



Promotion et aide à la mise en œuvre de la Directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire

Compte-rendu du deuxième atelier régional

Rome, le 7 mars 2013

Sommaire

1	Introduction	2
1.1	Historique du projet	2
1.2	Pays participants	3
1.3	Objectif du compte-rendu	3
2	Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire	4
3	Où en est la transposition ?	5
4	Les bonnes pratiques et les défis de la transposition et de la mise en œuvre	5
4.1	Les éléments clefs d'une transposition réussie	6
4.2	Expériences de transposition	6
4.3	Les défis de la transposition	10
5	Événements à venir	12

1 Introduction

Ce document est un compte-rendu du deuxième atelier régional organisé par la FSESP et l'HOSPEEM sur la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE. Celle-ci traite de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire (voir <http://www.epsu.org/r/629>). L'atelier s'est tenu à Rome le 7 mars 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9117> et <http://www.epsu.org/a/9393>).

1.1 Historique du projet

Un accord-cadre sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire a été signé en juillet 2009 par les organisations sectorielles européennes de partenaires sociaux : la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) et l'Association européenne des employeurs du secteur hospitalier et sanitaire (HOSPEEM). Les partenaires sociaux ont demandé à la Commission de soumettre cet accord au Conseil en vue de parvenir à une décision, conformément à l'Article 155(2) du TFUE. En octobre 2009, la Commission européenne a émis une proposition de directive du Conseil comportant en annexe l'accord des partenaires sociaux dans son intégralité. Le 11 février 2010, le Parlement européen a soutenu la directive proposée dans une résolution et le 8 mars, le Conseil parvenait à un accord sur son adoption. La directive a été publiée au Journal officiel en tant que [directive du Conseil 2010/32/UE](#) le 1^{er} juin 2010 (L134/66). Les États membres doivent la mettre en œuvre pour le 11 mai 2013 au plus tard.

La directive vise à créer l'environnement professionnel le plus sécurisé possible pour les employés du secteur hospitalier et sanitaire et à protéger les travailleurs exposés à des risques, ainsi que les patients. Ceci concerne la prévention des blessures dues à tous les types d'objets médicaux tranchants (y compris les aiguilles). La directive propose de définir une approche intégrée qui englobe à la fois l'évaluation et la prévention des risques mais aussi la formation des travailleurs et les informations qui leur sont fournies.

La clause 11 de l'accord, qui traite de sa mise en œuvre, précise qu'en ce qui concerne l'interprétation de l'accord-cadre, la Commission pourrait se référer aux parties signataires (c'est-à-dire la FSESP et l'HOSPEEM) pour qu'elles expriment leur opinion. Les partenaires sociaux sectoriels européens ont également inclus la possibilité de réviser son application cinq ans après la date de la décision du Conseil si une des parties signataires de l'accord le demande. C'est sur cette option que repose l'idée d'effectuer dès le début un suivi pour pouvoir prendre ultérieurement des décisions en toute connaissance de cause. Enfin, les partenaires sociaux européens et nationaux ont l'obligation de s'engager et de rester impliqués dans des actions de suivi appropriées, notamment des actions visant à améliorer la sensibilisation, et dans des actions de surveillance et d'évaluation du processus de mise en œuvre ; ils doivent aussi participer aux comités et organismes responsables de la transposition de la directive.

Étant donné que la date butoir de mise en œuvre se rapproche, les objectifs de ce projet sont de :

- a) rassembler les informations sur la transposition et la mise en œuvre de la directive au niveau national ;
- b) rassembler et échanger des informations sur les aides et boîtes à outils existant aux niveaux national et local pour faciliter la mise en œuvre de l'accord d'un point de vue organisationnel ;
- c) prendre connaissance des questions pratiques soulevées au niveau organisationnel de la mise en œuvre de l'accord ;
- d) déterminer comment aborder ces questions et s'inspirer des bonnes pratiques.

1.2 Pays participants

Le deuxième atelier régional s'est tenu à Rome le 7 mars 2013. 80 représentants des organisations syndicales sectorielles y ont participé. Ils venaient de Belgique (francophone), de Chypre, de France, d'Italie, de Malte, de Norvège, du RU et d'Espagne. Des informations plus détaillées sur l'événement, y compris l'intégralité des présentations, sont accessibles via <http://www.epsu.org/a/9393>.

