



**HAL**  
open science

# Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'exemption de rasage dans les armées françaises

Manon Micot

► **To cite this version:**

Manon Micot. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'exemption de rasage dans les armées françaises. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03264646

**HAL Id: dumas-03264646**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264646>**

Submitted on 18 Jun 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Evaluation des pratiques professionnelles concernant l'exemption de rasage  
dans les armées françaises.**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 10 Juin 2021**

**Par Madame Manon MICOT**

**Née le 11 août 1993 à Nîmes (30)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur MORAND Jean-Jacques**

**Président**

**Monsieur le Professeur AIGLE Luc**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur TRAVERS Stéphane**

**Assesseur**

**Madame le Docteur VALOIS Aude**

**Directeur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

### ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- **1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Estelle BOISSIER**
- **2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Cécile NINA**

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- **Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Béatrice CAORS**
- **Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Joannie HENRY**
- **Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- **Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**
- **Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul  
  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

**1967**

MM. les Professeurs

DADI (Italie)

CID DOS SANTOS (Portugal)

**1974**

MM. les Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)

T.A. LAMBO (Suisse)

**1975**

MM. les Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)

Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

**1976**

MM. les Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)

Z.J. BOWERS (U.S.A.)

**1977**

MM. les Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)

C.GIBBS (U.S.A.)

J. DACIE (Grande-Bretagne)

**1978**

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

**1980**

MM. les Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)

R.D. ADAMS (U.S.A.)

**1981**

MM. les Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)

M. SCHOU (Danemark)

M. AMENT (U.S.A.)

Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)

S. REFSUM (Norvège)

**1982**

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

**1985**

MM. les Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)

KLINSMANN (R.D.A.)

**1986**

MM. les Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)

LIANA BOLIS (Suisse)

L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

## PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
*VIEHWEGER Heide Elke détachement*  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouïl ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUTVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THÉRY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
 DANIEL Laurent (PU-PH)  
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
 GARCIA Stéphane (PU-PH)  
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
 MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
 SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
 DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
 POUGET Benoît (MCF)  
 VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
 DRANCOURT Michel (PU-PH)  
 FENOLLAR Florence (PU-PH)  
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
 RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*  
 AHERFI Sarah (MCU-PH)  
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)  
 CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
 DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
 MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
 BRUDER Nicolas (PU-PH)  
 LEONE Marc (PU-PH)  
 MICHEL Fabrice (PU-PH)  
 VELLY Lionel (PU-PH)  
 BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
 GUIDON Catherine (MCU-PH)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
 GABERT Jean (PU-PH)  
 GUIEU Régis (PU-PH)  
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)  
 BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
 FROMONOT Julien (MCU-PH)  
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
 ROMANET Pauline (MCU-PH)  
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
 FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)  
 FRANKEL Diane (MCU-PH)  
 GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
 ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

COLETTA Anne (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONNELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
AURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 520**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 540**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2 MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au I FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

**NUTRITION 4404**

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**NEUROLOGIE 4901****ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
BARLOGIS Vincent (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
FABRE Alexandre (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGEON Fabienne (PU-PH)  
GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)  
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480**

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

---

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)



**MINISTÈRE  
DES ARMÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

**ÉCOLE DU VAL DE GRACE - Paris**

**A Monsieur le médecin chef des services Jean-François GALLET**

Directeur de l'École du Val-de-Grâce par intérim

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Chevalier de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre du Mérite maritime

## **HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE**

### **Monsieur le Médecin Général Inspecteur Yves AUROY**

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille de la Défense Nationale – OR

### **Monsieur le Médecin Chef des Services de classe normale Mehdi OULDAHMED**

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

### **Monsieur le Médecin Chef des Services Hors classe Philippe REY**

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chef du service de pathologie digestive

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

## **REMERCIEMENTS**

*A notre Président de Jury*

**Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORAND**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury.  
Nous vous exprimons toute notre gratitude pour nous avoir proposé le sujet de cette thèse et pour vos conseils avisés.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect.

*Aux membres de notre Jury de thèse*

**Monsieur le Professeur Stéphane TRAVERS**

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Votre intérêt pour notre travail nous honore.

Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Luc AIGLE**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury. Nous vous exprimons notre gratitude pour l'intérêt porté à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

*A notre directrice de thèse*

**Madame le Docteur Aude VALOIS**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre dévouement, et votre implication dans ce sujet.  
Soyez assurée de notre profonde gratitude pour votre aide et pour les enseignements délivrés durant nos échanges et nos rencontres.

*A nos collaborateurs*

**Monsieur le médecin chef Gaëtan TEXIER et monsieur le médecin principal François DELONG,**  
du Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées,

Nous vous remercions pour l'intérêt et l'investissement dont vous avez fait preuve dans l'analyse statistique.

Nous vous prions de recevoir nos chaleureux remerciements.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse : à Mme Le Morvan pour sa réactivité, ses compétences et sans qui notre internat serait bien plus difficile ; à Romane Zech qui en plus de m'avoir supportée comme co-interne a su être pour moi un mentor essentiel dans cette thèse ; à ma tante, Marie-Josée Serrié-Desmarais, cette femme talentueuse qui a égayé mon enfance, et à ses amis Steve Kennedy et Sue Jessup pour leur aide dans la traduction ; au MC Nicolas ROBIN qui m'a appris à me servir d'Intradef ; au MC MANCEL Vincent et au MC TEXIER Gaëtan avec toute son équipe du CESPAS dans l'aide épidémiologique ; aux dermatologues des armées (MCSHC MORAND Jean-Jacques, MCSCN BOYE Thierry, MCSCN LE GUYADEC Thierry, MC SCHOENLAUB Patricia, MC FOUGEROUSSE Anne-Claire, MP ABED Safia,) pour leurs corrections et pour m'avoir apporté des pistes de réflexion ainsi qu'à l'ensemble des médecins des Forces pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A Aude et François, une équipe de choc sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je vous souhaite à tous les deux le meilleur pour la suite.

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont formée et soutenue durant l'internat, tout particulièrement aux urgences de Sainte Anne.

A mes parents qui, depuis ma naissance, me soutiennent dans mes aventures les plus folles, dans mes extravagances, dans mes choix professionnels comme personnels.

A mes sœurs, Stéphanie et Kristel, pour tous les souvenirs d'enfance, leur soutien et leur écoute lors de mes monologues médicaux, quand bien même elles n'en comprenaient pas un mot.

A mes neveux (Noah et Léo) et mes nièces (Sophia et Mya) que j'aime plus que tout et qui malgré leur jeune âge ont su être patients quant à mes absences prolongées.

A mes amies d'enfance (Aurélie, Séréna, Ariane, Magali, Elodie) pour avoir fait de moi la personne que je suis devenue et de m'avoir permis de m'épanouir, de m'ouvrir au monde et de m'avoir fait garder les pieds sur terre.

A mes amis de la Boîte (Charlotte, Maurine, Constance, Minou, Baptise, Jean Michel, Ombeline, Tiphaine, Acanthe) d'avoir été mes piliers (de comptoirs) durant ces études. Merci de m'avoir donné la force de persévérer même dans les moments les plus durs.

A l'ensemble de la promotion Lefebvre pour ces folles années d'externat.

Enfin, à Sarah, merci pour ton soutien inconditionnel, ton affection. Merci de me suivre dans mes péripéties, de les vivre à mes côtés et de les rendre toujours plus formidables.

## Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## **TABLE DES MATIÈRES**

<i>RÉSUMÉ</i> .....	33
<i>ABSTRACT</i> .....	34
<i>ABRÉVIATIONS</i> .....	35
<i>INTRODUCTION</i> .....	36
<b>1. Problématique</b> .....	36
<b>2. Anatomie, morphogenèse et physiologie du poil</b> .....	36
<b>3. Histoire et anthropologie du poil</b> .....	39
<b>4. Pathologies courantes de la barbe</b> .....	42
a) Érythème lié au rasage : Irritation et eczéma .....	43
b) Folliculite.....	45
c) Pathologies d’incarnation pilaire .....	46
<i>MATERIEL ET MÉTHODE</i> .....	49
<b>1. Type d’étude</b> .....	49
<b>2. Population étudiée</b> .....	49
<b>3. Questionnaire</b> .....	49
<b>4. Déroulement de l’étude</b> .....	50
<b>5. Analyse des données</b> .....	51

<i>RÉSULTATS</i> .....	51
<b>1. Caractéristiques sociodémographiques et nombre d'exemption de rasage mensuel réalisé....</b>	<b>51</b>
<b>2. Réponses aux cas cliniques .....</b>	<b>52</b>
<b>3. Analyse des scores selon les données sociodémographiques .....</b>	<b>53</b>
<b>4. Analyse détaillée concernant l'exemption de rasage.....</b>	<b>55</b>
<i>DISCUSSION</i> .....	56
<b>1. Analyse des écarts .....</b>	<b>56</b>
<b>2. Prévention et prise en charge des pathologies faciales .....</b>	<b>57</b>
a. La pogonotomie ou l'art du rasage : un geste technique .....	57
b. Proposition d'algorithme diagnostique.....	59
c. Proposition de prise en charge.....	61
<b>3. L'exemption .....</b>	<b>64</b>
<i>CONCLUSION</i> .....	65
<i>ANNEXE</i> .....	66
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> .....	68

## **RÉSUMÉ**

**Introduction :** Les pathologies pilaires liées au rasage sont des motifs fréquents de consultation en médecine générale. Dans les Armées, celles-ci posent la question de l'exemption de rasage. L'objectif de notre étude est d'évaluer les pratiques professionnelles concernant ces pathologies afin de proposer un algorithme de prise en charge.

**Matériel et méthode :** Une évaluation des pratiques professionnelles a été menée à partir de la diffusion d'un questionnaire à l'ensemble des Forces françaises. Ce dernier comprenait une partie sociodémographique et quatre cas cliniques (irritation, folliculite, rosacée et *pili incarnati*). Les réponses à ces cas cliniques étaient ensuite comparées à un référentiel établi par un consensus des dermatologues militaires afin d'obtenir un score de performance rapporté sur 20.

**Résultats :** Cent quatre-vingt-un médecins des Forces ont répondu au questionnaire. Plus de la moitié (52,5%) ont rapporté la réalisation d'au moins une exemption de rasage par mois. Le nombre d'exemptions réalisées est associé statistiquement au fait de travailler principalement dans l'armée de terre sans que cela ne modifie les réponses aux cas cliniques. Les résultats aux questionnaires étaient bons pour les diagnostics mais plus aléatoires pour les examens complémentaires réalisés, les traitements et l'exemption de rasage. Ces résultats variaient en fonction des cas cliniques. Le diagnostic de *pili incarnati* n'était pas retenu par près de 40% des répondants. Parmi les variables sociodémographiques, le grade est le seul facteur associé statistiquement au score global des cas cliniques et le sexe féminin a un meilleur score concernant l'exemption de rasage.

**Discussion :** L'exemption de rasage dans les Forces est une pratique courante notamment dans l'armée de terre. Les résultats aux cas cliniques montraient que le *pili incarnati* est une pathologie mal connue. Même si les diagnostics étaient bien posés, leur prise en charge n'était pas optimale. Des aides de prise en charge étaient nécessaires. Concernant les variables sociodémographiques, les meilleurs scores retrouvés chez les Médecins en Chef peuvent s'expliquer par leur expérience.

**Conclusion :** Cette étude nous a permis d'objectiver les problématiques auxquelles sont confrontés les Médecins des Forces en pratique courante et d'apporter des aides et algorithmes de prise en charge à adapter selon les situations. Une prévention primaire de ces pathologies serait intéressante, notamment durant les formations militaires initiales en agissant directement chez les incorporés ou, indirectement en sensibilisant les équipes encadrantes. Une étude interventionnelle avant/après pourrait s'envisager pour évaluer l'impact des mesures de prévention. Enfin, au vu de l'évolution sociétale et culturelle, une proposition d'actualisation du Traité toutes armes, portant sur l'hygiène de la barbe, pourrait se discuter.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Shaving-related hair disorders are common grounds for consultation in general medicine. In the Armed Forces, they raise the particular issue of exemption from shaving. The object of our study is to evaluate professional practices concerning these pathologies in order to propose a management algorithm.

**Tools and method:** An evaluation of professional practices was conducted on the basis of a questionnaire distributed to the whole range of French Forces. The questionnaire included a socio-demographic section and four clinical cases (irritation, folliculitis, rosacea and *pili incarnati*). Responses to these clinical cases were then compared to a benchmark established by a consensus of military dermatologists to obtain a score out of 20.

**Results:** 181 military doctors replied to the questionnaire. More than half (52.5%) reported at least one shaving exemption per month. The number of exemptions made was statistically correlated with working primarily in the army, but without differentiation in the responses to clinical cases. The results of the questionnaires were good in relation to diagnosis but more doubtful in relation to additional examinations, treatments and shaving exemption. These results varied between the different clinical cases. The diagnosis of *pili incarnati* was not accepted by nearly 40% of respondents. Among the socio demographic variables, rank is the only factor statistically correlated with the overall score of clinical cases and female gender with a better score on shaving exemption.

**Discussion:** Exemption from shaving in the Forces is a common practice, particularly in the army. Clinical case results showed that *pili incarnati* is a poorly understood condition. Even though the diagnoses were otherwise good, their treatment was not optimal. Support aids were necessary. As for the socio-demographic variables, the highest scores, found among colonels ("*Médecins en Chef*"), can be explained by their experience.

