

GROUPE FRANÇAIS D'ETUDE ET DE
RECHERCHE SUR LE PIERCING

Guide des bonnes pratiques du piercing

Guide technique à l'usage des professionnels du
piercing, recommandations pour la prévention de la
transmission des maladies infectieuses

Sous la direction du Dr Jean-Baptiste Guiard-Schmid

Sommaire

- Preamble
- Généralités sur les risques infectieux
- Règles d'hygiène "universelles"
- Local, matériel, stérilisation
- Procédure du geste de piercing
- Soins après le geste, information au client
- Sécurité des professionnels
- Recommandations des auteurs
- Comment sécuriser la relation juridique perceur-client ?
- Textes légaux
- Lexique
- Bibliographie
- Annexes
- Groupe Français d'étude et de Recherche sur le Piercing

1 *Préambule*

1.1 Introduction

Le piercing se définit comme une pratique de modification corporelle, à visée esthétique, qui nécessite de transpercer la peau ou les muqueuses (effraction cutanée ou muqueuse) à l'aide d'aiguilles ou de cathéters, afin d'y mettre en place de façon durable un objet (généralement appelé bijou et de nature métallique). Cette effraction constitue une porte d'entrée potentielle pour des agents infectieux, au moment de la réalisation du geste mais également dans la période de cicatrisation qui s'ensuit.

Les pratiques du piercing nécessitent donc qu'un certain nombre de précautions soient prises pour limiter les risques de transmission des infections.

Ce guide a d'abord pour objectif d'aider les professionnels à comprendre les modes de transmission des agents infectieux responsables de complications du piercing. Il a ensuite pour ambition de définir un référentiel technique pour la pratique du piercing en France, visant à réduire le risque de complication infectieuse secondaire. Il s'agit de recommandations destinées à tous les professionnels concernés, quelle que soit le cadre de leur pratique.

Les infections ne sont pas les seules complications possibles du piercing. Les phénomènes allergiques sont fréquents et bien connus des perceurs, de même que d'autres complications de type traumatique. Mais le présent guide est volontairement centré sur le problème de la réduction des risques infectieux.

Les professionnels de la santé qui ont pris part à sa rédaction se gardent volontairement de porter un jugement sur les pratiques du piercing en cause. Leur point de vue est de prendre acte de l'augmentation croissante de telles pratiques de modifications corporelles en France et de proposer des recommandations techniques visant à limiter les risques de transmission d'agents infectieux au cours de leurs réalisations.

Les professionnels du piercing qui ont participé à la rédaction de ce guide souhaitent pour leur part voir émerger en France des pratiques plus sûres pour l'ensemble des personnes qui souhaitent se faire faire un piercing. Ils sont conscients de la très grande hétérogénéité des pratiques en France à l'heure actuelle. Le contenu des recommandations techniques peut paraître parfois très exigeant par rapport aux usages actuels, mais les rédacteurs sont conscients que l'émergence de leur profession ne peut se passer d'une telle démarche de rationalisation et de sécurisation des pratiques.

L'ensemble des rédacteurs de ce guide mettent en garde le lecteur sur le point suivant qui est essentiel à leurs yeux : ni la lecture de ce guide, ni l'application des recommandations

qu'il contient ne peut conférer la qualité de professionnel du piercing à celui qui l'effectue. Savoir faire et expérience professionnelle ne peuvent se résumer dans un guide technique, si complet soit-il.

La rédaction de ce guide est le fruit d'un travail collaboratif de plusieurs mois entre professionnels de la santé et du piercing, réunis régulièrement à l'hôpital Rothschild à Paris, au sein du **Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing**. Cette démarche originale et inédite en France (et même en Europe) a nécessité de part et d'autre des efforts d'écoute et de compréhension dont l'ensemble des participants aux groupes de travail se félicitent.

Les auteurs de ce guide forment le vœu qu'une diffusion large puisse en être faite auprès des professionnels concernés, par exemple au travers d'une distribution gratuite par les organisations professionnelles concernées, les fabricants et distributeurs de matériel pour le piercing, etc.

Ils demandent aux autorités sanitaires que les professionnels de santé puissent à l'avenir bénéficier d'une information spécifique concernant le piercing (techniques utilisées, la nature et la prise en charge des complications), élaborée conjointement entre experts du domaine médical et professionnels du piercing.

1.2 Que trouver dans ce guide ?

- La première partie explique les modes de transmission des infections et leurs effets sur l'organisme. Ce chapitre permet de comprendre quel est le rôle de chacun (professionnel et client) dans la prévention de ces risques et d'informer le client avant l'acte.
- La deuxième partie présente les règles dites "universelles" d'hygiène. Ces règles sont reconnues par tous pour limiter les risques de transmission des agents infectieux. Elles doivent être respectées lors de toute pratique comportant une effraction cutanée.
- La troisième partie indique les caractéristiques à respecter pour l'installation des locaux de travail, le choix du matériel, les référentiels en matière de stérilisation des instruments ainsi que la gestion des déchets.
- La quatrième partie est consacrée aux procédures à respecter avant et pendant le geste lui-même, en particulier le lavage des mains et le nettoyage de la peau.
- La cinquième partie donne les informations nécessaires à connaître après le geste et donc à transmettre au client : quels soins appliquer, quelles précautions prendre et que faire s'il survient une infection.
- La partie suivante informe le professionnel sur les risques d'accident d'exposition au sang. Les procédures rendues obligatoires ces dernières années dans les établissements de santé en cas de blessure d'un professionnel par un instrument piquant sont reprises pour que les destinataires de ce guide sachent quelle conduite adopter en cas de blessure.
- Suit une liste de recommandations générales et de suggestions, concernant l'évolution des conditions d'exercice des professionnels du piercing en France, que les auteurs de cet ouvrage appellent de leurs vœux, qui visent à faciliter l'application la plus large des bonnes pratiques ici détaillées.
- Enfin, la dernière partie discute de la nature de la relation contractuelle entre perceur et client.
- Un recueil des textes légaux en vigueur ainsi qu'un lexique reprenant les principaux termes techniques utilisés dans ces recommandations figurent en fin d'ouvrage.
- Une bibliographie permet de se référer à l'ensemble des informations scientifiques auxquelles les auteurs ont eu recours pour la rédaction du guide.

2 Généralités sur les risques infectieux

2.1 Pourquoi des risques infectieux ?

La peau et le revêtement des muqueuses constituent la première barrière et la plus efficace contre les microorganismes (microbes) qui peuplent notre environnement. Ces microorganismes sont des bactéries, des virus ou des parasites qui cherchent un hôte pour se multiplier.

En temps normal, la peau et les muqueuses saines portent des microorganismes à leurs surfaces, comme la plupart des objets qui nous entourent, sans aucune conséquence pathologique pour autant. Dans certaines circonstances ces microorganismes peuvent s'introduire dans notre organisme à la faveur de piqûres, coupures, brûlures ou blessures diverses, accidentelles ou intentionnelles ; c'est ce que l'on appelle une " effraction cutanée ou muqueuse ". Lors d'une effraction cutanée ou muqueuse, la pénétration de microbes peut entraîner une infection locale, parfois grave lorsque l'infection se dissémine secondairement dans l'organisme. En cas de rupture de la barrière cutanée ou muqueuse, l'infection peut être due à des microorganismes présents à la surface de la peau, mais aussi à la présence de microorganismes sur le matériel qui a occasionné cette effraction.

2.2 Mécanismes de l'infection : des risques pour qui ?

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

L'infection peut être due à des *microorganismes présents sur le matériel*. On dira alors qu'il est contaminé. Ces microorganismes peuvent provenir :

- d'un client précédent,
- des surfaces avec lequel ce matériel aura été en contact durant la procédure,
- des mains de l'opérateur réalisant la procédure,

Ces mécanismes sont susceptibles d'entraîner la transmission d'une infection d'un client à un autre client ou d'un opérateur à son client.

Par ailleurs, si l'opérateur se blesse au cours d'un geste, l'effraction cutanée ou muqueuse est susceptible d'entraîner la transmission d'une infection du client à l'opérateur (voir sécurité des professionnels).

Le risque infectieux concerne donc tout à la fois clients et opérateurs dans la pratique du piercing, du tatouage, du maquillage permanent, de l'épilation par électrolyse ou du rasage.

2.3 Quels sont ces risques ?

Les infections les plus courantes sont dues à des bactéries et se développent à partir du site de l'intervention. Elles sont particulièrement fréquentes dans le cas du piercing (entre 10% et 30% d'infections locales). Elles mettent surtout en jeu les streptocoques, les staphylocoques et parfois les *Pseudomonas*.

Les infections dues à des virus sont également possibles. Cependant les données scientifiques disponibles sont très peu nombreuses et le risque de transmission est mal évalué pour les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC), encore moins pour le virus du sida (VIH).

La possibilité d'une contamination par le VHB et le VHC est tout de même solidement établie, mais il persiste un doute sur la transmission du VIH. Dans une situation relativement proche de celle du piercing, on connaît mieux ce risque dans celui des accidents d'exposition au sang des professionnels de santé où il est plus élevé avec le VHB (20 à 30%) et le VHC (3 à 10%), qu'avec le VIH (moins de 3 pour mille).

Des infections dues à d'autres microorganismes peuvent plus rarement survenir comme les virus herpes ou le papillomavirus (responsable des verrues).

2.4 Existe-t-il des personnes fragilisées ?

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

Par ailleurs, l'utilisation prolongée de certains médicaments peut également entraîner une baisse des capacités de défense de l'organisme. Les principaux médicaments concernés sont les corticoïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui sont très fréquemment prescrits.

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

Enfin, les maladies chroniques de la peau, parmi lesquelles l'eczéma est la plus fréquente, fragilisent le revêtement cutané et doivent faire discuter de l'opportunité de réaliser un piercing.

Les infections dentaires, de la bouche, de la gorge, des parties génitales, doivent également tenir lieu de contre-indication à des manœuvres de piercing de la langue, les lèvres et des joues.

2.5 Autres risques

Parmi les complications décrites dans le piercing, les infections dominent largement en fréquence. Ce ne sont toutefois pas les seuls risques possibles : des réactions allergiques (métaux des bijoux implanté, produits utilisés pour les soins après le geste) et des cicatrisations pathologiques sont possibles.

Quelques complications plus spécifiques au piercing ont été également rapportées: fractures dentaires, pertes de sensibilité, délabrements tissulaires.

3 Règles d'hygiène universelles

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

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

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

3.1 Pour limiter la transmission entre client et opérateur

3.1.1 Le lavage et la désinfection des mains

Le lavage des mains est la mesure la plus importante pour prévenir la transmission des infections. Il se pratique le matin en arrivant et le soir en partant, avant et après tout geste contaminant ou à risque.

Le port des gants ne dispense pas du lavage des mains.

Le lavage des mains est réalisé avec du savon liquide (conditionné en distributeur), les mains sont rincées à l'eau puis séchées avec des essuie-mains jetables. La procédure de lavage des mains est détaillée ci-après.

3.1.1.1 Lavage des mains :

Le lavage se fait sur des mains sans bijoux, aux ongles courts, propres et sans vernis.

- Mouiller les mains.
- Mettre une dose de savon doux.
- Frotter au moins 30 secondes en insistant sur les ongles et les espaces interdigitaux. Ne pas oublier les avant-bras.
- Rincer abondamment à l'eau tiède en commençant par les mains et en les gardant toujours plus hautes que les coudes.

- Sécher par tamponnements avec une serviette à usage unique en papier absorbant.
- A défaut de lavabo à commande à pied, fermer le robinet avec la serviette.
- Jeter la serviette.

Deux types de savon peuvent être utilisés : du savon liquide doux non antiseptique, du savon liquide antiseptique.

On n'utilise pas l'un ou l'autre au hasard.

Quand se laver les mains avec un savon liquide doux non antiseptique ?

- avant et après tout contact avec un client
- après avoir manipulé des objets contaminés, souillés par du sang, de la salive ou des sécrétions respiratoires
- après tout geste de la vie courante (sortir des toilettes, manger, fumer, etc.)
- avant de mettre des gants non-stériles et après les avoir retirés.