1.3 Objectif du compte-rendu

Ce compte-rendu résume les discussions engagées durant l'atelier.

2 Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire

Le secteur hospitalier et sanitaire emploie 21 millions de travailleurs en Europe¹. Le nombre de piqûres d'aiguille advenant chaque année est estimé à 1 million². Le nombre d'autres accidents dus à des objets médicaux tranchants n'est pas connu car ils sont encore moins susceptibles d'être enregistrés. Les professionnels du secteur médical ne sont pas les seuls d'être à être exposés à ce risque. Les infirmiers et les médecins hospitaliers travaillant dans des situations médicales d'urgence sont considérés comme étant les plus exposés, mais d'autres travailleurs peuvent subir ces blessures, notamment les infirmiers travaillant dans le secteur des soins à domicile, les travailleurs sociaux (qui s'occupent des toxicomanes par exemple) et le personnel auxiliaire comme le personnel de ménage, le personnel chargé de la gestion des déchets ou celui qui s'occupe de la blanchisserie.

L'Italie et l'Espagne font état d'un peu moins de 100 000 blessures par objets tranchants dans le secteur sanitaire tous les ans. Il faut envisager cette donnée en gardant à l'esprit qu'environ 70 % de ces blessures ne sont pas déclarées, et ce, pour diverses raisons : le fait que les travailleurs se considèrent comme responsables de l'accident, la lourdeur des procédures de déclaration et le sentiment que rien n'est fait pour limiter les risques, même lorsque les accidents sont déclarés.

L'augmentation des taux d'infection au VIH et d'hépatites B et C parmi la population de patients induit un risque plus élevé d'infection pour le personnel sanitaire. Au cours de la dernière décennie, cette situation a connu une évolution positive. Les mesures de prophylaxie contre le VIH se sont grandement améliorées et le taux de vaccination du personnel sanitaire contre le risque d'infection à l'hépatite B a augmenté. Cependant, le risque d'infection à l'Hep. C reste élevé. L'Italie à elle seule déclare 30 cas d'infections professionnelles à l'Hep. C dues à des blessures par objets tranchants chaque année.

Des recherches approfondies ont été menées en Italie et en Espagne. Elles portent sur les facteurs de risques et sur les catégories de travailleurs à risques les plus susceptibles de pâtir d'une exposition à l'infection résultant d'une blessure par objet tranchant. Il ressort de ces études que le risque global d'exposition est le plus élevé en chirurgie générale et spécialisée, chez les infirmiers, les médecins et le personnel d'entretien. En revanche, l'incidence des expositions à risque élevé est plus importante en médecine générale et spécialisée (en particulier parmi les infirmiers). Les facteurs de risque affectant le personnel d'entretien sont significatifs, les expositions étant largement liées à une élimination inadéquate des aiguilles et des instruments tranchants.

Même lorsqu'une infection grave par virus à diffusion par voie sanguine n'est pas acquise, les infirmiers et les travailleurs soignants peuvent subir de longs mois d'angoisse et d'incertitude dans l'attente des résultats des tests de suivi.

Des études indépendantes montrent qu'il est possible d'éviter la majorité de ces blessures potentiellement fatales en recourant à un ensemble de mesures : former le personnel, appliquer des pratiques professionnelles plus sûres et utiliser des technologies médicales intégrant des mécanismes de sécurité (notamment des aiguilles équipées de gaines protectrices automatiques).³

¹Données issues du rapport Eurofound, "Employment and industrial relations in the healthcare sector", février 2011, Dublin, accessibles via : <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/index.htm>

² Les estimations sont établies par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.

³Voir Van der Molen et al. (2012) *Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers*, Work ; 2012, Vol. 41, p1969-1971, 3p

3 Où en est la transposition ?

Ce projet comporte une enquête menée par ICF GHK auprès des organisations de partenaires sociaux. Les réponses fournies à ce jour (fin février 2013) indiquent que seuls trois États membres ont déjà transposé la directive 2010/32/UE : l'Autriche, les Pays-Bas et la Suède. Le Danemark et la Lettonie auront probablement mis en œuvre la directive avant le 11 mai 2013 et il est fort probable que l'Italie, le RU et la Finlande l'aient fait pour cette date. En Espagne, à Chypre et en Estonie, les administrations des gouvernements n'ont pas connaissance de la date butoir.

