



Sécurité sanitaire, tatouage et piercing, des pratiques professionnelles à risques

Béatrice Luminet*, Jean-Paul Guyonnet**

INTRODUCTION

Le tatouage et le piercing sont certainement aussi vieux que l'humanité, comme en attestent les peintures rupestres du Tassili, en Algérie, qui montrent des femmes tatouées sur le thorax.

Depuis quelques années, ces pratiques connaissent un succès croissant en Europe, particulièrement auprès des jeunes.

En France, les tatoueurs et les perceurs sont considérés comme des artistes et échappent à toute réglementation sur le plan sanitaire.

Or ces pratiques s'accompagnent soit d'une effraction de la barrière cutanée ou muqueuse, soit de l'insertion dans le corps d'un élément étranger : encre pour le tatouage et bijou pour le piercing.

De récentes publications ont mis en cause ces pratiques dans la transmission des hépatites virales (hépatites B et C) [1, 2, 3] et microbiennes (staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques) [4].

Les techniques utilisées peuvent être classées à un niveau de risque infectieux semi-critique, dès lors que le tatouage expose à des lésions superficielles de la peau, voire plus quand on sait que le piercing concerne toutes les parties du corps y compris les muqueuses [5].

Il existe un risque potentiel de transmission bactérienne et/ou virale qui peut se faire de manière croisée entre le professionnel et son client, par l'intermédiaire d'une faute d'asepsie, de souillures sanguines, de matériel mal stérilisé, mais aussi par auto-contamination du client si la peau est mal désinfectée préalablement à l'acte [6].

Or paradoxalement, peu de pays ont mis en place des mesures de contrôle sanitaire de la pratique du tatouage et du piercing : diplôme préalable à l'exercice de la profession, obligation de mettre en œuvre des techniques éprouvées dans le domaine de l'hygiène, agrément préalable ou contrôle régulier par un organisme habilité.

Afin de mieux cerner les risques réels de ces pratiques pour la sécurité sanitaire, une étude exploratoire a été menée

durant l'été 1999 auprès de huit studios de tatouage et/ou piercing du département de l'Hérault.

L'étude menée a eu pour objectif de mieux connaître ces pratiques afin de mieux cerner la réalité des risques sanitaires qu'elles induisent.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce travail entre dans le cadre d'un mémoire de médecin inspecteur de santé publique en formation à l'École nationale de la santé publique de Rennes.

Après une recherche bibliographique, la méthodologie a consisté à rencontrer des tatoueurs et des perceurs pratiquant dans le département de l'Hérault.

Huit studios, dont deux non répertoriés dans l'annuaire mais positionnés en bord de plage, ont été intégrés à cette étude.

Les données présentées n'ont aucune prétention de représentativité statistique, l'étude menée étant purement exploratoire, destinée à tracer un premier sillon au sein de la pratique des professionnels.

La démarche a consisté à obtenir, dans un premier temps, l'accord du professionnel par téléphone (deux refus).

La visite du studio a toujours commencé par une observation des pratiques : préparation du matériel (soudure des aiguilles sur le dermatographe), réalisation du geste, nettoyage du matériel.

Le professionnel était ensuite soumis à un entretien semi-dirigé portant sur son parcours personnel, sa clientèle, son approche des risques sanitaires et ses attentes.

Puis ses modes opératoires étaient passés au crible d'une grille de bonne pratique d'hygiène, spécifiquement élaborée à cet effet à partir de plusieurs référentiels issus du secteur médical et paramédical.

Enfin, des prélèvements étaient réalisés sur le matériel prêt à être utilisé, en vue d'une recherche de flore bactérienne ; ils ont été analysés par le laboratoire Bouisson-Bertrand de Montpellier.

Parallèlement, une recherche d'ARN du virus de l'hépatite C a été faite sur huit prélèvements par la technique du PCR avec contrôle interne. L'analyse a été effectuée par le laboratoire d'immuno-virologie du CHU de Montpellier qui doit être remercié pour son aide.