Quand se laver les mains avec un savon liquide antiseptique (désinfection) ?

- avant de mettre des gants stériles
- avant tout geste comportant une effraction cutanée

3.1.1.2 Désinfection des mains :

Les solutions hydro-alcooliques peuvent être utilisées sur des mains propres, en lieu et place d'un lavage au savon antiseptique, lorsqu'on est dérangé au cours d'un acte, sans pour autant s'être sali les mains en manipulant des objets souillés (par exemple décrocher un téléphone, ajuster la source lumineuse ou toucher un instrument non stérile et non souillé). Il s'agit alors non pas d'un lavage, mais d'une désinfection des mains, dont la procédure simple est la suivante.

- Mettre une noisette de solution hydro-alcoolique dans le creux d'une main.
- Frotter les deux mains jusqu'à évaporation complète, en insistant sur les espaces interdigitaux et le dos des mains.

3.1.2 Les gants

3.1.2.1 Les gants d'examen non stériles :

Ils sont utilisés pour protéger les mains de l'opérateur. Il est recommandé d'en porter dès qu'il y a un risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques. Cette protection est

indispensable si les mains de l'opérateur présentent des plaies ou des lésions de la peau (eczéma, etc.)

3.1.2.2 Les gants chirurgicaux stériles :

Ils sont utilisés pour protéger le client.

Ils doivent être portés :

- Pour réaliser le geste comportant une effraction cutanée
- Pour manipuler du matériel stérile.

Il faut se laver les mains au savon liquide antiseptique avant d'enfiler ces gants chirurgicaux stériles.

Quel que soit le type de gants, il est nécessaire d'en changer entre chaque client.

3.1.3 Autres mesures de protection : les lunettes et les tabliers

Il est recommandé de porter des lunettes de protection s'il existe un risque de projection (par exemple lors d'un tatouage). Le port d'un tablier par le professionnel permet de protéger ses vêtements s'il existe un risque de souillures. Lunettes et tabliers doivent être lavés régulièrement et dès qu'ils sont souillés.

3.2 Pour limiter la transmission de client à client

3.2.1 Tous les articles " qui percent la peau " doivent être stériles

Il faut utiliser chaque fois que possible du matériel à usage unique vendu stérile par le fabricant (il est pré-emballé et la mention " stérile " est indiquée sur l'emballage).

Les aiguilles utilisées sont impérativement à usage unique, dans tous les cas, et pour toutes les techniques de modifications corporelles. Après utilisation, ce matériel est jeté dans des collecteurs spécialement prévus à cet effet.

Le matériel réutilisable doit être stérilisé par l'opérateur après chaque utilisation. Dans le cas du piercing, le bijou doit lui aussi être stérile au moment de sa mise en place.

Le principe et les procédures de stérilisation sont détaillés dans les chapitres suivants.

3.2.2 Nettoyer et désinfecter les outils non stérilisables

Le matériel non stérilisable doit être correctement nettoyé et désinfecté entre chaque client.

3.2.3 Nettoyer et désinfecter les surfaces de travail

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

3.2.4 Eliminer correctement les instruments souillés piquants et tranchants

Les objets piquants ou coupants, comme les aiguilles, ayant été utilisés pour un client doivent être considérés comme potentiellement contaminant. Ils seront directement déposés dans un collecteur ou conteneur spécialement adapté afin d'éviter toute blessure, piqûre ou coupure (cf. chapitre 7).

3.3 Pour limiter “ l'auto-infection ” du client

Ces mesures ont pour objectif d'éviter la pénétration dans l'organisme d'agents infectieux plus ou moins pathogènes présents sur la peau du client au moment de l'effraction cutanée.

3.3.1 Ne pas percer une peau ou une muqueuse qui semble infectée

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

3.3.2 Désinfecter l'endroit qui va être percé avec un antiseptique

Les règles de préparation de la peau ou des muqueuses avant tout geste comportant une effraction cutanée ou muqueuse doivent être systématiquement respectées (voir procédure du geste).

4 Local, matériel, stérilisation

4.1 La salle de stérilisation

Le lieu de nettoyage et de stérilisation du matériel doit être séparé des autres au minimum par une cloison, l'idéal étant une pièce distincte. Cette pièce n'a pas besoin d'être grande. Elle se divise en deux parties :

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

Dans cette salle, le port des gants est obligatoire.

Il est important de respecter à chaque étape un flux logique, évitant tout croisement entre matériel sale et matériel propre.

"On va toujours du sale vers le propre"

4.1.1 Dans la partie sale ou contaminée (zone de nettoyage) se trouvent :

- Le bac de décontamination (avec couvercle et panier) pour les instruments souillés déjà utilisés. On doit porter des lunettes pour se protéger quand on le manipule.
- Un lavabo pour le nettoyage et le rinçage.
- Le bac à ultrasons pour compléter le nettoyage des instruments (avec couvercle et panier).
- Un emplacement pour le séchage.

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

4.1.1.1 Décontamination

La décontamination (ou pré-désinfection, selon le terme officiellement admis) est le premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés dans le but de diminuer la population de micro-organismes et faciliter leur nettoyage ultérieur, de protéger le personnel lors de la manipulation d'instruments. Le bac de décontamination doit être compatible avec les produits utilisés, produits **détergents-désinfectants** répondant aux normes AFNOR.

Comment décontaminer :

- Préparer le bain de trempage en mélangeant le produit avec de l'eau tiède,
- Respecter la dilution recommandée par le fabricant,
- Ne jamais mélanger deux produits différents,
- Changer le bain tous les jours, sauf si le matériel est particulièrement souillé (dans ce dernier cas, changer le bain à chaque fois),
- Mettre à tremper, après utilisation, le matériel dans les meilleurs délais,
- Ne jamais laisser sécher les instruments souillés,
- Faire tremper le matériel pendant la durée indiquée par le fabricant (généralement 15 à 30 minutes),
- Retirer le panier contenant le matériel du bac de décontamination (avec gants, lunettes, blouse et masque),
- Rincer à l'eau du robinet.
- Garder la tenue de décontamination à l'intérieur de ce lieu de stérilisation et dans la zone contaminée,
- Jeter les gants,
- Le bac de décontamination doit être rincé et nettoyé chaque jour avec le ou les produit(s) adapté(s), puis séché soigneusement.

Le port de gants est obligatoire et le port de lunettes est recommandé afin d'éviter le contact du produit **détergent-désinfectant** avec la peau et les muqueuses. En cas de projections, laver immédiatement et rincer abondamment à l'eau, et si nécessaire consulter un médecin spécialiste.

4.1.1.2 Nettoyage

Le nettoyage est une phase très importante qui permet l'élimination des souillures encore présente sur le matériel. C'est la phase secondaire à la décontamination. Le nettoyage permet d'obtenir un niveau minimum de contamination nécessaire pour une bonne stérilisation. Il s'agit d'une opération mécanique réalisée par brossage du matériel avec une brosse souple à l'aide d'un produit détergeant. Il faut éviter toutes projections pour ne pas contaminer l'environnement.

Ce nettoyage peut-être réalisé avec le produit détergeant-désinfectant ou avec un détergent spécifique. Si le produit détergeant est différent du détergeant désinfectant, il faut obligatoirement rincer le matériel entre les deux étapes.

On utilise généralement un **bac à ultra-sons** pour compléter le nettoyage (meilleure qualité de nettoyage et moins de manipulations). Les ultrasons permettent de mieux décoller les souillures présentes sur le matériel en associant trois actions:

- **mécanique**: le frottement (ou les vibrations) pour décoller les souillures
- **chimique**: le produit (tensio-actif alcalin en général) solubilise les souillures
- **thermique**: la chaleur du bain accélère la vitesse de nettoyage.

Comment utiliser un bac à ultrasons :

- Utiliser un bac à ultrasons avec panier et couvercle,
- S'assurer de son bon fonctionnement et que sa puissance est suffisante,
- Ne jamais mettre le matériel à nettoyer en contact direct avec le fond,
- Mettre un couvercle sur le bac à ultrasons pendant la phase de travail,
- Les produits détergents ou détergent-désinfectants utilisés doivent répondre aux normes AFNOR et être compatibles avec les ultrasons.
- Respecter les recommandations du fabricant pour la dilution du produit et le temps de contact des instruments avec le produit,
- Rincer abondamment le matériel après le passage dans le bac à ultrasons.

4.1.1.3 Séchage

"Seul un matériel propre et sec pourra être correctement stérilisé"

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

4.1.2 *La partie propre (zone de conditionnement et stérilisation)*

Elle est considérée comme propre, et comporte :

- L'emplacement pour le conditionnement.
- L'emplacement pour l'autoclave

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

4.1.2.1 Conditionnement

"Seul un matériel correctement conditionné pourra rester stérile après stérilisation"

Pour éviter qu'un objet stérile soit contaminé par contact avec le milieu extérieur, il est nécessaire de le conditionner avant stérilisation dans un emballage spécifique protecteur de la stérilité.

Ce n'est qu'au moment de son utilisation qu'il doit être déballé. Le conditionnement et le mode de conservation du matériel stérile font intégralement partie de la stérilisation.

Les emballages des instruments doivent indiquer une date de réalisation.

Pour conditionner il faut :

- Des sachets pelables spécifiques pour la stérilisation par la vapeur d'eau : une face papier, une face plastique, avec témoin de température. Ils doivent posséder 3 soudures thermiques pour être aux normes.
- Une soudeuse.

Comment conditionner correctement son matériel :

- Si le matériel possède des parties démontables, il faut le démonter entièrement.
- Si le matériel n'est pas démontable, on le laissera en position ouverte pour permettre le passage de la vapeur.
- Il faut mettre de préférence un seul objet par sachet et souder le sachet avec la soudeuse en vérifiant que la soudure est correcte et régulière.
- Aucun obstacle ne doit empêcher la pénétration de la vapeur au contact et à l'intérieur du matériel à stériliser.

Un sachet peut garantir la stérilisation de l'instrument conditionné pendant un à trois mois, selon le modèle utilisé. Après ce laps de temps, il devient micro-poreux. Tout emballage abîmé, mouillé et/ou ouvert doit être considéré comme non stérile.

4.1.2.2 Stérilisation

"Seul un matériel propre, sec et bien conditionné pourra être correctement stérilisé"

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

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

Pour stériliser des objets conditionnés, il faut un **stérilisateur avec vide fractionné et séchage**. Ce type d'autoclave permet la stérilisation de sachets emballés et de produits creux. Des normes AFNOR spécifiques aux petits stérilisateurs sont en cours d'élaboration, et ce type d'appareil correspondrait à une future " classe B " (réf. Pr EN 13060-1 et 2).

Un stérilisateur est classé "dispositif médical" et doit posséder le marquage "C.E". Seul un stérilisateur validé, correctement entretenu et suivi, faisant l'objet d'une maintenance régulière, permettra de garantir le résultat de la stérilisation.

Comment stériliser :

- Ranger les produits conditionnés face papier contre face papier, pour éviter que la face plastique d'un sachet obstrue la face papier d'un autre sachet, car seule la face papier du sachet laisse passer la vapeur d'eau.
- Ne pas trop serrer les produits conditionnés dans l'autoclave.
- Placer un intégrateur dans un sachet isolé au milieu de la charge (cf. ci-dessous).
- A la fin du cycle, vérifier l'intégrateur et l'intégrité des emballages ainsi que la conformité du diagramme (quand il existe).

L'intégrateur est un témoin qui réagit selon 3 paramètres : température, temps, pression. Il permet de vérifier le fonctionnement de l'appareil, mais il ne constitue pas une preuve formelle de la qualité de la stérilisation.

Le diagramme permet en revanche d'avoir la preuve du bon fonctionnement de l'appareil.

Attention, à l'ouverture de la porte, les produits doivent être totalement secs. Tout emballage ou instrument humide n'est pas stérile. Il doit donc être reconditionné et stérilisé à nouveau.

**"On ne doit pas sécher le matériel avec un stérilisateur dont
la porte est ouverte"**

Entretien et contrôle du stérilisateur :

Il convient de se renseigner auprès des revendeurs pour connaître les procédures d'entretien relatives à chaque appareil et de faire vérifier son appareil au moins une fois par an.