L'implication des partenaires sociaux dans la transposition était une chose acquise pour la plupart des pays qui ont répondu à l'enquête. La majorité des États membres a choisi d'appliquer la directive par le biais d'une loi et de la compléter par des recommandations spécifiques (ou par des accords collectifs). Les Pays-Bas sont une exception : un « Guide national de la prévention des blessures par objets tranchants » existe depuis 2007 et a été utilisé pour la transposition de la directive. Il revient à présent aux hôpitaux et au secteur sanitaire de mettre en application ces recommandations au niveau organisationnel.

La réalisation de l'enquête est liée à l'organisation des ateliers (20 participants de 12 États membres de l'UE, 1 participant de Biélorussie et à partir du 6 mars 2013, 1 participant d'Ukraine. Par ailleurs, l'enquête se poursuit). D'autres réponses doivent être fournies par les partenaires sociaux dans les prochains mois et ces informations seront mises à jour pour chaque séminaire régional.

Dans 8 des 12 États membres qui nous ont fourni des réponses à ce jour, le niveau de modification des lois existantes requis est considéré comme moyen ou important. Les principales modifications à apporter concernent des questions telles que l'interdiction du recapuchonnage, les exigences en matière d'évaluation du risque, qui doivent être plus spécifiques, et la vaccination préventive.

La majorité des pays disposent déjà de recommandations en matière de prévention des blessures par objets tranchants et la plupart des pays où ces recommandations ne sont pas encore disponibles envisagent de les produire dans le cadre de la transposition et de la mise en œuvre de la directive.

4 Les bonnes pratiques et les défis de la transposition et de la mise en œuvre

Durant l'atelier, il a principalement été question des progrès réalisés dans la transposition de la directive, des problèmes non résolus et des pratiques adéquates de mise en œuvre des dispositions législatives au niveau organisationnel.

4.1 Les éléments clefs d'une transposition réussie

Les actions énumérées ci-dessous sont essentielles à la réussite de la transposition (elles figurent également parmi les recommandations de mise en œuvre émises par le [Réseau européen sur la biosécurité](http://europeanbiosafetynetwork.eu/). Voir <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>). Elles ont été présentées et reconnues par les personnes qui ont participé à l'atelier :

- mettre sur pied un organe de suivi/de surveillance des données au niveau national pour garantir une déclaration normalisée des blessures et pour contrôler que la loi est bien respectée ;
- mettre sur pied, au niveau organisationnel, un comité de santé et de sécurité chargé de représenter la direction et les travailleurs afin d'évaluer les risques, de définir des procédures de déclaration des incidents, de choisir des dispositifs de sécurité, d'observer l'utilisation des nouveaux produits, de former le personnel et de définir des procédures à appliquer après les blessures ;
- mettre sur pied des formations professionnelles harmonisées destinées aux travailleurs soignants, quelle que soit leur spécialité, et portant sur les connaissances en matière de prévention des blessures par objets tranchants et de déclaration des incidents ;
- interdire la pratique du recapuchonnage sur base de l'évaluation du risque ;
- vacciner gratuitement les travailleurs affectés ;
- définir des exigences standard minimums pour les dispositifs de sécurité (à développer sur le long terme) et une politique favorisant des procédures professionnelles de sécurité ;
- créer des groupes de travail au niveau national, voire au niveau local/municipal, rassemblant les partenaires sociaux, les organismes chargés de la santé et de la sécurité, les représentants des secteurs sanitaire et social, les producteurs de dispositifs de sécurité, les prestataires de formations et les chercheurs. Leur mission est d'élaborer des recommandations relatives à l'évaluation des risques, aux dispositifs de sécurité et aux procédures professionnelles de sécurité, et à l'échange de bonnes pratiques.

4.2 Expériences de transposition

Les exemples suivants, présentés durant l'atelier, mettent en lumière les obstacles actuels à la transposition de la directive et les expériences liées à la déclaration et à la prévention des blessures par objets tranchants.

4.2.1 Italie

En Italie, les dispositions de la directive déjà couvertes par des décrets législatifs existants sont nombreuses. Cependant, des modifications sont nécessaires pour combler certaines lacunes mises en évidence par l'accord-cadre de l'UE et la directive qui en découle.

Le décret législatif 81 couvre l'élimination du risque lié à l'évaluation du risque. Il comprend une disposition portant sur l'utilisation de dispositifs conçus pour la sécurité.

