



## Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>i</b>
<b>1 Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1 Contexte du projet : la directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire.....	1
1.2 Méthodologie du projet.....	2
1.3 Structure du rapport .....	2
<b>2 Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire, mais difficile à quantifier .....</b>	<b>3</b>
2.1 Estimations du nombre de blessures par objets tranchants .....	3
2.2 Principaux risques découlant des blessures par objets tranchants.....	3
2.3 Justifications de la sous-déclaration des blessures et de la pénurie de données fiables et comparables .....	7
<b>3 État d'avancement de la transposition de la directive 2010/32/UE .....</b>	<b>9</b>
3.1 Nature et procédure de transposition .....	9
3.2 Nombre d'amendements à apporter à la législation existante .....	16
<b>4 Recommandations existantes et difficultés de mise en œuvre .....</b>	<b>18</b>
4.1 Principales difficultés et bonnes pratiques pour les surmonter.....	19
<b>Annexe 1 – Synthèse pays par pays .....</b>	<b>21</b>
<b>Annexe 2 - Questionnaire pour les membres de la FSESP et de l'HOSPEEM .....</b>	<b>36</b>

## 1 Introduction

Ce document constitue le rapport final du projet conjoint de la FSESP et de l'HOSPEEM concernant la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, réalisé avec le soutien de la Commission européenne. Des informations supplémentaires relatives à la conférence finale visant à la communication des conclusions du projet sont accessibles sur la page suivante : <http://www.epsu.org/a/9543>.

### 1.1 Contexte du projet : la directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire

En juillet 2009, les organisations européennes de partenaires sociaux sectoriels - la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) et l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM) - ont signé un accord-cadre sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. 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. Le 26 octobre 2009, la Commission européenne a émis une proposition de directive du Conseil comportant en annexe l'accord des partenaires sociaux dans son intégralité (ainsi que les explications fournies par les partenaires sociaux au cours d'un groupe de travail du Conseil). Le 11 février 2010, le Parlement européen s'est prononcé en faveur de la directive proposée dans une résolution et, le 8 mars 2010, le Conseil est parvenu à un accord politique sur son adoption. La directive a été publiée au Journal officiel sous le nom de [directive du Conseil 2010/32/UE](#) du 1<sup>er</sup> juin 2010 (L134/66). Il a été demandé aux États membres de mettre en œuvre la Directive avant le 11 mai 2013.

Au cours du processus d'adoption de la Directive, la FSESP et l'HOSPEEM ont été entendus par le Groupe de travail du Conseil social. Ces organisations ont par la suite élaboré une « Explication conjointe de l'accord-cadre sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire » qui, en cas de doute sur la façon d'interpréter les prescriptions de la directive, doit être lue en parallèle avec la législation européenne (voir <http://www.epsu.org/a/6261> - en anglais).

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 notamment la prévention des blessures pouvant être occasionnées aux travailleurs par tous types d'objets tranchants à usage médical (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 et la communication d'informations aux travailleurs.

La clause 11 de l'accord, qui traite de sa mise en œuvre, précise que la Commission pourra demander l'opinion des parties signataires (c'est-à-dire la FSESP et l'HOSPEEM) sur l'interprétation de l'accord-cadre. 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 l'une des parties signataires de l'accord en fait la 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 de sensibilisation, 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.

Tout en tenant compte de la date limite fixée pour la transposition de la directive, ce projet visait à :

- 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 par la mise en œuvre de l'accord au niveau organisationnel ; déterminer comment aborder ces questions et s'inspirer des bonnes pratiques.

## 1.2 Méthodologie du projet

Ce rapport synthétise les conclusions des différents aspects méthodologiques de ce projet :

- Une enquête auprès des organisations membres de la FSESP et de l'HOSPEEM ;
- Trois séminaires régionaux qui se sont tenus à Dublin le 31 janvier 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9264> pour un compte rendu et toutes les présentations de cet événement) ; à Rome le 7 mars 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9393>) et à Vienne le 16 avril 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9396>)
- Une conférence de clôture qui a eu lieu à Barcelone le 20 juin 2013 (voir <http://www.epsu.org/a/9543>)
- La vérification des informations du projet de rapport final par les membres de la FSESP et de l'HOSPEEM entre les mois de juillet et de septembre 2013.

## 1.3 Structure du rapport

Ce rapport est structuré de la façon suivante :

- La section 2 synthétise les connaissances actuelles concernant le niveau et les déclarations portant sur les blessures par objets tranchants dans les différents pays de l'UE et évalue dans quelle mesure ceci facilitera – ou compliquera – l'évaluation des éventuels progrès réalisés dans la prévention des blessures par objets tranchants résultant de la mise en œuvre de la directive.
- La section 3 donne une vue d'ensemble de la situation et de la nature de la transposition de la directive au niveau de chaque État membre, au 1<sup>er</sup> septembre 2013. Elle analyse également dans quelle mesure la législation nationale a dû être amendée pour prendre en compte les exigences de la directive 2010/32/UE. Par ailleurs, elle dresse un bilan des processus de transposition et en particulier du degré de participation des organisations de partenaires sociaux et des autres acteurs concernés aux discussions et aux décisions relatives à la nature précise de la transposition et la mise en œuvre ultérieure.
- La section 4 présente des informations sur les recommandations existantes déjà disponibles au niveau des États membres et sur la façon dont elles peuvent servir pour aider à la mise en œuvre des principes figurant dans la directive au niveau organisationnel. Cette section vise aussi à donner une vue d'ensemble des difficultés de mise en œuvre au sein de chaque établissement de santé et de la façon dont elles peuvent être surmontées.
- L'annexe I offre un bref aperçu pays par pays de tous les aspects évoqués ci-dessus à des fins de consultation.
- Enfin, l'annexe II contient la version française de l'outil d'enquête diffusé aux organisations membres de la FSESP et de l'HOSPEEM en décembre 2012.

En lisant ce rapport, il faut garder à l'esprit que l'ensemble des 28 États membres de l'UE doivent transposer la directive. Il en va de même, en principe, pour les pays de l'EEE qui ont des accords spéciaux avec l'EU, ce qui s'applique à la Norvège. D'autres pays comme la Biélorussie, le Kosovo, la Serbie et l'Ukraine ont été impliqués dans le projet en assistant à différents événements. Ces pays ne sont pas dans l'obligation de mettre en œuvre la directive. Les informations seront donc présentées de la manière suivante : les détails concernant les pays de l'Europe des 28 seront présentés en premier, suivis des informations sur les pays participants de l'EEE puis par celles concernant les pays n'appartenant ni à l'UE ni à l'EEE.

## 2 Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire, mais difficile à quantifier

### 2.1 Estimations du nombre de blessures par objets tranchants

Le secteur hospitalier et sanitaire emploie 21 millions de travailleurs en Europe<sup>1</sup>. Le nombre de blessures par piqûre d'aiguille survenant chaque année est estimé à 1 million<sup>2</sup>. Une autre estimation<sup>3</sup> basée sur des études effectuées à l'aide de différentes méthodes situe le nombre de blessures par piqûre d'aiguille (BPA) par travailleur de la santé entre 0,1 et 0,64 par an. Cette recherche fait valoir que, en se basant sur ces chiffres, le nombre des seules BPA pourrait s'élever entre 800 000 et 5 120 000 par an, mais considère que les chiffres de 600 000 blessures déclarées et 600 000 non déclarées donnent une estimation plus réaliste. Le nombre des accidents impliquant d'autres objets tranchants à usage médical est inconnu parce qu'il est encore moins probable qu'ils soient consignés.

Les professionnels du secteur médical ne sont pas les seuls à être exposés à ce risque. Le personnel infirmier et les médecins hospitaliers travaillant dans des situations médicales d'urgence sont considérés comme étant les plus exposés (le personnel subalterne étant proportionnellement souvent victime du plus grand nombre de blessures par objets tranchants), mais beaucoup d'autres travailleurs peuvent être blessés (et le sont en effet), notamment le personnel infirmier travaillant dans le secteur des soins à domicile et le personnel auxiliaire chargé du ménage, de la gestion des déchets ou de la blanchisserie. Une problématique spécifique a été identifiée : ce personnel auxiliaire ne bénéficie souvent pas des mêmes protections, surtout lorsque ces services sont sous-traités ou réalisés par du personnel intérimaire ou par une agence de placement. Bien qu'il ne soit pas couvert par la directive, le risque potentiel de subir des blessures par objets tranchants peut aller au-delà du secteur immédiat des soins et ainsi toucher des travailleurs sociaux (travaillant avec des toxicomanes par exemple), ou des personnes en charge de la gestion des déchets.

Les données présentées dans le 0 résumé les éléments connus sur le nombre de blessures par objets tranchants enregistré au niveau national ou organisationnel, tel que présenté lors des séminaires régionaux et de la conférence de clôture du projet. Lorsque l'on examine ces données, il est important de garder à l'esprit que le nombre de cas déclarés dépend de la méthode utilisée pour recueillir les données. Pour de nombreuses raisons, qui seront analysées plus en détail dans la section 2.3 ci-après, les résultats basés sur des enquêtes ont tendance à faire apparaître un nombre sensiblement plus élevé que les résultats basés sur des données officielles.