Il ne doit jamais y avoir de dépôt dans une cuve, ni de changement de couleur.

Pour contrôler le stérilisateur, on utilise un **test de Bowie-Dick** à réaliser une fois par semaine au moins et si possible quotidiennement. Celui-ci permet de vérifier la capacité du stérilisateur à faire le vide et permet de détecter un joint percé (la présence d'air diminue l'efficacité du stérilisateur). Ce test se réalise soit avec une charge témoin et une feuille réactive, soit avec un test à usage unique.

Cependant, les tests vendus sur le marché ne correspondent pas à tous les autoclaves et il faut donc se renseigner auprès du revendeur.

On peut aussi contrôler son autoclave avec des **indicateurs microbiologiques** (spore tests) qui permettent de donner une indication sur le bon fonctionnement de l'appareil.

Attention : les anciens stérilisateurs à chaleur sèche dits "Poupinel" (inefficaces sur les prions) et les stérilisateurs "à billes" (interdits en France) ne doivent plus être utilisés (réf. Circulaire DGS/DH n°100 du 11/12/1995, Arrêté du 11/12/1998).

Stockage des produits conditionnés et stérilisés

Le stockage des matériels stérilisés nécessite un lieu propre et sec, à l'abri du soleil, de préférence une armoire en inox,

Il ne faut pas utiliser d'armoire ou d'étagère en bois et en règle générale toute surface micro poreuse.

La durée de stockage recommandée est de trois mois maximum dans les conditions précitées.

Toute détérioration de l'emballage doit conduire au reconditionnement et à une nouvelle stérilisation du matériel, s'il est réutilisable.

4.2 La salle de travail ou salle de piercing

La salle de piercing doit être isolée de la salle d'attente et de la salle de stérilisation.

On peut y distinguer trois zones

- une zone sale ou contaminée
- une zone moyennement propre
- une zone propre

Dans la **zone dite “ sale ”** se trouvent un plateau à déchets pour mettre après usage les instruments souillés réutilisables, le bac de décontamination (un bac avec fente est conseillé afin d'éviter les projections), une poubelle à pédale, avec couvercle, pour les déchets et un conteneur à objets piquants et tranchants souillés, à usage unique.

La poubelle doit en principe posséder un couvercle fonctionnant à pédale, et porter l'inscription " danger " sur le couvercle. Le container à aiguilles usagées doit être en plastique avec fermeture définitive une fois rempli .

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

Dans la **zone dite “ propre ”**, on déballe et prépare les instruments pour le geste du piercing. Une table roulante, un meuble, ou encore un plan de travail font l'affaire, de préférence en inox ou en revêtement plastique résistant et lisse (pour faciliter le nettoyage). Cet espace ne doit pas être contaminé. On y trouve les flacons d'antiseptiques, les lingettes, les gants d'examen médicaux. Les champs, les compresses, les gants stériles peuvent être rangés dans des tiroirs immédiatement accessibles. Sur ce plan de travail, on dépose les objets nécessaires au geste, une fois déconditionnés, sur un champs ou un plateau stérile.

4.3 Nettoyage et désinfection de l'espace de travail

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

Une fois par jour, il faut procéder à un nettoyage soigneux des locaux de travail, avec un produit adapté (détergent-désinfectant pour surface). L'idéal est d'appliquer une procédure standardisée pour cette opération, qui sera reprise par chaque personne à qui pourra revenir cette charge.

4.3.1 *Procèdera ainsi au nettoyage des équipements suivants chaque jour*

- Le lavabo et le(s) robinet(s),
- Le divan d'examen,
- Le plan de travail contaminé,
- Le plan de travail propre,

- La poubelle.

4.3.2 Procéder au nettoyage suivant au moins une fois par semaine

- Le sol,
- Les plinthes à gorge.

4.3.3 Comment faire ?

Comme pour les instruments ou les mains, il y a toujours 2 phases :

- Nettoyer avec un détergent-désinfectant,
- Désinfecter avec un produit adapté au type de surface,
- Commencer par la zone la plus propre et finir par la zone la plus sale.

4.4 Les bijoux de piercing

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

Il subira ensuite une stérilisation à l'autoclave selon les procédures décrites plus haut.

“ Tout bijou de piercing doit être stérilisé avant la pose ”.

Quel que soit le produit utilisé (produit désinfectant, type glutaraldéhyde, ou produit détergent-désinfectant), la désinfection ne remplace en aucun cas la stérilisation.

“ Le glutaraldéhyde ne stérilise pas ”.

Seul un bijou stérilisé peut être utilisé lors de la réalisation d'un piercing (bijou dit “ de pose ”). Si le matériel implantable ne supporte pas la stérilisation, il ne peut être utilisé comme bijou de pose. Lorsque le piercing est complètement cicatrisé, l'utilisation de “ bijoux fantaisie ” non stérilisables peut être envisagée, à condition que ceux-ci aient subi une désinfection à l'aide d'un produit désinfectant (contenant généralement du glutaraldéhyde), possédant des propriétés bactéricides, virucides, fongicides et sporicides. Ces produits ne possédant aucune action détergente, le bijou doit avoir été préalablement nettoyé

soigneusement. Il faut respecter le temps de contact du matériel avec le produit indiqué par le fabricant et rincer ensuite abondamment à l'eau stérile le matériel avant toute utilisation.

4.5 Cas particulier des pistolets perce-oreille

Le piercing du lobe de l'oreille est en France pratiqué majoritairement par des bijoutiers. Ils utilisent des "pistolets" automatiques spéciaux "perce-oreilles" dont le mécanisme à ressort permet d'insérer un clou métallique au travers du lobe, secondairement fixé en arrière par un clip.

Alors que cette opération est considérée comme très banale et ne fait l'objet d'aucun contrôle sanitaire particulier, le risque de complication infectieuse est pourtant décrit depuis longtemps.

Il est impossible de les nettoyer et les stériliser correctement. Les dispositifs à cartouches stériles jetables ne permettent pas plus de garantir un piercing sans risque.

L'utilisation des pistolets "perce-oreilles" et autres appareils manuels de piercing doit en conséquence être proscrite.

4.6 Elimination des déchets

4.6.1 Les risques liés aux déchets

Après un geste de piercing, les déchets qui ont été produits demeurent potentiellement dangereux. Il existe en effet un risque de se blesser avec les matériels piquants ou tranchants, blessure à l'occasion de laquelle des micro-organismes peuvent être transmis à la victime.

La victime peut être :

- Une personne travaillant dans le local où le piercing a été réalisé (en premier lieu le perceur lui-même),
- Une personne chargée de transporter ou de détruire les déchets, si ceux-ci ne sont pas conditionnés dans des collecteurs spéciaux non perforables.
- Les déchets peuvent également contaminer l'environnement de travail du professionnel (surfaces, mains) et favoriser ainsi la transmission d'un micro-organisme à un futur client.

Les déchets peuvent donc présenter divers risques qu'il convient de réduire pour protéger les clients, les perceurs, les agents chargés de l'élimination des déchets et l'environnement.

4.6.2 Eliminer correctement les déchets

Le traitement des déchets liés à des activités de soin est réglementé par des textes spécifiques. Ces textes réglementaires précisent notamment que tout praticien libéral est responsable des déchets produits à son cabinet (Circulaire N° 93-22 du 25 février 1993), que les matériels “ piquants ou tranchants ”, susceptibles d'avoir été en contact avec des liquides biologiques (sang, etc.) et destinés à être jetés, doivent être traités selon une procédure particulière (Décret N° 97-1048 du 6 novembre 1997) :

- ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production,
- ils doivent être stockés dans des collecteurs spéciaux jetables. La norme NF X 30-500 de décembre 1999 précise les caractéristiques de ces collecteurs.
- ces collecteurs doivent être entreposés en sécurité et pendant une durée limitée, avant d'être remis à un organisme chargé de leur élimination (Arrêtés du 7 septembre 1999).

L'élimination des déchets comporte plusieurs étapes : collecte, transport, stockage, tri et enfin traitement. De manière générale, c'est le détenteur des déchets qui en est responsable à chaque étape de cette procédure. Toutefois, tout producteur de déchet peut être tenu pour financièrement responsable des conséquences que ses déchets pourraient avoir sur l'environnement (principe du “pollueur payeur”) aux termes de la loi N° 75-663 du 15 juillet 1975.

Les procédures de modification corporelle avec effraction cutanée, et notamment le piercing, ne sont pas directement visées puisqu'elles ne sont pas des activités de soin.

Toutefois les déchets produits sont de même nature (ils présentent un risque biologique infectieux et il peut s'agir de matériels piquants, coupants ou tranchants).

L'élimination des déchets produits par les perceurs devrait donc logiquement être régie par les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux déchets d'activités de soin et faire l'objet d'une obligation pour les perceurs. Les principes retenus plus hauts doivent ainsi être appliqués de façon identique.

“ Les déchets produits lors des pratiques de piercing ne doivent en aucun cas être évacués par les éboueurs ”.

4.6.3 Procédure d'élimination des déchets

La filière d'élimination des déchets comporte plusieurs étapes capitales pour réduire les risques de contamination liés aux déchets.

- Le tri est indispensable pour séparer les déchets à risque des déchets banals. Il a aussi pour intérêt de réduire la quantité de déchets devant subir un traitement spécifique.
- L'emballage des déchets constitue la première protection contre les risques de blessure et de contamination : les matériels piquants ou tranchants doivent être contenus dans des récipients étanches et non perforables, les autres déchets à risque sont collectés dans des sacs étanches et résistants.
- La durée du stockage dépend du volume produit.
- La collecte peut s'effectuer selon deux modes : en "porte à porte" par une entreprise qui assure l'enlèvement des récipients contenant les déchets sur le lieu de production ou par apport volontaire dans les déchetteries spécialisées.
- Le transport doit s'effectuer dans des conditions d'hygiène et de sécurité répondant à la réglementation.

Des dispositions spéciales pourraient être mises en place pour faciliter l'application de telles dispositions, en permettant aux professionnels concernés

- d'accéder au marché du matériel médical et paramédical pour les équipements et matériels de sécurité (conteneurs, sacs, etc),
- d'utiliser les filières d'élimination propres aux établissements de soins les plus proches.

4.7 Les grandes règles à retenir

1. Tout matériel dit “ invasif ” (pénétrant par effraction dans l’organisme) doit être stérile.
2. Utiliser de préférence, chaque fois que cela est possible, des dispositifs médicaux à usage unique achetés stériles, plutôt que du matériel à stériliser par l’utilisateur.
3. Attention, un dispositif médical stérile doit comporter au minimum le nom du produit, la mention stérile, le mode de stérilisation et la date de péremption.
4. Ne pas utiliser de dispositif périmé.
5. Tout dispositif médical (aiguilles, cathéters, etc.) doit obligatoirement porter la mention “ CE ”, depuis le 14 juin 1998.
6. Un stérilisateur est un dispositif médical et doit comporter la mention “ CE ”.
7. Les opérations de nettoyage et de stérilisation doivent être menées avec une grande rigueur pour être efficaces. L’idéal est de rédiger une procédure écrite, qui sera affichée dans le local réservé à ces opérations, afin que chaque opérateur suive la même méthode.
8. La stérilisation par la vapeur à 134°C pendant 18 minutes est la méthode de référence, en particulier pour le risque infectieux lié aux prions, agent de la maladie de Creutzfeld-Jakob.
9. S’assurer que les matériaux constituant le dispositif médical supporte ces paramètres.
10. Utiliser chaque fois que cela est possible des matériels en acier inoxydable de qualité “ instrumentation chirurgicale ”.
11. Seul le matériel conditionné (emballé) et correctement stérilisé avec un emballage spécifique pour la stérilisation par la vapeur peut être considéré comme stérile.
12. Il ne s’agit pas d’appuyer sur un bouton du stérilisateur pour être sûr de l’état stérile du matériel après le cycle. Il faut aussi s’assurer du bon fonctionnement de l’appareil (cf. § entretien et contrôle du stérilisateur) et vérifier périodiquement les performances de l’appareil.
13. Un stérilisateur doit faire l’objet d’une maintenance régulière, de même que tout autre matériel comme les bacs à ultrasons.
14. Seul un diagramme peut apporter la preuve du bon fonctionnement du stérilisateur. Il faut donc préférer les autoclaves avec enregistreurs et diagrammes papier.

