



# **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 troisième atelier régional**

**Vienne, le 16 avril 2013**

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1	Historique du projet.....	1
1.2	Pays participants .....	2
1.3	Objectif du compte-rendu.....	2
<b>2</b>	<b>Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Où en est la transposition ?.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Bonnes pratiques et défis de la mise en œuvre de la transposition .....</b>	<b>7</b>
4.1	Les éléments clefs d'une transposition réussie .....	6
4.2	Expériences de transposition .....	6
<b>5</b>	<b>Événements à venir .....</b>	<b>14</b>

## 1 Introduction

Ce document est un compte-rendu du troisième 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 Vienne le 16 avril 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9116> et <http://www.epsu.org/a/9396>).

### 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<sup>er</sup> 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 troisième atelier régional s'est tenu à Vienne le 16 avril 2013. Plus de 100 représentants des partenaires sociaux sectoriels et organisations prestataires de soins de santé y ont participé. Ils venaient des pays suivants : Autriche, Bulgarie, Croatie, République tchèque, Allemagne, Hongrie, Lettonie, Pologne, Roumanie et Slovaquie. Des représentants venant de Biélorussie, du Kosovo, de Moldavie et de Russie étaient également présents à l'invitation de la FSESP, qui leur a apporté un soutien financier. Des informations supplémentaires, et notamment l'ensemble des présentations sont accessibles sur <http://www.epsu.org/a/9396>.

## **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 Europe<sup>1</sup>. Le nombre de piqûres d'aiguille advenant chaque année est estimé à 1 million<sup>2</sup>. 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 associé mais extérieur à l'hôpital comme le personnel de ménage, le personnel chargé de la gestion des déchets ou celui qui s'occupe de la blanchisserie.

Une problématique spécifique a été identifiée : ce personnel associé ne bénéficie souvent pas des mêmes protections, surtout lorsque les services sont sous-traités ou réalisés par du personnel intérimaire ou par une agence de placement.

Parmi les pays représentés lors du séminaire, peu disposaient de données fiables. Comme cela a déjà été noté lors des séminaires régionaux tenus précédemment dans le cadre de ce projet (pour les rapports des séminaires de Rome et de Dublin, voir <http://www.epsu.org/a/9393> et <http://www.epsu.org/a/9264> respectivement), de nombreux problèmes affectent la disponibilité, l'exhaustivité et la fiabilité des données. D'abord, tous les incidents ne sont pas signalés, et ce, pour plusieurs raisons :

- Le personnel se considère comme responsable de la blessure qu'il a subie ou il craint qu'on le blâme ;
- Il ne comprend pas pourquoi déclarer un incident si le risque perçu (ou réel) d'infection est faible, puisque la blessure par objet tranchant en elle-même n'est pas grave ;
- Les processus de déclaration sont très hiérarchisés ou prennent beaucoup de temps (dans certains cas, il est impossible d'effectuer une prise de sang dans le même hôpital, ce qui signifie que même si le traitement prophylactique est potentiellement vital, il ne peut être administré) ;
- Le personnel est découragé de déclarer les blessures, car il estime que rien ne changera ;
- Certains membres du personnel (le personnel associé, voir ci-dessus) n'ont pas conscience des risques associés et des processus de déclaration.

Bien que la préoccupation la plus importante soit liée au fait que les blessures ne sont pas suffisamment déclarées, il a aussi été question de certains incidents qui étaient déclarés alors qu'ils ne pouvaient pas entraîner de blessure (et n'en ont pas entraîné), et moins encore d'infection, comme c'est le cas avec les objets tranchants qui ne portent pas de risque d'infection.

Il est également important de tenir compte des exigences nationales de déclaration et des dispositions relatives à la reconnaissance des blessures professionnelles. Dans la plupart des pays, il existe, au niveau du lieu de travail, certaines exigences de déclaration des accidents du travail. Elles ne sont transmises au niveau national que lorsqu'elles entraînent des absences de plus de trois jours consécutifs, ce qui est rarement le cas avec les blessures par objets tranchants. De même, dans certains pays, les maladies et les infections (ou les traumatismes psychologiques)

<sup>1</sup>Données 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>

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

subies suite à une blessure par objet tranchant ne sont pas reconnues comme des maladies professionnelles et ne sont donc pas signalées aux autorités nationales (par exemple les compagnies d'assurances contre les accidents du travail).