**Conclusion:** This study enabled us to assess the problems faced by army doctors in the course of their everyday medical practice and to provide aids and care algorithms to be adapted according to situations. Primary prevention of these pathologies would be useful, especially during initial military training either directly in relation to recruits or, indirectly, by raising awareness among management teams. A 'before/after' intervention study could be considered in order to assess the impact of preventive measures. Finally, in view of social and cultural changes, an updating of the Armed Forces Regulations on beard hygiene might be considered.

## **ABRÉVIATIONS**

ANAES : Agence Nationale et d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CMA : Centre Médical des Armées

CSS : Chefferie du Service de Santé

DFRI : Direction de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation

DIASS : Direction Interarmées du Service de Santé

DLEM : Détachement de la Légion Étrangère de Mayotte

DMF : Direction de la Médecine des Forces

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

OPEX : Opération Extérieure

PFB : Pseudo-folliculite de la barbe

Pi : *Pili-incarnati*

RE : Régiment étranger

## **INTRODUCTION**

### 1. Problématique et Objectifs

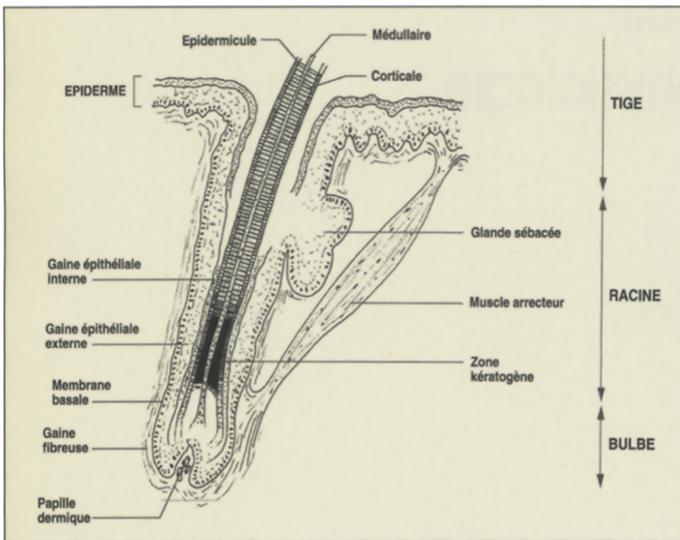
Le poil recouvre l'ensemble du tégument du corps humain, hormis les paumes, les plantes et les semi-muqueuses ; on estime ainsi à environ  $5.10^6$  follicules pileux par être humain (1)(2). Malgré l'absence de données épidémiologiques fiables, les pathologies pilaires semblent fréquentes et constituent un motif de consultation non négligeable. Or elles sont peu enseignées dans le cursus de la médecine générale.

Dans de nombreuses Armées, notamment en France, le rasage de la barbe est obligatoire. Des exemptions de rasage sont possibles sur décision du commandement, soit pour des raisons historiques comme les pionniers de la Légion Étrangère (1er REG, 2e REG, 4e RE, DLEM), soit pour des raisons personnelles, nécessitant une demande officielle manuscrite et le changement des pièces d'identité militaires. En dehors de ces exceptions, le rasage doit être effectué de près et quotidiennement. En cas de pathologie cutanée provoquée, favorisée ou aggravée par le rasage, l'exemption peut être demandée avec un certificat médical. Ce dernier est généralement établi par les médecins des Forces qui connaissent au mieux les conditions de travail du militaire. En cas de pathologie complexe ou de nécessité d'une exemption définitive, un avis spécialisé est généralement sollicité auprès d'un dermatologue. Dans certaines unités, un avis spécialisé par un dermatologue militaire est exigé quelles que soient les circonstances, entraînant un délai de rendez-vous long et des déplacements importants.

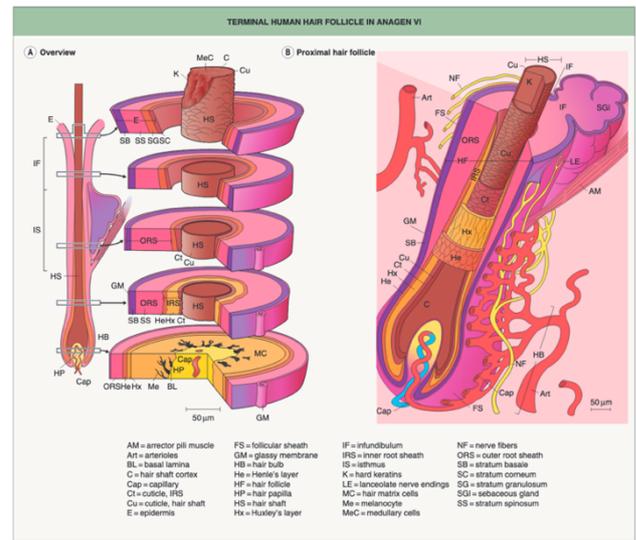
Devant ces différences, il est apparu indispensable d'analyser cette problématique, d'évaluer les pratiques professionnelles concernant ces pathologies et, dans une démarche d'optimisation des soins, de proposer un protocole de prise en charge de ces militaires.

### 2. Anatomie, morphogenèse et physiologie du poil

Le poil, annexe épidermique, peut à lui seul être décrit comme un organe, de par sa structure, sa morphogenèse et ses fonctions (images 1 et 2).



**Image 1** : Anatomie d'un follicule pilo-sébacé - *Tracqui A. Le poil: structure et physiologie. Rev Française Lab. février/mars 1996;(N° 282):5*



**Fig. 68.5** Terminal human hair follicle in anagen VI.

**Image 2** : Coupe longitudinale d'un follicule pilo-sébacé - *Wang E at al. A. Biology of Hair and Nails. In 2004. p. 19.*

Le poil, dans sa forme terminale et saine, est composé de trois parties (1)(2)(3) :

- Le **bulbe** siège dans la papille dermique, et est constitué de cellules germinatives à fort pouvoir mitotique. Il est donc richement innervé et vascularisé.

- La **racine**, entre le bulbe et l'abouchement du canal sébacé, est constituée de trois zones concentriques :

- ⇒ La partie médullaire, la moelle, mince colonne comprenant des cellules très peu pigmentées et non kératinisées. Cette partie est inconstante, notamment dans le lanugo et le duvet qui en sont dépourvus.

- ⇒ L'écorce, ou la corticale, est beaucoup plus épaisse, formée entre autres de cellules fusiformes orientées dans le sens du poil et sécrétant la kératine (environ 80% de la composition du poil).

- ⇒ L'épidermicule, est une monocouche de cellules aplaties.

- La **tige**, partie visible du poil, est également constituée des trois mêmes couches concentriques.

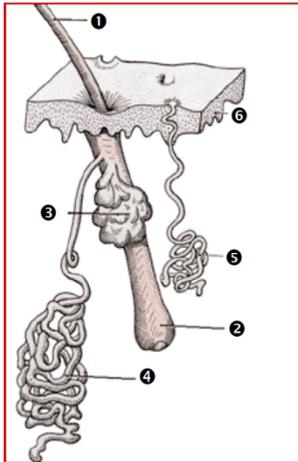
Le poil ne pourrait néanmoins pas survivre sans ses propres annexes (image 3) qui sont :

- Le **follicule**, composé de trois gaines (deux épithéliales et une membrane basale), joue un rôle dans la contention mécanique, la fonction germinative et la vascularisation et nutrition du poil. Par ailleurs, plusieurs types sont décrits selon leur consistance et leur localisation. On distingue, comme sur l'image 4, les terminaux dits poils épais, les velus ou lanugineux (les plus fins mais aussi les plus nombreux) et les sébacés.

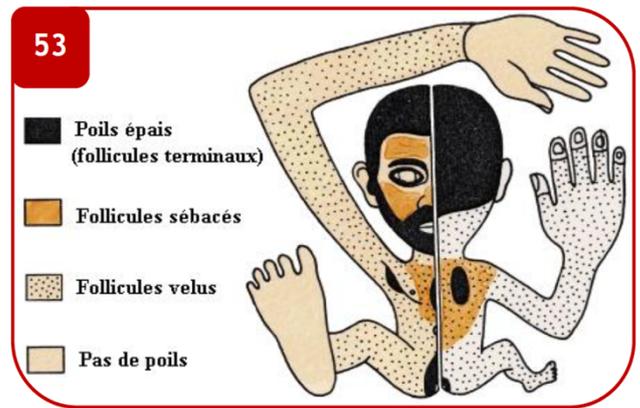
- La **glande sébacée** est dans le derme moyen. C'est une glande acino-alvéolaire, holocrine (une des seules du corps humain) ayant comme fonction de sécréter le sébum, qui contribue à la formation d'un film

hydrophile protecteur et lubrifiant. Sous contrôle hormonal, c'est l'un des facteurs impliqués dans la formation des lésions rétentionnelles et inflammatoires de l'acné.

- Le **muscle arrecteur** du poil, ou muscle horripilateur, est un muscle lisse d'innervation sympathique ayant pour fonction principale d'aider au réchauffement corporel avec l'aide des glandes sudoripares.



- ❶ Tige du poil
- ❷ Follicule pileux
- ❸ Glande sébacée
- ❹ Glandes sudoripares apocrines
- ❺ Glandes sudoripares eccrines (indépendant du follicule pilo-sébacé)
- ❻ Épiderme
- ❼ Muscle strié



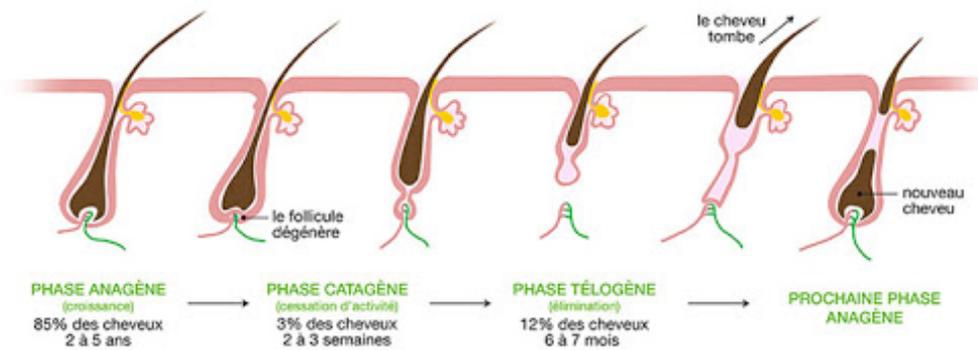
**Image 3** : Les annexes épidermiques - *Revêtement cutané. Elsevier Masson.* (Collège des enseignants en dermatologie).

**Image 4** : Répartition des différents follicules pilo-sébacés - *Revêtement cutané. Elsevier Masson.* (Collège des enseignants en dermatologie).

Dans l'espèce humaine, les poils se développent, puis chutent, de façon individuelle et cyclique. La croissance est dite en mosaïque. La pousse des poils ne se synchronise pas entre les différentes régions du corps (à l'inverse de certains animaux, où le phénomène est synchrone : la mue). Bien qu'autonomes, tous les follicules pileux sains, suivent trois phases (image 5) (3)(4)(5) :

- La **phase anagène** ou de croissance : caractérisée par une activité mitotique et kératogène intense, de durée variable selon le type de follicule et le sexe. Pour les terminaux, cette phase peut durer 2 à 3 ans pour l'homme et 6 à 8 ans pour la femme avec une pousse d'environ 0.2 à 0.5 mm par jour.
- La **phase catagène** ou de transition : de courte durée (environ 2-3 semaines), elle correspond à l'arrêt des mitoses et à la résorption du follicule jusqu'à son bulbe.
- La **phase télogène** ou de repos : où le poil mort peut rester latent 3 à 6 mois en attendant la pousse d'un nouveau follicule pileux.

L'examen microscopique (trichogramme) de cheveux normaux, évalue les cheveux à environ 85 à 90% en phase anagène et à 1% en phase télogène. Néanmoins, ces caractéristiques sont variables selon le genre et l'ethnie (3).



**Image 5** : Cycle pileux *extrait d'internet* : <http://www.cliniqueducheveu.fr/blog/les-cycles-pilaires/>

Par ailleurs le poil peut être analysé dans les identifications en médecine légale ou dans les dépistages de toxiques.

### 3. Histoire et anthropologie du poil

Le poil a toujours été un symbole identitaire puissant, que cela soit d'un point de vue ethnologique, religieux ou politique. Des peintures de grottes préhistoriques montrent des hommes se grattant le poil avec des objets naturellement aiguisés tels que des pierres, des silex, ou encore des coquillages. Des fouilles archéologiques auraient retrouvé et daté les premiers instruments de rasage, formés par des silex taillés, aux alentours de 30.000 av. J.-C (6).