5 Procédure du geste de piercing

L'étape de préparation du client et du matériel est fondamentale. C'est durant cette étape que les fautes d'asepsie peuvent être commises et entraîner des infections dans les suites.

5.1 Avant le geste de piercing

5.1.1 Rechercher des contre-indications au geste

Le client doit être interrogé sur d'éventuels problèmes médicaux : recherche d'allergie (iode, antiseptique, métaux, latex), de prise de médicaments (traitements antérieurs et en cours, notamment les anti-inflammatoires), antécédents d'intervention chirurgicale, de diabète, de maladie de peau chronique, etc. Il importe de lui expliquer que ceux-ci peuvent constituer des contre-indications à la pratique d'un geste de piercing. En cas de doute, il est nécessaire de prendre un avis médical avant de réaliser le geste.

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

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

5.1.2 Utiliser un bijou adapté au client

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

Le geste du piercing comporte deux étapes clairement distinctes : l'installation du client et la préparation du matériel d'une part, la réalisation du piercing d'autre part.

5.2 Installation du client et préparation du matériel.

Lors de cette première étape, le perceur doit travailler proprement mais non stérilement. Avant tout, il est nécessaire de se laver les mains au savon doux puis de les sécher avec une

serviette à usage unique. On ne doit plus alors toucher que ce qui est nécessaire (matériel, client, éclairage). Il est recommandé de porter durant cette étape des gants non stériles à usage unique. Les instruments stériles ne pourront être touchés que plus tard, lorsque l'opérateur aura enfilé des gants chirurgicaux stériles.

Cette étape débute au moment de l'installation du client dans le local réservé à la réalisation des piercing.

Elle comporte les temps suivants :

5.2.1 Installation du client

Le client est installé dans une position confortable, la région à percer bien dégagée et convenablement éclairée. Il est recommandé de mettre en place une protection si nécessaire pour éviter de toucher le client (cheveux, etc.).

5.2.2 Lavage des mains et enfilage des gants

L'opérateur se lave les mains avec un savon doux non antiseptique et se sèche avec une serviette en papier absorbant à usage unique.

Il enfile ensuite des gants non stériles à usage unique.

5.2.3 Installation de la tablette

Le perceur installe une tablette sur laquelle on posera le matériel stérile : elle doit être à portée de main, sans qu'il soit nécessaire de la déplacer ensuite. Cette tablette doit être désinfectée entre deux piercing à l'aide d'un désinfectant de surface. Il est préférable que la poubelle qui recevra les compresses, comme le container qui recevra les objets dangereux (aiguilles) se trouvent à portée de main de cette tablette, afin qu'il ne soit pas nécessaire de se déplacer pour y jeter les déchets.

5.2.3.1 Mise en place d'un champ stérile sur la tablette

Un champ stérile à usage unique est déposé sur la tablette. L'opérateur ne porte pas encore de gants stériles. Il ne doit toucher que les coins du champ. Pour étendre celui-ci sur la tablette, il lui faut lâcher les coins qui doivent retomber de part et d'autre de la tablette. Par la suite le champ ne devra plus être touché avant que l'opérateur n'enfile des gants stériles.

Au lieu d'utiliser un champ stérile pour déposer le matériel, certains perceurs préfèrent disposer de plateaux stériles (stérilisés par autoclave et stockés en sachets), contenant l'ensemble des instruments réutilisables (et qui doivent donc être stériles), nécessaires à la réalisation d'un piercing : pince, élastique, aiguille, bouchon de liège, coton tige, cure-dent, etc.

Dans ce cas la procédure doit être la suivante :

5.2.3.2 Mise en place du plateau stérile

L'opérateur pose le sachet contenant le plateau stérile sur la tablette. Il ouvre ensuite ce sachet sans toucher son contenu et replie la partie supérieure du sachet (qu'il vient de détacher) sur le côté de la tablette, de telle manière que le plateau stérile soit accessible et repose sur le fond du sachet. Pour la suite, on remplace dans la procédure "champ stérile" par "plateau stérile".

Cette procédure est un peu plus lourde à mettre en œuvre, car elle nécessite un nouveau plateau stérile sous sachet pour chaque piercing. Les plateaux ne pourront être réutilisés qu'après un cycle complet de stérilisation, ce qui implique que le studio de piercing dispose d'un stock important de plateaux.

En ce qui concerne l'asepsie et la sécurité sanitaire, cette procédure est équivalente à celle reposant sur l'utilisation de champs stériles.

5.2.4 Mise en place du matériel stérile sur le champ

L'opérateur doit déposer sur le champ, sans rien toucher directement, tout le matériel stérile dont il aura besoin par la suite (aiguille, pince, coupelles, compresse, etc). S'il utilise des plateaux tout prêts, il se contente d'ouvrir le plateau. Le bijou à implanter, qui doit être stérile, est déposé sur le champ dans les mêmes conditions que le reste du matériel.

5.2.5 Mise en place des liquides :

Afin de pouvoir réaliser une seconde désinfection lorsqu'il aura enfilé des gants stériles, l'opérateur prendra soin de déposer préalablement une coupelle stérile sur le champ, dans laquelle il versera (sans rien toucher directement) le désinfectant. Il procédera de même pour les autres liquides dont il pourrait avoir besoin. Ces produits doivent naturellement être eux-même stériles. Pour cela le groupe de travail recommande que les perceurs professionnels puissent acheter des désinfectants cutanés conditionnés de façon adaptée (dosette pour usage unique).

5.2.6 Nettoyage puis première désinfection de la région à percer :

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

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

5.2.7 Repérage et traçage

L'opérateur réalise un marquage de la zone à percer sur la peau du client, en utilisant un colorant non toxique (violet de gentiane en solution alcoolique) appliqué à l'aide d'un cure-dent préalablement stérilisé ou un stylo à alcool non toxique, choisi de telle manière que le marquage persistera après désinfection. Dans le cas du stylo, celui-ci peut être réutilisé après désinfection, sauf dans les cas suivants : marquage de muqueuses, marquage de zone précédemment percée ou comportant des lésions cutanées.

5.3 Réalisation du geste en conditions stériles

5.3.1 Lavage des mains

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

Cette étape doit se dérouler dans des conditions rigoureuses d'asepsie. A partir du moment où les gants stériles ont été enfilés, l'opérateur ne peut toucher que du matériel stérile ou la région de la peau du client qui a été préalablement désinfectée. Toute faute d'asepsie (par exemple toucher par inadvertance un objet qui n'est pas stérile) impose un changement de gants.

5.3.2 Seconde désinfection

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

5.3.3 Enfilage des gants stériles

Une fois tout le matériel en place, l'opérateur peut enfiler une paire de gants chirurgicaux stériles, en respectant la procédure d'utilisation de ces gants qui garantit leur stérilité.

5.3.4 Réalisation du piercing

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

5.3.5 Nettoyage et finition du geste.

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

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

5.3.6 Soins immédiats

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

En cas de malaise au cours du geste, lié à l'appréhension ou à la douleur, les mesures de secours habituelles doivent être mises en œuvre : allonger la victime en position horizontale et la placer en position latérale de sécurité (PLS). Appeler au besoin un service d'intervention médical d'urgence.

Le *Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing* recommande toutefois aux professionnels concernés de suivre une formation élémentaire sur les premiers soins (du type " Brevet National de Secouriste "), afin de pouvoir réagir de manière adéquate en cas de malaise chez un client.

6 Soins après le geste, information au client

6.1 Généralités

Les soins à apporter après réalisation d'un geste de piercing doivent **débuter le jour même** du geste.

On peut éviter beaucoup de complications infectieuses si ces soins sont correctement réalisés.

Le professionnel a pour obligation d'**expliquer soigneusement et de façon détaillée la nature de ces soins**, leur justification et la procédure recommandée pour les réaliser. Ils diffèrent selon la nature exacte et la localisation du geste.

Ce travail d'explication prend du temps et doit être pris en compte dans l'organisation du travail (rendez-vous d'une durée suffisante).

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

L'opérateur doit impérativement fournir une **documentation adaptée à son client concernant les soins après le geste**, car l'information orale ne suffit pas et parce que le client ne saura pas toujours poser les bonnes questions sur le moment (cf annexe 3, page).

Recommandations générales:

- Il faut éviter de toucher la zone où a été pratiqué le geste avec des mains sales. On doit toujours se laver les mains avant de manipuler ou nettoyer le site concerné.
- Les vêtements serrés doivent être évités lorsqu'ils exercent une pression ou une friction sur la zone du geste, car ils peuvent alors favoriser l'apparition de complications infectieuses.
- Cependant, certaines localisations du piercing font exception à cette règle : dans le cas des mamelons et des organes génitaux, le port d'un soutien-gorge ou d'un slip est recommandé.

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

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

6.2 Procédures de soins selon la localisation

6.2.1 *Arcade, oreille, nez, nombril*

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

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

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

L'usage d'un savon permet une bonne détersion des impuretés.

Le rinçage est important et peut être réaliser à l'aide de **sérum physiologique** (solution de chlorure de sodium à 0.9%) **stérile**, conditionné en ampoules de 10 ou 20 ml, ou en flacons de 125 et 250 ml.

Le séchage est très important car il évite toute macération de la plaie favorisant l'infection.

L'application d'une solution antiseptique, par exemple à base de **polyvidone iodée à 10%**, avec une compresse ou un coton-tige, est recommandée durant les premiers jours après un piercing. Elle doit intervenir entre la détersion et le rinçage du piercing. Mais la fréquence des réactions allergiques et des irritations liées à l'usage des antiseptique engage à éviter

leur utilisation prolongée. Une durée d'utilisation des antiseptiques de 7 à 10 jours peut être recommandée.

6.2.2 Lèvres, langue

Pour la face cutanée des piercing, les soins exposés ci-dessus s'appliquent de la même façon.

Pour la partie muqueuse du piercing de lèvres et pour la langue, des bains de bouche antiseptiques doivent être effectués 2 fois par jour et après chaque repas pendant environ 8 jours.

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

6.2.3 Piercing génitaux

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

6.3 Dans tous les cas de piercing

Il convient de s'abstenir de contact oral (piercing de la langue), oro-génital et sexuel (piercing de langue et piercing génital) pendant 3 semaines au moins après réalisation du piercing. Les rapports sexuels doivent être protégés (préservatif) jusqu'à cicatrisation complète d'un piercing génital.

Il faut éviter de traumatiser le site du piercing par frottement de vêtements trop serrés pendant la durée de la cicatrisation. Cependant, dans le cas du piercing des mamelons et des organes génitaux, le port d'un soutien-gorge et d'un slip est recommandé pour les mêmes raisons.

6.4 Délais de cicatrisation, complications infectieuses et anomalies de cicatrisation

6.4.1 *Etapas de la cicatrisation*

Il est normal d'observer une réaction inflammatoire (rougeur et parfois gonflement) dans les jours qui suivent la pose d'un piercing.

Toutefois ces symptômes doivent disparaître en moins d'une semaine.

La cicatrisation définitive va ensuite être obtenue dans des délais très variables, selon la localisation et la nature du geste pratiqué (cf. plus bas). Durant toute la phase de cicatrisation, l'attention portée aux soins (fréquence et qualité) sera essentielle à la prévention du risque de complication, en particulier infectieuse.

6.4.2 *Infections, allergies*

Une infection locale peut être initialement négligée parce que confondue avec la réaction inflammatoire siégeant dans la zone du geste après sa réalisation.

La persistance au-delà de ce délai d'une semaine ou l'accentuation des symptômes, l'association d'au moins trois signes parmi l'érythème (rougeur), l'œdème (gonflement), la douleur, l'augmentation de la chaleur locale ou la fièvre, un écoulement purulent ou nauséabond, signent la présence d'une infection. Il faut consulter un médecin si les symptômes sont trop importants : douleur excessive, gonflement s'étendant à toute la région et non pas juste autour du piercing, et fièvre.

Ces signes doivent être signalés à chaque client, au préalable, comme déterminant une infection et nécessitant la consultation d'un médecin.