Cependant, de nombreux sites/organisations, disposent de leur propre système interne de déclaration des blessures par objets tranchants et adhèrent au système CIRIS de déclaration (Clinical Incident Reporting System), qui est intégré à leur propre système de gestion des risques<sup>3</sup>.

Comme cela a été indiqué lors des séminaires régionaux précédents, les principaux risques d'infection concernent les patients porteurs d'infections au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C. Le niveau de risque potentiel associé à l'exposition à des patients porteurs de ces infections varie selon les pays. En Autriche, par exemple, on a noté que le niveau de ces infections dans la population de patients est relativement faible et que par conséquent, le risque de contracter cette infection à cause d'une blessure par objet tranchant était considéré comme relativement minime. D'autres facteurs influent également sur ce risque, en particulier en ce qui concerne l'hépatite B. Dans de nombreux pays tels que l'Autriche et l'Allemagne, le personnel de soins de santé est systématiquement vacciné contre cette maladie au moment où il entame sa carrière. Hormis les cas individuels de contre-indication prouvée, ces programmes de vaccination sont souvent obligatoires et réduisent significativement le risque d'infections. Bien sûr, il n'existe pas de vaccination pour protéger contre les infections au VIH ou à l'hépatite C, mais ces maladies sont aussi moins répandues parmi la population de patients.

Il est intéressant de constater que les facteurs budgétaires jouent un rôle dans cet important domaine. Un représentant roumain de la FSESP, de SANITAS, a fait remarquer qu'un programme de vaccination contre l'hépatite B qui était proposé au personnel des soins de santé avait été annulé au cours de ces dernières années pour des raisons de coûts (et il n'est à présent disponible que dans les zones où le risque d'infection est considéré comme élevé).

L'étude commandée par l'Association tchèque des infirmiers (basée sur une enquête auprès d'environ 1 400 infirmiers en 2009 et 2010) montrait que 83 % des personnes qui ont répondu ont subi une blessure par objet tranchant à un moment de leur carrière<sup>4</sup>. La transmission d'une maladie infectieuse s'est produite dans environ 2,5 % des cas (principalement des hépatites). Dans 95 % des cas, cette infection a ensuite été reconnue comme une maladie professionnelle.

La plupart de ces blessures par objets tranchants ont eu lieu durant le stade préparatoire à l'utilisation d'un objet médical tranchant. Viennent ensuite les incidents qui se produisent durant le rangement ou l'élimination des équipements d'objets tranchants dans un contenant à déchets. Une blessure par objet tranchant sur cinq se produit au moment d'une prise de sang. Il est significatif que la grande majorité des travailleurs qui ont répondu à l'enquête s'estimaient responsable de leur blessure. Dans un peu plus de la moitié des cas, le stress était considéré comme un important facteur provoquant les blessures.

---

<sup>3</sup> La Vienna Hospital Association a acquis beaucoup d'expérience grâce au projet « *Erfahrungsdrehscheibe* ». <sup>4</sup> Il est important de souligner que ces enquêtes peuvent permettre de recueillir davantage de réponses de la part d'individus affectés par le problème examiné. <sup>5</sup> Voir BGBl. II, 16/2013, [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2013\\_II\\_16/BGBLA\\_2013\\_II\\_16.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf) <sup>6</sup> <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>

<sup>4</sup> Il est important de souligner que ces enquêtes peuvent permettre de recueillir davantage de réponses de la part d'individus affectés par le problème examiné. <sup>5</sup> Voir BGBl. II, 16/2013, [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2013\\_II\\_16/BGBLA\\_2013\\_II\\_16.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf) <sup>6</sup> <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>

### 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. Dans les 4 États membres restants, les modifications exigées étaient considérées comme de faible importance, voire insignifiantes.