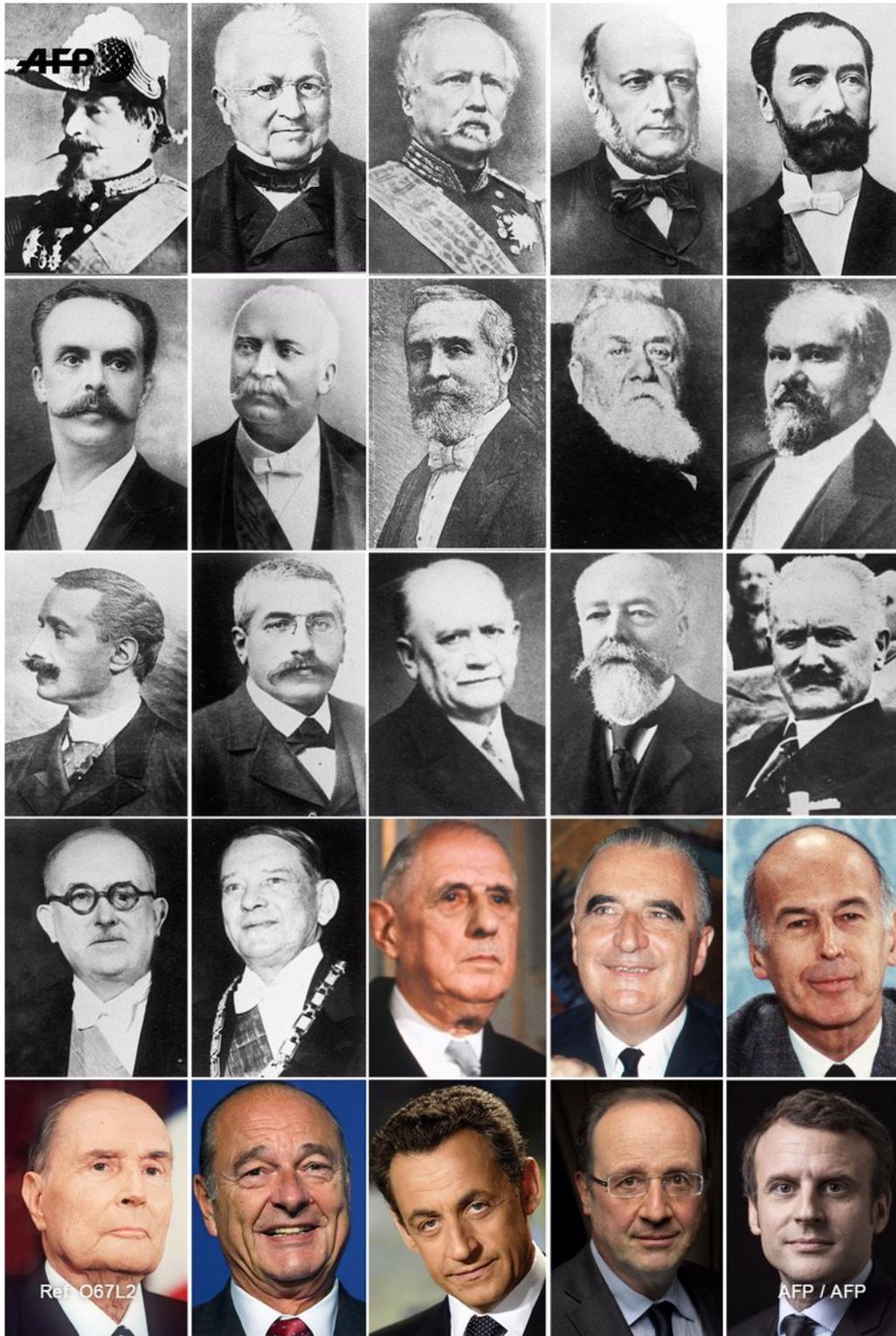
Dans les tablettes de l'épopée de Gilgamesh, récit épique de la Mésopotamie faisant partie des œuvres littéraires les plus anciennes de l'humanité, on retrouve l'idée que le rasage symboliserait la transition entre l'état sauvage et la pureté, entre la barbarie et la civilisation. Synésios, évêque et philosophe célèbre vers 370 à Cyrène dans la Pentapole, va même jusqu'à considérer l'homme poilu comme un animal, un être démuné de raison, un être « stupide »(7).

En contrepartie, la pilosité est un symbole de virilité, de puissance, comme dans le récit biblique relatant l'histoire de Samson, ou tout simplement dans les civilisations guerrières telles que celles des Vikings, des Huns ou encore des Gaulois(7)(8).

Il faut également considérer des connotations fondamentales, la connotation religieuse et la connotation ethnique (9)(10)(11). Chez les musulmans, le port de la barbe n'est pas une obligation mais constitue une attitude facilitant l'accès vers Dieu (pratiques de la saine nature *Al Fitra* : Se tailler la moustache. Se laisser pousser la barbe. Se brosser les dents. Se laver la bouche. Se laver les narines. Se couper les ongles. Se laver les nodosités des doigts. S'épiler les poils des aisselles. Se raser le bas-ventre et se laver le périnée). Dans la religion bouddhiste, l'initié est souvent tenu de se raser le crâne, homme ou femme, comme preuve d'abandon aux attaches extérieures. La pilosité peut aussi codifier des règles culturelles. Dans les sociétés maures, les garçons se voient raser le crâne à l'âge adulte quand ils méritent d'être un homme. Dans la Chine des Qing, les guerriers portaient la natte, et le déshonneur se symbolisait par sa coupe. En Égypte antique, la reine Hatchepsout portait la barbe pour être légitime, à l'image des pharaons.

A travers les siècles et les continents, les comportements face à la pilosité ont évolué. Sur le continent européen, la barbe a pu être vécue comme un symbole de liberté et d'appartenance dont témoigne le mouvement « Hippie » ou « Hipsters ». Elle est diversement considérée selon la classe sociale et aussi selon son aspect, sa longueur, sa coloration (moustache uniquement, barbe partielle, etc...) (12).

Y compris chez les hommes politiques (figure 1), la diversité est grande en fonction des modes et des régimes. Avant 1914, la barbe était commune chez nos dirigeants. Mais après les dégâts psychologiques de la première guerre mondiale, le « Poilu » a opté pour un style plus raffiné, laissant place à une simple moustache. Après la seconde guerre mondiale, la moustache rappelant Staline, Hitler ou encore Franco, n'était plus à la mode (7)(8).



**Figure 1** : Les chefs d'état, de Louis Napoléon Bonaparte (1848) à nos jours (2021) – *image extrait d'internet*

Quelle est finalement l'origine du rasage dans les armées ?

Plusieurs hypothèses sont énoncées : l'hygiène (ectoparasitoses notamment pédiculose et phtiriase, teigne-kérion, impétigo-sycosis), la performance au combat (port du masque à gaz notamment), la culture ou la mode de l'époque ...

Dans le « Traité Toutes Armes 150 » datant de 1980 (avant cela, « Manuel du gradé »), il est écrit :

*« Les nécessités de l'hygiène, de la sécurité et du port des effets et équipements spéciaux impliquent de fixer des limites à la longueur des cheveux et au port de la moustache et/ou de la barbe. »*

Concernant la barbe de l'homme, il est précisé :

*« (...) le port de la barbe, peu compatible avec l'emploi de certains équipements, peut être interdit par le chef de corps. »*

*« Un militaire habituellement rasé n'est autorisé à se laisser pousser la barbe ou la moustache qu'à la faveur d'une absence de durée suffisante pendant laquelle il n'a pas à revêtir l'uniforme. »*

*« La barbe doit être de coupe correcte, d'aspect net et soigné. »*

En effet, plusieurs équipements nécessitent une étanchéité optimale que cela soit le masque chirurgical et le masque FFP2, l'Appareil Respiratoire Isolant (ARI) du pompier, l'Équipement de Protection Individuelle (EPI) avec le masque NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique) ou encore le masque à oxygène des pilotes de chasse et des plongeurs.

Ainsi, durant la première guerre mondiale, en raison de l'apparition du gaz moutarde, la compagnie Gillette fut sollicitée par l'armée américaine pour doter son armée de rasoirs mécaniques(13). En France, pendant cette même période, les gares installaient des sanitaires avec rasoirs et miroirs (7).

#### 4. Pathologies courantes de la barbe

Il est intéressant de constater que les premiers professionnels à s'intéresser aux poils furent les barbiers. Ils étaient considérés comme des chirurgiens. Ils ne s'occupaient pas seulement de tailler les barbes, ils avaient aussi divers rôles comme celui de traiter les kystes, les infections cutanées, l'immobilisation des fractures et bien d'autres gestes techniques. Le plus connu est bien entendu Ambroise Paré, illustre ancêtre du médecin des armées. En France, c'est en 1743, par « Déclaration Royale », que les chirurgiens abandonnent la « barberie » pour s'adonner à la chirurgie à plein temps. Dominique Larrey, premier chirurgien de la

Garde Impériale, fut lui aussi intéressé par les pathologies pilaires et notamment par la prétendue maladie de la « Plique Polonaise », aujourd'hui dénommée « dreadlocks » (14)(15).

Les pathologies de la barbe les plus fréquentes sont détaillées ci-dessous.

a) Érythème lié au rasage : irritation et eczéma



*Figure 2 : Dermatite irritative - © IHA M. MICOT – PHA MISTRAL*

Des études réalisées par la compagnie Gillette ont montré qu'environ 12% des hommes ne ressentiraient jamais d'irritation après rasage contre environ deux tiers, se plaignant de rougeurs et douleurs (16). Cette irritation serait d'origine multifactorielle(17). La peau du menton, chez l'homme, a la particularité d'être relativement rugueuse et de cicatriser plus lentement. La peau périfolliculaire, richement innervée et vascularisée, est très sensible à l'irritation induite par une mauvaise hygiène, ou une technique de rasage inadéquate (image 6)(18). La force mécanique peut conduire à une réponse avec vasodilatation des petits vaisseaux sanguins dans le derme et se traduire par un érythème. De plus, un mauvais maniement de la lame, peut entraîner l'élimination excessive des cornéocytes immatures, augmentant ainsi les contraintes au niveau de la barrière cutanée et favorisant l'hyperprolifération des kératinocytes(16)(18). L'hétérogénéité interindividuelle, selon le phénotype de la peau et les propriétés structurelles du poil (croissance, densité, forme)(4)(19), fait que les forces requises pour le rasage diffèrent selon l'individu et explique la divergence clinique de l'irritation(16) (20).



**Image 6 :** Réponse cutanée à un stimulus mécanique. L'interaction entre la peau et le rasoir provoque une stimulation des kératinocytes via les terminaisons nerveuses (1). Activation des mastocytes périfolliculaires par des neuropeptides (2). Libération de médiateurs pro-inflammatoires provoquant une irritation locale (3). - Maurer M, *at al. The male beard hair and facial skin - challenges for shaving. Int J Cosmet Sci. juin 2016;38 Suppl 1:3-9.*

Le diagnostic différentiel à cette dermatite d'irritation est la dermatite allergique qui est due à une hypersensibilité retardée acquise à un allergène mis en contact avec la peau. L'eczéma de contact nécessite un premier contact de sensibilisation avec l'allergène avant la phase de révélation et les lésions peuvent s'étendre secondairement ( tableau 1)(21)(22)(23).

	<b>DERMATITE D'IRRITATION</b>	<b>DERMATITE ALLERGIQUE</b>
<b>DELAI D'APPARITION</b>	Immédiat	Nécessite une sensibilisation
<b>ÉTENDUE DES LESIONS</b>	Limitée à la zone de contact	Initialement à la zone de contact puis possibilité d'extension
<b>PREDISPOSITION</b>	Non	Atopie
<b>SIGNES CLINIQUES</b>	Peu prurigineux Tiraillements, picotements, érythème	Érythème, Œdème, vésicules Prurit
<b>ÉVOLUTION</b>	Guérison à l'arrêt de l'application de l'irritant	Guérison plus lente nécessité d'un traitement Arrêt de l'application l'allergène

<b>ÉTIOLOGIES</b>	Mauvaises techniques de rasage Mauvaises règles d'hygiène	Application d'un allergène Les plus fréquents : le nickel, les produits cosmétiques (parfums, mousse à raser, lotion après rasage, savons)
<b>TESTS ALLERGOLOGIQUES</b>	Négatifs	Positifs

**Tableau 1:** Caractères de différenciation entre dermatite d'irritation et dermatite allergique - Pons-Guiraud A. *Les allergies aux cosmétiques. La revue du praticien. 2006;5.*

### b) Folliculite

Affection cutanée fréquente, elle est caractérisée par une éruption pustuleuse centrée sur le follicule pileux et sur une base érythémateuse, parfois papuleuse initialement. Elle peut s'avérer prurigineuse voire douloureuse(24)(25)(26). On la retrouve volontiers au niveau des poils terminaux, donc au niveau du cuir chevelu, de la barbe, et parfois sur le tronc, les aisselles ou l'aîne. Elle est favorisée par le rasage et notamment une mauvaise pratique du rasage(27).

La différence entre les lésions non folliculaires, telles que l'acné et la folliculite, peut s'avérer difficile quand la tige pileuse n'est pas apparente(28). C'est alors l'évolutivité et l'anamnèse qui aideront au diagnostic.



**Figure 3 :** Folliculite – photographie extrait de la photothèque Hoogstra centros medicos

Plusieurs étiologies sont décrites(24)(29) mais la plus fréquente est celle causée par *Staphylococcus aureus*. On distingue les folliculites superficielles infectieuses bactériennes, fongiques et parasitaires. Les folliculites bactériennes sont provoquées principalement par les staphylocoques (*S. aureus* *S. epidermidis*), les streptocoques ou encore les bacilles grams négatifs (*Pseudomonas*). Les folliculites fongiques sont dues au *Malassezia furfur*, aux dermatophytes ou aux *Candida* (principalement chez les immunodéprimés). Les folliculites parasitaires sont moins fréquentes. Elles sont plutôt présentes chez les immunodéprimés avec notamment le demodex, également responsable de la rosacée.