### 2.2 Principaux risques découlant des blessures par objets tranchants

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 chez les patients est relativement faible et que le risque de contracter ces infections suite à une blessure par objet tranchant est par conséquent considéré comme relativement minime (aucune infection de ce type résultant de blessures par objets tranchants n'a été déclarée parmi le personnel de santé). D'autres facteurs influent également sur ce risque, en particulier en ce qui concerne l'hépatite B. Dans de nombreux pays, les personnels de soins de santé sont systématiquement vaccinés contre cette maladie au début de leur carrière. Hormis les cas individuels de contre-indication prouvée, ces programmes de vaccination sont souvent obligatoires et réduisent significativement le risque d'infections. Bien entendu, il n'existe pas de vaccination pour protéger contre les infections à VIH ou à l'hépatite C, mais ces maladies sont aussi moins

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

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

<sup>3</sup> De Carli, G, Raboud, C, *The burden of disease of needlestick injuries in Europe*, in Working together to improve health worker safety, Hospital pharmacy Europe, supplément spécial, 2013

répandues parmi les patients. Il est intéressant de constater que les facteurs budgétaires jouent un rôle important dans ce domaine. Un représentant roumain de la FSESP a fait remarquer qu'un programme de vaccination contre l'hépatite B, auparavant proposé au personnel de santé, n'est plus assuré pour des raisons budgétaires (des rappels de cette vaccination doivent être pratiqués tous les 5 ans) et il n'est à présent disponible que dans les zones où le risque d'infection est considéré comme élevé. Même lorsqu'ils ne contractent pas une grave infection transmissible par le sang, les infirmiers et les travailleurs de santé peuvent traverser de nombreux mois d'angoisse et d'incertitude en attendant les résultats des tests de suivi.

**Tableau 2.1 Informations sélectionnées sur le nombre de blessures par objets tranchants dans différents pays européens**

Pays	Données	Source
Autriche <sup>4</sup>	Réduction du nombre de BPA de 334 à 2009 à 275 en 2012. On estime que 30 % de ces blessures auraient pu être évitées.	Données réunies au niveau organisationnel <sup>5</sup>
Espagne	Environ 100 000 blessures par objets tranchants par an. On estime qu'environ 70 % de ces blessures ne sont pas déclarées. Le risque général d'exposition est plus important parmi le personnel infirmier, les médecins et le personnel de ménage en chirurgie générale et dans les spécialités chirurgicales, tandis que l'incidence d'une exposition à haut risque est plus élevée en médecine générale et dans les spécialités médicales (particulièrement chez les infirmiers).	Informations provenant de travaux de recherche <sup>6</sup>
Irlande <sup>7</sup>	2 000 BPA entre 1996 et 2012, qui n'ont entraîné aucune infection transmissible par voie sanguine	Données réunies au niveau organisationnel <sup>8</sup>
Italie	Environ 100 000 blessures par objets tranchants par an. On estime qu'environ 70 % de ces blessures ne sont pas déclarées. Le risque général d'exposition est plus important parmi le personnel infirmier, les médecins et le personnel de ménage en chirurgie générale et dans les spécialités chirurgicales, tandis que l'incidence d'une exposition à haut risque est plus élevée en médecine générale et dans les spécialités médicales (particulièrement chez les infirmiers). Les facteurs de risque pour le personnel de ménage sont significatifs, étant donné que ces expositions sont en grande partie liées à une mauvaise élimination des aiguilles et des instruments tranchants.	Informations provenant de travaux de recherche <sup>9</sup>
Lituanie	Une enquête menée auprès des infirmiers a établi un taux moyen de blessures de 1,72 par travailleur. Seules 10 % des blessures déclarées dans l'enquête (1 139) ont été déclarées.	Enquête effectuée par le syndicat lituanien des employés de la santé <sup>10</sup>
Pays-Bas	Entre 13 000 et 16 000 expositions accidentelles au sang déclarées par an.	Données détenues par le Centre national pour l'hépatite <sup>11</sup>

<sup>4</sup> Ces informations ne concernent que les *Salzburger Landeskliniken* (telles que présentées lors du séminaire de Vienne).

<sup>5</sup> Voir la présentation de R. Wacławiczek au séminaire de Vienne, <http://www.epsu.org/a/9396>

<sup>6</sup> Voir la présentation de C. Mazón au séminaire de Rome, <http://www.epsu.org/a/9393>

<sup>7</sup> Ces informations ne concernent que le Beaumont Hospital Dublin (telles que présentées lors du séminaire de Dublin).

<sup>8</sup> Voir la présentation de B. Hayes au séminaire de Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

<sup>9</sup> Voir la présentation de G. De Carli au séminaire de Rome, <http://www.epsu.org/a/9393>

<sup>10</sup> Voir la présentation au séminaire de Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

Pays	Données	Source
Pologne	Environ 28 000 blessures par objets tranchants déclarées par an ; environ 3 000 d'entre elles ont débouché sur des infections transmissibles par voie sanguine	Registre officiel des accidents du travail
République tchèque	83 % du personnel infirmier ont été blessés par objet tranchant à un moment ou à un autre de leur carrière <sup>12</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 sont survenues au cours des phases de préparation à l'utilisation d'un objet tranchant à usage médical, suivi des incidents se produisant durant le rangement ou l'élimination des équipements d'objets tranchants dans un conteneur à déchets. Une blessure par objet tranchant sur cinq se produit au moment d'une prise de sang. 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 à l'origine des blessures.	Étude commandée par l'Association tchèque du personnel infirmier (basée sur une enquête menée auprès d'environ 1 400 infirmiers et infirmières en 2009 et 2010).
Royaume-Uni	Depuis 1997, 5 822 expositions professionnelles au sang ou à d'autres liquides organiques à haut risque ont été déclarées en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord. De 2002 à 2011, 4 381 incidents ont été déclarés dans 172 centres (ce nombre passant de 276 incidents en 2002 à 541 en 2011) et près des trois quarts des blessures rapportées (72 %, soit 3 140 des 4 381 incidents) entre 2002 et 2011 étaient des blessures percutanées. Les blessures causées par une aiguille contaminée ont entraîné un risque de transmission des infections pour 1 travailleur de santé sur 3 pour l'hépatite B, 1 sur 30 pour l'hépatite C et 1 sur 300 pour le VIH <sup>13</sup> .	Registre officiel des accidents du travail

Source : Résumé par l'ICF GHK (2013) des présentations faites lors des trois séminaires régionaux du projet « Promotion et aide à la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE » géré par la FSESP et l'HOSPEEM avec le soutien de la Commission européenne.

<sup>11</sup> Voir la présentation de P. van Wijk au séminaire de Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

<sup>12</sup> Il est important de souligner que ces enquêtes permettent de recueillir davantage de réponses de la part de personnes affectées par le problème examiné.

<sup>13</sup> Données provenant du rapport *Eye of the Needle* de l'Agence britannique de protection de la santé (HPA) (2012).



## 2.3 Justifications de la sous-déclaration des blessures et de la pénurie de données fiables et comparables

Le manque de données fiables au niveau national constitue un problème majeur par rapport à d'éventuels efforts visant à évaluer l'impact de la mise en œuvre de la directive sur l'incidence des blessures par objets tranchants. Toutes les données qui ont été réunies n'ont généralement été collectées et agrégées qu'au niveau organisationnel et ne sont souvent pas transmises à une base de données centralisée. De nombreux sites/organisations disposent de leur propre système interne de déclaration des blessures par objets tranchants et/ou adhèrent au système de déclaration des incidents cliniques (Clinical Incident Reporting System), dans le cadre de leur propre système de gestion des risques<sup>14</sup>.

Cependant, l'absence de regroupement des données au niveau national n'est pas le seul facteur de complication, ni le plus significatif.

Tout d'abord, il est important de tenir compte des obligations et dispositions nationales de déclaration concernant la reconnaissance des accidents du travail. Dans la plupart des pays, il existe, au niveau du lieu de travail, certaines exigences relatives à la déclaration des accidents du travail. Elles ne sont transmises au niveau national pour être reconnues comme maladies professionnelles que lorsqu'elles entraînent des absences de plus de trois jours consécutifs<sup>15</sup>, ce qui n'est le cas que pour un petit nombre de blessures par objets tranchants. De même, dans certains pays, les maladies et les infections (ou les traumatismes psychologiques) subies suite à une blessure par objet tranchant ne sont pas reconnues comme des maladies professionnelles et ne sont donc pas déclarées aux autorités nationales (par exemple les organismes en charge de la santé et de la sécurité au travail ou des maladies professionnelles).

Deuxièmement, la sous-déclaration des accidents est un problème très grave, certaines estimations laissant entendre que seule la moitié des blessures par objets tranchants est déclarée. Cette situation s'explique par un certain nombre de raisons :

- Les membres du personnel se considèrent comme responsables de la blessure qu'ils ont subie ou craignent les réprimandes d'autrui ;
- Ils ne voient pas l'intérêt de déclarer un incident si le risque perçu (ou réel) d'infection est faible ;
- Les procédures de déclaration sont très lourdes 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 se retient de déclarer les blessures, car il estime que cela n'y changera rien ;
- Certains membres du personnel (le personnel auxiliaire, voir ci-dessus la section 2.1) ne sont pas informés des risques associés et des procédures 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 déclarés alors qu'ils ne pouvaient pas entraîner de blessure (et n'en ont pas entraîné), sans parler d'infection. Il a donc été considéré nécessaire de poursuivre le travail de sensibilisation par rapport à des situations qui s'accompagnent de blessures par objets tranchants ne pouvant entraîner aucun risque d'infection (par ex. s'il n'y a aucun contact avec du sang ou d'autres liquides organiques).

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

<sup>14</sup> L'Association hospitalière de Vienne a acquis beaucoup d'expérience grâce au projet « *Erfahrungsdrehscheibe* ».

<sup>15</sup> En général, la limite de 3 jours s'applique ; dans certains pays cependant, une déclaration est exigée après une journée d'absence.