Les défis perçus à la mise en œuvre avaient trait à son coût en période d'austérité et aux différentes interprétations données au champ d'application de la directive (notamment la définition du personnel couvert).

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 émettre dans le cadre de la transposition et de la mise en œuvre de la directive. Pour ce projet, les recommandations existantes en Europe ont été rassemblées et mises en commun sur la page Web suivante : <http://www.epsu.org/a/9157>.

## 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 clés d'une transposition réussie

Les actions énumérées ci-dessous sont essentielles à la réussite de la transposition.

- impliquer clairement les organisations de partenaires sociaux dans la transposition de la directive ;
- créer un organe de suivi/de surveillance des données au niveau national pour assurer que les blessures font l'objet d'une déclaration normalisée et pour contrôler que la loi est bien respectée. La déclaration doit s'étendre au-delà des déclarations obligatoires de blessures entraînant une absence de plus de 3 jours ;
- impliquer les organisations syndicales et des représentants des employés dans l'évaluation du risque et dans le programme de prévention ;
- une base pour la transposition : l'évaluation du risque ;
- 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 ;
- diffuser une culture non culpabilisante qui favorise la déclaration de tous les incidents ;
- interdire la pratique du recapuchonnage ;
- vacciner gratuitement les travailleurs affectés ;
- définir des exigences standard minimum pour les dispositifs de sécurité (à développer sur le long terme) et une politique favorisant les 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 Autriche

L'Autriche est l'un des quatre États membres dans lesquels la directive a déjà été transposée en loi nationale par le biais de la réglementation dite « des piqûres d'aiguilles » (Nadelstichverordnung, NastV5). Cette réglementation a été publiée le 3 janvier 2013 et entre en vigueur le 11 mai 2013. Elle mentionne spécifiquement la directive ainsi que la FSESP et l'HOSPEEM, en tant que négociateurs à la source de l'accord-cadre. Elle couvre les travailleurs du secteur des soins de santé et renvoie clairement au fait que tout le personnel associé (par exemple les sous-traitants fournissant des services de blanchisserie) doit également être informé et couvert par ses clauses.

Dans l'ensemble, selon un représentant de l'association de l'hôpital de Salzbourg (Salzburger Landeskliniken, SALK), le nombre de blessures par objets tranchants, et plus spécifiquement le nombre d'infections professionnelles qui en découle, est plutôt faible. Ceci est dû en partie au niveau de base relativement bas des infections à l'hépatite et au VIH parmi la population de patients de l'Autriche.

À partir de l'exemple du SALK, il a été démontré que beaucoup de mesures visant la prévention des blessures par objets tranchants sont déjà en place depuis de nombreuses années. Ces mesures comprennent :

- une évaluation du risque afin de déterminer les niveaux de risque existant et d'entreprendre les actions qui conviennent pour éliminer ou prévenir ces risques ;
- la vaccination contre l'hépatite B ;
- la formation et la sensibilisation ;
- des procédures internes de déclaration ;
- l'introduction de dispositifs conçus pour la sécurité le cas échéant.

Au SALK, de nombreux dispositifs conçus pour la sécurité sont mis en place depuis 2008. Il s'agit notamment d'aiguilles sécurisées Gripper Micro, d'aiguilles papillon (tous deux en 2008), de bistouris de sécurité (2010), d'un système de tests sanguins sécurisé (2011) et de cathéters sécurisés (2012). Dans chaque cas, le processus d'approvisionnement et de mise en service nécessite beaucoup de temps mais aussi la participation d'un groupe d'experts, un appel d'offres et une formation adéquate durant la mise en place du nouvel équipement. Il est particulièrement important de remarquer qu'au SALK, le département des achats et le département de la médecine professionnelle travaillent en étroite collaboration : seuls des dispositifs qui ont été essayés et testés par ce dernier sont commandés afin d'être utilisés au sein de l'hôpital.