Les principaux diagnostics différentiels sont l'acné et la rosacée (lésions non folliculaires) et la pseudo-folliculite en phase inflammatoire.

c) Les pathologies d'incarnation pileaire



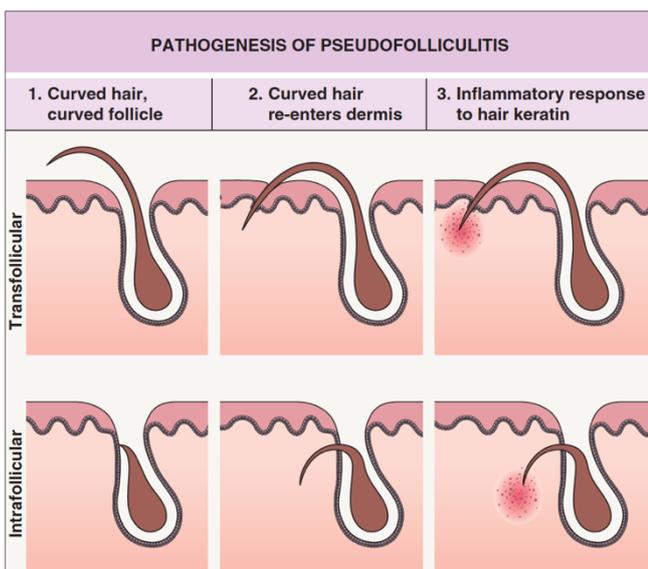
**Figure 4** : *Pili incarnati* - © IHA R. ZECH – 150<sup>e</sup> Antenne Médicale

Deux étiologies relativement similaires se distinguent au sein de la littérature : le *pili incarnati* et la pseudo-folliculite de la barbe (PFB). Ces deux entités sont souvent synonymes pour certains, de par leur aspect clinique identique, quand d'autres les distinguent, de par leurs origines. La première résulte uniquement d'une repousse difficile après rasage du poil et à son incarnation, favorisant l'inflammation. Et la seconde liée à un polymorphisme du gène K6hf, codant pour la kératine (30). Certains considèrent qu'un aspect

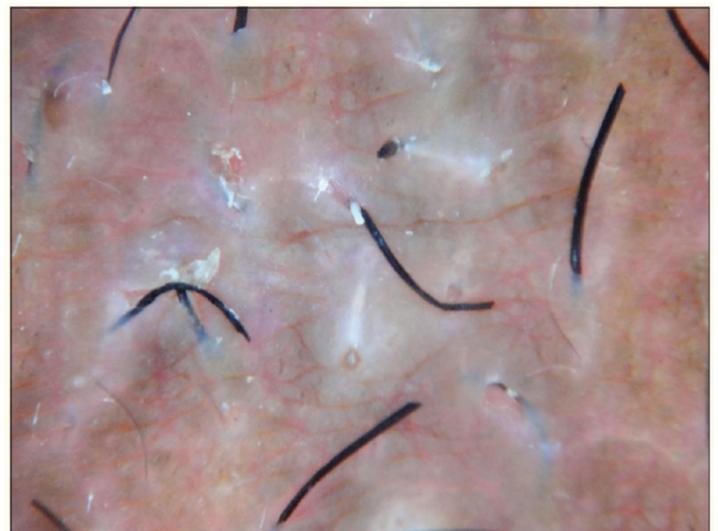
surinfecté des lésions serait en faveur d'une PFB plutôt que de *pili incarnati*. Dans notre travail, nous traiterons des deux entités comme similaires(31).

Ces pathologies, d'origine multifactorielle, sont prédominantes au sein des populations au phénotype foncé. D'après certaines études épidémiologiques, la prévalence de la PFB est estimée entre 45 à 83% dans ces populations.

D'autres facteurs impliqués sont évoqués comme la forme du follicule pileaire, la structure du poil et la méthode de rasage (image 7 et figure 5)(31–38). Dans certaines ethnies, le poil est de nature crépue et le follicule pileaire a une forme incurvée et est implanté de manière oblique dans le derme, favorisant une pousse intradermique. En outre, lorsque le poil est sortant, sa section rend le bord de la tige pileaire tranchant, à l'origine d'une réentrée cutanée(33). Dans ces deux cas de figure, cela provoque l'apparition d'une papule et d'une inflammation juxta-folliculaire. Une étude réalisée au sein de l'armée américaine recense environ 80% de PFB chez les individus à phénotype foncé(34).



**Image 7** : Physiopathologie de la Pseudo Folliculite - Hsiao JL *et al* *Folliculitis and Other Follicular Disorders*. In: *Dermatology*. 4ème édition. Elsevier; 2018. p. 615-32



**Figure 5** : Aspect au dermatoscope de la PFB - Kaliyadan F *et al*. *Clinical and Dermoscopic Study of Pseudofolliculitis of the Beard Area*. *Int J Trichology*. 2016;8(1):40-2.

Cliniquement, on observe des lésions papulo-pustuleuses, centrées sur le follicule pileaire avec un fond érythémateux. Celles-ci peuvent s'avérer prurigineuses et/ou douloureuses. L'évolution tend vers l'apparition de lésions papuleuses chéloïdes, souvent indolores mais inesthétiques (31–38). L'examen

histologique révèle une hyperkératose, une acanthose, une inflammation et une formation de micro abcès intraépidermiques(33).

Parallèlement, il est fréquent de rencontrer une « acné chéloïdienne » de la nuque chez les individus présentant des PFB. La physiopathologie est strictement identique. La différence résulte dans la localisation et la présence d'une phase clinique supplémentaire. A l'issue de l'apparition des lésions papuleuses et inflammatoires, il survient une phase cicatricielle, où les lésions convergent en un placard pseudo-chéloïdien (31,32,35,39).

## **MATERIEL ET METHODE**

### 1. Type d'étude

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), s'inscrivant dans une démarche d'amélioration des pratiques courantes, a été réalisée en se basant sur la diffusion d'un questionnaire standardisé et anonymisé, à l'ensemble des médecins des Forces.

L'objectif principal était de recueillir les pratiques concernant la prise en charge et l'exemption de rasage devant des pathologies fréquentes du visage au sein des Forces, et de les comparer à un référentiel, créé pour cette étude via un groupe de travail (consensus d'experts : l'ensemble des dermatologues des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA)).

### 2. Population étudiée

La population cible était l'ensemble des médecins des Forces, quelles que soient leur arme et leur affectation. La population source était les médecins affectés aux 16 Centres Médicaux des Armées (CMA), aux différentes Directions Interarmées du Service de Santé (DIASS), et aux Chefferies de Soutien Santé (CSS). Les critères d'inclusion étaient l'exercice au sein d'une antenne médicale des Forces et la détention du titre de docteur en médecine.

### 3. Questionnaire

Le questionnaire utilisé (*annexe 1*) comprenait deux parties. La première partie décrivait les caractères sociodémographiques du médecin et le nombre d'exemptions de rasage réalisé par mois. La seconde partie, était constituée de quatre cas cliniques : une irritation, une folliculite, une rosacée et un *pili incarnati*. Hormis la rosacée, les trois autres entités constituaient les pathologies pilaires les plus fréquentes.

Le questionnaire a été rédigé par les dermatologues de l'HIA Sainte-Anne, en prenant en compte la population étudiée et les objectifs souhaités puis a été relu et corrigé par l'ensemble des dermatologues militaires.

Le questionnaire auto-administré a été mis en ligne sur la plateforme WEPI.

#### 4. Déroulement de l'étude

L'EPP a été réalisée en suivant la réglementation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de 2004 (40). L'étude a été validée par la Direction de la Formation de la Recherche et de l'Innovation (DFRI) sous le numéro de projet 2020HJ13. L'envoi du questionnaire a été fait par la Direction de la Médecine des Forces sous le numéro d'enregistrement DMF/DIMVET 2010-010. Celui-ci a été diffusé via les messageries Intradef des CMA, des CSS et des DIASS qui ont par la suite fait suivre à leurs antennes respectives. Le message comportait une présentation de l'étude, le fonctionnement du recueil, le lien internet et un document WORD pour un meilleur aperçu des photographies.

Le recueil a commencé le 23 septembre 2020 et s'est terminé le 31 octobre 2020. Un second envoi a été effectué le 19 octobre 2020 afin de majorer le taux de participants. Le biais de répétition a été jugé faible car il était peu probable qu'un participant réponde deux fois au même questionnaire.

#### 5. Analyse des données

Afin d'analyser nos résultats, nous avons créé un score numérique sur 20. Pour ce faire, nous avons défini une notation des réponses avec trois résultats possibles, bon : 2 points, moyen : 1 point, ou mauvais : 0 point. Les questions : examens complémentaires, thérapeutiques et exemptions, ont été notées sur 8 (4 cas, donc  $4 \times 2 = 8$ ) et les diagnostics sur 4 car il n'y avait pas de réponse « moyenne » et le score « bon » était coté à 1. Les notes ont été ramenées sur 20 pour donner un score global.

Les analyses ont été réalisées en utilisant les logiciels MS Excel© et R (4.0.3). Les p-valeurs associées aux tris croisés ont été calculées exclusivement par des tests de Fisher : toutes les variables étaient qualitatives et on observait souvent moins de 5 individus au sein d'une classe. Les intervalles de confiance des pourcentages étaient calculés par la méthode de Wald avec correction de continuité.

Les seuils de séparation des scores en deux classes ont été déterminés par une analyse discriminante binaire (BINary Discriminant Analysis, BINDA). Cette méthode calcule un seuil pertinent de séparation en fonction d'une variable de classe déterminée *a priori*. Chaque variable de la première partie du questionnaire a été évaluée pour la réalisation du BINDA. La variable la plus discriminante a été retenue et utilisée pour l'ensemble des calculs de seuils (sur le score global et sur chacun des sous scores).

## RÉSULTATS

### 1. Caractéristiques sociodémographiques et nombre d'exemptions de rasage mensuel réalisé

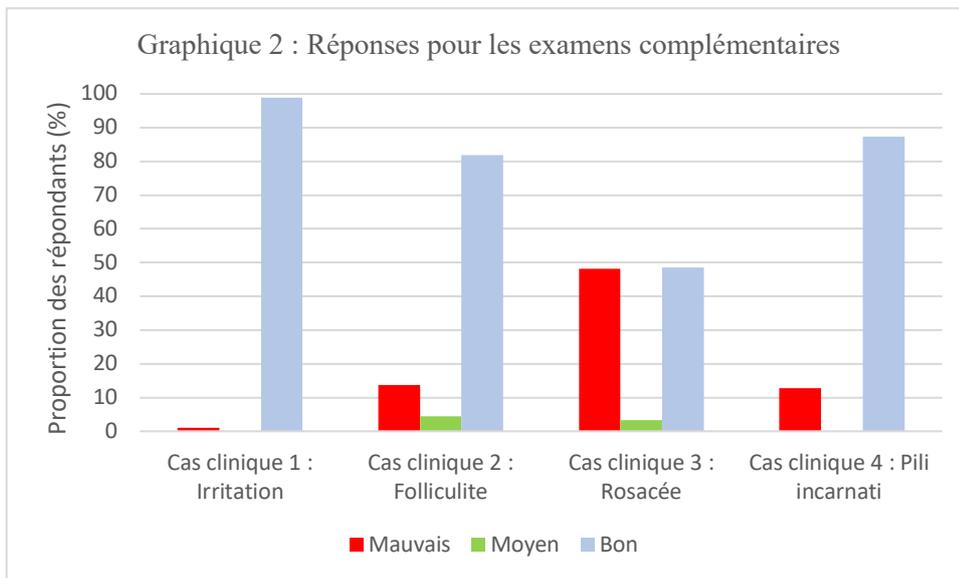
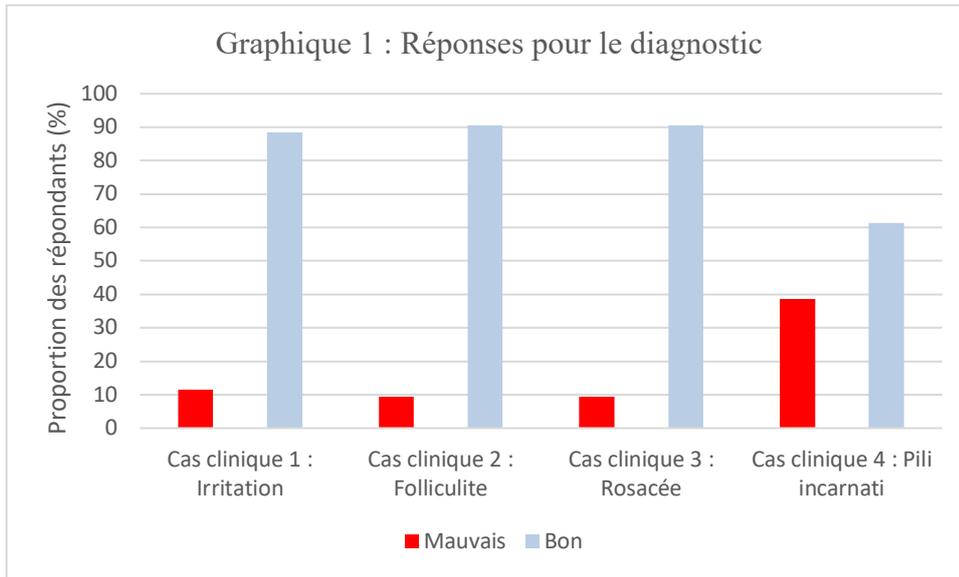
Avec un total de 181 retours, nous obtenons un taux de réponse de 26% (181 médecins répondants sur 696 médecins dans la population source), avec une répartition détaillée dans le tableau 3.