Aucun traitement médicamenteux, même lorsqu'il s'agit de topiques locaux en vente libre (pommade antibiotique), ne doit être préconisé par l'opérateur.

L'absence de cicatrisation, l'apparition secondaire de démangeaisons ou d'une rougeur doivent faire évoquer une allergie au produit antiseptique employé ou au matériau du bijou implanté.

Il faut éviter de changer plusieurs fois d'antiseptique et là encore, le recours à un médecin peut être utile.

6.4.3 *Délai de cicatrisation*

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

La durée de cicatrisation d'un piercing peut s'étendre de quelques semaines à quelques mois. La cicatrisation du lobe de l'oreille prend moins de 4 semaines, la langue de 3 à 6 semaines. Le piercing des cartilages de l'oreille ou du nez cicatrise en 6 à 12 semaines environ, les mamelons en 2 à 6 mois, comme les piercing génitaux. La cicatrisation du nombril est en général plus longue, souvent retardée par le frottement des vêtements qui favorisent les infections locales, et prend souvent de 6 à 12 mois.

7 Sécurité des professionnels

7.1 Accident d'exposition au sang

Les blessures accidentelles sont très fréquentes et souvent évitables. Malgré l'usage rigoureux de barrières de protection (gants, lunettes...) et la prudence dans la manipulation des instruments, elles peuvent toujours survenir. Parmi ces accidents du quotidien, la blessure occasionnée par un instrument piquant ou tranchant peut entraîner une exposition accidentelle de l'opérateur au sang de son client, par piqûre, coupure, blessure d'autre nature ou encore par projection de sang.

On entend par exposition accidentelle une situation où du sang (ou bien un liquide biologique contenant du sang) ou un instrument souillé par un tel fluide a pénétré la peau ou a été en contact avec une muqueuse.

Le geste le plus dangereux est le recapuchonage des aiguilles après leur utilisation. Pour les professionnels utilisant des cathéters dans le piercing notamment, il faut prendre garde à jeter l'aiguille dans le conteneur immédiatement après usage, sans la recapuchoner.

En cas d'accident, le risque principal est celui de la transmission d'une infection virale :hépatite B (virus VHB), hépatite C (virus VHC) et sida (Virus VIH), si la personne source de l'accident est atteinte d'une infection par l'un de ces virus.

Si un tel accident survient, une intervention précoce peut réduire le risque de transmission d'une infection.

7.1.1 Mesures générales

7.1.1.1 Limiter l'exposition

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

7.1.1.2 Prendre en note les détails de l'accident

- date et heure du contact ;
- précisions sur le type de contact : quantité de liquide biologique, importance du contact (profondeur de la lésion, surface affectée, durée du contact) ;
- description de la source du contact : instrument contaminé, personnes en cause (client ou cliente, personnel, etc.).

7.1.1.3 Consulter rapidement un professionnel de santé

D'autres mesures, comme un vaccin ou un traitement, peuvent s'avérer utiles. La décision d'y avoir recours sera prise par le professionnel de santé qui sera consulté pour évaluer l'exposition. Comme certaines mesures doivent être appliquées sans délai lorsqu'elles sont indiquées, la consultation doit avoir lieu très rapidement après que les premiers soins ont été dispensés.

7.1.2 Mesures spécifiques contre l'hépatite B

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

7.1.2.1 Les immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B :

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

7.1.2.2 Le vaccin contre l'hépatite B :

Le vaccin contre l'hépatite B peut aussi être proposé à la suite d'un accident d'exposition, selon les circonstances de l'accident et selon l'état immunitaire de la personne qui a été exposée vis à vis de l'hépatite B (antécédent de vaccination contre l'hépatite B, présence ou non d'anticorps contre l'hépatite B déterminée par une analyse de sang le cas échéant).

Cependant, avant exposition au risque, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les professionnels du piercing, car ils courent dans l'exercice de leurs pratiques un risque au moins équivalent à celui des professionnels de la santé, pour qui cette mesure préventive a été rendue obligatoire

7.1.3 Mesures spécifiques contre l'hépatite C

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

7.1.4 Mesures spécifiques contre le virus du sida

Si la personne source de l'accident d'exposition est atteinte d'une infection par le VIH, le risque d'infection par ce virus est réel, mais plus faible que dans le cas de l'hépatite C (en moyenne de 0,3% de contamination). Il n'existe pas de vaccin contre le VIH. Selon le degré d'exposition au VIH, qui doit être rapidement évalué par un médecin, la prescription d'une trithérapie (combinaison de 3 médicaments antirétroviraux), administrée le plus tôt possible après l'exposition (idéalement en moins de 3 heures) et pendant une durée totale de 30 jours, peut s'avérer nécessaire. Des prélèvements sanguins seront répétés pendant six mois pour contrôler l'efficacité de ce traitement préventif.

7.1.5 Elaboration d'une procédure

Les mesures décrites précédemment doivent être appliquées systématiquement lors d'une exposition significative au sang. Il est donc nécessaire d'avoir à disposition une procédure décrivant clairement la marche à suivre en cas de contact accidentel avec du sang.

Les règles pour une bonne procédure

- La procédure doit assurer la confidentialité et le respect des droits de toutes les personnes impliquées.
- La procédure doit inclure les mesures générales détaillées et adaptées aux conditions des personnes concernées,
- S'il s'agit d'une équipe, une personne doit être nommée responsable de l'application de la procédure.
- La procédure doit préciser les coordonnées de l'établissement hospitalier le plus proche, susceptible de délivrer un conseil médical spécialisé, en évaluant les risques de l'exposition et en appliquant les mesures spécifiques appropriées.
- Le recours à un service d'urgences médicales hospitalières est possible 24 heures sur 24 en France, à ce sujet.
- La procédure doit être mise à jour régulièrement (tous les ans).

7.2 Autres risques

Il existe d'autres risques liés aux pratiques de modifications corporelles telles que le piercing pour les opérateurs. Moins fréquents, il convient cependant de les connaître et de mettre en place des procédures destinées à les réduire.

Ces risques sont principalement liés à la manipulation de produits détergents, désinfectants, décontaminants, antiseptiques, etc. Le port de gant permet de réduire le risque de **lésion cutanée sur les mains** exposées à ces produits, qui sont généralement agressifs pour la peau. Des **allergies** peuvent survenir chez certains opérateurs vis à vis de produits utilisés dans la pratique quotidienne. La procédure de travail doit alors être modifiée en prenant en compte ce risque, sans pour autant réduire le niveau global de sécurité des pratiques vis à vis du risque de transmission des maladies infectieuses. Les allergies aux gants contenant du latex peuvent également survenir.

Enfin, des **brûlures** sont parfois occasionnées par la manipulation de matériels chauds (stérilisateurs...). Des mesures de protections doivent également être prises pour réduire ce type de risque.

8 Recommandations des auteurs

8.1 Marché réservés aux professionnels de santé

Certains équipements, matériels ou instruments, produits ou conditionnements de produits sont réservés en France aux établissements de soins et aux professionnels de la santé. Ces instruments, équipements et produits sont largement utilisés par les professionnels du piercing, qui doivent à l'heure actuelle passer par des filières complexes et souvent étrangères pour se les procurer. Une mesure simple susceptible d'encourager l'ensemble des professionnels à appliquer les bonnes pratiques détaillées dans ce guide consisterait à permettre à ces professionnels d'accéder librement à ces marchés protégés.

8.2 Gestion des déchets

L'élimination des déchets produits par les perceurs doit être régie par les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux déchets d'activités de soin et faire l'objet d'une obligation pour les praticiens concernés. Les auteurs recommandent que des dispositions spéciales soient prises pour faciliter l'application d'une telle disposition.

Des solutions originales peuvent ainsi être imaginées, pour permettre aux professionnels concernés d'utiliser les filières d'élimination propres aux établissements de soins les plus proches de leur studios de piercing.

Des négociations spécifiques pourraient être développées par les associations professionnelles de perceurs avec les entreprises spécialisées dans l'enlèvement et le traitement des déchets de soins des professionnels de santé exerçant en activité libérale.

8.3 Pistolet perce-oreille

Le développement de l'utilisation de dispositifs automatiques pour réaliser des piercing (pistolets perce-oreille) pose un problème de sécurité. Même pour le simple piercing du lobe de l'oreille, auquel le pistolet est théoriquement strictement réservé, le pistolet est un instrument potentiellement dangereux.

Il est en effet impossible de le nettoyer et le stériliser correctement. Les dispositifs à cartouches stériles jetables ne permettent pas plus de garantir un piercing sans risque.

Après revue des données techniques et médicales concernant ces dispositifs, les auteurs proposent que l'utilisation des pistolets “ perce-oreilles ” et autres appareils manuels de piercing soit proscrite.

Ils considèrent notamment que l'utilisation encore fréquente de ces dispositifs pour les cartilages des oreilles, du nez, voire plus exceptionnellement les piercing génitaux est particulièrement dangereuse et doit être totalement interdite.

8.4 Collaboration perceurs-professionnels de santé

Conformément aux recommandations techniques figurant dans le chapitre sur les soins après le geste, les auteurs souhaitent voir se développer en France une meilleure connaissance des pratiques du piercing parmi les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins spécialistes -dermatologues et infectiologues, médecins urgentistes, etc.).

Cela nécessite une large information des professionnels de santé sur le piercing, ses techniques, ses complications éventuelles et les mesures à prendre pour les traiter.

Les pouvoirs publics sont en mesure de susciter et renforcer cette information, en incitant les professionnels de santé à s'intéresser à ce domaine au moins en terme de santé publique.

8.5 Formation des perceurs

L'information et la formation des perceurs est également un ressort crucial pour arriver à une réduction des risques liés à ces pratiques. Les auteurs de ce guide forment le vœu d'une diffusion très large de cet ouvrage, à l'aide des professionnels eux-mêmes, à travers leurs organisations, mais aussi par l'intermédiaire de leurs fournisseurs revendeurs ou fabricants de matériels destinés au piercing. En dehors de la diffusion de ce document, des formations spécifiques pourraient être organisées à l'attention des perceurs, à l'aide des professionnels de la santé en charge des problèmes d'hygiène des établissements de soins et des médecins volontaires. Elles couvriraient les domaines de la stérilisation, de la désinfection, l'asepsie, la manipulation et l'utilisation d'instruments stériles. Une formation sur les risques infectieux encourus au cours d'un piercing serait également utile.

Ces formations pourraient être organisées avec la collaboration d'établissements de soins.

8.6 Réalisation de documents d'information

Pour l'information des clients, des documents élaborés par chaque professionnel semblent préférables à des documents standardisés. Ils auront en effet plus de chance de convenir à la clientèle rencontrée par chaque perceur et d'être mieux utilisés par les professionnels. Ceux-ci doivent expliquer leur contenu et en préciser tous les points techniques importants.

De tels documents écrits, même très bien réalisés et attrayants, ne remplacent pas le conseil individualisé que peut procurer le perceur à ses clients.

9 Comment sécuriser la relation juridique perceur-client ?

9.1 La situation actuelle: un contrat oral dans un cadre juridique général

9.1.1 Un contrat oral...

L'absence de statut spécifique de la profession de perceur et l'absence de contrat particulier écrit entre le perceur et son client, ne signifient pas que la relation commerciale qui s'instaure entre les deux parties n'a aucune base juridique.

En effet, en l'état actuel des pratiques, un contrat implicite se forme entre les deux parties, fondé sur la rencontre des deux consentements.

Ce "contrat" relève du régime général du droit des obligations. Les obligations et responsabilités n'étant pas définies par des clauses particulières (puisque'il n'existe pas de contrat particulier écrit), il revient au juge en cas de conflit d'énoncer les règles applicables en la matière.

9.1.2 ... dans un cadre juridique général

En l'absence de dispositions législatives ou réglementaires particulières applicables en la matière, la pratique du piercing relève des règles générales applicables à toute relation de nature commerciale.

Ainsi, le cadre juridique applicable est constitué par le droit général des obligations issues du Code Civil.

Compte tenu de la relation commerciale qui s'instaure entre le perceur, prestataire de service, et le client, le droit de la consommation (catégorie particulière du droit des obligations visant en particulier à protéger le consommateur) est également applicable.