En 2011, 277 blessures par piqûre d'aiguille ont été déclarées au SALK. 73 d'entre elles se sont produites au moment de l'élimination. Les statistiques portant sur le lieu et la manière dont les blessures se produisent portent à penser qu'il est possible de prévenir 30 % d'entre elles. Le SALK a vu le nombre de blessures par piqûres d'aiguilles passer de 334 en 2009 à 275 en 2012. Il faut toutefois souligner que les différents dispositifs conçus pour la sécurité n'ont pas tous la même efficacité pour réduire les incidents de blessures par objets tranchants. Par exemple, suite à la mise en place de l'utilisation d'aiguilles papillon, le nombre de blessures a augmenté. Le fait que le personnel trouve plus difficile de travailler avec cet équipement (ou de s'y habituer) explique en partie ce phénomène. Mais il montre aussi qu'il est malaisé de prévenir certaines causes de blessures en recourant uniquement à des dispositifs conçus pour la sécurité. En fait, un grand

<sup>5</sup> Voir BGBl. II, 16/2013,

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2013\\_II\\_16/BGBLA\\_2013\\_II\\_16.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf)<sup>6</sup>

<http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>

nombre de « dispositifs de sécurité » disponibles à l'heure actuelle sont considérés comme inutilisables pour prodiguer le traitement souhaité. Ils induisent donc plutôt le risque de causer des blessures qui étaient évitables et des infections potentielles.

Certaines blessures sont attribuées au fait que les patients sont perturbés et inquiets et qu'ils s'agitent durant les procédures. Pour gérer ces situations, du personnel supplémentaire ou un environnement plus calme (ou moins de stress dans le personnel) sont probablement plus importants.

Quant aux objets tranchants (autres que les seringues), ils sont en réalité plus difficiles à ranger et la gestion des blessures qu'ils causent est problématique. Il est possible de se procurer des scalpels rétractables, mais il se trouve que la plupart des blessures se produisent au cours des procédures chirurgicales elles-mêmes et ne peuvent être prévenues au moyen de dispositifs conçus pour la sécurité.

Dans l'ensemble, on considère que les étapes les plus efficaces pour prévenir les blessures et maladies professionnelles provenant du contact avec des objets tranchants médicaux sont :

- la vaccination contre l'hépatite B ;
- le port d'un équipement personnel de protection (gants, etc.) ;
- les crèmes protectrices lorsque l'on réalise des opérations impliquant la présence de sang ;
- des contenants à portée de main pour l'élimination des objets tranchants ;
- la formation et la présence de personnel bien formé dans les procédures à risque élevé ;
- à chaque fois que possible, la réduction des contraintes de temps au moment de la réalisation d'une procédure.

Pour ce qui est des coûts associés aux 277 blessures par objets tranchants qui se sont produites en 2011, ils comprennent environ 45 000 euros pour les tests en laboratoire des échantillons sanguins des patients et du personnel ; à cela s'ajoutent 100 000 euros pour les dispositifs conçus pour la sécurité et environ 10 000 euros liés au coût des contenants d'élimination supplémentaires. On ne sait rien des coûts supplémentaires de l'augmentation des déchets induite par les dispositifs de sécurité. Dans ce contexte, il est remarquable qu'aucune contamination associée à des blessures par objets tranchants ne se soit produite depuis 1994.

#### 4.2.2 Allemagne

L'Allemagne a elle aussi terminé ses discussions sur la mise en œuvre de la directive et les lois et réglementations qui y ont trait doivent entrer en vigueur en mai 2013. La transposition a été effectuée par le biais de modifications apportées à la loi sur les agents biologiques (Biostoffverordnung), qui fait elle-même partie de la transposition de la loi européenne (directive 2000/54/CE) et de la réglementation sur la prévention dans le domaine de la santé professionnelle (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge<sup>6</sup>) qui traite des injections préventives pour le personnel (médical). En outre, il existe quantité de réglementations techniques spécifiques telles que la TRBA 2507 pour le secteur des soins de santé et la TRBA 4008 pour l'évaluation du risque.