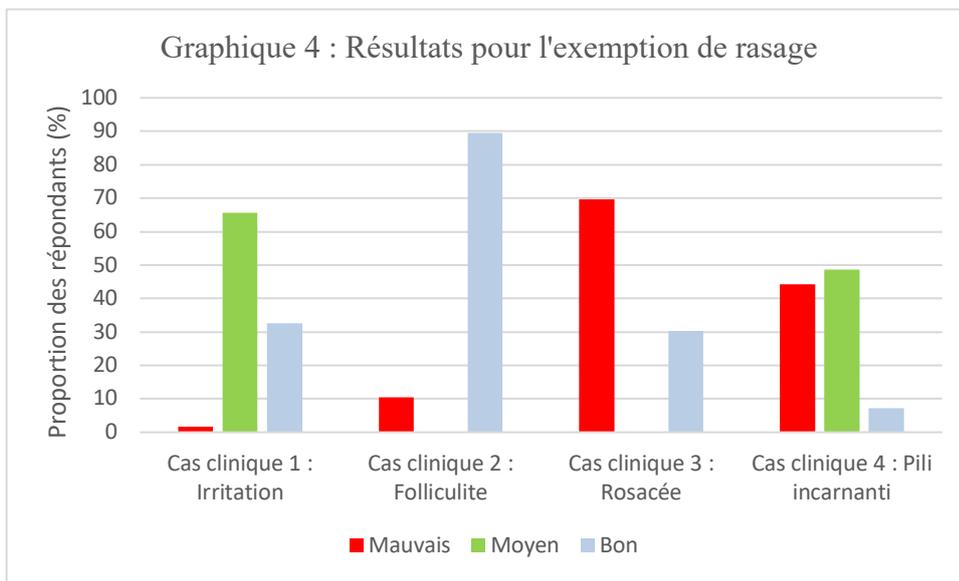
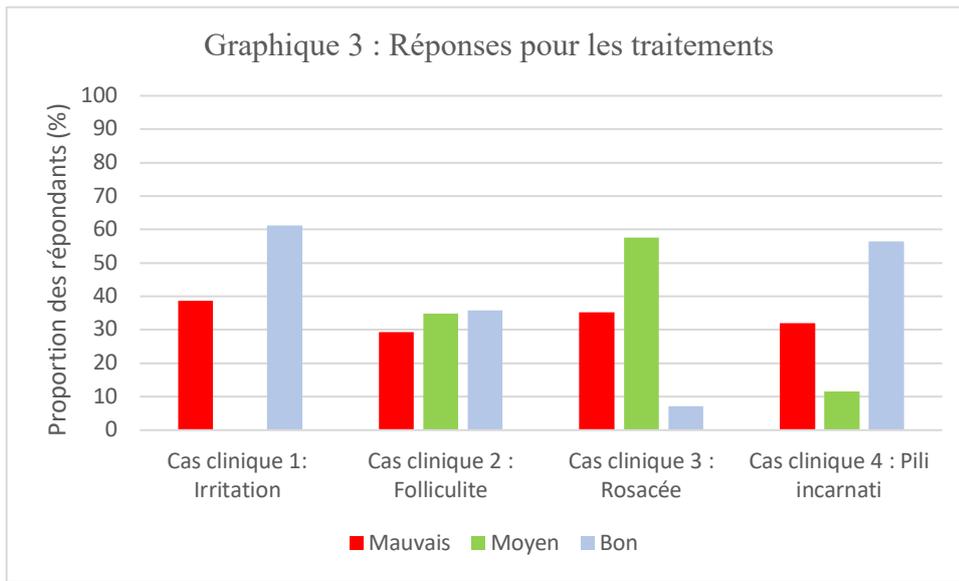
<b>Variables</b>	<b>Valeurs</b>	<b>Pourcentages</b>	<b>IC_95</b>
<b>Armée d'exercice principal</b>			
Terre	77	42,5	[35,1-50]
Air	11	6,1	[2,3-9,8]
Marine	22	12,2	[7,1-17,2]
Interarmées	71	39,2	[31,8-46,6]
<b>Région d'exercice</b>			
Nord	19	10,5	[5,8-15,2]
Sud	59	32,6	[25,5-39,7]
Est	35	19,3	[13,3-25,4]
Ouest	29	16	[10,4-21,6]
Centre	19	10,5	[5,8-15,2]
Outremer	20	11	[6,2-15,9]
<b>Grade</b>			
Médecin	41	22,7	[16,3-29]
Médecin Principal	86	47,5	[40-55,1]
Médecin en Chef	54	29,8	[22,9-36,8]
<b>Réalisation d'un stage en dermatologie durant l'internat</b>			
Oui	71	39,2	[31,8-46,6]
Non	110	60,8	[53,4-68,2]
<b>Sexe</b>			
Masculin	82	45,3	[37,8-52,8]
Féminin	99	54,7	[47,2-62,2]
<b>Nombre d'exemptions de rasage mensuel</b>			
0	86	47,5	[40-55,1]
1-2	74	40,9	[33,4-48,3]
3-4	17	9,4	[4,9-13,9]
5 +	4	2,2	[0-4,6]

**Tableau 3:** Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude et nombre d'exemptions de rasage mensuel réalisé

## 2. Réponses aux cas cliniques

Les réponses aux différents cas cliniques sont rapportées dans les graphiques de 1 à 4.





### 3. Analyse des scores selon les données sociodémographiques

La variable la plus discriminante pour le BINDA était le grade en séparant les Médecins en Chef (grade le plus élevé, associé à une durée d'exercice longue) aux Médecins Principaux et Médecins. Le seuil de discrimination retenu était de 13,57/20 pour le score global (tableau 4).

Variables	Total n (%)	Total IC 95%	< 13.57 n (%)	< 13.57 IC 95%	>= 13.57 n (%)	>= 13.57 IC 95%	p
<b>Armée d'exercice principal</b>							0,662
Terre	77 (42,5)	[35,1-50]	40 (40,8)	[30,6-51,1]	37 (44,6)	[33,3-55,9]	
Air	11 (6,1)	[2,3-9,8]	7 (7,1)	[1,5-12,8]	4 (4,8)	[0-10]	
Marine	22 (12,2)	[7,1-17,2]	10 (10,2)	[3,7-16,7]	12 (14,5)	[6,3-22,6]	
Interarmées	71 (39,2)	[31,8-46,6]	41 (41,8)	[31,6-52,1]	30 (36,1)	[25,2-47,1]	
<b>Armée de Terre</b>							0,61
Non	104 (57,5)	[50-64,9]	58 (59,2)	[48,9-69,4]	46 (55,4)	[44,1-66,7]	
Oui	77 (42,5)	[35,1-50]	40 (40,8)	[30,6-51,1]	37 (44,6)	[33,3-55,9]	
<b>Région d'exercice</b>							0,092
Nord	19 (10,5)	[5,8-15,2]	7 (7,1)	[1,5-12,8]	12 (14,5)	[6,3-22,6]	
Sud	59 (32,6)	[25,5-39,7]	40 (40,8)	[30,6-51,1]	19 (22,9)	[13,3-32,5]	
Est	35 (19,3)	[13,3-25,4]	19 (19,4)	[11,1-27,7]	16 (19,3)	[10,2-28,4]	
Ouest	29 (16)	[10,4-21,6]	13 (13,3)	[6-20,5]	16 (19,3)	[10,2-28,4]	
Centre	19 (10,5)	[5,8-15,2]	11 (11,2)	[4,5-18]	8 (9,6)	[2,7-16,6]	
Outremer	20 (11)	[6,2-15,9]	8 (8,2)	[2,2-14,1]	12 (14,5)	[6,3-22,6]	
<b>Lieu d'exercice</b>							0,178
Métropole	161 (89)	[84,1-93,8]	90 (91,8)	[85,9-97,8]	71 (85,5)	[77,4-93,7]	
Outremer	20 (11)	[6,2-15,9]	8 (8,2)	[2,2-14,1]	12 (14,5)	[6,3-22,6]	
<b>Grade</b>							0,126
Médecin	41 (22,7)	[16,3-29]	24 (24,5)	[15,5-33,5]	17 (20,5)	[11,2-29,8]	
Médecin Principal	86 (47,5)	[40-55,1]	51 (52)	[41,6-62,4]	35 (42,2)	[30,9-53,4]	
Médecin en Chef	54 (29,8)	[22,9-36,8]	23 (23,5)	[14,6-32,4]	31 (37,3)	[26,3-48,4]	
<b>Médecin en Chef</b>							0,042
Non	127 (70,2)	[63,2-77,1]	75 (76,5)	[67,6-85,4]	52 (62,7)	[51,6-73,7]	
Oui	54 (29,8)	[22,9-36,8]	23 (23,5)	[14,6-32,4]	31 (37,3)	[26,3-48,4]	
<b>Réalisation d'un stage en dermatologie durant l'internat</b>							0,456
Oui	71 (39,2)	[31,8-46,6]	36 (36,7)	[26,7-46,8]	35 (42,2)	[30,9-53,4]	
Non	110 (60,8)	[53,4-68,2]	62 (63,3)	[53,2-73,3]	48 (57,8)	[46,6-69,1]	
<b>Sexe</b>							0,905
Masculin	82 (45,3)	[37,8-52,8]	44 (44,9)	[34,5-55,3]	38 (45,8)	[34,5-57,1]	
Féminin	99 (54,7)	[47,2-62,2]	54 (55,1)	[44,7-65,5]	45 (54,2)	[42,9-65,5]	
<b>Nombre d'exemptions de rasage mensuel</b>							0,939
0	86 (47,5)	[40-55,1]	47 (48)	[37,6-58,4]	39 (47)	[35,6-58,3]	
1-2	74 (40,9)	[33,4-48,3]	41 (41,8)	[31,6-52,1]	33 (39,8)	[28,6-50,9]	
3-4	17 (9,4)	[4,9-13,9]	8 (8,2)	[2,2-14,1]	9 (10,8)	[3,6-18,1]	
5+	4 (2,2)	[0-4,6]	2 (2)	[0-5,4]	2 (2,4)	[0-6,3]	

**Tableau 4** : Score global des cas cliniques selon les caractéristiques sociodémographiques

Les autres variables sociodémographiques et le nombre d'exemptions mensuel de rasage ne permettaient pas de définir un seuil de coupure du score avec une bonne discrimination, générant des classes de faible effectif. Concernant les résultats pour les examens complémentaires, la proportion de répondants affectés à l'armée de terre qui avait un score élevé était de 51,4% [IC95% 39,3-63,4] contre 36,4% [IC95% 26,9-46,0] chez les répondants ayant un faible score ( $p=0,046$ ). En se basant sur le sexe, la proportion de femmes ayant un score élevé pour les questions relatives à l'exemption de rasage était de 73 % [IC95% 57,3-88,6] contre 50% [IC95% 41,5-58,5] chez les répondants ayant un faible score ( $p=0,012$ ). Aucune autre différence n'était significative.

#### 4. Analyse détaillée concernant l'exemption de rasage

<i>Nombre d'exemptions de rasage mensuel</i>	<b>Exercice principal</b>				<b>Totaux</b>	<b>P.valeur</b>
	Armée de Terre	Armée de l'Air	Marine Nationale	Structures interarmées		
0	26	7	10	43	86 (47,5%)	0.016
1 ou 2	35	4	10	25	74 (40,9%)	
3 ou 4	14	0	1	2	17 (9,4%)	
5	2	0	1	1	4 (2,2%)	
<i>Total</i>	77	11	22	71	181	

**Tableau 5** : Fréquence des exemptions mensuelles selon le lieu d'exercice principal

Dans le tableau 5, 52,5% des répondants réalisaient au moins une exemption de rasage par mois. Le nombre d'exemptions de rasage réalisé n'entraînait pas de différence statistiquement significative pour les réponses aux différentes questions des cas cliniques.

## DISCUSSION

### 1. Analyse des écarts

L'exemption du rasage est un problème récurrent en médecine militaire. Plus de la moitié des répondants à notre étude (52,5%) réalisaient au moins une exemption par mois. Ceci peut être dû à un biais de sélection. Les participants n'ayant pas été tirés au sort, seuls ceux ayant répondu au questionnaire ont été recrutés laissant penser que ce sont les médecins les plus concernés par cette thématique. Les pathologies liées ou aggravées par le rasage ainsi que leur prise en charge doivent donc être bien connues.

Les résultats aux cas cliniques montraient que les diagnostics étaient généralement bien posés pour l'irritation, la folliculite et la rosacée. Concernant le diagnostic de *pili incarnati*, environ 40% des répondants n'avaient pas fait le bon diagnostic. Cette entité est rare dans la population occidentale car spécifique du poil crépu et est peu enseignée. Parmi les réponses proposées, la « cicatrice hypertrophique » pouvait entraîner une ambiguïté. Chaque cas clinique ne proposait qu'une photographie sans préciser l'anamnèse rendant le diagnostic moins aisé que dans la vie courante. La formulation et le format de ce type de questionnaire peuvent être pourvoyeurs de difficultés pour les répondants et de biais. Les questions à choix multiples peuvent orienter les résultats. Ainsi pour le cas clinique de la rosacée, on observe un diagnostic posé correctement dans plus de 90% des cas mais les réponses aux autres questions pour ce cas clinique n'étaient pas bonnes chez plus de la moitié des participants. Cela implique que soit le diagnostic de rosacée est connu mais pas sa prise en charge, soit que le diagnostic a été induit par le questionnaire à choix multiples. Les réponses pour l'examen complémentaire étaient généralement bonnes sauf pour la rosacée. La prise en charge thérapeutique ainsi que l'exemption de rasage sont les deux questions qui avaient le moins de bonnes réponses, quels que soient les cas cliniques. Des propositions d'aide au diagnostic mais surtout pour la prise en charge des pathologies faciales (prévention et traitement) ont donc été suggérées dans la suite de notre travail.