De nouvelles dispositions ont été ajoutées au chapitre 10 du décret législatif 81 afin de garantir que les étudiants en médecine sont également couverts. En outre, l'article 286 sur l'évaluation des risques sera modifié pour garantir que le risque d'exposition à des infections par voie sanguine est pris en compte.

L'ébauche de la nouvelle loi est terminée, mais la situation politique actuelle qui crée l'absence de majorité nécessaire à la formation d'un gouvernement (à la suite des élections qui se sont tenues fin février) retarde inévitablement les débats et le passage de la loi modifiée au parlement.

Dans la pratique, des processus de travail et des équipements plus sûrs ont commencé à être déployés dans les années 80, à mesure que le taux d'infection au VIH et à l'Hep. B et C augmentait chez les patients et que la conscience du risque d'infection à ces virus grandissait. Au fil des années, le recapuchonnage a été interdit, l'utilisation de contenants spécifiquement destinés aux objets tranchants a été rendue obligatoire, ainsi que celle d'équipement de protection personnel. La sensibilisation à cette problématique et la formation se sont améliorées. Durant la deuxième moitié des années 90, de plus en plus d'équipements conçus pour la sécurité ont fait leur apparition.

Des recommandations concernant l'évaluation des risques ont été créées et les procédures de déclaration ont été améliorées et parfois simplifiées.

Les tests effectués en cas d'exposition sont plus rapides. La prophylaxie et les traitements prodigués aux travailleurs affectés ont également contribué à réduire significativement les risques sanitaires auxquels sont exposés les travailleurs victimes de blessures par objets tranchants.

Depuis l'introduction de toutes ces mesures, le taux de blessures a considérablement diminué, en particulier dans les situations où des dispositifs conçus pour la sécurité étaient utilisés et où des contenants permettant d'éliminer les objets tranchants de façon sécurisée étaient aisément accessibles.

L'expérience de l'Italie montre que l'approche intégrée est la méthode la plus efficace pour réduire durablement les blessures par objets tranchants. Il a été souligné que la directive constitue un progrès décisif pour garantir la mise en œuvre d'une approche intégrée de ce type.

4.2.2 France

En France, la transposition de la Directive est prévue pour mai 2013 et la loi couvrira 1,2 million d'employés du secteur sanitaire, tant dans les institutions publiques que privées. Les syndicats de ce secteur ont à cœur de faire élargir le champ d'application de la loi pour que, outre le personnel hospitalier, elle concerne aussi le personnel des cliniques et le personnel sanitaire travaillant au domicile des patients.

La France dispose déjà d'un large éventail de mesures législatives dans la lignée des principes couverts par la directive. Il y a notamment le Code du Travail, le Code de la Santé publique et diverses réglementations concernant le secteur hospitalier⁴. La question de la prévention est également abordée (notamment la vaccination du personnel sanitaire et l'élimination des objets tranchants).

La responsabilité d'assurer la surveillance des incidences de blessures par objets tranchants avec exposition du sang incombe à l'Institut national de surveillance, qui a été créé en 1998 (il doit notamment surveiller le risque d'infection au VIH et à l'Hep. B ou C).

⁴Exemples : le décret no 94-353 de 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de l'exposition à des agents biologiques ; la circulaire DGS/DH/DRT no 98/228 de 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH ; la circulaire DGS/DH no 98/249 de 1998 relative à la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé ; la circulaire DH/SL20DGS/VS3 no 554 de 1998 relative à la collecte des objets tranchants, etc.

Afin de réduire le risque de blessures par objets tranchants, un comité a été mis sur pied (*Réseau RAISIN*). Cet organisme est responsable d'un plan d'action sur 5 ans (2009-2013) et son objectif est de réduire de 25 % l'incidence des expositions pour 100 lits. Environ 16 000 incidents présentant un risque d'exposition à des infections se transmettant par voie sanguine sont déclarés chaque jour, mais il faut garder à l'esprit que 70 % de ces incidents ne sont pas déclarés.

Pour aborder le phénomène de sous-déclaration, les représentants syndicaux qui ont présenté la situation de la France ont suggéré de rendre les déclarations obligatoires.