Des études indépendantes montrent qu'il est possible d'éviter la plupart de ces blessures en prenant un certain nombre de mesures : formation du personnel, adoption de pratiques professionnelles plus sûres et utilisation de technologies médicales intégrant des mécanismes de sécurité (notamment des aiguilles équipées de gaines protectrices automatiques)<sup>16</sup>. Cette approche mixte est en réalité celle qui a été retenue par l'accord-cadre des partenaires sociaux négocié par la FSESP et l'HOSPEEM.

---

<sup>16</sup> Voir par exemple Van der Molen et al. (2012), Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers, *Work* ; 2012, Vol. 41, p. 1969-1971.

### 3 État d'avancement de la transposition de la directive 2010/32/UE

Le calendrier du projet s'étendait sur toute la phase de transposition critique de la directive 2010/32/UE et était donc en mesure d'étudier - plus ou moins en temps réel – sa transposition au niveau des États membres. Cette section présente des informations précises au 1<sup>er</sup> septembre 2013 en ce qui concerne l'état d'avancement de la transposition nationale, la nature et les processus de transposition, ainsi que le degré de modification des législations et réglementations nationales pour se conformer aux exigences de la directive.

La Figure 3.1 ci-dessous fait apparaître l'état d'avancement actuel de la transposition, en mettant en lumière quatre situations :

- Trois pays ont considéré qu'ils n'avaient pas besoin d'amender leur législation pour respecter la directive 2010/32/EU (en vert pâle) : la Belgique, le Danemark et la Lettonie.
- Quatorze pays de l'UE ainsi que la Norvège et la Biélorussie (transposition non obligatoire) ont transposé la directive au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (en vert) : Allemagne, Autriche, Bulgarie, Croatie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Lituanie, Pays-Bas, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni et Suède.
- Huit pays sont en passe de terminer la transposition (en orange) : Chypre<sup>17</sup>, Espagne, Estonie, Irlande, Italie, Malte, Pologne et Portugal.
- Aucune information n'était disponible sur l'état d'avancement de la transposition au Luxembourg, en Slovaquie et en Slovénie.

Il n'est pas rare que des pays aient besoin de quelques mois supplémentaires au-delà de l'échéance fixée pour la transposition pour finaliser leur processus législatif. Le fait qu'au moins 11 pays de l'UE n'aient pas achevé leur processus de transposition au moment de la rédaction de ce rapport n'a rien d'inhabituel et ne peut être considéré comme le signe de difficultés ou d'une absence de volonté de transposer la législation européenne issue des accords avec les partenaires sociaux.

#### 3.1 Nature et procédure de transposition

À l'exception des pays de l'UE dans lesquels aucun changement de la législation n'a été jugé nécessaire, tous les États membres dans lesquels la transposition est achevée ont choisi d'amender les lois et règlements existants pour y parvenir. Le Tableau 3.1 ci-dessous synthétise les actes législatifs pertinents et, le cas échéant, fournit des liens vers les textes concernés. Seuls quelques pays et partenaires sociaux envisagent actuellement la possibilité de compléter cette législation par des accords collectifs. Des recommandations et des codes de pratiques seront probablement le moyen utilisé pour fournir des lignes directrices pratiques complémentaires sur la mise en œuvre.

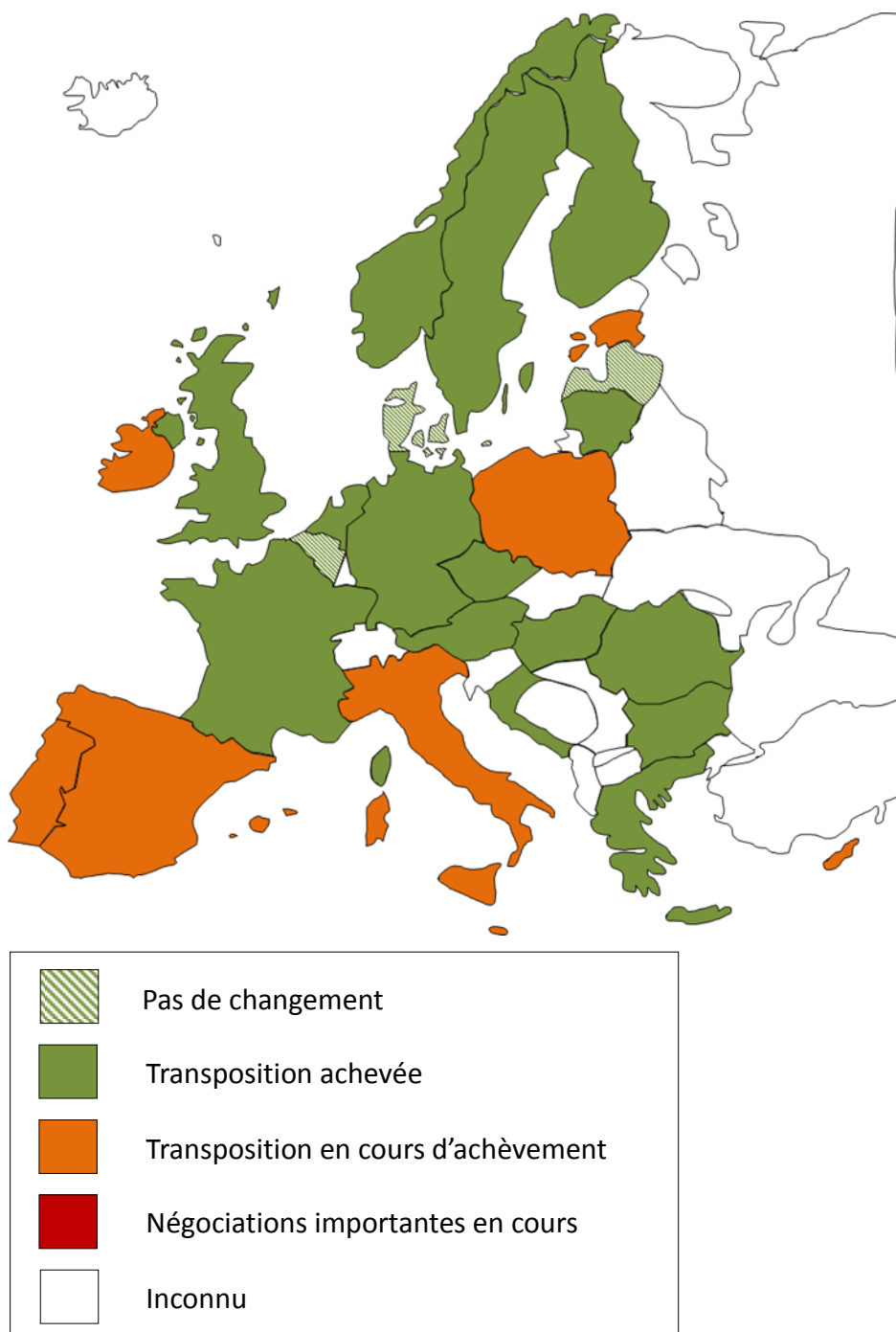
L'implication des partenaires sociaux dans la procédure de transposition allait de soi pour la plupart des pays qui ont répondu à l'enquête<sup>18</sup>. Cependant, le processus de participation et de consultation a différé d'un pays à l'autre. Si les processus ont très largement correspondu aux traditions sous-tendant les relations professionnelles existantes et aux méthodes de consultation et concertation tripartites dans différents pays, il est à noter que les partenaires sociaux sectoriels ont été plus impliqués qu'ils ne l'auraient été s'ils n'avaient pas été les auteurs de l'accord-cadre. Comme dans la plupart des processus de consultation, toutes les parties prenantes n'ont pas nécessairement eu le sentiment que leur avis était pris en

<sup>17</sup> Non indiqué sur la carte.

<sup>18</sup> 28 réponses ont été reçues de 21 pays. Du côté des organisations syndicales, des réponses nous sont parvenues des pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Biélorussie et Ukraine. Du côté des employeurs les réponses sont venues de : Danemark, Estonie, Finlande, France, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

compte dans le projet de texte final de la législation mais, dans l'ensemble, le niveau d'implication a été jugé satisfaisant.

**Figure 3.1** État d'avancement de la transposition de la directive 2010/32/UE au 1<sup>er</sup> juillet 2013 dans l'Europe des 28 et en Norvège



Source : ICF GHK (2013) sur la base des réponses reçues à l'enquête des membres de la FSESP et de l'HOSPEEM effectuée dans le cadre du projet « Promotion et aide à la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE » géré par la FSESP et l'HOSPEEM avec le soutien de la Commission européenne.

Dans la majorité des pays, le ministère de l'Emploi et des Affaires sociales ou le ministère de la Santé ont pris les commandes de la transposition, mais dans quelques pays la charge de la transposition du texte a aussi été confiée à des autorités sanitaires et sociales particulières. Parfois, les réponses à l'enquête ont mis en lumière un certain nombre d'organisations qui, selon les partenaires sociaux, auraient dû être associées ou davantage consultées. Il s'agissait généralement d'organisations professionnelles spécialisées ou d'organisations d'employeurs particulières (par ex. pour les hôpitaux privés).