En Allemagne, les partenaires sociaux et les ministères concernés, en particulier le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, BMAS), ont collaboré étroitement pour transposer la directive.

<sup>6</sup> <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>

<sup>7</sup> Voir <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>

<sup>8</sup> Voir [http://www.baua.de/en/Topics-from-A-to-Z/Biological-Agents/TRBA/pdf/TRBA-400.pdf;jsessionid=F53EFEDA43B84849BC63A58EF1B1EF4C.1\\_cid389?\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.baua.de/en/Topics-from-A-to-Z/Biological-Agents/TRBA/pdf/TRBA-400.pdf;jsessionid=F53EFEDA43B84849BC63A58EF1B1EF4C.1_cid389?_blob=publicationFile&v=2)

Ils en ont apprécié l'approche intégrée, qui met fortement l'accent sur l'évaluation du risque et la prévention, la formation et la déclaration afin de faciliter l'amélioration des processus.

Par ailleurs, un projet pilote a été mené pour évaluer les pratiques au niveau organisationnel et pour définir la meilleure manière de les améliorer. Un hôpital, quatre services de chirurgie et un service d'ambulance ont participé au projet STOP Nadelstich<sup>9</sup> (Sécurité par la formation, l'organisation et la sélection des produits pour prévenir les piqûres d'aiguilles).

Le projet a débuté par une « collecte de données » sur les procédures actuelles et les niveaux de blessures. Le personnel participant au projet devait comprendre et observer les procédures existantes. À ce stade, de nombreuses faiblesses ont été identifiées. Au cours du stade suivant, « d'intervention », différents types de services ont été offerts :

- la formation ;
- la formation à distance ;
- une mallette d'échantillons (contenant différents types de dispositifs conçus pour la sécurité à essayer, avec un mode d'emploi) ;
- des outils pratiques d'aide (par exemple un petit carton rappelant les processus sécurisés, qu'il est possible de transporter en poche).

Ensuite, les processus et les résultats ont à nouveau été évalués et observés et ils dénotaient des améliorations significatives des pratiques mises en œuvre par le personnel direct de soins de santé. Cependant, ils ont aussi montré que la mise en œuvre était inégale parmi le personnel sous-traité des blanchisseries et des services de restauration en particulier, où un nombre significatif de blessures par objets tranchants s'est produit. Le projet pilote visait à impliquer le personnel concerné mais cela s'est avéré impossible car les employeurs sous-contractés ont refusé de coopérer.

Outre la nécessité d'impliquer tout le personnel affecté, les principales leçons tirées pour les différentes parties prenantes sont les suivantes :

Toutes les procédures existantes doivent être passées en revue de façon régulière et tous les membres du personnel doivent savoir que faire lorsqu'une blessure se produit.

Il faut encourager les employeurs à impliquer le personnel dans l'élaboration des processus adéquats ainsi que dans le choix de dispositifs conçus pour la sécurité lorsque ceux-ci sont considérés comme appropriés. En outre, tous les membres du personnel doivent être impliqués, y compris ceux qui pourraient travailler dans le cadre de services sous-traités.

Il a également été recommandé que l'industrie, en coopération avec les professionnels des soins de santé, élabore des outils plus adaptés et fournisse une meilleure formation, et que par conséquent ils fassent mieux accepter ces dispositifs.

Un représentant de ver.di s'est exprimé durant la conférence. Il a identifié les lacunes suivantes concernant la mise en œuvre des processus sécurisés au travail :

- Manque d'information
- Prise de conscience insuffisante sur la question
- Manque d'attention lors de la réalisation des processus de travail
- Usage incorrect des équipements tranchants

<sup>9</sup> Projet pilote STOP Nadelstich: <http://www.stopnadelstich.de/Home.html><sup>10</sup> *Sicheres Krankenhaus:* <http://www.sicheres-krankenhaus.de/>

- Questions de coûts
- Charge de travail élevée/stress

La mise en œuvre au niveau organisationnel constituera donc un véritable test pour la réussite de la directive.