* Médecin inspecteur stagiaire de santé publique. DDASS de l'Hérault.

** Médecin inspecteur de santé publique. DDASS de l'Hérault.

RÉSULTATS

Description des pratiques

Le tatouage

Après avoir dessiné les contours du motif sur la peau nettoyée, le tatoueur utilise un dermatographe.

Inventé en 1891, celui-ci consiste en la mise en mouvement électrique d'une aiguille, qui pourra ainsi piquer 3 à 5 000 fois par minute. Le dermatographe est composé d'éléments non stérilisables (électro-aimants), mais aussi d'éléments qui devraient être stérilisés (manchon, tige porte-aiguille et buse).

La buse, qui permet de guider l'aiguille est en contact direct avec la peau de la personne tatouée. Ce n'est pas une pièce à usage unique, elle est systématiquement réutilisée d'un client à l'autre.

Les aiguilles, commandées par boîtes de 1000 sont non stériles. Elles sont fixées sur la tige du dermatographe par une soudure à l'argent ou à l'étain effectuée le plus souvent par le tatoueur lui-même dans son studio. Selon les caractéristiques du tatouage (épaisseur des traits, remplissage avec des couleurs), une ou plusieurs aiguilles sont soudées simultanément sur la tige du dermatographe.

Les aiguilles de tatouage sont très fragiles : il n'est pas rare qu'un seul tatouage en nécessite plusieurs. Elles sont donc toujours à usage unique.

Dernier élément du matériel nécessaire au tatouage, les encres composées de pigments de couleurs variées permettent la réalisation du dessin. L'encre est « incrustée » dans le derme grâce au mouvement de frappe de l'aiguille sur la peau, ce qui fait sourdre un exsudat sanguinolent.

Les aiguilles et les encres sont achetées le plus souvent en Grande Bretagne.

Les flacons d'encre ne comportent aucune étiquette. Chaque tatoueur a son propre fournisseur et la composition est tenue secrète.

Les capsules où sont versées les encres nécessaires à un client sont à usage unique et le contenu restant est jeté après chaque client.

Tous les tatoueurs rencontrés portent des gants pour travailler. Cette habitude semble plus due à l'utilisation d'encres qui salissent la peau qu'à des préoccupations d'ordre sanitaire.

La moitié d'entre eux dispose d'un lavabo dans la pièce où ils travaillent et ont un distributeur de savon près du lavabo.

Tous nettoient leur plan de travail entre chaque patient.

Ils sont apparus bien informés des risques liés à leur pratique, un seul n'a pas cité l'hépatite comme transmissible. Quatre sont vaccinés contre l'hépatite B. Deux ont déclaré faire chaque année un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C.

Un seul tatoueur interroge sa clientèle sur les problèmes médicaux. Aucun ne la questionne sur son statut sérologique.

En ce qui concerne la procédure de stérilisation, aucun ne suit les étapes de décontamination, nettoyage, conditionnement, indispensables avant la stérilisation.

Quatre utilisent un « poupinel » (four à chaleur sèche) dont un seul à une température supérieure à 160 degrés et pendant une durée minimale de deux heures. La présence de

soudure à l'étain pour fixer les aiguilles sur la tige est la raison invoquée pour limiter la durée et la montée en température.

Deux tatoueurs seulement n'éliminent pas leurs aiguilles dans un conteneur adapté aux objets piquants. L'un les remet au client en souvenir, l'autre les jette avec les déchets ménagers.

Le piercing

Les trois perceurs rencontrés utilisent une aiguille intra-veineuse ou intramusculaire de calibre variable, à usage unique. Elles sont sorties de leur emballage juste avant d'effectuer le piercing. Aucun n'utilise de pistolet, même pour les piercing du lobe de l'oreille.

Après avoir nettoyé la peau, ils marquent les points de percement à l'aide d'un stylo ou d'une pointe trempée dans l'encre.

L'aiguille est passée à travers la peau et sert de guide au bijou qui a été choisi et désinfecté au préalable.