Parmi les variables sociodémographiques, le grade est le seul facteur associé statistiquement au score global des cas cliniques. La proportion des Médecins en Chef dans le groupe des répondants ayant un score élevé, est significativement plus importante que dans le groupe des Médecins en Chef ayant un score faible. Ceci peut être expliqué par leur expérience. Bien que le grade soit la variable choisie pour établir la note seuil, cela ne modifie pas la significativité de ce résultat. Concernant la variable « stage en dermatologie », nous nous serions attendus à obtenir de meilleurs résultats chez les médecins passés en dermatologie pendant leur internat. Cependant, l'interne en dermatologie n'est pas confronté à ce type de pathologies durant son stage.

Ces patients ne sont vus qu'en consultation. Étonnamment, on observe un score pour l'exemption de rasage significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes sans que cela n'apparaisse pour le score global. Cette étude ne met pas en évidence de facteur objectif expliquant cette différence statistique.

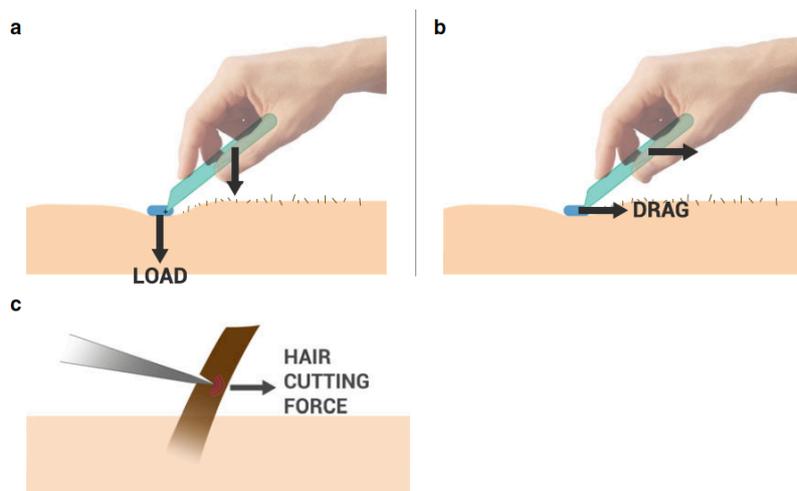
## 2. Prévention et prise en charge des pathologies faciales

La méthode de rasage, l'emploi du bon outil et l'application de règles hygiéno-diététiques permettent la prévention des pathologies provoquées ou aggravées par le rasage (41)(20). L'industrie des produits de rasage s'est largement développée ces dernières années.

### a. La pogonotomie ou l'art du rasage : un geste technique

Depuis l'apparition des premiers rasoirs mécaniques de sûreté, à lames jetables, au XIXe siècle par la compagnie Gillette (13), cet outil n'a cessé d'évoluer pour répondre aux exigences des consommateurs.

Le rasage, fait appel à trois forces biomécaniques comme le montre l'image 8 avec la force perpendiculaire qui donne l'étanchéité entre la lame et le poil, la force parallèle à la peau qui permet le déplacement du rasoir, suppléée par la force de coupe, entraînant l'incision du poil (16).



**Image 8** : Les forces biomécaniques du rasage - Cowley K, Vanoosthuyze K. *The biomechanics of blade shaving. Int J Cosmet Sci. juin 2016;38 Suppl 1:17-23.*

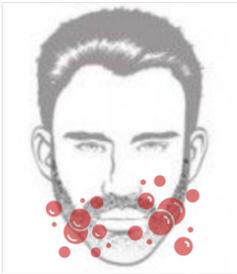
Ainsi, les rasoirs mécaniques tendent vers l'utilisation de plastique souple et flexible avec l'emploi de « ressorts » et de lames multiples pour augmenter les forces perpendiculaires et parallèles.

A cela s'ajoute la préparation de la barbe, avant rasage. Le rasage doit être fait sur une peau propre. Dans un premier temps, il est nécessaire d'humidifier le poil avec de l'eau tiède afin de l'assouplir et donc diminuer la force de coupe, d'ouvrir les pores et ainsi éliminer les impuretés. Ensuite, il est conseillé

d'appliquer une mousse ou gel lubrifiant afin de limiter les forces de cisaillement entre la lame et l'épiderme. Le rasage quant à lui doit s'effectuer dans le sens du poil, par des gestes lents et courts. Un second passage dans le sens inverse du poil est nécessaire pour raser de près. A l'issue, il est recommandé de rincer le visage avec de l'eau froide et d'utiliser un après rasage hydratant (42). Pour le *pili incarnati*, il est conseillé l'application d'eau tiède quelques minutes pour dilater les pores, l'emploi d'un gant rugueux pour faciliter la libération des poils incarnés ou encore l'emploi de rasoirs spécifiques à usage unique ou électriques (35). Par rapport au rasoir lui-même, il est vivement conseillé aux hommes se rasant fréquemment d'utiliser un rasoir électrique qui permet une nette diminution des lésions d'irritation en diminuant l'ensemble des forces citées plus haut et d'obtenir un rasage uniforme (43). En revanche, dans certaines situations comme lors d'exercices en milieux hostiles, il est difficile de nettoyer son rasoir électrique. Les rasoirs à usage unique ou à lames amovibles restent alors de mise. La question du nombre de lames fait débat. Les rasoirs 1 ou 2 lames sont généralement moins performants mais auront moins tendance à tirer et irriter la peau qu'un 3-4 lames(19,32,44). La solution idéale serait un rasoir de sûreté (monolame). Aucune étude ne précise la durée de vie d'une lame de rasoir, cela étant spécifique au rasoir, au type de peau et à la manière d'utilisation. Pour un rasage quotidien, de nombreuses marques commerciales conseillent une durée d'utilisation maximale d'une semaine. Par ailleurs, dès l'apparition d'une gêne ou d'irritation, la lame doit être immédiatement changée et en cas d'infection, la lame doit être changée quotidiennement. Il n'est pas nécessaire de désinfecter la lame après utilisation, mais il est conseillé de la protéger dans un étui, afin d'éviter l'usure. Cela permettrait de prévenir sa détérioration et donc l'irritation. L'image 9 récapitule de manière simplifiée cette prise en charge.

## L'art du rasage

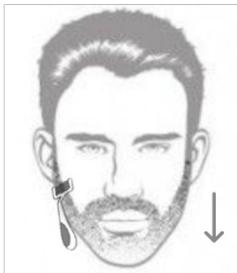
1/ Humidifier la peau avec de l'eau tiède



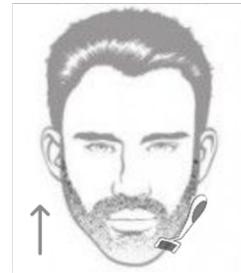
2/ Appliquer une mousse de rasage



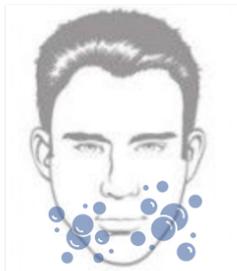
3/ Raser une première fois dans le sens du poil



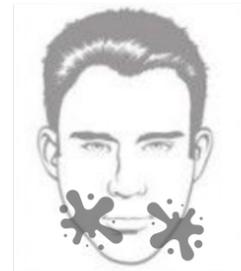
4/ Raser une seconde fois dans le sens inverse du poil



5/ Rincer avec de l'eau froide



6/ Appliquer une crème hydratante après rasage



**Image 9** : Fiche pratique – L'art du rasage

### b. Proposition d'algorithme diagnostic

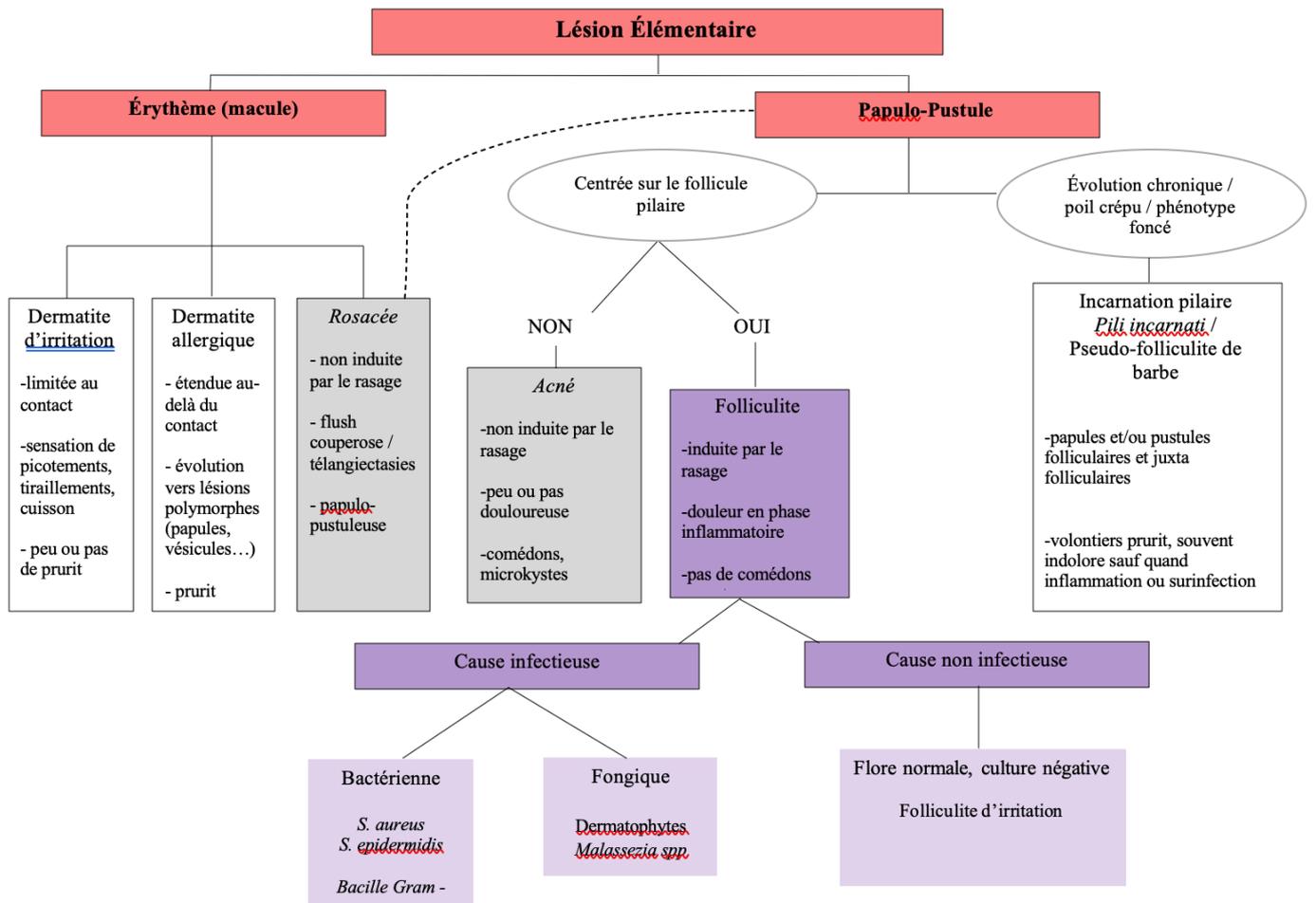
L'anamnèse et la clinique sont essentielles au diagnostic. Devant des lésions cutanées, il est important de repérer la lésion élémentaire. Dans le cas des pathologies liées au rasage, nous pouvons les scinder en 2 catégories : les érythèmes (macules) et les papulo-pustules.

Les érythèmes sont liés principalement à des dermatites de contact qui peuvent être irritatives, par une mauvaise technique de rasage, ou plus exceptionnellement allergiques. On les distinguera selon certains critères sémiologiques. Une lésion nette, limitée au contact, peu prurigineuse avec une sensation de cuisson est en faveur d'une irritation. Une éruption eczématiforme, étendue au-delà de la zone de rasage, est plutôt en faveur d'une réaction allergique.

Dans le cas de lésions pustuleuses, il faut différencier la folliculite et l'acné. La folliculite est centrée sur un follicule pileux et ne présente pas de lésion à type de comédons ouverts ni de microkystes contrairement à l'acné, mais il n'est pas rare que les deux entités soient intriquées.

Dans le cas des lésions papulo-pustuleuses, le diagnostic principal est celui de la pseudofolliculite de la barbe et/ou de *pili incarnati*. Ce type de lésion s'observe principalement chez les individus à phénotype foncé dont la courbure du poil peut induire une repousse aberrante intradermique. Lors de rasages itératifs, il peut survenir une phase aiguë inflammatoire et papulo-pustuleuse, pouvant se confondre avec une folliculite. Un examen au dermatoscope permettrait de visualiser la réincarnation pileuse. En l'absence de ce dernier, c'est la clinique (phénotype principalement) et l'évolution des lésions dans le temps qui guidera le diagnostic.

