 cas.

Ann Chir Plast Esthét 1992;**37**(4):370-386.

155. UJCD (UNION DES JEUNES CHIRURGIENS-DENTISTES).

Piercings et examens radiologiques.

http://www.ujcd.com/documents/guide_odonto.pdf

156. WELLNESS KLINIEK.

Chirurgie plastique et médecine esthétique.

http://www.wellnesskliniek.com/F_chirurgie_plastique/F_maquillage_permanent.htm

157. WIENER S.

Le tatouage, de la parure à l'œuvre de soi.

Champ Psychosomat 2004;**36**:159-170.

158. WIKIPEDIA.

Labret ou plateau labial.

http://www.fr.wikipedia.org/wiki/negresse_à_plateau

159. WIKIPEDIA.

L'encyclopédie libre. Le tatouage.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tatouage>.

160. ZAHAROPOULOS P.

Fine-needle aspiration cytology in lesions related to ornamental body procedures (skin tattooing, intraoral piercing) and recreational use of drugs (intranasal route).

Diagn Cytopathol 2003;**28**(5):258-263.

POMIES Olivia.- Les mutilations volontaires actuelles de la cavité buccale.
151 f ; ill. ; tabl. ; 160 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2009)

RESUME :

Depuis toujours, les Hommes se sont imposés des mutilations corporelles. Leurs motivations pouvaient aussi bien marquer une appartenance à un rang social, à une religion qu'un passage initiatique.

Aujourd'hui dans nos sociétés industrialisées, même si les raisons de ces mutilations ne sont plus les mêmes, on observe depuis peu une résurgence de ces mœurs archaïques.

Ainsi les chirurgiens-dentistes, tout comme les personnes actives dans le secteur de la santé, doivent être conscients des risques que ces pratiques comportent afin de pouvoir conseiller en connaissance de cause et savoir gérer de façon compétente leurs effets secondaires et leurs éventuelles complications.

Cette thèse s'efforcera donc de présenter les différentes mutilations des tissus mous de la cavité buccale (piercing et tatouage), d'en décrire les protocoles, les complications et leurs traitements.

Le cadre législatif ayant énormément évolué ces dernières années, ce travail tentera aussi de faire un point sur la législation actuelle.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Anthropologie.

MOTS-CLES MESH :

Piercing – tatouage – anthropologie - législation.

Body piercing - tattooing- anthropology- législation.

JURY :

Président : Madame le Professeur Christine Fraysse.

Directeur : Madame le Docteur Sylvie Dajeau-Trutaud.

Assesseur : Madame le Docteur Valérie Moyencourt.

Assesseur : Monsieur le Docteur François Bodic.

Assesseur : Monsieur Bernard Lehmann.

ADRESSES DE L'AUTEUR :

Mademoiselle POMIES Olivia - 24 rue Saint André-des-Arts-75006 PARIS.

olviapomies@hotmail.com