Le représentant de ver.di a également présenté la page Web « Sicheres Krankenhaus<sup>10</sup> » (« Sauvons l'hôpital »), créée par le Fonds d'assurance pour les accidents professionnels de la Rhénanie-du-Nord - Westphalie (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen) et le (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, bgw). Ce site est encore « en construction ». Il contient des informations sur la sécurité et la santé au travail dans les hôpitaux. Il couvre aussi le sujet de la prévention des blessures par objets médicaux tranchants.

#### 4.2.3 République tchèque

La République tchèque a transposé la directive par le biais des lois existantes incluses au Code du travail, qui a été modifié très récemment, en 2006. De plus, l'année 2011 a vu la mise en place de nouvelles réglementations sur la sécurité et la santé au travail pour les travailleurs des soins de santé (372/2011 et 373/2011). Une autre modification dans le domaine des SST, relative à la transposition de la directive, entre en vigueur en 2013 (79/2013). La loi sur les déchets dangereux prévoit déjà que les objets médicaux tranchants doivent être éliminés de façon sécurisée.

La responsabilité de la transposition incombait aux ministères du Travail, de la Santé et de l'Environnement.

Concernant la mise en œuvre au niveau organisationnel, la première étape est toujours l'évaluation du risque, avec des évaluations spécifiques menées pour différents sites ou activités, et pour différentes catégories de personnel. Il est important que ces évaluations, dont la responsabilité revient à l'employeur, conformément au Code du travail tchèque, soient régulièrement mises à jour pour prendre en compte l'évolution des pratiques professionnelles et les changements relatifs au recrutement. Cette réglementation précise que la priorité doit revenir aux mesures techniques et collectives, qui doivent être complétées au niveau individuel par l'utilisation d'équipement de protection et par une modification de l'organisation du travail. Elle comporte également un ensemble exhaustif de mesures ayant trait à l'information et à la sensibilisation sur les risques identifiés et les mesures que l'employeur doit mettre en place.

Tous les accidents au travail doivent être enregistrés au niveau du lieu de travail (avec des règles de déclaration claires pour le travailleur et l'employeur), mais seuls les accidents et les blessures entraînant une absence de plus de trois jours sont déclarés au niveau national. À l'avenir, il faudra fournir davantage de données au niveau national.

Le personnel de soins de santé reçoit obligatoirement un vaccin contre l'hépatite B. Ils ne peuvent pas le refuser (sans quoi, ils seraient considérés comme « inaptes au travail » et ne seraient pas couverts par l'assurance). Le personnel reçoit tous les 2 ans (dans les zones à risque élevé) ou tous les 3 ou 5 ans (selon l'âge) un examen de contrôle médical dont les coûts sont pris en charge par l'employeur.

Dans certaines zones, l'utilisation de dispositifs conçus pour la sécurité est répandue depuis quelque temps (notamment les aiguilles préremplies, etc.) Cependant, les blessures continuent à se produire et les charges de travail élevées, associées à des facteurs de stress, jouent ici un rôle important.

---

<sup>10</sup> *Sicheres Krankenhaus*: <http://www.sicheres-krankenhaus.de/>

#### 4.2.4 Bulgarie

La directive a déjà été transposée suite à la participation des partenaires sociaux. En parallèle, un programme national pour la sécurité et la santé au travail est mis en place pour parvenir à une réduction du nombre de maladies professionnelles et de blessures au travail et pour élaborer les dispositions des mesures préventives aux niveaux législatif, organisationnel et technique. Ainsi, il sera possible de conserver des conditions de travail sécurisées et saines. Ce programme fonctionne sur la base des programmes de travail annuels de la Stratégie pour des conditions de travail saines et pour la sécurité au travail, dont l'objectif est de réduire nettement les blessures et les maladies professionnelles.