**Tableau 3.1 Législation de transposition (ou législation en vigueur) au niveau des États membres**

Pays	Nom de la législation	Date d'entrée en vigueur	Lien Web
Allemagne	Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen und zur Änderung der Gefahrstoffverordnung (Biostoffverordnung) ( <i>Réglementation sur les agents biologiques</i> )	Accepté par le Conseil des ministres le 24.4.2013, approbation finale prévue en juillet 2013	<a href="http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/neufassung-biostoffverordnung.pdf;jsessionid=35EE1C2EBB9DC997C987B6FC1A2BEAF0?_blob=publicationFile">http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/neufassung-biostoffverordnung.pdf;jsessionid=35EE1C2EBB9DC997C987B6FC1A2BEAF0?_blob=publicationFile</a>
	Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge ( <i>Réglementation sur la prévention en matière de santé au travail</i> )	Pas de changement à la suite de la directive 2010/32/UE	<a href="http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf">http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf</a>
	TRBA 250 für Gesundheitsdienst ( <i>Réglementation technique pour le secteur de la santé</i> )	Pas de changement à la suite de la directive 2010/32/UE, mais doit être révisée en 2013	<a href="http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672990/publicationFile/47827/TRBA-250.pdf">http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672990/publicationFile/47827/TRBA-250.pdf</a>
	TRGS 400 für Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Gefährdungen ( <i>Réglementation technique sur l'évaluation des risques</i> )	Amendements les plus récents le 13.9.2012	<a href="http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/666126/publicationFile/">http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/666126/publicationFile/</a>
Autriche	Nadelstichverordnung (NastV) ( <i>Réglementation relative aux piqûres d'aiguilles</i> )	3.1.2013	<a href="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</a>
Belgique	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire	17.4.2013	<a href="http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2013/05/03/loi-2013202242-Print.html">http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2013/05/03/loi-2013202242-Print.html</a>
Bulgarie	Национална програма по безопасным и здравословным условиям труда ( <i>Programme national relatif à la sécurité et la santé sur les lieux de travail</i> )		
Croatie	Pravilnik o načinu provođenja mjera zaštite radi sprječavanja nastanka ozljeda oštrim predmetima ( <i>Ordonnance sur les mesures de sécurité destinées à prévenir les blessures par objets tranchants</i> ) ; « Narodne novine », nr. 84/13	2013	<a href="http://www.propisi.hr/print.php?id=12450">http://www.propisi.hr/print.php?id=12450</a>
Danemark	Législation existante sur la santé et la sécurité et les agents biologiques	Pas de changement de la législation existante	
Finlande	Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien	8.5.2013	<a href="http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317">http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317</a>

Pays	Nom de la législation	Date d'entrée en vigueur	Lien Web
	tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla 317/2013 ( <i>Décret gouvernemental sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier 317/2013</i> )		
France	Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare <sup>19</sup>	9.7.2013	<a href="http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000027689086&amp;categorieLien=id">http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEX T000027689086&amp;categorieLien=id</a>
Grèce	Décret présidentiel 6/2013, Φ.Ε.Κ.:15/A`/21.1.2013	21.1.2013	<a href="http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/15a_13.1359100961546.pdf">http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/15a_13.1359100961546.pdf</a>
Hongrie	EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről ( <i>Décret du Ministre des Ressources humaines 51/2013. (VII. 15.)</i> )	16.7.2013	<a href="http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337">http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337</a>
Irlande	Bien que les partenaires sociaux et l'autorité de santé et de sécurité, se soient mis d'accord sur un texte législatif à transposer, le gouvernement irlandais, n'a à ce jour (15/11/2013), pas transposé la Directive dans la loi irlandaise. Safety, Health and Welfare at Work (Prevention of Sharps Injuries in the Healthcare Sector) Regulations, 2013 ( <i>Réglementations sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail (Prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur de la santé), 2013</i> )		<a href="http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Biological_Agents/Sharps/Directive_on_Sharps/guide_to_the_proposed_regulations.pdf">http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Biological_Agents/Sharps/Directive_on_Sharps/guide_to_the_proposed_regulations.pdf</a>
Lettonie	Législation existante sur la santé, la sécurité et les agents biologiques	Pas de changement de la législation existante	
Lituanie	Arrêté du ministre de la Sécurité sociale et du Travail, du ministre de la Santé, du ministre de l'Éducation et des Sciences de la République de Lituanie, n° A1-157/V-501, portant sur la	16.3. 2012	<a href="http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=420536&amp;p_query=&amp;p_tr2=2">http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=420536&amp;p_query=&amp;p_tr2=2</a>

<sup>19</sup> En complément de la législation existante en vigueur en France, mentionnée dans la note 25 à la page 26 ci-après.

Pays	Nom de la législation	Date d'entrée en vigueur	Lien Web
	<p>réglementation spéciale visant à mettre en œuvre la directive sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et le secteur de la santé</p> <p>Arrêté du ministre de la Santé N° V-946 « Lietuvos Higienos norma HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai » (<i>Norme révisée sur l'hygiène n° 47 « Institutions de santé. Exigences de lutte contre les infections »</i>)</p>	19.10. 2012	<a href="http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&amp;p_query=&amp;p_tr2=2">http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&amp;p_query=&amp;p_tr2=2</a>
Pays-Bas	<p>Wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving (<i>Amendement des articles 4.97 et 9.3 de la loi sur santé et la sécurité</i>)</p>	1.1.2012	<a href="http://www.ggznederland.nl/werk-en-opleiding/staatsblad-2011-399.pdf">http://www.ggznederland.nl/werk-en-opleiding/staatsblad-2011-399.pdf</a>
République tchèque	<p>Textes existants les plus pertinents</p> <p>432/2003 Critères de classification des emplois exposés à des facteurs de risque dans l'environnement de travail</p> <p>262/2006 Code du travail</p> <p>309/2006 Législation associée au Code du travail (évaluation des risques)</p> <p>537/2006 Vaccination contre les maladies transmissibles pour les travailleurs de la santé</p> <p>372/2011 Loi sur les soins de santé</p> <p>373/2011 Loi sur les services de santé spécifiques</p>	Amendements les plus récents en 2011	
Roumanie	<p>Décision du gouvernement roumain n° 243 sur la sécurité minimale et la prévention sanitaire des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et le secteur de la santé, en application de l'art. 108 de la Constitution roumaine et de l'art. 51 de la loi sur la santé et la sécurité au travail 319/2006 amendée</p>	8.5.2013	<a href="http://www.mmuncii.ro/nou/images/Documente/Legislatie/HG243-2013.pdf">http://www.mmuncii.ro/nou/images/Documente/Legislatie/HG243-2013.pdf</a>
Royaume-Uni	<p>Health and Safety (Sharps instruments in healthcare) Regulations 2013 (<i>Réglementations sur la santé et la sécurité (Équipements tranchants dans les soins de santé) 2013</i>)</p>	18.3.2013	<p><a href="http://www.legislation.gov.uk/ukSI/2013/645/made">http://www.legislation.gov.uk/ukSI/2013/645/made</a></p> <p>Recommandations du HSE</p> <p><a href="http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf">http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf</a></p>
Suède	<p>Ändringsföreskrifterna (AFS 2012:7) om mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet (AFS 2005:1) (<i>Amendement de la législation sur les dangers</i>)</p>	7.12.2012	<a href="http://www.av.se/dokument/afs/afs2012_07.pdf">http://www.av.se/dokument/afs/afs2012_07.pdf</a>



<b>Pays</b>	<b>Nom de la législation</b>	<b>Date d'entrée en vigueur</b>	<b>Lien Web</b>
	<i>microbiologiques sur le lieu de travail)</i>		
<b>Pays de l'EEE</b>			
Norvège	Amendement de la loi sur l'environnement de travail	21.6.2013	<a href="http://www.arbeidstilsynet.no/lov.html?tid=78120">http://www.arbeidstilsynet.no/lov.html?tid=78120</a>

### 3.2 Nombre d'amendements à apporter à la législation existante

Il existe déjà un corpus législatif important en matière de sécurité et santé au travail (SST), auquel la directive 2010/32/UE se réfère. Les textes les plus importants à ce niveau sont la directive 89/391/CEE (concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail<sup>20</sup>) et la directive 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail<sup>21</sup>.

Ces directives ayant déjà été transposées au niveau des États membres depuis plusieurs années, il existe déjà un cadre de protection, auquel la nouvelle directive ajoute une spécificité supplémentaire ainsi que - dans certains pays - de nouvelles obligations.

La Figure 3.2, ci-dessous, montre le nombre d'amendements à apporter à la législation des États membres sur la base des réponses reçues au moment de l'enquête.

En ressort la photographie générale suivante :

- Trois pays considèrent qu'aucune modification de leur législation n'est nécessaire : la Belgique, le Danemark et la Lettonie, auxquels s'ajoutent la République tchèque et la Pologne, dont les réponses à l'enquête montrent qu'aucun changement - ou des modifications mineures - sont nécessaires.
- Cinq pays de l'UE considèrent que peu de modifications sont nécessaires : l'Estonie, la France, l'Italie, la Lituanie et les Pays-Bas. Dans l'EEE, la Norvège n'a apporté que de petites modifications, et hors de l'Europe des 28 et de l'EEE, la Biélorussie, un pays qui n'est pas obligé de mettre en œuvre la directive, a également indiqué que seules des modifications mineures étaient nécessaires pour respecter les prescriptions de la directive.
- Dix pays, (l'Allemagne, l'Autriche, la Croatie, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède) considèrent que les changements à apporter à leur législation sont modérés (niveau moyen).
- Seule l'Ukraine a indiqué que des modifications législatives plus importantes étaient nécessaires pour respecter les exigences de la directive (qu'elle n'est pas dans l'obligation de mettre en œuvre).

Les principales modifications à apporter aux textes législatifs existants 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 nouvelle législation devrait aussi vraisemblablement entraîner dans un certain nombre de pays une introduction plus généralisée de dispositifs de sécurité (en fonction des résultats de l'évaluation des risques).