Dans la pratique, les directeurs d'hôpitaux ont la responsabilité de mettre en place une stratégie de prévention et les syndicats jouent un rôle important dans ce domaine pour influencer et assurer la mise en œuvre et la surveillance de ces stratégies. Celles-ci comportent un volet prévention (l'introduction de dispositifs conçus pour la sécurité dans les zones à risque élevé), un volet pour la déclaration et le traitement et, le cas échéant, des mesures de compensation pour les travailleurs affectés.

Au niveau organisationnel, les syndicats soutiennent tout particulièrement l'utilisation du *document unique* qui inclut l'évaluation initiale du risque, le plan de prévention et la stratégie de réduction et de gestion des risques, ainsi que la déclaration et les actions de suivi. Ce processus comprend aussi une procédure régulière visant à évaluer le niveau de réduction des blessures par objets tranchants obtenu et les étapes ultérieures nécessaires à l'amélioration de la politique de prévention existante.

4.2.3 Espagne

En Espagne, la mise en œuvre de la directive doit correspondre avec la date butoir de mai 2013 et s'effectuera par le truchement d'une modification de la loi existante.

Celle-ci envisage la possibilité d'établir des priorités dans les interventions et prévoit en particulier l'introduction de dispositifs conçus pour la sécurité dans les zones où les facteurs de risques sont les plus élevés. Une recherche approfondie a été menée afin de déterminer les domaines professionnels, les catégories de travailleurs et les niveaux de qualification où le degré de risque d'exposition est actuellement le plus élevé.

L'importance de la participation des professionnels à la conception des dispositifs conçus pour la sécurité a été soulignée. Les entreprises qui commercialisent ces dispositifs devraient aussi avoir l'obligation de prodiguer des formations garantissant une utilisation sécurisée. Souvent, on constate que sans formation, le risque de blessures commence par augmenter car les travailleurs sanitaires ne savent pas comment se servir de ces nouveaux dispositifs.

L'expérience espagnole prouve que grâce à l'utilisation de dispositifs conçus pour la sécurité, il a été possible de réduire de 41 % les blessures percutanées.

4.2.4 Norvège

La situation de la Norvège est assez particulière parce que les prélèvements sanguins y sont effectués par des scientifiques biomédicaux. Étant donné que la prévalence des blessures par objets tranchants n'est pas très élevée, cette problématique risque d'être négligée. Selon les données les plus récentes en date, 200 cas de blessures ont été déclarés en 2011 et le nombre de blessures non déclarées est estimé à 150.

Une étude récente indique que 50 % de ces accidents sont dus à un manque d'attention mais qu'ils auraient pu être évités si des dispositifs conçus pour la sécurité avaient été utilisés. Actuellement, on recourt à ces dispositifs principalement pour les prélèvements sanguins : 90 % de ces procédures sont concernés, contre 5 % des cas pour d'autres procédures.

La Norvège transposera la directive européenne intégralement et une audition publique est actuellement organisée par l'Autorité norvégienne de l'inspection du travail. Les réponses sont attendues pour le 28 avril.

Les modifications aux lois existantes qui ont été proposées sont relativement limitées et visent principalement à :

- renforcer l'obligation de réaliser une évaluation des risques ;
- former le personnel et fournir des informations sur le risque présenté par les blessures par objets tranchants ;
- mettre à disposition des contenants sécurisés destinés à la collecte des objets tranchants ;
- interdire le recapuchonnage.

La loi de transposition norvégienne ne propose pas à ce jour d'aller aussi loin que le texte suédois. Dans les situations où les facteurs de risques sont identifiés, ce dernier exige l'utilisation de dispositifs conçus pour la sécurité. À l'heure actuelle, en Norvège, la loi ne prévoit pas un usage obligatoire de ces dispositifs.

4.2.5 Belgique

Comme dans la plupart des pays, il existe déjà en Belgique des lois en lien avec les dispositions de la directive, qui sera mise en œuvre par l'intermédiaire d'une modification du décret royal sur l'exposition aux agents biologiques. Une ébauche de cette modification a été proposée par les partenaires sociaux interprofessionnels. Cette initiative leur revient et les partenaires sociaux sectoriels signataires de l'accord-cadre de l'HOSPEEM-FSESP sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire de juillet 2009 (transposé en directive 2010/32/UE) n'y ont pas participé. Les partenaires sociaux sectoriels belges remettent en question cette démarche car les partenaires sociaux interprofessionnels ne sont pas signataires de l'accord-cadre européen. En outre, les partenaires sociaux sectoriels n'ont pas été impliqués dans la transposition de la directive, à laquelle seuls les partenaires sociaux interprofessionnels ont participé.