Comme cela a été souligné dans l'Accord-cadre, la première étape de la prévention des blessures par objets tranchants est l'évaluation du risque. En Bulgarie, il existe des recommandations qui permettent de classer les risques en différentes catégories. Les zones de travail à risque élevé doivent être mises en évidence. Elles recevront ainsi un traitement prioritaire afin d'utiliser efficacement les ressources, qui sont maigres. Étant donné qu'actuellement, en Bulgarie, de nombreuses organisations connaissent des réorganisations fréquentes, il est important de réévaluer le risque à chaque fois que le travail ou le lieu de travail est réorganisé. L'intervenant bulgare a souligné que lors de la gestion des risques professionnels, il faut être particulièrement attentif à la mise en place d'un système efficace de surveillance et d'évaluation du risque.

Vient ensuite la conception des mesures de prévention qui doivent être exposées dans un plan, au niveau organisationnel.

Les organisations syndicales et les employés doivent être impliqués à la fois dans l'évaluation du risque et dans le programme de prévention. L'évaluation du risque est organisée comme une procédure en plusieurs étapes. En Bulgarie, il est recommandé que les travailleurs participent au processus d'évaluation du risque par le truchement de Comités sur les conditions de travail au niveau de l'institution de soins de santé concernée. Par ailleurs, ces comités ont notamment le devoir de recueillir des informations sur la manière dont le processus d'évaluation du risque est organisé et de participer à l'identification des personnes réalisant les tâches liées à l'évaluation, de signaler les changements qui se sont produits sur leur lieu de travail ou de collaborer avec leur employeur pour maintenir la sécurité de l'environnement de travail. L'intervenant a aussi présenté les mesures qui permettraient de réduire le risque de blessures par objets médicaux tranchants (un Plan d'action, par exemple), ainsi que les étapes qui ont été convenues et mises en place de concert par les employeurs et les employés. Ces mesures sous-tendent la stratégie générale de prévention. Elles se traduisent par des programmes de formation ou par un usage correct de contenants pour les objets tranchants usagés.

Lorsqu'un accident a lieu, il est important d'établir un rapport indiquant clairement la cause et l'effet afin de planifier de meilleurs processus le cas échéant. Tout ceci ne peut se produire que lorsqu'il existe une culture non culpabilisante, que tous les accidents sont déclarés et que l'on peut constater que les actions permettant de s'attaquer à tous les risques identifiés sont engagées.

Le personnel est en outre protégé grâce à la vaccination préventive contre l'hépatite B. L'intervenant a présenté la demande formulée par les organisations syndicales : celles-ci souhaitent que tous les travailleurs et les étudiants participant à des prestations de soins médicaux ou à des activités liées à celles-ci sur leur lieu de travail soient vaccinés gratuitement.

Un séminaire s'est tenu le 24 novembre à Sofia. Il regroupait diverses parties prenantes issues du banc des employeurs et visait à promouvoir la mise en œuvre de la directive.

#### 4.2.5 Pologne

En Pologne, le nombre d'individus de la population potentielle de patients portant des maladies infectieuses telles que l'hépatite A, l'hépatite B et le VIH/SIDA est estimé à 700 000. Lors de l'évaluation du risque auquel est exposé le personnel de soins de santé, il est important de se rappeler qu'en Pologne, les infirmiers sont autorisés à réaliser des tâches que seuls les médecins et les autres spécialistes peuvent exécuter dans d'autres pays de l'UE. De même, il faut noter que le personnel de nettoyage et de blanchisserie est également exposé à des risques, mais comme ces services sont de plus en plus sous-traités, il devient très difficile de prévenir les risques et d'établir un suivi des blessures. Environ 28 000 blessures par objets tranchants sont déclarées chaque année et parmi les membres du personnel blessés, environ 3 000 contractent des infections. Selon les estimations, les nombres réels sont plus élevés car de nombreux incidents ne sont pas déclarés.

