



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Mise en œuvre des Techniques de :

- **tatouage par effraction cutanée**
- **maquillage permanent**
- **perçage corporel**

☛ **Bases réglementaires**

Demande d'habilitation à délivrer la formation aux règles générales d'hygiène et de salubrité (pages 2 à 3)

☛ **Procédure pour obtenir l'habilitation**

Constitution du dossier de demande (formulaire vierge pages 4 à 8)

Demande d'habilitation à délivrer la formation aux règles d'hygiène et de salubrité

Préambule :

Les professionnels du tatouage et du perçage corporel doivent, dans leur exercice quotidien, respecter les règles générales d'hygiène de nature à prévenir les risques allergiques et infectieux.

Pour ce faire, ils doivent suivre une formation leur permettant **d'acquérir les bonnes pratiques** au niveau de **l'hygiène des mains, de l'utilisation du matériel stérile** mais aussi de la **préparation de la zone cutanée à tatouer ou percer**.

I - Habilitation des organismes de formation à délivrer la formation

1) Organisme de formation habilité par le représentant de l'Etat en Région

L'article R. 1311-3 du code de la santé publique prévoit que la formation aux règles d'hygiène des professionnels du tatouage et de perçage est délivrée par les organismes habilités par le représentant de l'Etat dans la région.

2) Délai pour obtenir l'habilitation

Il est statué sur la demande d'habilitation dans un délai de deux mois à compter de la réception du dossier **complet**, selon le modèle ci-annexé.

3) Qualification en hygiène hospitalière de l'un des formateurs

Pour être habilité, l'organisme dispose notamment d'une équipe pédagogique composée d'au moins un formateur qui justifie d'une qualification en hygiène hospitalière.

Celui-ci devra remplir une des conditions suivantes ;

- ☛ Soit être titulaire d'un **Diplôme d'Université** d'hygiène hospitalière
dans ce cas précis fournir **copie du diplôme**

- ☛ Soit avoir exercé en milieu de soins, pendant au moins un an, des fonctions visant à prévenir et remédier aux infections hospitalières
dans ce cas précis, fournir **une attestation d'employeur spécifiant l'emploi et les missions occupées**

4) Autorisation d'exercice des infirmiers

La copie du n° national d'identification du conseil national de l'ordre des infirmiers pour les infirmiers intervenants (en vertu du CSP et de l'ordonnance n°2009-1586 du 17 décembre 2009).

II - Suivi des organismes de formation habilités

- 1) L'organisme de formation transmet, **avant le 31 janvier de chaque année**, à l'ARS du lieu d'implantation de l'activité, la liste des personnes auxquelles une attestation de formation a été délivrée au cours de l'année écoulée.
- 2) L'ARS transmet au ministre chargé de la santé, la liste des organismes habilités, la date de leur habilitation, en indiquant, par organisme, le nombre de personnes formées.

III - Le dossier de demande d'habilitation

Ce dossier devra être adressé selon modèle ci-joint, à :

Agence Régionale de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur
Direction des Politiques Régionales de Santé
132, Boulevard de Paris
CS 50039
13331 – MARSEILLE 03

Logo de l'établissement



PRESENTATION DE L'ORGANISME DE FORMATION

<p>Dénomination de l'organisme de formation :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Adresse administrative :</p> <p> : :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Nom du représentant légal :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>N° d'enregistrement et de déclaration d'activité Préfecture de :</p> <p>FINESS.....</p> <p>SIRET</p> <p>APE</p> <p>(joindre en annexe la copie du récépissé de déclaration d'activité d'un prestataire de formation portant numéro de déclaration d'activité et date de délivrance pris en application de l'article R. 6351-6 du code du travail)</p>	
<p>Lieu de la formation :</p> <p>Adresse exacte</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Nom, prénom, fonction et titres du responsable de l'action de formation :

.....

.....

.....

.....

Nom, prénom du référent du dossier :

.....

:

:

Nom, prénom du responsable administratif :

.....

:

:

Logo de l'établissement



Nom, prénom, fonction et titres du responsable pédagogique

.....

.....

.....

Intervenants pédagogiques
Nom, Prénom, fonction et titres

- joindre en annexe **copie du diplôme** ou **attestation d'employeur** du référent en Hygiène et CV et les diplômes des formateurs intervenants.