Une autre entité, la rosacée, non liée au rasage, est à connaître car elle bénéficie de traitements spécifiques. Cette pathologie non pileuse serait due à une anomalie de la microvascularisation et à la colonisation par un parasite (*Demodex folliculorum*). Son diagnostic est complexe car elle comporte toutes ces lésions élémentaires, initialement un érythème (flush se compliquant à long terme par des télangiectasies), des pustules, des papules (parfois confluentes pouvant aboutir à des lésions affichantes comme le rhinophyma).



Algorithme d'aide au diagnostic des pathologies liées au rasage

### c. Proposition de prise en charge

Le tableau 6 récapitule les prises en charge des pathologies liées au rasage.

	Dermatite irritative / Dermatite allergique	Folliculite	Pseudo-folliculite <u>par</u> incarnation pileaire	
Mesures Générales	Apprentissage au rasage et vérification de la technique. Changement de la lame de rasoir minimum hebdomadaire. Lotion après-rasage ou lavage eau-savon / rinçage, hydratation de la peau Règles hygiéno-diététiques			
Traitements	<b>Émoullients</b> Tester rasoir électrique	<b>Antiseptique moussant</b> (Chlorhexidine gluconate)  <i>si échec ou récidive:</i> <b>bactériologie des lésions</b>  <b>Antibiotique</b> <i>si staphylocoque</i> <b>MUPIROCINE</b> crème <b>matin</b> et soir <i>si portage chronique</i> <b>PRISTINAMYCINE</b> 1 g x 3/j ou <b>CLINDAMYCINE</b> 600 mg x 2/j / 10 jours	<b>Papulo-pustuleuse</b>  <i>comme une folliculite</i>  <i>Si échec</i> <b>DOXYCYCLINE</b> (100mg/j/3 mois)	<b>Papuleuse pure</b>  <b>Rétinoïdes topiques</b> ( <b>adapalène</b> ) <u>ou/et</u> <b>Dermocorticoïdes</b>
	<b>Dermocorticoïdes</b> <b>d'activité modérée non fluorés (désoside)</b> <i>si eczéma</i>		<i>si échec :</i> <b>avis spécialisé</b>	
	En cas d'aggravation, d'extension ou de chronicité : avis spécialisé, tests allergologiques => éviction allergène		<b>RIFAMYCINE + CLINDAMYCINE</b> durant 1 à 3 mois	<b>Proposition de rasage définitif (Laser)</b>
Exemption <u>de</u> rasage	Exemption temporaire (24-48h) selon l'intensité	Exemption temporaire jusqu'à guérison  <i>Si seconde récidive avis spécialisé</i>	Exemption temporaire 6 mois  Ou exemption temporaire au rasage « de près » puis si échec exemption définitive	

**Tableau 6** : Prise en charge des pathologies liées au rasage

Les règles hygiéno-diététiques (RHD) sont les mesures préventives les plus efficaces pour éviter l'apparition de ces pathologies. Il est recommandé un lavage quotidien avec des savons neutres, ainsi qu'une hydratation régulière avec des émoullients. Par ailleurs, une bonne hygiène de vie avec l'éviction du sucre et du tabac, représente des facteurs protecteurs (45). L'application d'antiseptique est peu recommandée car ils peuvent majorer les lésions d'irritation. Néanmoins, certains les préconisent de façon ponctuelle, dans les folliculites légères, en association avec les RHD, permettant d'épargner l'emploi de traitement antibiotique(26)(29). Enfin, l'apprentissage au rasage comme décrit ci-dessus représente l'élément clé de la prévention.

Concernant les dermatites de contact, leur traitement est similaire. Les simples mesures citées ci-dessus sont généralement suffisantes. Devant la persistance de l'inflammation et la sensation de gêne, une crème à base de dermocorticoïdes peut être appliquée le temps de la résolution des symptômes (46-48). On préférera alors une crème d'activité modérée (désoside). L'exemption n'est pas nécessaire au vu de la rapidité de la résolution des symptômes mais, selon, l'appréciation globale une dispense de 24-48h reste cohérente.

Concernant les folliculites de la barbe, des antiseptiques locaux, de préférence moussant à base de chlorhexidine gluconate peuvent être ponctuellement utiles pour limiter l'utilisation d'antibiotiques locaux(26)(29). Ces derniers restent la référence devant des lésions impétiginisées ou, si échec, de l'antiseptique. Différents anti-staphylococciques peuvent être employés en pratique courante. La mupirocine pommade en 1 ou 2 applications par jour pendant sept à dix jours reste la référence(49)(50). La clindamycine ou la fucidine sont souvent citées (24,26,27,29,50) mais il ne sont pas à privilégier car pourvoyeuses d'induction de résistance. C'est pourquoi un prélèvement local des lésions avec antibiogramme serait idéal. A cela peut être ajouté du peroxyde de benzoyle 5%, qui a une action kératolytique et sébostatique, neutralisant l'hyperkératinisation et l'hypersécrétion séborrhéique associée à l'acné, ainsi qu'une action anti *Propionibacterium acnes* (51). Une exemption temporaire est recommandée le temps de la disparition des lésions. Devant un échec thérapeutique, voire un aspect de sycosis immédiat, une antibiothérapie orale est justifiée, précédée d'un prélèvement local. En première intention, la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) recommande la pristnamycine 1gx3 ou la clindamycine 600x2 pendant 10 jours. Toutefois, les cyclines restent aussi un traitement de choix et sont souvent employées, notamment pour les lésions mixtes avec acné ou chez les immunodéprimés(26,29,50). Enfin, devant des récurrences ou d'autres atteintes cutanées, il faudra penser à chercher un portage chronique par écouvillonnage nasal et traiter par voie systémique.

Dans une atteinte d'incarnation pileaire, le traitement reposera dans un premier temps sur des RHD renforcées, avec notamment l'emploi d'un gant râpeux ou encore de gommages fréquents afin de faire ressortir les tiges pileaires réincarnées. Il est reconnu que ces techniques, modérément efficaces et chronophages, ne soient pas la référence au vu de la récurrence dès l'arrêt de ces mesures. De plus, il semble compliqué d'effectuer ces gestes sur les théâtres d'opérations extérieures. Certains préconisent l'utilisation de rétinoïdes topiques et/ou de dermocorticoïdes d'activité modérée durant plusieurs semaines, mais cela reste partiellement efficace (32,37,38,44,52,53). Dans le service médical de l'armée américaine, bien plus stricte sur le degré du rasage, il est proposé une épilation à l'aide de crème dépilatoire, ou bien une épilation définitive au laser(35,54). Les lasers à lumière pulsée restent la référence, notamment le Nd-YAG (55,56). Toutefois, une étude récente n'a pas montré de supériorité entre le laser Nd-YAG et les épilations chimiques (57). Ces recommandations sont décrites mais ne sont pas recommandées dans l'armée française. Deux études récentes ont prouvé l'inefficacité de la diminution de fréquence du rasage. Seul l'arrêt total du rasage a une efficacité complète sur la résolution des symptômes (36,37,58). L'alternative est alors, en France, soit une exemption complète et définitive, soit l'exemption au rasage de près et donc l'autorisation au port d'une barbe nette et taillée courte, afin de ne pas gêner l'efficacité des équipements de protection type NRBC.

Enfin, lors d'un aspect inflammatoire proche de la folliculite, notamment en phase aiguë, il est convenu de traiter par des topiques anti-staphylococciques et/ou anti-inflammatoires. En première intention, la prise en charge est similaire à la folliculite. En cas d'échec, un traitement par cyclines per os ou une association rifamycine et clindamycine sur plusieurs semaines peuvent être introduits.

### 3. Exemption

Il existe de nos jours en France une certaine souplesse concernant la pilosité du militaire. Cela relève de la spécificité du régiment, de la spécialité du soldat lui-même et assez souvent de l'attitude du commandement et notamment du chef de corps.

Le corps d'armée apparaît, de manière historique ou au travers de préjugés, comme un facteur influençant la pilosité faciale, avec l'image du « biffin » rasé de près ou celle du « marin » plus velu, ce qui peut relever d'une certaine logique, l'eau étant une denrée plus rare à bord d'un bâtiment en mer. Dans notre étude, les répondants qui exerçaient dans l'armée de terre réalisaient statistiquement plus d'exemptions que dans les autres Forces ( $p=0,016$ ). Cependant, cela n'était pas associé aux réponses des cas cliniques.



**Films cultes militaires** : en haut à gauche : Full métal jacket, en haut à droite : Top Gun, en bas à gauche : Le chant du Loup, en bas à droite : Les gendarmes de St tropez

Par ailleurs, nous nous sommes intéressés à l'exemption de rasage en Outre-mer car les phénotypes foncés sont davantage sujets au PFB ou au *pili incarnati*, et les conditions de vie en zone tropicale sont pourvoyeuses de surinfections cutanées à type de staphylococcie, streptococcie ou encore de teigne(59). Pour autant dans notre étude, cela n'influence pas les réponses aux cas cliniques. Il serait donc intéressant de savoir si c'est parce que les régiments d'Outre-mer tolèrent plus le port de la barbe ou parce que la fréquence de ces pathologies ne sont pas significativement plus élevées Outre-mer.

Notre proposition de prise en charge est adaptée aux terrains et aux OPEX bien que notre étude ne couvre pas ce périmètre. Lors de terrains avec port de charge, il est évidemment difficile d'emporter sa mousse à raser, son rasoir électrique et sa crème hydratante. De plus, durant ces exercices, le militaire est amené à se camoufler, à transpirer ou à être recouvert de particules extérieures, favorisant les irritations et les folliculites. Le port d'une barbe courte et nette est alors préférable en première intention, notamment chez une personne fréquemment sujette aux irritations cutanées.

Enfin, il est important de préciser que l'exemption de rasage impose aussi une hygiène stricte de la barbe. Les textes précisent bien que la barbe doit être « de coupe correcte, d'aspect net et soigné ». Il est donc possible pour le médecin de spécifier que « l'état de santé de M. X nécessite une exemption (définitive ou temporaire) du rasage de près dans les limites réglementaires, ne gênant pas le port d'équipements spécialisés ».

## **CONCLUSION**

Au vu de l'ensemble de ces résultats, la prise en charge des pathologies pilaires au sein des Forces semble mal connue. L'exemption de rasage est une thématique qui s'avère complexe mais fréquemment rencontrée en consultation dans les Forces. D'un point de vue purement clinique, l'exemption peut facilement être protocolaire. Nous avons proposé des aides et des algorithmes de prise en charge à adapter selon la situation.

Il est cependant intéressant d'envisager une prévention primaire de ces pathologies, notamment durant les formations militaires initiales en agissant directement sur les incorporés ou, indirectement en sensibilisant les équipes encadrantes. Une étude interventionnelle avant/après pourrait s'envisager pour évaluer l'impact de mesures de prévention.

Enfin, au vu de l'évolution sociétale et culturelle, une proposition d'actualisation du Traité toutes armes, portant sur l'hygiène de la barbe, pourrait se discuter.

# ANNEXE

## Annexe 1 – Questionnaire diffusé

### QUESTIONNAIRE

- De quelle Arme êtes-vous ?
  - Terre
  - Air
  - Mer
  - Interarme
- Dans quelle grande région exercez-vous ?
  - Nord
  - Sud
  - Est
  - Ouest
  - Centre
  - Outre-mer
- Votre sexe ?
  - H
  - F
- Votre grade ?
  - Médecin
  - Médecin principal
  - Médecin en chef
  - Médecin Général
- Durant vos études, avez-vous fait un stage en dermatologie ?
  - Oui
  - Non
- Dans votre antenne médicale (AM), combien d'exemption de rasage (temporaires ou permanentes) sont faites en moyenne par mois ?
  - 0
  - 1-2
  - 3-4
  - 5 ou plus
- Dans votre AM, pouvez-vous faire des exemptions de rasage ?
  - Oui
  - Non

7bis. Si non, est-il demandé de recourir à un avis d'un spécialiste ?

  - Civil
  - Militaire
  - L'un ou l'autre
- Dans votre AM, avez-vous un protocole établi pour la prise en charge des pathologies pilaires ?
  - Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- Seriez-vous intéressé(e) par la diffusion d'un protocole uniformisé sur la prise en charge de ces pathologies ?
  - oui
  - non

### CAS CLINIQUES

#### CAS NUMERO 1



Vous recevez en consultation un jeune incorporé actuellement en formation militaire initiale (FMI). Il se plaint de brûlures sur la zone de rasage associées à un prurit. Il présente des lésions comme sur la photo qui régressent au cours de la journée. Il dit se raser tous les jours rapidement le matin. Il dort sous tente depuis 2 semaines dans des conditions d'hygiène dégradées et en milieu humide. Il n'a pas d'antécédent médical. Il ne prend pas de toxique, il a une consommation éthylique occasionnelle.

- Quel est votre diagnostic clinique ?
  - Eczéma
  - Irritation / inflammation
  - Acné
  - Folliculite
  - Herpes, Zona
- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
  - Aucun
  - Prélèvement bactériologique et/ou mycologique
  - Bilan sanguin (LDL, CRP, Urea)
  - Virologie (PCR)
  - Avis dermatologique
- Quel(s) traitement(s) instaurez-vous ?
  - Règles hygiéno-diététiques (RHD) et éducation au rasage

- b. Anti septique local
  - c. Crème antifongique
  - d. Crème antibiotique
  - e. Avis dermatologique
4. Exemption de rasage ?
- a. Oui dès la 1<sup>ère</sup> consultation
  - b. Oui si persistance à J10-14 des lésions
  - c. Non
  - d. Avis dermatologique
5. Si exemption de rasage
- a. Ponctuelle
  - b. Définitive

#### CAS NUMERO 2



Un adjutant de compagnie consulte pour des lésions papuleuses, pustuleuses, douloureuses et inflammatoires. Il n'a pas de fièvre. Il a essayé plusieurs crèmes de rasage ou émoulinantes. Il se rase dans le sens de pousse du poil et avec un rasoir mécanique mais rien n'y fait.