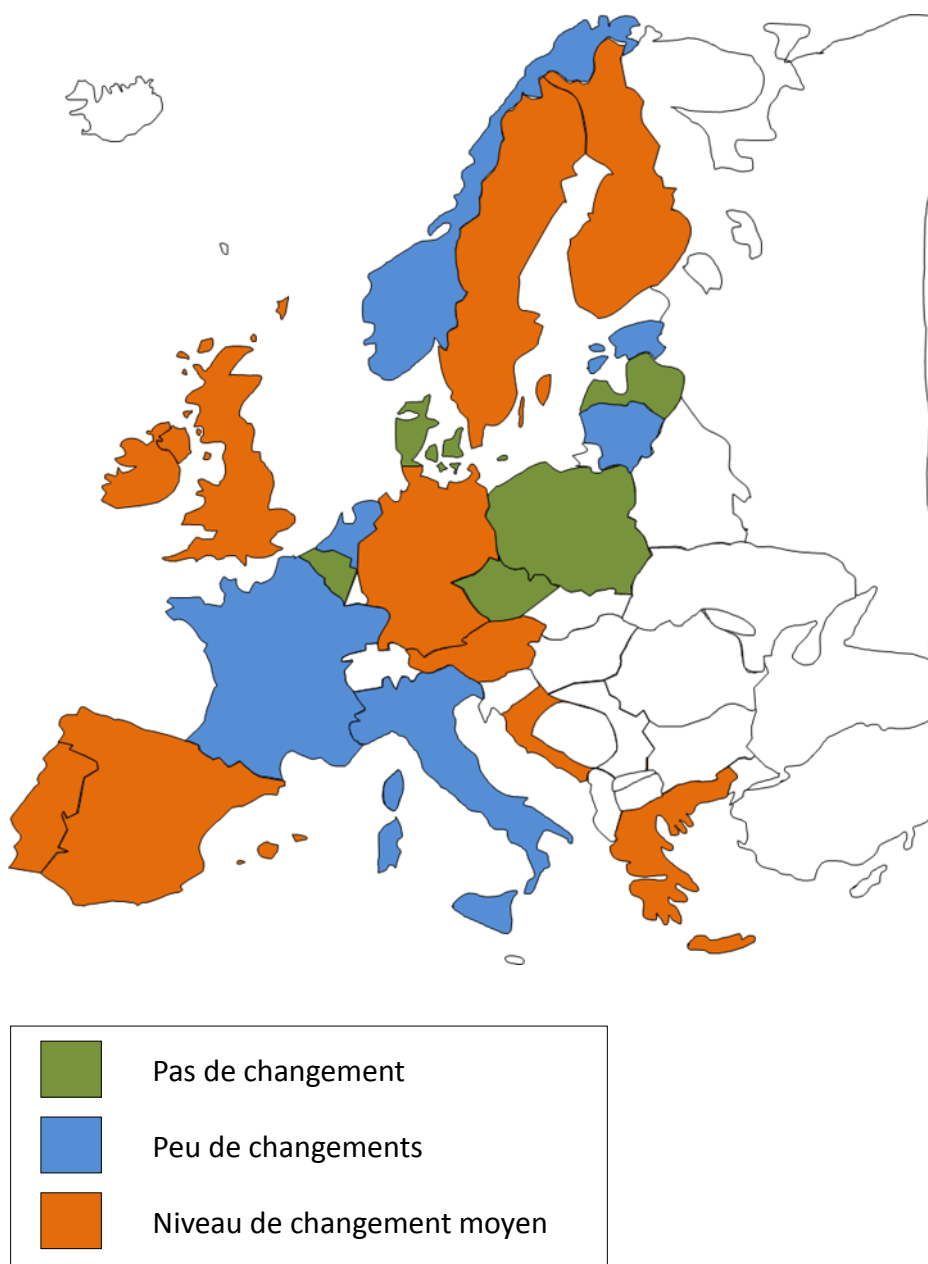
Le coût de ces nouveaux équipements était considéré comme une éventuelle difficulté dans certains pays, particulièrement dans les petits États membres ayant d'importantes restrictions budgétaires qui, souvent, ne sont pas en mesure de bénéficier d'économies d'échelle lors de l'achat des matériels médicaux. La question des difficultés de mise en œuvre sera discutée de façon plus détaillée dans la section suivante.

Les différentes interprétations appliquées concernant le champ d'application de la directive (quels sont les personnels concernés) semblaient également être un problème potentiel.

<sup>20</sup> Voir <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:FR:HTML>

<sup>21</sup> Voir <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0054:fr:NOT>

**Figure 3.2** Nombre d'amendements à apporter à la législation existante au sein de l'Europe des et la Norvège



Source : ICF GHK (2013) sur la base des réponses reçues à l'enquête des membres de la FSESP et de l'HOSPEEM effectuée dans le cadre du projet « Promotion et aide à la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE » géré par la FSESP et l'HOSPEEM avec le soutien de la Commission européenne.

## 4 Recommandations existantes et difficultés de mise en œuvre

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. En Finlande, par exemple, les parties négociantes ont convenu de publier un guide avant la fin de l'année sur les pages web de l'Institut national de santé au travail.

Dans le cadre de l'enquête portant sur la transposition de la directive, des exemples de ces recommandations et codes de pratiques ont été réunis et sont disponibles sur le site web du projet (<http://epsu.org/r/629>) sur la page suivante : <http://www.epsu.org/a/9157>. Au niveau international, parmi les recommandations existantes, figurent des documents préparés par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)<sup>22</sup>, le Réseau européen sur la biosécurité<sup>23</sup> et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>24</sup>. Le tableau ci-dessous présente des exemples de recommandations recueillies auprès de divers États membres de l'UE.

**Tableau 4.1** Recommandations existantes sur la prévention des blessures par objets tranchants

Pays	Nom des recommandations et auteur	Lien Web
Allemagne	Site web « Sécurité à l'hôpital » Projet pilote « STOP aux piqûres d'aiguilles »	<a href="http://www.sicheres-krankenhaus.de/">http://www.sicheres-krankenhaus.de/</a> <a href="http://www.stopnadelstich.de/Home.html">http://www.stopnadelstich.de/Home.html</a>
Belgique	Prévention des blessures par objets tranchants ; CSC SP	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/B-Prevention-Blessures-Objets-Tranchants-CSC-SP.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/B-Prevention-Blessures-Objets-Tranchants-CSC-SP.pdf</a>
Chypre	Comité central : Infections nosocomiales : consignes pour la gestion des objets tranchants contaminés, Ministère de la Santé Lutte contre les infections nosocomiales : lignes directrices pour la gestion des déchets ; Bureau de l'hôpital général de Nicosie	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf</a> <a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf</a>
Danemark	Stikboksen.dk - et ressourcested om stikskader på sygehuse; Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed	<a href="http://stikboksen.dk/">http://stikboksen.dk/</a>
Espagne	FP UGT : Manuel de Uso (et diverses affiches de sensibilisation)	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-ManuelDeUso.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-ManuelDeUso.pdf</a> <a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentados-Enfermera.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentados-Enfermera.pdf</a> <a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentados-Enfermero.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentados-Enfermero.pdf</a> <a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-3-NoDejesQueJuegenConTuSalud.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-3-NoDejesQueJuegenConTuSalud.pdf</a>
Finlande	Do not let a needlestick get you by surprise: Accident Hazard ; Tehy	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/Finnish_study_on_needlestick_injuries_-_Tehy.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/Finnish_study_on_needlestick_injuries_-_Tehy.pdf</a>
Grèce	Plusieurs campagnes et séminaires	<a href="http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/Eilhnik">http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/Eilhnik</a>

<sup>22</sup> <https://osha.europa.eu/fr/sector/healthcare/prevention-sharp-injuries-workplace>

<sup>23</sup> <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>

<sup>24</sup> [http://www.who.int/occupational\\_health/activities/4policy.pdf](http://www.who.int/occupational_health/activities/4policy.pdf)

Pays	Nom des recommandations et auteur	Lien Web
	de formation pour le personnel ont été organisés par le Ministère de la Santé et/ou les administrations hospitalières et/ou le Comité pour les Infections à l'hôpital et/ ou l'Institut Grec de la Santé et Sécurité au Travail. «Les expériences grecques et internationales sur les accidents au travail et les maladies du personnel hospitalier / guide de l'évaluation et la prévention des risques liés au travail», <i>Makropoulos Vassilis, 2007</i>	<a href="#">%20Diethn%20Empeiria%205.1191576532627.pdf</a>
Hongrie	Prévention des maladies virales transmises par le sang et les liquides organiques lors des soins de santé ; Centre national d'épidémiologie	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/H-KJ-Ver-Es-Valadek-2003.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/H-KJ-Ver-Es-Valadek-2003.pdf</a>
Italie	Azienda Ospedaliera « Maggiore Della Carità », Novara : Disposizioni in merito alle contaminazioni con materiale biologico a seguito di infortunio	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/I-AOU-Maggiore-della-Carita-di-Novara-Info-.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/I-AOU-Maggiore-della-Carita-di-Novara-Info-.pdf</a>
Pays-Bas	Ziekenhuisen : Accidenteel Bloedcontact ; Werkgroep Infectiepreventie	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/Report-Dutch-WG-Prevention-Sharps-Injuries.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/Report-Dutch-WG-Prevention-Sharps-Injuries.pdf</a>
Royaume-Uni	Recommandations communes des partenaires sociaux sur la prévention des blessures par piqûres d'aiguilles Avis sur la prévention des blessures par objets tranchants ; Employeurs NHS Sécurité des objets tranchants : Recommandations du RCN	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-Joint-SP-Guidance-Needlestick-Injury.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-Joint-SP-Guidance-Needlestick-Injury.pdf</a> <a href="http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Needlestick%20injury.pdf">http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Needlestick%20injury.pdf</a> <a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-RCN-Sharps-Safety-Guidance-Implementation-Dir-2010-32-EU.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-RCN-Sharps-Safety-Guidance-Implementation-Dir-2010-32-EU.pdf</a>
Suède	Projet relatif à la prévention des blessures par piqûres d'aiguilles (rapport de projet dont les recommandations seront issues)	<a href="http://www.epsu.org/IMG/pdf/S-Project-Reduction-Sharps-Injuries-Sweden-Description_Summary.pdf">http://www.epsu.org/IMG/pdf/S-Project-Reduction-Sharps-Injuries-Sweden-Description_Summary.pdf</a>

Source : Contributions des membres de la FSESP et de l'HOSPEEM au projet « Promotion et aide à la mise en œuvre de la directive 2010/32/UE » géré par la FSESP et l'HOSPEEM avec le soutien de la Commission européenne.