- Pour les infirmiers intervenants, joindre en annexe copie de la **carte professionnelle** portant **N° national d'identification** à l'Ordre National des Infirmiers

- Description détaillée des locaux de formation (plan, surface, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

Logo de l'établissement



PROGRAMME DE FORMATION

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

<p>Durée : (base 21h minimum)</p> <p>: 3 jours consécutifs</p>	<p>Cout (€) / participant :</p> <p>Nombre maxi de participants/sessions :</p>
--	---

Un MODULE DE FORMATION THEORIQUE : (Unités d'enseignement de 1 à 7)

Un MODULE DE FORMATION PRATIQUE : (Unités d'enseignement 8 et 9)

- Pour chaque journée de formation vous voudrez bien préciser les unités qui seront enseignées et le bilan partiel de formation conduit au terme de la journée?

MODULE DE FORMATION THEORIQUE :

- Pour chaque unité d'enseignement, vous voudrez bien préciser :
 - o L'intitulé de l'Unité d'Enseignement (cf. annexe du 12 décembre 2008 de l'arrêté précité) ;
 - o Les contenus enseignés (titres des cours.) ;
 - o Les méthodes pédagogiques et les matériels techniques utilisés ;
 - o Les objectifs de l'intervention pour ce public ciblé ;
 - o Les modalités d'évaluation théoriques
 - o Les noms et/ou qualité des intervenants.

MODULE DE FORMATION PRATIQUE :

- Pour chaque unité d'enseignement, vous voudrez bien préciser :
 - o Les modalités d'encadrement et d'enseignement pratique (ex : ateliers pratiques, sous groupe de 4 à 5 personnes, en salle pratique, en service de stérilisation, etc. ... ;
 - o Les contenus d'enseignement pratique et matériels techniques utilisés ;
 - o Les réalisations qui seront effectuées par les stagiaires ;
 - o Les objectifs de réalisation pratique pour ce public ciblé ;
 - o Les modalités d'évaluation pratique des acquis de formation ;
 - o Les noms et/ou qualités des intervenants ;

QUALITE DE LA FORMATION DISPENSEE

- Au terme de la formation, vous voudrez bien indiquer :
 - o Les modalités d'évaluation du stage conduit ;
 - o Le questionnaire d'évaluation élaboré portant sur la satisfaction des participants ;
 - o Le dispositif d'évaluation de la qualité de la formation.
 - o Le type de documents pédagogiques éventuels remis aux participants

Logo de l'établissement



SUIVI DE LA FORMATION

DISPOSITIF DE CONTROLE DE LA PRESENCE REGULIERE DES STAGIAIRES

- Vous voudrez bien indiquer :
 - o Le ou les moyens de contrôle mis en œuvre

DELIVRANCE DE L'ATTESTATION DE FORMATION

- Vous voudrez bien présenter :
 - o Le modèle d'attestation de formation qui sera délivré à chaque personne, portant mention :
 - Du logo de l'organisme
 - Nom et prénom de la personne formée ;
 - Dates de la formation
 - Nom, adresse et numéro d'enregistrement préfectoral, de l'organisme de formation
 - Date d'habilitation « Hygiène et salubrité ».
 - Date et signature du responsable de formation

ENGAGEMENT DE L'ORGANISME DE FORMATION

- Vous voudrez bien présenter :
- - o La lettre d'engagement signée du responsable de formation, précisant que l'organisme de formation s'engage à assurer la formation dans les conditions prévues par l'arrêté du 12 décembre 2008 et telles que décrite dans le programme ci-joint soumis à l'habilitation.

RAPPORT D'ACTIVITE

- Vous voudrez bien transmettre **avant le 31 janvier de chaque année**, à l'ARS de région, la liste des personnes auxquelles une attestation de formation a été délivrée au cours de l'année écoulée selon le modèle ci-joint (liste alphabétique des personnes formées):

ATTESTATIONS DE FORMATION DELIVRES EN : (20-----)		
Nom de l'organisme de formation :		
Adresse complète:		
Noms	Prénoms	Attestation délivrée le :

LOGO de l'organisme

Adresse de l'organisme

Organisme de formation enregistré sous le n°

Auprès du Préfet de région de :

Date d'habilitation ARS :

(Modèle)

ATTESTATION DE FORMATION

Je soussigné, (prénom, nom, du responsable de l'action de formation) certifie que

M..... Nom patronymique et marital..... Prénom

A participé à la formation :

« Conditions d'hygiène et de salubrité »
lors des techniques de tatouage par effraction cutanée,
y compris la technique du maquillage permanent et du perçage corporel

Qui s'est déroulé du :/...../..... au/...../.....

Conformément aux dispositions du code de la santé publique relevant des Art. R1311-1 à R1311-12

Fait à Le

Signature

Nom, Prénom du responsable
Tampon de l'organisme