Toutefois, en principe, les modifications proposées sont relativement mineures et visent principalement à couvrir non seulement les employés directs du secteur sanitaire mais aussi les travailleurs employés par des sous-traitants confrontés au risque d'exposition à des blessures par objets tranchants. La loi modifiée prévoit aussi un accroissement de la responsabilité des travailleurs vis-à-vis de leur santé et de leur sécurité (en fonction du niveau individuel de formation/qualification et conformément aux instructions fournies par l'employeur, sur un lieu de travail donné), ainsi que de leur formation et de la déclaration des blessures par objets tranchants au niveau central. L'utilisation d'instruments conçus pour la sécurité n'est pas une obligation absolue mais lorsque ces instruments sont disponibles, ils doivent être utilisés.

4.2.6 Chypre

Une loi de transposition de la directive a été soumise au parlement. Elle modifierait les lois existantes.

Des recommandations sur la prévention des blessures par objets tranchants existent déjà. Elles figurent dans le site Web de la FSESP, à la page <http://www.epsu.org/a/9157>. On peut y trouver les recommandations disponibles, du matériel de formation, des films, etc. comme pour de nombreux autres pays.

4.2.7 Malte

Le ministère de la Santé de Malte aura la responsabilité de mettre en œuvre la directive.

L'une des préoccupations exprimées par les syndicats porte sur le champ d'application de la directive, qui pourrait être élargi à d'autres secteurs que le secteur sanitaire. Il existe par exemple des cas de travailleurs de la poste blessés à cause d'aiguilles déposées par des toxicomanes dans des boîtes aux lettres.

4.2.8 Le Royaume-Uni et le travail du réseau européen sur la biosécurité

Au RU, UNISON a participé à la création du Réseau européen sur la biosécurité (dont l'acronyme anglais est EBN. Voir <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>) pour s'élever contre les tribunaux et le gouvernement, réticents à reconnaître les piqûres d'aiguilles comme des blessures professionnelles et à instaurer des lois nationales sur cette question.

L'action de lobbying de l'EBN s'inscrit dans une campagne plus large visant à protéger toutes les professions exposées au risque de blessures par objets médicaux tranchants. Son objectif, à cet égard, est de parvenir à la prévention des blessures par objets tranchants en exerçant sa pression pour la création de lois, le partage de bonnes pratiques et la mise à disposition de recommandations pratiques sur les lieux de travail.

L'EBN rassemble des institutions professionnelles nationales et européennes, des associations, des syndicats et d'autres parties concernées pour créer des recommandations et partager les bonnes pratiques. Son but est de garantir que la directive sera intégralement transposée puis mise en œuvre au niveau organisationnel.

Les syndicats sont fortement encouragés à participer à l'évaluation des risques et ils jouent un rôle important car ils encouragent les travailleurs à suivre des formations, à respecter les dispositions relatives à la prévention et à déclarer tout incident de blessure par objet tranchant.

La boîte à outils de l'EBN a été conçue autour des exigences de la directive.

Au RU, la directive sera mise en œuvre par le biais d'une modification d'une loi existante sur la santé et la sécurité. Étant donné qu'il s'agit d'un instrument législatif, cette modification pourra être approuvée via l'acceptation d'une commission parlementaire (voir aussi le compte-rendu du séminaire de Dublin, accessible via <http://www.epsu.org/a/9264>).

L'EBN est aussi désireuse de parler aux autres employeurs européens tels que le CEEP et aux organisations syndicales interprofessionnelles telles que l'ETUC pour proposer que les principes de la directive soient aussi adoptés dans d'autres secteurs où il existe des risques de blessures par objets tranchants.

4.3 Les défis de la transposition

Au cours de l'après-midi, une discussion s'est tenue en séance plénière afin d'aborder les points suivants :

1. Des données fiables sur le nombre annuel de blessures par objets tranchants sont-elles recueillies au niveau national/organisationnel (afin de réaliser un suivi des diminutions potentielles de ces blessures une fois que la directive aura été mise en œuvre) ?
2. La transposition de la directive et la mise en œuvre qui en découlera susciteront-elles des préoccupations au niveau national et organisationnel ? Si oui, lesquelles ?
3. D'un point de vue organisationnel, comment les pratiques vont-elles changer à la suite de cette transposition ?