Le site le plus souvent percé est le lobe de l'oreille, mais toutes les parties du corps, y compris les plus intimes, peuvent être percées.

Le passage de l'aiguille entraîne un léger saignement et le professionnel peut alors être en contact direct avec le sang du client. Les perceurs rencontrés utilisaient tous des gants non stériles au moment du geste et nettoyaient le plan de travail entre deux clients.

Il a été relevé, dans un cas, le recapuchonnage des aiguilles de piercing par le perceur avant de les jeter.

Le temps de cicatrisation d'un piercing varie selon la partie du corps concernée, le bijou, l'intervention et les soins appliqués par le client après le piercing. Il peut aller de quelques semaines à un an.

Aucun des professionnels rencontrés, que ce soit perceur ou tatoueur, ne possède d'autoclave, seul matériel actuellement validé pour la stérilisation des dispositifs médicaux.

Or une stérilisation efficace est nécessaire pour les aiguilles de tatouage qui, si elles sont à usage unique, ont cependant été manipulées par le tatoueur pour être soudées et peuvent être à l'origine de transmissions infectieuses bactériennes. La même observation peut être faite pour le bijou de piercing.

Mais le risque essentiel réside dans la possibilité de transmission des virus des hépatites B et C par la buse du dermatographe si elle n'est pas stérilisée entre deux clients.

En ce qui concerne le piercing, le risque réside dans la réutilisation possible des aiguilles pour plusieurs clients successifs lors de pratiques de piercing collectives.

Tous les tatoueurs et perceurs rencontrés donnent des conseils pour les soins après le tatouage ou le piercing de la zone concernée, par écrit ou seulement par oral selon les studios.

Résultats des prélèvements

Les prélèvements bactériologiques

Cinq prélèvements ont été faits sur des aiguilles à tatouage prêtes à être utilisées, un sur un bijou de piercing, un sur un porte-aiguille, trois sur des buses de dermatographe, et un sur un manchon de dermatographe.

Ces onze prélèvements sont tous revenus non stériles du laboratoire.

Les prélèvements virologiques

Huit prélèvements ont été réalisés dans cinq studios sur du matériel prêt à être utilisé : aiguilles, buses et tiges de dermographes

Un s'est révélé faiblement positif : 100 à 200 copies. Il s'agit d'un prélèvement effectué sur une aiguille de tatouage après soudure et à la sortie d'un poupinel ; aucune conclusion ne peut être tirée sur sa capacité infectante.

DISCUSSION

La pratique du tatouage et du piercing paraît présenter un risque réel de transmission infectieuse bactérienne et virale, particulièrement pour les virus des hépatites B et C, en raison d'un niveau d'hygiène globalement déficitaire.

Dans les studios de tatouage, plusieurs éléments sont susceptibles d'être à l'origine d'une contamination :

- *les aiguilles*, achetées non stériles, soudées par le professionnel lui-même dans le studio, non stérilisées avant l'utilisation ;

- *la buse* : selon la technique utilisée par le tatoueur, elle entre plus ou moins en contact avec la peau et donc l'exsudat et/ou le sang qui s'écoulent durant le tatouage. Contrairement aux aiguilles, elle n'est jamais à usage unique ;

- *les encres*, de composition et de provenance inconnues. S'agissant de produits destinés à être introduits dans le derme, donc dans le corps humain, il est anormal qu'il n'y ait aucune information sur leur composition (un tatoueur a évoqué la présence de « gélatines ») et aucun contrôle d'innocuité.

L'aiguille, en contact avec le sang, est trempée de multiples fois dans la capsule contenant l'encre. Si l'encre résiduelle et la capsule ne sont pas jetées après chaque client, le risque de transmission bactérien ou viral est important. Ce risque n'a pas été rencontré lors de cette étude.

Pour les perceurs, la pratique observée dans l'échantillon paraît moins inquiétante pour la transmission inter humaine grâce à l'usage d'une aiguille stérile sous blister à usage unique.