#### 4.1 Principales difficultés et bonnes pratiques pour les surmonter

Les éléments énumérés ci-dessous jouent un rôle central dans les bonnes pratiques pour respecter l'esprit de la directive au niveau national et surmonter les difficultés relatives à sa mise en œuvre :

##### **Collecte des données et déclaration**

Les blessures par objets tranchants sont manifestement sous-déclarées. Cette situation peut s'expliquer par des raisons structurelles, par ex. :

- La reconnaissance d'une blessure par objet tranchant en tant qu'accident du travail ;
- Les types d'incidents qui doivent être déclarés et à quel niveau (par exemple, uniquement ceux qui entraînent plus de 3 jours de congé maladie).

Les raisons peuvent aussi être organisationnelles, par ex.

- Existe-t-il des processus de déclaration transparents et non bureaucratiques pour tous les travailleurs blessés par des objets tranchants (y compris les travailleurs auxiliaires en sous-traitance) ?
- Existe-il des procédures claires pour assurer le suivi de l'incidence des blessures par objets tranchants au niveau organisationnel et prendre les mesures adaptées ?

Finalement, il existe aussi des raisons personnelles expliquant l'absence de déclaration des blessures par objets tranchants :

- Manque de connaissance du risque et des processus de déclaration ;
- Reproche à soi-même ou crainte de se faire réprimander.

Tous ces facteurs peuvent être surmontés en instituant des recommandations et des procédures claires permettant une déclaration de tous les incidents (d'abord au niveau organisationnel puis à un niveau centralisé) ; en accompagnant ces mesures de formations et d'actions de sensibilisation ; en veillant à ce que les procédures de déclaration soient simples mais efficaces et qu'une aide (et, le cas échéant, un traitement prophylactique) soit rapidement disponible ; s'il existe un engagement fort au plus haut niveau ainsi qu'aux différents niveaux hiérarchiques intermédiaires de s'attaquer aux facteurs de risque potentiels en consultation avec les représentants des salariés ; s'il règne clairement une culture non punitive dans tous les établissements de soins ; si les informations collectées sont utilisées aux niveaux organisationnel et national pour évaluer régulièrement les progrès et apporter les changements éventuellement nécessaires.

#### **Évaluation et prévention du risque**

Il est préférable d'évaluer la nécessité d'éventuels changements dans les processus et les procédures de travail par le biais d'un mécanisme d'évaluation régulière des risques dans toutes les différentes situations. Les représentants des salariés doivent être impliqués dans ce mécanisme qui doit, chaque fois que possible, privilégier la prévention. Cela ne se traduit pas nécessairement par l'introduction de dispositifs de sécurité, mais des changements des pratiques de travail peuvent s'avérer nécessaires. Le travail précipité et en situation de stress (parfois avec un personnel insuffisant), par exemple, s'est révélé être une cause importante de blessures par objets tranchants. Dans un contexte de restrictions budgétaires, il est nécessaire de trouver les façons les plus efficaces de prévenir les facteurs de risques sur le lieu de travail.

#### **Utilisation de dispositifs de sécurité**

Les dispositifs de sécurité peuvent jouer un rôle dans la prévention, comme le démontrent les éléments présentés dans les ateliers et la conférence de clôture du projet. Toutefois, il a été également reconnu que l'introduction de ces dispositifs n'est pas toujours nécessairement la meilleure ni la seule façon de prévenir les risques. De même, les dispositifs sont de qualité variable et ne peuvent être utilisés pour toutes les interventions à effectuer ; leur introduction peut même parfois s'avérer contre-productive. Les recommandations suivantes ont été faites :

- Les dispositifs de sécurité doivent être développés avec l'aide des praticiens ;
- Les fabricants doivent assurer une formation, et cela pourrait être prévu au moment des procédures de passation des marchés ;
- L'achat en gros de nouveaux dispositifs devrait être précédé par des procédures d'essai transparentes et solides ;
- Pour pouvoir assurer une utilisation efficace de ces dispositifs, les procédures et les systèmes de passation des marchés devront peut-être être adaptés pour assurer la disponibilité d'équipements appropriés ;
- Il est nécessaire d'envisager (chaque fois que possible) des moyens efficaces d'obtenir des économies d'échelle pour les commandes de nouveaux produits, au-delà du niveau d'une seule organisation.

## Annexe 1 – Synthèse pays par pays

Cette annexe résume brièvement les informations présentées par les représentants des affiliés de la FSESP, des membres de l'HOSPEEM ou d'autres experts (personnel médical, chercheurs, représentants des ministres des différents pays) pour les pays participant aux séminaires régionaux en lien avec la transposition nationale de la législation, les recommandations existantes et les éventuelles difficultés de mise en œuvre. Ces informations sont issues des comptes rendus des ateliers régionaux.

### Allemagne

L'Allemagne a achevé ses débats sur la mise en œuvre de la directive, et les lois et réglementations correspondantes devaient entrer en vigueur en juillet 2013. La transposition a été effectuée par le biais d'amendements à la loi sur les agents biologiques (*Biostoffverordnung*), qui résulte elle-même de la transposition de la législation européenne (directive 2000/54/CE) et de la réglementation sur la prévention dans le domaine de la santé au travail (*Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge*) relative aux injections préventives pour le personnel (médical). En outre, il existe quantité de réglementations techniques spécifiques, comme le TRBA 250 pour le secteur des soins de santé et le TRGS 400 pour l'évaluation des risques. Le TRBA 250 (règlement technique pour le secteur de la santé) doit être révisé en décembre 2013.

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 à la transposition de la directive. Ils en ont apprécié l'approche intégrée, qui met l'accent sur l'évaluation des risques et la prévention, la formation et la communication pour aider à améliorer les 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* (Sécurité par la formation, l'organisation et la sélection des produits pour prévenir les blessures par piqûre d'aiguille).

Le projet a débuté par une « collecte de données » sur les procédures actuelles et le taux 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 « d'intervention » qui a suivi, différents types de services ont été offerts :

- formation ;
- formation en e-learning ;
- mallette d'échantillons (contenant différents types de dispositifs de sécurité à tester, avec un mode d'emploi) ;
- outils pratiques d'aide (par exemple une petite carte-mémo sur les processus sécurisés qui peut tenir dans la poche).

Ensuite, les processus et les résultats ont à nouveau été évalués et observés et ont fait apparaître 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-traitant, en particulier au niveau des services de nettoyage, de blanchisserie et de restauration, où un nombre significatif de blessures par objets tranchants a été enregistré. Le projet pilote visait à impliquer le personnel concerné mais cela s'est avéré impossible car les employeurs travaillant en sous-traitance ont refusé de coopérer au projet.

Outre la nécessité d'impliquer tout le personnel concerné, 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 ce qu'ils doivent faire en cas de blessure.
- 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 au personnel, pour améliorer ainsi le niveau d'acceptation de 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 :

- déficit d'information ;
- prise de conscience insuffisante sur la question ;
- problèmes d'inattention lors de la réalisation des processus de travail ;
- usage incorrect d'équipements tranchants ;
- problèmes des 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* » (« L'hôpital, un lieu sûr »), créée par le Fonds d'assurance pour les accidents professionnels de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie (*Unfallkasse Nordrhein-Westfalen*) et la caisse d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des professionnels de santé (*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, et aborde également le sujet de la prévention des blessures par objets tranchants à usage médical.

## Autriche

L'Autriche est l'un des quatre États membres à avoir déjà transposé la directive dans la législation nationale par le biais de la réglementation dite « des piqûres d'aiguilles » (*Nadelstichverordnung, NastV*). Cette réglementation a été publiée le 3 janvier 2013 et est entrée en vigueur le 11 mai 2013. Elle mentionne spécifiquement la directive ainsi que la FSESP et l'HOSPEEM, en tant que parties négociantes à l'origine de l'accord-cadre. Elle couvre les travailleurs du secteur de la santé et renvoie clairement au fait que l'ensemble du personnel auxiliaire (par exemple les sous-traitants assurant des services de blanchisserie) doit être informé et couvert par ses dispositions.

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 découlent, est plutôt faible. Ceci tient en partie au taux relativement faible d'infections à l'hépatite et au VIH chez les patients dans ce pays.

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

- évaluation du risque afin de déterminer les risques existants et d'entreprendre les actions nécessaires pour éliminer ou prévenir ces risques ;
- vaccination contre l'hépatite B ;
- actions de formation et de sensibilisation ;
- procédures internes de déclaration ;
- le cas échéant, introduction de dispositifs de sécurité.

Au SALK, de nombreux dispositifs de sécurité sont mis en place depuis 2008. Il s'agit notamment d'aiguilles sécurisées Gripper Micro, d'aiguilles à ailettes (tous deux en 2008), de



lancettes de sécurité (2010), d'un système de tests sanguins sécurisé (2011) et de cathéters sécurisés (2012). Dans chaque cas, le processus d'achat et de mise en service nécessite beaucoup de temps, car il suppose 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, les départements des achats et de la médecine du travail 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, dont 73 au moment de l'élimination des instruments. 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 piqûre d'aiguille passer de 334 en 2009 à 275 en 2012. Il faut toutefois souligner que les différents dispositifs de 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 à ailettes, le nombre de blessures a en fait 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 cela montre aussi qu'il est difficile de prévenir certaines causes de blessures en recourant uniquement à des dispositifs de sécurité. En réalité, un grand nombre de « dispositifs de sécurité » disponibles à l'heure actuelle sont considérés comme inutilisables pour le traitement souhaité. Ils induisent donc plutôt le risque de causer des blessures évitables et de potentielles infections.