Nous avons résumé ces discussions ci-dessous.

4.3.1 La collecte des données

- Les partenaires sociaux s'inquiètent du fait que les blessures ne sont pas suffisamment déclarées, du moins les blessures par objets tranchants. La procédure à utiliser et les délais de déclaration à respecter sont en partie en cause ;
- Ce point préoccupe aussi les cliniciens parce que, en cas d'exposition (potentielle), pour être la plus efficace possible, la prophylaxie doit débuter dans l'heure qui suit la blessure ;

- Les procédures de déclaration doivent être solides mais pas administratives et complexes au point de dissuader les travailleurs de déclarer les blessures ;
- Les travailleurs doivent sentir que leur déclaration fait l'objet d'un examen visant à déterminer comment et pourquoi l'accident s'est produit afin de réduire les risques à l'avenir. Sans cela, l'impulsion de déclaration fléchira ;
- Souvent les personnes blessées se sentent responsables et ne veulent pas déclarer ce qu'elles considèrent être une erreur. Cette culture de la culpabilité doit être abordée énergiquement ;
- Se contenter de rendre les déclarations obligatoires ne suffit pas car dans certains pays, cette obligation existe déjà mais n'a pas aidé à augmenter la proportion de déclarations ;
- Des exemples de procédures de déclarations anonymes, puisés au niveau de l'hôpital, ont été présentés. Ils pourraient contribuer au processus d'amélioration ;
- La formation initiale doit comporter un volet sur la déclaration d'incident afin de sensibiliser le personnel.

4.3.2 Les défis de la transposition

- Les petits États membres éprouvent des difficultés à couvrir les coûts d'achat plus élevés des dispositifs conçus pour la sécurité. Un usage plus généralisé de ces dispositifs pourrait aboutir à une baisse des coûts, mais la taille des commandes (qui va souvent de pair avec des procédures plus centralisées d'achats ou de marchés publics, à différents niveaux) peut avoir des répercussions significatives ;
- Il a été souligné que la question des coûts doit être envisagée non seulement du point de vue de la mise en œuvre des exigences de la directive, mais aussi du point de vue des coûts induits par les occurrences de blessures ;
- L'importance de la formation à l'utilisation des dispositifs conçus pour la sécurité a été soulignée. Cette formation relève de la responsabilité du fabricant ;
- Plusieurs participants, porte-paroles du point de vue des syndicats, ont estimé que la directive doit s'appliquer à un champ plus large que le seul secteur sanitaire pour couvrir d'autres travailleurs potentiellement exposés à des blessures par objets tranchants, notamment le personnel sanitaire travaillant avec des personnes âgées, les travailleurs sociaux et le personnel pénitentiaire.

4.3.3 La mise en œuvre en pratique

- C'est vraiment au niveau organisationnel que doivent être mises en œuvre les procédures qui conviennent et les mesures de contrôle. Les comités chargés de la santé et de la sécurité ou les responsables sont là pour traiter les changements organisationnels et assurer leur suivi, et évaluer les risques ;
- Les travailleurs concernés doivent être consultés lors de l'harmonisation des équipements ;
- Les départements des achats doivent tenir compte de l'opinion des travailleurs ; les dispositifs doivent être toujours disponibles et ne pas changer trop souvent ;
- Les obligations de déclaration sont déjà élevées pour les travailleurs sanitaires. Si elles doivent encore augmenter, on atteindra un degré paradoxal de transparence qui entraînera un surplus de déclarations ;
- La sensibilisation doit être plus importante et des campagnes d'information doivent être organisées. Du matériel aisément accessible, créé par les syndicats d'Espagne et d'autres pays, doit être fourni.

5 Événements à venir

Un autre séminaire régional se tiendra à Vienne le 16 avril, avec des participants venant d'Autriche, de Bulgarie, de République tchèque, d'Estonie, d'Allemagne, de Hongrie, de Lettonie, du Luxembourg (germanophone), de Pologne, de Roumanie, de Slovaquie et de Slovénie, ainsi que de Suisse (alémanique), de Bosnie-Herzégovine, de Croatie, du Kosovo, de Macédoine (ARYM), du Monténégro, de Serbie, de Biélorussie, de Russie et d'Ukraine. Une conférence de clôture aura lieu à Barcelone le 20 juin 2013.

Un compte-rendu sera préparé à la suite de chaque événement.