Les perceurs indiquent cependant que des adolescentes pour des raisons de coût pratiqueraient entre elles le piercing avec la même aiguille pour plusieurs personnes. Des conseils de prévention devraient être diffusés afin d'alerter sur le risque de contamination croisée.

Le bijou constitue un élément important de risque infectieux s'il n'est pas auto clivé avant la pose.

Les perceurs se différencient positivement des bijoutiers traditionnels dont certains continuent à utiliser un « pistolet » pour l'insertion des boucles d'oreille. L'embase de ce pistolet est souillée à chaque utilisation, elle devient contaminante pour le prochain client en l'absence de stérilisation.

Cette pratique doit donc être totalement abandonnée.

CONCLUSION

L'étude de la pratique des tatoueurs et des perceurs menée auprès de huit studios dans le département de l'Hérault révèle des lacunes d'hygiène préoccupantes pour la santé publique.

Une grande variété des pratiques a été décelée, allant du studio dépourvu de toute hygiène à celui ayant la volonté de mettre en place une démarche cohérente de désinfection du matériel.

La réalisation d'une enquête de plus grande envergure, intégrant le suivi des clients et des infections éventuelles permettrait de mieux cerner le risque réel de transmission infectieuse.

Aucun des studios visités ne respecte l'ensemble des règles édictées en matière d'hygiène, ni ne déroule correctement les différentes étapes nécessaires pour une prévention efficace de la transmission d'une infection bactérienne ou virale [5].

Les erreurs d'asepsie, combinées à l'utilisation de matériel incorrectement stérilisé entre deux clients, génèrent un risque de transmission infectieuse inter humaine, dans la mesure où le tatouage et le piercing sont associés à une effraction de la barrière cutanée ou muqueuse.

Ces pratiques doivent intégrer des exigences d'hygiène équivalentes à celles des professionnels médicaux et paramédicaux, le matériel utilisé doit subir les mêmes contraintes de stérilisation que le matériel médical, ce qui est loin d'être le cas dans la mesure où l'exercice professionnel est ici tourné vers le côté artistique de la réalisation et non vers les conséquences sanitaires de l'intervention.

Les auteurs préconisent la mise en place de mesures de régulation sanitaire : formation initiale et continue comportant un enseignement obligatoire sur l'hygiène, déclaration d'installation, contrôle préalable et régulier d'une autorité sanitaire afin de garantir que les référentiels requis en matière d'hygiène sont effectivement respectés.

Conscients de leurs lacunes, les professionnels rencontrés ont souhaité être associés à la réalisation de guides de bonnes pratiques et à la définition des protocoles à mettre en œuvre au sein des studios.

Enfin, une information large du public permettrait de l'alerter sur les risques et de l'encourager à rechercher parmi les studios, les garanties de bonne hygiène et de sécurité dans le tatouage ou le piercing.

RÉFÉRENCES

- [1] Abildgaard N, Peterslund N-A. Hepatitis C virus transmitted by tattooing needle. *The Lancet*. Août 1991. Vol 338. p460.
- [2] Ko Y, Ho M, Chiang T, Cha S, Chang P. *Tattooing as a risk of hepatitis C virus infection*. *Journal of medical virology*. 1992. N° 38. p288-291.
- [3] Zeusem S, Teuber G, Lee, Ruster B, Roth W.K. *Risk factors for the transmission of hepatitis C*. *Journal of hepatology*. 1996. Vol 24. suppl 2. p3-10
- [4] Samantha S, Tweeten-Leland M, Rickman S. *Infectious complications of body piercing*. *Clinical infectious diseases*. 1998. N°26. p735-740.
- [5] Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, Comité Technique National des Infections Nosocomiales. *Désinfection des dispositifs médicaux*. Guide de bonnes pratiques. 1998.
- [6] Guiard-Schmidt J.B. Groupe Français d'étude et de recherche sur le piercing. Guide de bonnes pratiques du piercing. 2001.