Quant aux objets tranchants (autres que les aiguilles), ils peuvent s'avérer plus difficiles à remplacer et la gestion des blessures qu'ils occasionnent est problématique. Il est possible de se procurer des scalpels rétractables, mais la plupart des blessures se produisent au cours des interventions chirurgicales elles-mêmes et ne peuvent être empêchées au moyen de dispositifs de sécurité.

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

- la vaccination contre l'hépatite B ;
- le port d'un équipement personnel de protection (gants, etc.) ;
- des crèmes protectrices lors d'interventions impliquant la présence de sang ;
- des conteneurs 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 ;
- chaque fois que possible, la réduction des contraintes de temps au moment de l'intervention réalisée.

Les des coûts associés aux 277 blessures par objets tranchants qui se sont produites en 2011 sont les suivants : environ 45 000 euros pour les tests en laboratoire des échantillons sanguins des patients et du personnel, auxquels s'ajoutent 100 000 euros pour les dispositifs de sécurité et environ 10 000 euros liés au coût des conteneurs supplémentaires pour l'élimination. On ne sait rien des coûts supplémentaires liés à 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.

## Belgique

Comme dans la plupart des pays, la Belgique dispose d'une législation préexistante en lien avec les dispositions de la directive et la mise en œuvre de ces dernières s'est faite par un amendement au décret royal sur l'exposition aux agents biologiques. Un projet d'amendement a été proposé par les partenaires sociaux interprofessionnels à leur propre initiative, sans associer les partenaires du secteur social signataires de l'accord-cadre HOSPEEM-FSESP sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire de juillet 2009, contenu dans la directive 201/32/UE. Cette méthode est contestée par les partenaires sociaux sectoriels en Belgique, dans la mesure où les partenaires sociaux interprofessionnels ne sont pas signataires de l'accord-cadre européen.

Par ailleurs, les partenaires sociaux sectoriels n'ont pas été associés à la transposition de la directive, à laquelle seuls les partenaires sociaux interprofessionnels ont participé.

Cependant, les changements proposés sont en principe relativement mineurs et visent en premier lieu à ce que le texte ne s'applique pas seulement aux travailleurs directement employés par le secteur de la santé, mais aussi aux travailleurs des entreprises sous-traitantes qui risquent d'être exposés aux blessures par objets tranchants. La législation amendée devrait également accorder une plus grande responsabilité aux travailleurs dans la prise en charge de leur santé et de leur sécurité (en fonction de leur niveau de formation/qualification individuel et en application des consignes données par l'employeur dans un lieu de travail spécifique). Elle devrait prévoir la mise en œuvre de la formation correspondante ainsi que la déclaration centralisée des blessures par objets tranchants. L'utilisation d'instruments conçus pour la sécurité n'est pas une obligation absolue mais, si ces derniers sont disponibles, ils doivent être utilisés.

Suite à la directive européenne, la Belgique a adapté sa législation concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire.

L'employeur dispense aux travailleurs une formation adéquate sur les directives et procédures relatives aux blessures et/ou infections par objet tranchant à usage médical portant notamment sur: l'utilisation correcte de chaque objet tranchant à usage médical et l'élimination correcte après usage. Dans ce cadre, le recapuchonage est interdit. D'autres dispositions sont prises pour les premiers soins, la notification et le suivi.

Cependant, notons qu'en cas d'accident suite à un recapuchonage, le travailleur peut être sanctionné pour non-respect des consignes de sécurité. La conséquence est que le personnel victime ne fait donc plus de déclaration. Si la législation sur les accidents de travail ne revoit pas la notion de faute (professionnelle), l'Arrêté Royal susmentionné, organise, de fait, la responsabilité du travailleur qui se blesse en n'ayant pas respecté les consignes.

Nous estimons que c'est un effet pervers, et non souhaité des discussions qui ont eu lieu dans le cadre du dialogue social européen et qui ont conduit à la transposition de la directive

## **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 a été 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 maintenir 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 le nombre de maladies et accidents professionnels.

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 sont mises en évidence pour recevoir un traitement prioritaire afin d'utiliser les maigres ressources de manière efficace. Étant donné qu'à l'heure actuelle, de nombreuses organisations en Bulgarie sont fréquemment restructurées, il est important de réévaluer le risque à chaque réorganisation du travail ou du lieu de travail. L'intervenant bulgare a souligné que dans le cadre 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 préventives qui doivent être contenues dans un plan au niveau de l'organisation.

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 d'associer les travailleurs 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 tranchants à usage médical (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 des conteneurs destinés aux 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, le cas échéant, de meilleurs mécanismes. 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, portant sur la vaccination gratuite de tous les travailleurs et étudiants participant à des prestations de soins médicaux ou à des activités liées à celles-ci sur leur lieu de travail.

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

## Chypre

Une loi destinée à transposer la directive a été soumise au parlement. Elle devrait permettre d'amender la législation existante.

Des recommandations existent déjà sur la prévention des blessures par objets tranchants. Elles ont été ajoutées à la page web (<http://www.epsu.org/a/9157>) et présentent les recommandations disponibles, les supports de formation, les vidéos, etc. concernant Chypre et plusieurs autres pays.

## Croatie

Au moment de son adhésion à l'Union européenne en juillet 2013, il a été demandé à la Croatie de mettre en œuvre l'acquis communautaire. La directive sur les blessures par objets tranchants a été transposée en 2013 via une ordonnance sur les mesures de sécurité destinées à prévenir les blessures par objets tranchants (voir tableau 3.1 ci-dessus). Il est possible qu'à l'avenir cette législation soit complétée par des dispositions plus détaillées énoncées dans une convention collective. Actuellement, les organisations syndicales concernées considèrent que la législation de mise en œuvre n'est pas suffisamment claire en ce qui concerne les sanctions applicables en cas d'absence de mise en œuvre. L'insuffisance des ressources pourrait aussi conduire à des limitations par rapport à l'introduction de dispositifs de sécurité à partir de l'évaluation du risque. Sur ce point, il est considéré comme plus approprié que les caisses d'assurance maladie (en charge des ressources pour la santé) n'aient pas été associées à la mise en œuvre de la directive. La déclaration de ces incidents et blessures est également considérée comme incomplète.

Les mesures de prévention actuellement établies portent sur les points suivants :

- vaccination contre le VHB pour les élèves, étudiants et travailleurs de la santé, accessible et obligatoire pour tous ;
- mise en place de système de déclarations des blessures dans tous les établissements de soins ;
- procédures en cas de blessures dans tous les établissements de soins ;

- amélioration des conteneurs pour les objets tranchants existant dans la majorité des établissements, qui souvent sont de qualité très médiocre ;
- utilisation de gants, et augmentation de l'utilisation de dispositifs sans aiguille et d'aiguilles et de canules de sécurité ;
- affiches de sensibilisation ;
- formation des salariés sur les risques et les mesures de protection.

### Danemark

Au Danemark, il a été jugé inutile d'apporter des changements à la législation existante pour transposer la directive. La législation principale est basée sur l'évaluation du risque et renforcée par une convention collective. La mise en œuvre et les mesures préventives sont déterminées (à partir d'une évaluation des risques) au niveau local en recourant à des processus solides de communication et d'apprentissage de bonnes pratiques entre organisations.

### Espagne

En Espagne, la directive devait être mise en œuvre avant le mois de mai 2013, par le biais d'amendements à la législation existante, mais ce processus n'est pas encore terminé à l'heure actuelle.

La législation actuelle permet de fixer des priorités pour les interventions et en particulier l'introduction de dispositifs de sécurité dans les secteurs où les facteurs de risque sont les plus élevés. Des études détaillées ont été menées pour faire apparaître dans quels secteurs d'activité, avec quels types de personnels et quels niveaux de qualification le risque d'exposition est actuellement le plus élevé.

L'accent a été mis sur l'importance d'associer les professionnels à la conception des dispositifs conçus pour la sécurité, ainsi que sur l'obligation pour les entreprises qui commercialisent ce type de dispositifs de proposer une formation sur leur utilisation sécurisée. En l'absence de ce type de formation, on observe souvent que le risque de blessure augmente dans un premier temps car les travailleurs de la santé ne savent pas comment utiliser les nouveaux dispositifs.

L'expérience espagnole montre qu'avec l'utilisation de dispositifs conçus pour la sécurité dans les secteurs à haut risque, il a été possible de réduire les blessures percutanées de 41 %.

### Estonie

L'Estonie n'a pas encore achevé sa transposition de la directive mais le nombre de changements à apporter à la législation existante est considéré comme faible. Il est donc envisagé de procéder à la transposition par des recommandations supplémentaires plutôt que par une modification de la loi. Les organisations de partenaires sociaux ont été pleinement consultées dans le cadre de ce processus. Cette mise en œuvre ne devrait se heurter à aucune difficulté majeure.

### Finlande

Au début de l'année 2011, le Comité consultatif tripartite du ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé a décidé de créer un sous-comité chargé de la mise en œuvre de la directive et de déterminer quelles réglementations nationales auraient besoin d'être modifiées, en vue de proposer des amendements. Le sous-comité était constitué de diverses parties prenantes : partenaires sociaux, autorités municipales et producteurs de dispositifs de sécurité. La complexité de la tâche était due au fait qu'en Finlande, les différents éléments des principes de la directive sont couverts par 17 réglementations. Au début de l'évaluation, il semblait que la plupart des principes étaient déjà appliqués et qu'aucune modification importante ne devait être apportée. Lorsque la présidence du comité a présenté le premier avant-projet de décret au comité, les employeurs s'y sont opposés. Les négociations se sont achevées en mai 2013 avec l'adoption de la législation révisée.