Il n'a pas d'antécédent. Il ne prend pas de toxique. Il n'a pas d'allergie.

1. Quel est votre diagnostic clinique ?
- a. Rosacée
  - b. ~~Pili incarnati~~ (incarnation pileaire)
  - c. Folliculite
  - d. Acné

- e. Herpès ou zona...
2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
- a. Aucun
  - b. Prélèvement bactériologique et/ou mycologique
  - c. Bilan sanguin (igno, CRP, NFS...)
  - d. Virologie (PCR)
  - e. Avis dermatologique
3. Quel(s) traitement(s) instaurez-vous ?
- a. RHD + éducation au rasage
  - b. Anti septique local
  - c. Crème antifongique
  - d. Crème antibiotique
  - e. Avis dermatologique
4. Exemption de rasage ?
- a. Oui dès la 1<sup>ère</sup> consultation
  - b. Oui si persistance à J10-14 des lésions
  - c. Non
  - d. Avis dermatologique
5. Si exemption de rasage
- c. Ponctuelle
  - d. Définitive

#### CAS CLINIQUE NUMERO 3



Un major se présente à vous devant des pustules et une irritation localisée au menton ainsi que des rougeurs des joues, apparues depuis quelques semaines.

Il a une HTA suivie et équilibrée, un tabagisme (24 PA) et une consommation éthylique occasionnelle. Il n'a pas d'allergie

1. Quel est votre diagnostic clinique ?
- a. Rosacée
  - b. Acné
  - c. Folliculite
  - d. ~~Pili incarnati~~ (incarnation pileaire)
  - e. ~~Dermatophytie~~
2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
- a. Aucun
  - b. Prélèvement bactériologique et/ou mycologique
  - c. Bilan sanguin (igno, CRP, NFS...)
  - d. Virologie (PCR)
  - e. Avis dermatologique
3. Quel(s) traitement(s) instaurez-vous ?
- a. RHD + éducation au rasage
  - b. Anti septique local
  - c. Crème antifongique
  - d. Crème antibiotique
  - e. Avis dermatologique
4. Exemption de rasage ?
- a. Oui dès la 1<sup>ère</sup> consultation
  - b. Oui si persistance à J10-14 des lésions
  - c. Non
  - d. Avis dermatologique
5. Si exemption de rasage
- e. Ponctuelle
  - f. Définitive

#### CAS CLINIQUE NUMERO 4

Un officier originaire de Martinique consulte pour des lésions papuleuses, chroniques, indolores mais inesthétiques. Il a essayé toutes les crèmes de rasage. Il se rase dans le sens de pousse du poil et avec un rasoir mécanique mais rien n'y fait.

Il n'a pas d'antécédent notable. Il ne prend pas de toxique. Il a une allergie à la pénicilline



1. Quel est votre diagnostic clinique ?
- a. Rosacée
  - b. ~~Pili incarnati~~
  - c. Folliculite
  - d. Acné
  - e. Cicatrices hypertrophiques
2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
- a. Aucun
  - b. Prélèvement bactériologique et/ou mycologique
  - c. Bilan sanguin (igno, CRP, NFS...)
  - d. Virologie (PCR)
  - e. Avis dermatologique
3. Quel(s) traitement(s) instaurez-vous ?
- a. RHD + éducation au rasage
  - b. Anti septique local
  - c. Crème antifongique
  - d. Crème antibiotique
  - e. Avis dermatologique
4. Exemption de rasage ?
- a. Oui dès la 1<sup>ère</sup> consultation
  - b. Oui si persistance à J10-14 des lésions
  - c. Non
  - d. Avis dermatologique
5. Si exemption de rasage
- g. Ponctuelle
  - h. Définitive

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Tracqui A. Le poil: structure et physiologie. Rev Française Lab. février/mars1996;(N ° 282):5.
2. Revêtement cutané. Elsevier Masson. (Collège des enseignants en dermatologie).
3. Dréno B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. Ann Dermatol Vénérologie. févr 2008;135:149-52.
4. Bouabbache S, Pouradier F, Panhard S, Chaffiotte C, Loussouarn G. Exploring some characteristics (density, anagen ratio, growth rate) of human body hairs. Variations with skin sites, gender and ethnics. Int J Cosmet Sci. févr 2019;41(1):46-54.
5. Wang E, de Berker D, Christiano A. Biology of Hair and Nails. In 2004. p. 19.
6. Le joliff JC. Une petite histoire de rasage.
7. Cornette J, Auzépy M-F. Histoire du poil. Belin; 2011.
8. Mauduit X. La barbe: la politique sur le fil du rasoir. Paris: les Belles lettres; 2014. (Tibi).
9. Bromberger C. La place des cheveux et des poils dans les rituels et le sacré. Ann Dermatol Vénérologie. 1 mars 2016;143(3):233-9.
10. Shenefelt P, Shenefelt D. Spiritual and religious aspects of skin and skin disorders. Psychol Res Behav Manag. 7:201-12.
11. Karadimas D, Descola P. Cahiers d'anthropologie sociale 2010/1 (N° 6). l'Herne; 2010.
12. Bromberger C. Trichologiques: les langages de la pilosité. In: Un corps pour soi. 2005. p. 11-39. (Pratiques phy- siques et société).
13. The Gillette Company | Encyclopedia.com [Internet]. Disponible sur: <https://www.encyclopedia.com/social-sciences-and-law/economics-business-and-labor/businesses-and-occupations/gillette-company>
14. Rabier C. La disparition du barbier chirurgien. Ann Hist Sci Soc. 28 juill 2010;65e année(3):679-711.
15. Tilles G. La métamorphose des pliques. In: Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2013 p. 805-15.
16. Cowley K, Vanoosthuyze K. The biomechanics of blade shaving. Int J Cosmet Sci. juin 2016;38 Suppl 1:17-23.
17. Robinson MK. Population differences in skin structure and physiology and the susceptibility to irritant and allergic contact dermatitis: implications for skin safety testing and risk assessment. Contact Dermatitis. 1999;41(2):65-79.
18. Maurer M, Rietzler M, Burghardt R, Siebenhaar F. The male beard hair and facial skin - challenges for shaving. Int J Cosmet Sci. juin 2016;38 Suppl 1:3-9.
19. Cowley K, Vanoosthuyze K. Insights into shaving and its impact on skin. Br J Dermatol. mars 2012;166 Suppl 1:6-12.
20. Oblong JE. Male skin care: Shaving and moisturization needs. Dermatol Ther. 2012;25(3):238-43.
21. James W. Contact Dermatitis and Drug Eruptions. Dis Skin. :51.
22. Pons-Guiraud A. Les allergies aux cosmétiques. Rev Prat. 2006;5.
23. Yazar K, Johnsson S, Lind M-L, Boman A, Lidén C. Preservatives and fragrances in selected consumer-available cosmetics and detergents. Contact Dermatitis. 2011;64(5):265-72.
24. Hsiao JL, Kieron S. Leslie, Amy J. McMichael, Ashley R. Curtis, Daniela Guzman-Sanchez. Folliculitis and Other Follicular Disorders. In: Dermatology. 4ème édition. Elsevier; 2018. p. 615-32. (Elsevier Masson).
25. Damian Dhar A. Folliculite. MSD. aout 2007;
26. Jidar K. Infections cutanéomuqueuses. Rev Prat. 2011;(61):989-98.
27. Bologna JL, Schaffer J, Ducan K. Folliculite. In: Dermatalogie: l'essentiel. Elsevier Masson; 2018.
28. Badaoui A, Mahé E. Dermatose faciale en pratique. Rev Prat. oct 2018;68.
29. Guillet G, Karam A. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. Rev Prat. juin

- 2002;(52):1245-53.
30. Winter H, Schissel D, Parry DAD, Smith TA, Liovic M, Lane EB, et al. An Unusual Ala12Thr Polymorphism in the 1A  $\alpha$ -Helical Segment of the Companion Layer-Specific Keratin K6hf: Evidence for a Risk Factor in the Etiology of the Common Hair Disorder Pseudofolliculitis Barbae. *J Invest Dermatol.* 1 mars 2004;122(3):652-7.
  31. Franchimont C, Pierard G. Pseudofolliculite et affections apparentées chez les sujet à peau noire. *Revue médicale de Liège.* 2011;(66):140-3.
  32. Morand JJ. Pathologie des cheveux et poils crépus. *Médecine tropicale.* 2011;(71):443-9.
  33. Kaliyadan F, Kuruvilla J, Al Ojail HY, Quadri SA. Clinical and Dermoscopic Study of Pseudofolliculitis of the Beard Area. *Int J Trichology.* 2016;8(1):40-2.
  34. Perry PK, Cook-Bolden FE, Rahman Z, Jones E, Taylor SC. Defining pseudofolliculitis barbae in 2001: A review of the literature and current trends. *J Am Acad Dermatol.* févr 2002;46(2):S113-9.
  35. Headquarters department of the army Washington, DC. Pseudofolliculitis of the beard and acne keloidalis nuchae. 2000 sept. Report No.: TB MED 287.
  36. Jasterzbski TJ, Schwartz RA. Pseudofolliculitis cutis: a vexing disorder of hair growth. *Br J Dermatol.* 2015;172(4):878-84.
  37. Gray J, McMichael AJ. Pseudofolliculitis barbae: understanding the condition and the role of facial grooming. *Int J Cosmet Sci.* 2016;38(S1):24-7.
  38. Garsaud A-M. Pathologie d'incarnation des poils chez les sujets d'ascendance africaine. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 1 nov 2006;133(11):887-9.
  39. Petit A. Dermatologie sur peau noire. *La Revue du Praticien.* 2017;31(976):155-61.
  40. Moty C, Barberger-Gateau P, Salmi L-R. Lecture critique d'une évaluation des pratiques professionnelles. *Rev Médicale L'Assurance Mal.* avr 2001;volume 32 n° 2.
  41. Elsner P. Overview and trends in male grooming. *Br J Dermatol.* 2012;166(s1):2-5.
  42. Beylot G. Les produits de rasage. *Actual Pharm.* 1 oct 2013;52(529):59-60.
  43. Rietzler M, Maurer M, Siebenhaar F, Angelino S, Handt J, Burghardt R, et al. Innovative approaches to avoid electric shaving-induced skin irritation. *Int J Cosmet Sci.* 2016;38(S1):10-6.
  44. Mahé A. Traitement de la pseudofolliculite de barbe: recommandations. *Ann Dermatol Vénéréologie* 1999;126:543.
  45. Hua C, Bernigaud C, Foulet F, Chosidow O. Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques, de l'adulte et de l'enfant. *Rev Prat.* déc 2020.
  46. Cart-Tanneur M, Erpeldinger S, Pipard T, Nicolas J-F. Dermate atopique. *La Revue du Praticien.* avr 2019
  47. Toulon A. Dermate atopique | *La Revue du Praticien.* juin 2015 [cité 29 déc 2020];29(944).
  48. Wollenberg A, Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept. *Allergy.* 2009;64(2):276-8.
  49. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 15 août 2014;90(4):229-35.
  50. Laureano AC, Schwartz RA, Cohen PJ. Facial bacterial infections: Folliculitis. *Clin Dermatol.* 1 nov 2014;32(6):711-4.
  51. T.P. Habif, J.L. Campbell Jr., M.S. Chapman, J.G.H. Dinulos, K.A. Zug. *Maladies cutanées : diagnostic et traitement.* Elsevier Masson, Paris (2008), p. 616. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 1 juin 2009;136(6-7):570.
  52. Bridgeman-Shah S. The medical and surgical therapy of pseudofolliculitis barbae. *Dermatol Ther.* 2004;17(2):158-63.
  53. Ogunbiyi A. Pseudofolliculitis barbae; current treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2019;12:241-7.
  54. Chief of Naval Personnel. Management of Navy uniformed personnel diagnosed with pseudofolliculitis. 2019 oct.

55. Ross EV, Cooke LM, Timko AL, Overstreet KA, Graham BS, Barnette DJ. Treatment of pseudofolliculitis barbae in skin types IV, V, and VI with a long-pulsed neodymium:yttrium aluminum garnet laser. *J Am Acad Dermatol*. 1 août 2002;47(2):263-70.
56. Weaver SM, Sagaral EC. Treatment of pseudofolliculitis barbae using the long-pulse Nd:YAG laser on skin types V and VI. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*. déc 2003;29(12):1187-91.
57. Amer A, Elsayed A, Gharib K. Evaluation of efficacy and safety of chemical peeling and long-pulse Nd:YAG laser in treatment of pseudofolliculitis barbae. *Dermatol Ther*. 2021;34(2):e14859.
58. Daniel A, Gustafson CJ, Zupkosky PJ, Candido A, Kemp HR, Russell G, et al. Shave frequency and regimen variation effects on the management of pseudofolliculitis barbae. *J Drugs Dermatol JDD*. avr 2013;12(4):410-8.
59. Pilly E, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). *Maladies infectieuses et tropicales*. Paris: Alinéa Plus; 2015.