Une des conséquences immédiate de l'application du Code de la consommation est de mettre à la charge du prestataire de service une obligation particulière d'information.

9.2 Préconisation : un contrat écrit précisant les obligations particulières

9.2.1 *Objectifs*

- Éviter un contentieux alimenté par le flou juridique environnant la pratique du piercing,
- Prendre acte de la particularité de la prestation (“atteinte à l'intégrité du corps humain”) et des risques afférents,
- Établir une relation de confiance commercialement opportune et juridiquement nécessaire.

9.2.2 *Moyens*

Établir une fiche type pour préciser les obligations de chacune des parties en prenant garde de respecter le cadre juridique général en vigueur.

Ce contrat type se bornerait à énoncer les obligations particulières des deux parties, le droit général des obligations et le droit de la consommation constituant le cadre juridique général. Le contenu de ce document doit demeurer clair et concis (ne pas mélanger les contenus d'un document d'autorisation et d'un document d'information).

Dans la forme et l'esprit, il s'agirait d'un “ contrat d'adhésion ” signé par le client, rapportant la preuve de son consentement éclairé.

Le contrat type pourrait être utilement accompagné d'un document d'information élaboré et édité par exemple par une association professionnelle et comportant nécessairement les éléments suivants :

- Qu'est ce qu'un piercing ?
- Quels sont les risques de l'acte de piercing ?

- Quels sont les risques suite à l'acte du piercing ?
- Quelles sont les bonnes pratiques suite à piercing ?

Ce document d'information écrit permettrait de compléter l'information orale délivrée par le perceur. Il serait dans le fond comme dans la forme un document commercial mais également un atout juridique pour sécuriser la relation. Le contrat type pourrait alors s'y référer de façon à rapporter la preuve le cas échéant du contenu de l'information délivrée.

9.2.3 Inscrire l'utilisation de ce contrat dans une démarche de professionnalisation :

L'utilisation de cette fiche type pourrait être un élément déterminant d'agrément d'un prestataire de piercing par une association professionnelle de perceurs qu'il reste à créer sur le modèle de l'APP américaine.

Ce contrat type pourrait alors utilement porter le label de cette éventuelle association.

10 Textes légaux

10.1 Elimination des déchets

L'élimination des déchets est réglementée par la **loi n° 75-663 du 15 juillet 1975** qui est le texte législatif de base.

Cette loi a notamment :

- défini le principe de la responsabilité du détenteur de déchets,
- précisé l'obligation aux producteurs, importateurs, distributeurs de produits...
- de pourvoir ou de contribuer à l'élimination des déchets qui en proviennent
- rappelé que les installations d'élimination des déchets sont soumises à autorisation au titre de la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement.

Elle se réfère au principe du "pollueur-payeur", principe selon lequel le producteur de déchets polluants est responsable au plan financier de la réparation du préjudice subi par l'environnement.

Cette loi a été modifiée par la loi du 13 juillet 1992 (ajustée en février 1995) qui la complète, la renforce et précise en particulier les objectifs de prévention et réduction de production et nocivité des déchets, de traitement de proximité, de valorisation par le recyclage et d'information du public. Elle prévoit la disparition des décharges traditionnelles à l'horizon 2002 et à partir de cette date la mise en centre de stockage des seuls déchets ultimes.

En complément à cette loi applicable à tout producteur de déchets, une série de textes a pour objectif de réglementer l'élimination des déchets d'activités de soins. Ces textes ne peuvent être imposés aux professions concernées par ce guide qui ne sont pas des activités de soins, mais l'utilisation d'instruments piquants, coupants et tranchants et la production de déchets à risques infectieux lors de la pratique des modifications corporelles incite à s'en inspirer à titre de recommandations.

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux sont de quatre types :

- les déchets "piquants-coupants-tranchants" qui constituent la grande majorité ;
- les déchets dits "mous" par opposition aux précédents. Ils sont constitués par tous les pansements, compresses, tissus souillés,
- les déchets anatomiques produits par les professionnels pratiquant de la "petite chirurgie",

- les échantillons de sang et les milieux de culture produits par les laboratoires de biologie et d'analyse médicale.

La circulaire n° 93-22 du 25 février 1993 relative à l'état d'avancement des schémas régionaux d'élimination des déchets hospitaliers précise qu'il faut prendre en compte les déchets des professionnels en exercice libéral. Dans un cabinet de soins ou au domicile du patient la responsabilité de l'élimination des déchets produits par les soins incombe au praticien.

Le décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques définit les déchets d'activités de soins à risques infectieux. Parmi ces déchets, sont soumis aux dispositions fixées par décret ceux qui:

- présentent un risque, du fait même qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur qualité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants;
- ceux qui, même en l'absence de risques infectieux relèvent d'une des catégories suivantes : matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique...

Toute personne qui produit des déchets de ces catégories est tenue de les éliminer. Dès leur production, ces déchets doivent être séparés des autres déchets et collectés dans des récipients à usage unique et conformes à la législation.

La circulaire DH/VS3 n°554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets perforants souillés précise les précautions d'utilisation des collecteurs d'objets piquants, tranchants souillés dont le volume est généralement inférieur à 5 litres. Elle recommande aux utilisateurs :

- de porter une attention particulière lors du remplissage de ces boîtes et au moment de leur manipulation;
- de respecter les instructions des fabricants sur les conditions d'utilisation;
- de n'utiliser ces boîtes que pour la seule collecte des dispositifs médicaux piquants ou tranchants à l'exclusion de tout autre objet;
- d'utiliser des boîtes dont le volume est adapté au flux d'objets à éliminer tout en garantissant une élimination fréquente;
- et de procéder à l'évacuation de ces boîtes dès lors que le niveau de remplissage autorisé par le fabricant est atteint.

Une annexe jointe à cette circulaire définit les critères de sécurité des boîtes destinées à cette collecte.

Les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants doivent répondre à la norme NF X 30-500 de décembre 1999.

La norme NF X 30-501 pour le recueil des déchets mous à risques infectieux est en cours d'élaboration. Les emballages doivent être étanches, résistants à la traction, présenter un système de fermeture et de préhension efficace et sûr et avoir une capacité adaptée à la production.

L'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques précise les conditions de remise des déchets par le producteur à un prestataire de service en vue de leur élimination.

Les modalités d'entreposage sont définies par un deuxième arrêté du 7 septembre 1999.

Cet arrêté précise les durées à respecter en fonction du poids des déchets entre la production effective des déchets et leur incinération ou pré-traitement par désinfection. Ces délais sont les suivants : 72 heures si la quantité est supérieure à 100kg par semaine, 7 jours si la quantité est comprise entre 5 kg par mois et 100 kg par semaine, 3 mois si la quantité est inférieure à 5 kg par mois.

Le lieu de regroupement doit être réservé à cet usage, offrir une sécurité contre la dégradation et le vol, identifié à risque particulier dans le règlement contre le risque incendie, ventilé, éclairé, protégé des intempéries et de la chaleur, les sols et les murs lavables, doté d'une arrivée et d'une évacuation d'eau.

Enfin la circulaire DGS-VS3/DPPR n° 2000/322 du 9 juin 2000, relative à l'acceptation en déchetterie des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les ménages et par les professionnels exerçant en libéral, précise que les déchets ménagers spéciaux peuvent être acceptés en déchetterie. Les prescriptions techniques et administratives définies par les deux arrêtés du 7 septembre 1999 s'appliquent aux producteurs de ces déchets.

11 Lexique

Bactéricide

Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les bactéries dans des conditions définies (AFNOR, CEN).

Contamination

Présence d'un élément indésirable dans un fluide, sur une surface ou dans un espace protégé. Dans le cas d'une contamination biologique, on utilisera le terme *biocontamination* (ASPEC). Processus entraînant la présence de *micro-organismes* pathogènes ou potentiellement nocifs sur le matériel ou la personne (Recommandation n° R (84) 20 CEE).

Décontamination ou pré-désinfection (terme officiel)

C'est le premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés dans le but de diminuer la population de micro-organismes et de faciliter leur nettoyage ultérieur. La décontamination a également pour but de protéger le personnel lors de la manipulation des instruments. Elle permet aussi d'éviter la contamination de l'environnement.

Note : l'usage du terme décontamination comme synonyme de désinfection est prohibé.

Note : le produit détergent-désinfectant ne doit pas contenir d'aldéhydes (ex: glutaraldéhyde).

Désinfectant

Produit utilisé pour la désinfection, possédant au moins un principe actif à activité antimicrobienne, satisfaisant aux normes de la bactéricidie, éventuellement doté de caractéristiques supplémentaires telles que virucidie, fongicidie et sporicidie. Ces produits ne possèdent aucune action détergente et ont un spectre d'action le plus souvent large.

Désinfection

Opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Son résultat est de durée momentanée. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/ou virus présents au moment de l'opération. L'usage du terme **désinfection** en synonyme de **décontamination** est prohibé.

Terme générique désignant toute action à visée anti-microbienne, quel que soit le niveau de résultat, utilisant un produit pouvant justifier in vitro des propriétés autorisant à le qualifier

de désinfectant ou d'antiseptique. Il devrait logiquement toujours être accompagné d'un qualificatif et l'on devrait ainsi parler de :

- désinfection de dispositifs médicaux (matériel médical),
- désinfections des sols,
- désinfection des surfaces par voie aérienne,
- désinfection des mains (SFHH et CEN).

Détergent

Il s'agit de produits nettoyants ne contenant pas d'agents anti-microbiens (hormis pour un effet conservateur). Les produits sont destinés soit aux surfaces et aux matériaux inertes, soit aux instruments et dispositifs médicaux, selon leur formulation et les recommandations des fabricants.

Détergent-désinfectant (ou décontaminant)

Produit utilisé, avant le nettoyage, sur un instrument souillé, dans le but d'empêcher la contamination des manipulateurs de ce matériel et des circuits empruntés par celui-ci. Ce produit a la double propriété d'être un détergent et un désinfectant. Il doit également faciliter l'opération de nettoyage ultérieur, mais ne le remplace pas (AFNOR NP S 94-4021).

Ce produit doit être au moins bactéricide et fongicide, répondant aux normes NF EN1040, NF T72150/72151, NF T72170/72171, NF EN1275 (NF T72200/72201) de la réglementation en vigueur.

Procédure

Manière spécifiée d'accomplir une activité. Les procédures précisent les missions des services opérationnels et fonctionnels en matière de qualité, les responsabilités qui en découlent. Elles permettent dans l'entreprise la coordination des différentes fonctions et des actions intra et inter-services (ISO 8402).

Règle écrite d'organisation qui détermine le but et l'étendue d'une activité et qui spécifie la façon de la réaliser. Une procédure décrit une activité reposant sur une suite de tâches réalisées par différents acteurs.

Sachets pelables

Il s'agit de sachets de stérilisation, scellés par une soudeuse au moment du conditionnement des matériels à stériliser, qui peuvent être ouverts sans ciseaux.

Stérile

Etat d'un produit exempt de micro-organisme viable (norme NF EN 556).

Note: la probabilité théorique de l'existence d'un micro-organisme revivifiable ou d'un virus doit être égale ou inférieure à 10^{-6} . Aucun micro-organisme ne doit pouvoir être mis en évidence par une quelconque méthode connue. On cherche en général à conserver cet état par un conditionnement approprié (notion d'espace incontaminable). Ce conditionnement (emballage) doit être étanche, protecteur et stockable sans danger d'ouverture jusqu'à utilisation. On ne qualifiera de stérile qu'un objet emballé.

Stérilisation

Mise en oeuvre d'un ensemble de méthodes et de moyens visant à éliminer (destruction) tous les micro-organismes vivants, de quelque nature et sous quelque forme que ce soit, portés par un objet parfaitement nettoyé. Le résultat de cette opération est l'état stérile.

Anticorps :

particule présente dans le sang, fabriquée par le système de défense de l'organisme (système immunitaire) pour lutter contre un micro-organisme (virus, bactérie, etc.). La présence dans le sang d'anticorps dirigés contre un micro-organisme particulier indique la présence d'une protection de l'individu contre la maladie déterminée par celui-ci (sauf dans quelques cas particuliers comme le VIH, où les anticorps ne protègent pas contre la maladie).