Ce n'est qu'en décembre 2012 que le gouvernement a entamé un dialogue avec les partenaires sociaux au sujet de la transposition de la directive. Dans le premier avant-projet, toutes les catégories de personnels n'étaient pas couvertes (les stagiaires et les travailleurs intérimaires, par exemple, en étaient exclus). Suite à cette consultation, une conférence a eu lieu pour discuter de la situation et de la mise en œuvre de la directive. Une version révisée de l'avant-projet de mise en œuvre de la loi a été communiquée aux partenaires sociaux le 5 avril 2013. Elle couvre l'ensemble des travailleurs des soins de santé et précise que les employeurs ont l'obligation de garantir des conditions de travail sécurisées. Des discussions sont en cours pour finaliser le texte.

#### 4.2.6 Roumanie

En Roumanie, la directive n'a pas encore été transposée. À cause des coupes budgétaires, le secteur des soins de santé connaît d'importantes difficultés, notamment l'arrêt de la vaccination obligatoire contre l'hépatite B du personnel, qui n'est à présent offerte que dans les sites considérés comme exposés aux risques les plus élevés. Tous les autres travailleurs du secteur doivent payer pour recevoir le vaccin.

#### 4.2.7 Hongrie

En Hongrie, la plupart des dispositions prévues dans la directive sont déjà mises en œuvre. Le problème principal a trait à son exécution, qui s'avère difficile pour des raisons budgétaires mais aussi à cause de dysfonctionnements dans la gestion des hôpitaux. Peu de dispositifs conçus pour la sécurité sont utilisés. Cependant, la protection contre l'infection à l'hépatite B est assurée, toutes les personnes âgées de plus de 15 ans étant vaccinées.

La transposition de la directive est en cours. Le débat de fond actuel vise à trancher à quel organe devra incomber l'inspection (actuellement, elle revient à l'Inspection du travail). Des recommandations ont été élaborées par le Centre national pour l'épidémiologie. Elles abordent des questions telles que la vaccination, la prophylaxie post-exposition, la prévention, l'évaluation des probabilités de transmission, la désinfection, le traitement des déchets et l'interdiction du recapuchonnage.

#### 4.2.8 Pays hors UE

Les pays n'appartenant pas à l'UE qui ont proposé des présentations lors de l'atelier de Vienne sont la Croatie (dont l'entrée dans l'UE est prévue pour 2013), le Kosovo et la Biélorussie.

La Biélorussie dispose d'un système très au point d'évaluation du risque et de prévention qui est issu de la loi sur la protection de la santé et sur la prévention des maladies infectieuses, ainsi que de réglementations sur l'usage d'équipements personnels de protection. Cette loi prévoit la vaccination préventive contre l'hépatite B pour tous les travailleurs du secteur de soins de santé en formation. Des dispositions détaillées portent sur la déclaration des accidents de travail qui s'appliquent aussi aux blessures par objets médicaux tranchants. La formation aux risques induits par les agents biologiques fait partie du programme d'étude ou des programmes de formation professionnelle d'une série de professions des soins de santé (médecins, infirmiers, personnel paramédical). Cependant, selon l'intervenant de la principale organisation syndicale de travailleurs en soins de santé, des améliorations sont possibles. Notamment, une plus grande participation des employés à l'évaluation du risque et au programme de prévention, ainsi qu'un usage plus répandu des dispositifs conçus pour la sécurité sont souhaitables.

En Croatie, le processus de transposition de la loi est en cours. Il s'inscrit dans l'adoption de l'acquis communautaire à l'approche de l'entrée du pays dans l'UE.

Une courte description de quelques caractéristiques en lien avec le sujet a été fournie par nos collègues du Kosovo et de Russie.

## 5 Événements à venir

Une conférence de clôture aura lieu à Barcelone le 20 juin 2013.

Un rapport a été préparé à la suite de chaque événement. Voir <http://www.epsu.org/a/9264> (pour le premier séminaire régional qui s'est tenu à Dublin), <http://www.epsu.org/a/9393> (pour le deuxième séminaire régional qui s'est tenu à Rome) et <http://www.epsu.org/a/9396> (pour le troisième séminaire régional qui s'est tenu à Vienne).

Un rapport final sera publié à la fin du projet et sera transféré sur la page <http://www.epsu.org/a/9543>.