Antiseptique :

substance capable de détruire les micro-organismes ou d'inhiber leur croissance sur un tissu vivant donné (peau, muqueuse, etc.)

Asepsie :

Mesure de prévention de la contamination par des micro-organismes.

Micro-organisme :

Appelés communément microbes, germes ou agents microbiens, il s'agit de bactéries, de virus, de champignons microscopiques ou de parasites présents dans notre environnement. Ils peuvent déterminer une maladie pour l'homme (agent dit « pathogène ») ou n'occasionner aucun dommage (agents dit « non pathogène »).

Muqueuse :

Mince couche de tissu qui recouvre diverses parties du corps, comme l'intérieur de la bouche, du nez ou des organes génitaux.

Virus :

Micro-organisme qui se reproduit à l'intérieur des cellules humaines et peut causer une infection (exemple : les agents de la grippe, de la rougeole, des hépatites B et C ou du sida sont des virus).

Bactérie :

Micro-organisme unicellulaire qui peut causer une infection (exemple : les staphylocoques, les streptocoques, les agents de la méningite cérébro-spinale, de la syphilis ou de la tuberculose, sont des bactéries).

Infection :

Multiplications de micro-organismes dans le corps d'un individu, entraînant une maladie qui se traduit par des symptômes particuliers (douleur, rougeur, chaleur et gonflement dans le cas d'un abcès, souvent accompagnés de fièvre lorsque l'infection se dissémine dans le corps).

12Bibliographie

1. Armstrong ML. You pierced what? *Pediatric Nursing* 1996; 22:236-8.
2. Ferguson H. Body piercing. *British Med J* 1999 ; 319 : 1627-1629.
3. Ferguson H., Ward H.J. Reader survey. *Body Art* 1994 ; 20: 24-26.
4. Holtham S. Body piercing in the west : a sociological inquiry. Consultable sur le site www.bme.freeq.com/pierce/bodypier.html.
5. Meyer J; No mainstream body modification. *Journal of Contemporary Ethnography* 1992;21:267-306.
6. Association of Professional Piercers. A pierces bill of rights. Available at APP web site, since march 1999.
7. Association of Professional Piercers. The APP basic ten health and safety guidelines. *Piercing Fans International Quaterly* 1996; 48:54.
8. Health Canada. Infection prevention and control practices for personal services: tattooing, ear/body piercing, and electrolysis. *CCDR* 1999; 25S3. 73 p.
9. Holsen DS, Harthug S, Myrmel H. Prevalence of antibodies to hepatitis C virus and association with intravenous drug abuse and tattooing in a national prison in Norway. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993;12:673-76.
10. Chiaromonte M, Trivello R, Genzulli G et al. Hepatitis B virus infection in prisons: a seroepidemiological survey in prisoners and attending staff. *J Hyg* 1982;89:53-58.
11. Préfontaine RG, Chaudhary RK, Mathias RG. Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infections in correctional institutions in British Columbia. *Can J Infect Dis* 1994;5:153-56.
12. Fisman DN. Infectious complications of body piercing. *Clin Infect Dis* 1999; 28:1340.
13. Samantha S, Tweeten M, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. *Clin Infect Dis* 1998;26:735-40.
14. Cortese TA, Dickey RA. Complications of ear piercing. *Am Fam Phys* 1971;4:66-72.
15. Boss A, Menné T. Nickel sensitization from ear piercing. *Contact Dermatitis* 1982;8:211-13.
16. Larson-Stymne B, Widstrom L. Ear piercing: a cause of nickel allergy in school-girls ? *Contact Dermatitis* 1985;13:289-93.

17. Fischer T, Fregert S, Gruvberger B et al. Nickel release from ear piercing kits and earrings. *Contact Dermatitis* 1984;10:39-41.
18. McDonagh AJG, Wright AL, Cork MJ et al. Nickel sensitivity: the influence of ear piercing and atopy. *Br J Dermatol* 1992;126:16-18.
19. Rasanen L, Lehto M, Mustikka-Maki UP. Sensitization to nickel from stainless steel ear piercing kits. *Contact Dermatitis* 1993;28:292-94.
20. Biggar RJ, Haughie GE. Medical problems of ear piercing. *NY State J Med* 1975;75:1460-62.
21. Polish LB, Shapiro CN. Nosocomial transmission of hepatitis B virus associated with the use of a spring-loaded finger-stick device. *N Engl J Med* 1992;326:721-25.
22. Jay AL. Ear-piercing problems. *BMJ* 1977;2:574-75.
23. Ahmed-Jushuf IH, Selby PL, Brownjohn AM. Acute post-streptococcal glomerulonephritis following ear piercing. *Postgrad Med J* 1984;60:73-74.
24. Shulman BH. Ear piercing and sepsis. *Clin Pediatr* 1973;12:27A.
25. Lovejoy FH, Smith DH. Life-threatening staphylococcal disease following ear piercing. *Pediatrics* 1970;46:301-03.
26. McCarthy VP, Peoples WM. Toxic shock syndrome after ear piercing. *Pediatr Infect Dis J* 1988;7:741-42.
27. Turkeltaub SH, Habal MB. Acute Pseudomonas chondritis as a sequel to ear piercing. *Annals of Plastic Surgery* 1990;24:279-82.
28. Staley R, Fitzgibbon JJ, Anderson C. Auricular infections caused by high ear piercing in adolescents. *Pediatrics* 1997;99:610-11.
29. Cumberworth VL, Hogarth TB. Hazards of ear piercing procedures which traverse cartilage: a report of Pseudomonas perichondritis and review of other complications. *Br J Clin Pract* 1990;44:512-13.
30. Widick MH, Coleman J. Perichondrial abscess resulting from a high ear piercing: case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;107:803-04.
31. Johnson CJ, Anderson H, Spearman J et al. Ear piercing and hepatitis: nonsterile instruments for ear piercing and the subsequent onset of viral hepatitis. *JAMA* 1974;227:1165.
32. Van Sciver AE. Hepatitis from ear piercing. *JAMA* 1969;207:2285.

33. Castlemen B, McNeely B. Case 26-1966, case records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1966;24:1317-25.
34. Hendricks WM. Complications of ear piercing: treatment and prevention. *Cutis* 1991;48:386-94.
35. Higgins SP, Estcourt CS, Bhattacharvya MN. Urethral rupture in a homosexual male following avulsion of a "prince Albert" penile ring. *Int J STD AIDS* 1995;6:54-5.
36. Gaughf CN, Pritzker AS, Davis L. Survey of informed consent for ear piercing: risk of keloids. *Pediatr Dermatol* 1996;13:430.
37. Ng KH, Siar CH, Ganesapillai T. Sarcoid-like foreign body reaction in body piercing: a report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathology Oral Radiol Endod* 1997;84:28-31.
38. Khanna R, Kumar SS. Pathogen causing infection related to body piercing should be determine. *BMJ* 2000; 320:1211.
39. Morgan LG. Primary tuberculosis inoculation of an ear lobe. *J Pediatr* 1952;40:482-5.
40. Thorner M Pathological conditions following piercing of the lobule of the ear. *JAMA* 1994;22:110-2.
41. Mamtani R, Mahotra P, Gupta PS, Jain BK. A comparative study of urban and rural tetanus in adults. *Int J Epidemiol* 1978;7:185-8.
42. Battin M, Fong LV, Munro JL. Gerbode ventricular septal defect following endocarditis. *Eur J Cardiothorac Surg* 1991;5:613-4.
43. Georges J, White M. Infection as a consequence of ear piercing. *Practitioner* 1989;233:405-6.
44. Javaid M, Shibu M. Breast implant infection following nipple piercing. *Br J Plast Surg* 1999;52:676-7.
45. Razavi B, Schilling M. Chondritis attributable to *Lactobacillus* after ear piercing. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2000;37:75-6.
46. Abdool Karim SS, Coovadia HM, Windsor IM et al. The prevalence and transmission of hepatitis B virus infection in urban, rural and institutionalized black children of Natal/KwaZulu, South Africa. *Int J Epidemiol* 1998;17:168-73.
47. Bekkers SC, Peters FP. Two patients with acute hepatitis B from the same piercing salon. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:2548.
48. Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. *Clin Infect Dis* 1994;18:610-19.
49. Sebastian VJ, Ray S, Bhattacharya S et al. Tattooing and hepatitis B infection. *J Gastroenterol Hepatol* 1992;7:385-87.

50. CDC. Nosocomial hepatitis B virus infection associated with reusable fingerstick blood sampling devices — Ohio and New York City 1996. *MMWR* 1997;47:217-21.
51. Phoon W-O, Fong N-P, Lee J. History of blood transfusion, tattooing, acupuncture and risk of hepatitis B surface antigenaemia among Chinese men in Singapore. *Am J Public Health* 1988;78:958-60.
52. Parry W. Ear piercing. *N Engl J Med* 1974;291:1143.
53. Abildgaard N, Peterslund NA. Hepatitis C virus transmitted by tattooing needle. *Lancet* 1991;338:460.
54. Mele A, Corona R, Tosti ME et al. Beauty treatments and risk of parenterally transmitted hepatitis: results from hepatitis surveillance system in Italy. *Scand J Infect Dis* 1995;27:441-4.
55. MacLennan S, Moore MC, Hewitt PE, Nicholas S, Barbara JAJ. A study of anti-hepatitis C positive blood donors: the first year of screening. *Transfusion Medicine* 1994;4:125-33.
56. Conry-Cantilena C, Van Raden M, Gibble J et al. Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 1996;334:1691-96.
57. Alter HJ, Conry-Cantilena C, Melpolder J et al. Hepatitis C in asymptomatic blood donors. *Hepatology* 1997;26(Suppl 1):29S-33S.
58. Kaldor JM, Archer GT, Buring ML et al. Risk factors for hepatitis C virus infection in blood donors: a case-control study. *Med J Aust* 1992;157:227-30.
59. Esteban JI, López-Talavera JC, Genescà J et al. High rate of infectivity and liver disease in blood donors with antibodies to hepatitis C virus. *Ann Intern Med* 1991;115:443-49.
60. Shev S, Hermodsson S, Lindholm A et al. Risk factor exposure among hepatitis C virus RNA positive Swedish blood donors: the role of parenteral and sexual transmission. *Scand J Infect Dis* 1995;27:99-104.
61. Neal KR, Jones DA, Killey D et al. Risk factors for hepatitis C virus infection: a case-control study of blood donors in the Trent region (UK). *Epidemiol Infect* 1994;112:595-601.
62. Minuk GY, Wong WWS, Kaita KDE et al. Risk factors for hepatitis C virus infection in Canadian patients with chronic type C hepatitis. *Can J Gastroenterol* 1995;9:137-40.
63. Shimokura GH, Gully PR. Risk of hepatitis C virus infection from tattooing and other skin piercing services. *Can J Infect Dis* 1995;6:235-38.
64. Wu JC, Wang YJ, Hwang SJ et al. Hepatitis D virus infection among prostitutes in Taiwan. *J Gastroenterol Hepat* 1993;8:334-7.
65. Tsai SJ et al. Seroprevalence of anti-HCV among blood donors in Taiwan, Tsai Chih 1991, 24/61-70.

66. Pugatch D, Mileno M, Rich JD. Possible transmission of human immunodeficiency virus type 1 from body piercing. *Clin Infect Dis* 1998; 26:767-8.
67. Dufour A, Alary M, Poulin C et al. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec city. *AIDS* 1996;10:1009-15.
68. Ellis DAF. Complication and correction of the pierced ear. *J Otolaryngol* 1976;5:247-50.
69. Health Canada. Infection control guidelines: Preventing the transmission of bloodborne pathogens in health care and public services settings . *CCDR* 1997;23S3:1-42.
70. Denis F. Prévention des risques infectieux liés au tatouage et au piercing concernant tout particulièrement les virus des hépatites B et C et les virus du sida. Rapport au CSHF, 30 juin 2000, 12p.
71. Luminet B. Sécurité sanitaire, tatouages et piercing. Rennes, ENSP, Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, 2000.
72. Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L et coll. Le piercing et ses complications infectieuses : un enjeu de santé publique en France. *Presse Med* 2000, 29 :1948-56.
73. Enfrin C. Déchets d'activités de soins, Rennes, ENSP, département EGERIES, 2000.
74. Cuenot M.-P. Collectes des déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu extra-hospitalier; Rennes, ENSP, Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, 2000.
75. Anonyme. Bonnes pratiques de stérilisation : CCM-GPEM/SL. Fascicule n°5708 *Journaux Officiels*, 1993.
76. Anonyme. Guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Ministère chargé de la Santé, CTIN. Paris, 1998.
77. Anonyme. Guide du bio-nettoyage : CGM-GPEM/SL. Fascicule n°5670, *Journaux Officiels*, 1990.

13Annexe 1. Matériels: usage unique, stérilisation ou désinfection ?

13.1 Classification des matériels et instruments

Parmi l'ensemble des matériels et instruments utilisés dans le piercing, on peut distinguer deux catégories selon le risque de transmission des agents infectieux qu'ils peuvent représenter.

Selon cette classification découlent le choix des méthodes de stérilisation ou de désinfection qui doivent être mises en œuvre après le passage de chaque client ou l'utilisation de chaque matériel ou instrument.

13.1.1 Catégorie à haut risque ou risque intermédiaire

Il s'agit de tous les instruments et matériels qui au cours des gestes spécifiques à chaque pratique entraînent l'effraction cutanée, en pénétrant dans l'épiderme, le derme ou les tissus sous-cutanés, et entrent ainsi en contact avec les structures vasculaires du client. Le contact avec le sang est alors systématique et ces matériels ou instruments sont donc à haut risque de transmission des agents infectieux.

Les instruments et matériels qui au cours des mêmes gestes entrent en contact avec des fluides corporels du client autres que le sang (salive, lymphes, sécrétions génitales) sont considérés comme à risque intermédiaire.

A haut risque ou à risque intermédiaire, ils doivent impérativement être à usage unique ou stérilisé après chaque utilisation.

Parmi ces matériels, on compte notamment les aiguilles ou cathéters de piercing.

13.1.2 Catégorie à faible risque de transmission

Il s'agit de tous les instruments et matériels qui au cours des gestes spécifiques n'ont pas de contact direct avec le sang ou les fluides corporels sus-cités (table d'examen, etc.). Le risque de transmission d'agents infectieux est alors faible, mais la contamination de ces instruments ou matériels peut faciliter la transmission croisée d'agents infectieux. Ils relèvent d'une désinfection simple à l'aide d'un produit détergent-désinfectant.

13.1.3 Classification des matériels et instruments du piercing

Matériel	Usage Unique	Stérile	A désinfecter
Plateau		X	
Cure dent	X	X	
Aiguilles	X	X	
Cathéters	X		
Pince		X	
Pied à coulisse			X
Elastiques	X	X	
Flacon de colorant			X*
Bouchon de liège		X	
Tubes		X	
Cônes d'insertion		X	
Connecteurs		X	
Feutre			X
Coton-tiges	X	X	
Gants	X		
Bijou		X	
Divan d'examen			X
Champs,	X		
Tablier de protection	X		

*matériel ou instrument à emballer dans un étui de plastique jetable, avant de l'utiliser.

14Annexe 2: Modèle contrat perceur-client

Label de l'association professionnelle

Autorisation d'un acte de piercing

Nom du centre de piercing

Identification juridique du centre (registre du commerce, etc)

Nom du perceur pratiquant l'acte.....

Nature de l'acte

Le client autorise par la présente le professionnel référencé ci-dessus à pratiquer sur son corps l'acte de piercing dont les caractéristiques sont précisées ci-dessus.

Le perceur déclare exercer son art dans le respect de la réglementation générale et des recommandations particulières de la profession, notamment en matière de sécurité sanitaire.

Afin que le client puisse donner un consentement éclairé à cet acte, il reçoit de la part du perceur une information claire, loyale et appropriée concernant :

- la nature et le déroulement de l'acte,
- les risques connus liés à l'acte et à ses conséquences, même exceptionnels,
- la conduite à tenir et les soins à apporter suite à l'acte.

Le client ainsi informé s'engage à respecter les recommandations du perceur destinées à garantir une évolution normale des conséquences de l'acte.

Fait à

Le

Signature du client :

15Annexe 3: Document d'information aux clients

L'élaboration d'un document d'information spécifique, destiné aux clients est indispensable pour garantir leur information, en complément des conseils et recommandations délivrées oralement par le professionnel lui-même. Il reste dans le fond comme dans la forme un document commercial, mais constitue également un atout juridique pour sécuriser la relation perceur-client. Le contrat type passé entre perceur et client doit s'y référer de façon à rapporter la preuve, le cas échéant, du contenu de l'information délivrée.

L'information dispensée dans ce document doit porter sur :

- Qu'est ce qu'un piercing ?
- Quels sont les risques de l'acte de piercing ?
- Quels sont les risques dans les suites de l'acte de piercing ? (risque infectieux : décrire les principaux signes d'une infection ; autres risques : énumérer les principaux - allergie, délabrements tissulaires, etc.)
- Quelles sont les soins nécessaires après un piercing ? (détailler la nature de ces soins, leur justification et la procédure recommandée pour les réaliser)

Bien qu'une information générale minimale sur ces points soit indispensable avant de réaliser tout geste, il est préférable de répéter l'information détaillée après avoir pratiqué le geste car le client y portera une meilleure attention, notamment pour ce qui concerne les soins post-piercing. La majorité des clients est en effet incapable de retenir toutes les informations délivrées avant ou pendant la réalisation du piercing. Le plus souvent en effet, l'inquiétude liée à la réalisation imminente du geste et à la douleur pouvant en résulter réduisent l'attention des clients par rapport aux conseils dispensés.

16Annexe 3: Exemple de studio de piercing

Cf fichier plan.

17Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing

17.1 Liste des membres

- AGOSTINIS Yves-Alex - ABRAXAS - 9 rue St Meri - 75015 PARIS
- AMIEL Corinne - Clinicien Infectiologue - Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picups - 75012 PARIS
- BALLAND Jérôme - ART ANTIK - 45 rue des 4 Eglises - 54000 NANCY
- BALLOUD Cathy - MAGIC NEEDLE - 9 rue de Bruxelles - 75009 PARIS
- BELLON Pascal - Elève Directeur - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- BREWER Scott - BODYRITES APP TREASURGA - 2009 Greene St # 112 Colombia, SC 29205 - USA
- CAPLIER Bruno - LE CHAT PERCÉ - 19 Rue Tiquetonne - 75002 PARIS
- CHAPATON Dominique - A COLOR TRIP - 1 rue Constantine - 69001 LYON
- CLAUDE Olivier - ART ANTIK - 45 rue des 4 Eglises - 54000 NANCY
- Dany - Accropiercing - 3 rue Lanterne - 69001 LYON
- DA SILVA Crass - TRIBAL TOUCH - 3 Quai F. de Coulanges - 67000 STRASBOURG
- DELEPIERRE Virginie - MARQUIS - 22 rue Terme - 69001 LYON
- DELVAL Chrystelle - HERITAGE PRIMITIF - 93 Rue JJ Rousseau - 21000 DIJON
- EYZAT Émilie - LE CHAT PERCÉ - 19 Rue Tiquetonne - 75002 PARIS
- FARGEOT Catherine - Pharmacien hospitalier - CHU BICHAT - 46 rue Henri Huchard - 75018 PARIS
- FLAMENT Morgan - TRIBAL TOUCH - 14 avenue R. Garros - 78140 VELIZY
- FOURNET-FAYARD Éric - MIKAEL TATOUAGE - rue Jules Vallet - 93 CLIGNANCOURT
- FRANCHEMICHE Pierre - TRIBAL BULLDOG - 6, rue Haudry - 76600 LE HAVRE
- GHOUBAIRA Paul - AMERICAN BODY ART - 24 bd Sébastopol - 75004 Paris
- GIGNOUD Loïc - ABRAXAS - 9 rue St Merri - 75004 PARIS

- GIGNOUD Richard - ABRAXAS - 9 rue Saint Merri - 75004 PARIS
- GUIARD-SCHMID Jean-Baptiste - Clinicien Infectiologue - Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- GUIGNON Pascal - ITC - 45 rue des 4 Églises - 54000 NANCY
- HAMEL Jano - RINGS & NEEDLE - 50 Rue de Fontenelle - 76000 ROUEN
- HOURIEZ Jean-Pierre - Médecin Généraliste - 11 av de la Résistance - 93100 MONTREUIL
- JOANNET Gerlain - ABRAXAS - 9 rue Saint Merri - 75004 PARIS
- LAIZE Olivier - TRIBAL ACT - 161 rue Amelot - 75011 PARIS
- LEBOURGEOIS Eddy - DIMITRI TATOUAGE - 6 Cour du Lion d'Argent - 78100 SAINT-GERMAIN EN LAYE
- LUIZ Guillaume - UNITY - 11, rue Louis Paster - 68100 MULHOUSE
- LUMINET Béatrice - Médecin Inspecteur de Santé Publique - DRASS du Centre - 25 bd Jean Jaurès - 45044 ORLÉANS Cédex1
- MAGNIER Gisèle - ABRAXAS - 9 rue Saint Merri - 75004 PARIS
- MARQUIS Gilles - MARQUIS - 22 rue Terme - 69001 LYON
- Mc CARTHY Patrice - PIERCOLOGY APP PRESIDENT - 872 N. High St Columbus, OH 43215 -USA
- MASLO Caroline - Clinicien Infectiologue - Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- MERLE Michel - INTERNATIONAL TATOO - 28 rue Léon Jost - 75017 PARIS
- MINCHELLI Dominique - 23 Keller Body Piercing - 23 rue Keller - 75011 PARIS
- OBRY Emma - MARQUIS - 22 rue Terme - 69001 LYON
- PACAUD Gérard - Médecin Biologiste - 17 rue de la Ville l'Evêque - 75008 PARIS
- PACAUD Christophe - ITC - 45 rue des 4 Églises - 54000 NANCY
- PALMA Thierry - TRANSPIERCING - 4 avenue du Pre Rollet - 78850 MAULE
- PIALOUX Gilles - Clinicien Infectiologue - Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- PICARD Hervé - Médecin de Santé Publique - Cabinet de conseil Médical DHP - Consultant - 24 av Félix Faure - 75015 PARIS
- PIHOUEE Philippe - Chef de Service de Pharmacie - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS

- POTHIER Christophe - BUZZ TATOO - 108 Rue Saint Denis - 75002 PARIS
- RICBULL&MURIEL - STOP-GAP - 48 rue Grande Rue - 50100 CHERBOURG
- RINCO Carlo - CARLO TATTOO - 1 rue de Brunneval - 10000 TROYES
- ROBERT-DESRICHARD Gaël - ARTRIBAL - 1, rue des Capucines - 69001 LYON
- ROCQUET Olivier - BODY PIERCING INTERNATIONAL - BP 76 - 01460 MONTREAL
- ROLLIN Sébastien - Indépendant
- ROUSSELLE Manu - indépendant
- ROZENBAUM Willy - Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- SALAUZE Béatrice - Microbiologiste - Laboratoire de Bactériologie - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- SCHUH Daniel - HENRY SCHEIN FRANCE - 4, rue de Charenton - 94140 ALFORVILLE
- SLAMA Laurence - Clinicien Infectiologue - Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Rothschild - 33 bd de Picpus - 75012 PARIS
- SOULIE Candy - CANDY'S PIERCING - 20 rue JJ Rousseau - 59000 LILLE
- ST LEGER Karine - BODYCULT - 3 rue d'Argoult - 75002 PARIS
- STEYAERT Lza - BODY ART - 67 rue de la Bonneterie - 84000 AVIGNON
- TABOUROT Hubert - QUILLIAN II -35 rue des Chaussetiers - 63000 CLERMONT FERRAND
- THIERY Emma - TRIBAL ACT - 161 rue Amelot - 75011 PARIS
- Yo - AARON TATOO - 12 rue Ferronnerie - 75001 PARIS