Les questions les plus débattues portaient sur : l'évaluation des risques et l'élimination des risques de blessures par objets tranchants par le biais de procédures de travail sécurisées (à cette occasion le débat a porté sur la définition des dispositifs de sécurité et des normes de travail en sécurité, des domaines dans lesquels l'expérience acquise jusqu'ici est faible) ; la mise en place de poubelles techniquement sûres pour les objets tranchants ; la vaccination gratuite des travailleurs concernés ; et enfin la déclaration et le suivi en cas de blessures. Le champ d'application de la directive suscite également des questions : comment, en pratique, mettre en œuvre des normes dans le secteur sanitaire, les maisons de repos et le secteur social ? Quels instruments inclure dans la catégorie des objets tranchants (les aiguilles d'acupuncture, par exemple, en font-elles partie) ? Qu'est-ce qu'une poubelle sécurisée dans le contexte de soins à domicile, par exemple ?

## France

La Directive a été transposée en France par décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare. Ce décret a inséré dans le code du travail l'article R. 4424-11 qui complète le dispositif actuel sur les moyens de prévention des risques biologiques. Cette réglementation concerne 1,2 million de salariés du secteur des soins de santé, que ce soit dans des institutions publiques ou privées. Le décret renvoie à un arrêté conjoint des ministres en charge du travail et de la santé pour adapter la protection des travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants ainsi qu'aux modalités d'usage des objets perforants. Cet arrêté précisera également les catégories d'établissements et services concernés, l'obligation d'information et de formation des personnels, ainsi que les obligations des employeurs en matière de prise en charge immédiate.

Les organisations syndicales du secteur souhaiteraient que la loi s'applique non seulement aux hôpitaux mais aussi aux cliniques et aux travailleurs de la santé au domicile des patients.

Les établissements de santé en France sont déjà soumis à un important dispositif réglementaire concernant la prévention des risques liés aux accidents exposant au sang (AES) et aux infections nosocomiales.

Parmi ce dispositif réglementaire figurent le Code du travail, le Code de la santé publique et diverses réglementations applicables au secteur hospitalier<sup>25</sup>. La question de la prévention est également abordée (notamment la vaccination du personnel de soins de santé et l'élimination des objets tranchants).

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

---

<sup>25</sup> Par ex. décret n° 94-352 de 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail; Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 de 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH ; Circulaire DGS/DH n° 98-249 de 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques hors des soins dans les établissements de santé ; Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n° 554 de 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés ; Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n° 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; Circulaire 2009/272 du 26 août 2009 : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 avec un objectif de réduction de 25 % du taux d'incidence des AES/100 lits en 2012 (Données de référence AES RAISIN 2008) ; Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

Afin de réduire le risque de blessures par objets tranchants, un comité dénommé réseau RAISIN a été établi. Cet organisme est responsable d'un plan d'action sur 5 ans (2009-2013) visant à réduire de 25 % l'incidence des expositions pour 100 lits. Environ 16 000 incidents présentant un risque d'exposition à des infections transmissibles par voie sanguine sont déclarés chaque jour, mais il ne faut pas oublier que 70 % des incidents ne sont pas déclarés.

Pour remédier à la situation 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 des mesures de prévention (l'introduction de dispositifs de 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.

### Grèce

En Grèce, la Directive a été transposée en janvier 2013 par Décret présidentiel. Il n'existait pas de cadre législatif sur les coupures par objets tranchants, mise à part quelques mesures préventives sur la gestion des déchets médicaux. En ce sens, le niveau de changement est important. Cependant, la plupart des mesures étaient déjà appliquées dans le secteur de la santé, suite à des guides de bonnes pratiques (séminaires de formation, campagnes organisés par le Ministère de la Santé, les administrations hospitalières, le Conseil de Santé et Sécurité au Travail, etc...). Les changements à effectuer apparaîtront alors, pendant la mise en œuvre de la Directive (par exemple, fournir le matériel approprié dans un environnement adapté).

Les organisations impliquées dans le processus étaient le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, le Ministère de la Santé et de la Solidarité Sociale, le Ministère des Finances, le Ministère du Développement, de la Concurrence et des Infrastructures, ainsi que le Conseil de Santé et Sécurité pour les Travailleurs.

Cependant, les syndicats et organisations des Employeurs (du secteur de la Santé) n'ont pas été impliqués.

### 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 en raison de dysfonctionnements dans la gestion des hôpitaux. Peu de dispositifs de sécurité sont utilisés en Hongrie. Cependant, la protection contre l'infection par l'hépatite B est assurée. En effet, depuis 1993, tous les travailleurs exposés dans le secteur de la santé doivent être vaccinés, et depuis 1999, c'est aussi le cas de toutes les personnes âgées de plus de 15 ans.

La transposition de la directive a nécessité la collaboration des ministères chargés de la santé publique et de la sécurité et la santé au travail. Le décret qui marque l'achèvement de la mise en œuvre nationale est entré en vigueur le 16 juillet 2013<sup>26</sup>. Des recommandations

<sup>26</sup> Décret du ministre des Ressources humaines 51/2013. (VII. 15.) 'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az

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 en 2003.

## Irlande

Au début de 2012, l'Autorité irlandaise de la santé et de la sécurité (HSA) a lancé une consultation auprès des parties prenantes du secteur sur son projet de règlements relatifs à la sécurité, la santé et le bien-être au travail (prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire). L'évaluation des impacts menée par le HSA indique que : *« L'impact de la transposition de la directive par le truchement des nouvelles réglementations proposées devrait être minime, car de nombreuses obligations existent déjà dans les principes énoncés dans la loi de 2005, les règlements de 1994 (sur les agents biologiques) sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail et les règlements modifiés. Les nouvelles réglementations proposées appliquent ces mêmes principes spécifiquement à la problématique des blessures par objets tranchants, mais elles sont plus explicites quant à certaines obligations, telles que la préparation d'une évaluation des risques pour les objets tranchants, l'adoption de dispositifs de sécurité, les informations et la formation sur ces nouveaux dispositifs et une interdiction des pratiques de recapuchonnage des objets tranchants. »* L'analyse conclut que, étant donné que de nombreuses obligations existent déjà, la plupart des employeurs du secteur de la santé devront seulement étendre les pratiques existantes aux domaines où des changements n'ont pas encore été mis en place.

Bien que les partenaires sociaux et l'autorité de santé et de sécurité, se soient mis d'accord sur un texte de la législation à transposer, le gouvernement irlandais, n'a à ce jour (15/11/2013), pas transposé la Directive dans la loi irlandaise. Le Congrès Irlandais des Syndicats réclame toujours sa transposition immédiate. L'avant-projet de réglementation tient compte de l'ensemble des travailleurs du secteur hospitalier et sanitaire, y compris les travailleurs indépendants et les stagiaires ne percevant pas de salaire. L'évaluation des risques doit être effectuée, en consultation avec les employés, par l'employeur, qui doit tenir compte des technologies disponibles permettant de réduire les risques, de l'organisation du travail en place et de l'expérience des employés. Si des risques sont constatés, l'employeur a le devoir de les éliminer ou de les réduire en prenant les mesures suivantes : mise en place de procédures préventives, interdiction du recapuchonnage, formation et sensibilisation du personnel, définition des procédures à appliquer en cas de blessure et fourniture des dispositifs de sécurité et de méthodes sécurisées de transport des objets tranchants sur le lieu de travail.

De manière générale, l'employeur a l'obligation d'assurer la formation du personnel. Les employés doivent déclarer tout incident à l'employeur et celui-ci doit déclarer à l'autorité nationale les occurrences qui entraînent une absence de plus de 3 jours de l'employé et celles qui présentent un risque élevé de contamination.

Les travailleurs exposés à des risques élevés doivent être vaccinés gratuitement.

En cas d'accident, les employeurs doivent assurer un suivi psychologique.

La Confédération des syndicats irlandais (ICTU) s'estime assez satisfaite du projet. Selon elle, la vaccination gratuite des travailleurs est une belle avancée, ainsi que l'évaluation des risques avec consultation des employés. Les interprétations actuelles des clauses relatives au recapuchonnage suscitent néanmoins l'inquiétude du fait des réalités cliniques, de l'aspect pratique de la procédure et des règles énoncées dans la directive. De manière plus générale, les organisations syndicales sont en outre attentives à l'impact des coupes budgétaires dans le secteur sanitaire sur la mise en œuvre des dispositions de la loi.

La présentation d'un expert du secteur de la santé et de la sécurité travaillant dans un hôpital irlandais a montré que les hôpitaux tiennent des registres des blessures par objets

tranchants et appliquent déjà des mesures et des procédures préventives. Une étude menée en interne a cependant montré que, même si de bonnes pratiques de santé et de sécurité sont en place, des blessures continuent à se produire, tout simplement parce que les tâches nécessitant l'utilisation d'objets tranchants sont intrinsèquement dangereuses. Les systèmes de travail sûrs ne sont pas toujours respectés dans les situations où la formation est insuffisante ou la supervision inadéquate. Lorsque des dispositifs de sécurité sont fournis, la résistance aux nouvelles technologies peut être un obstacle à une pratique plus sûre. De même, les départements des achats ont parfois des obligations contractuelles qui ne permettent pas de changer de produit. Il peut aussi arriver que des stocks ne soient pas remplacés et que les nouveaux produits ne soient pas toujours présentés et rangés à l'endroit où ils sont les plus susceptibles d'être utilisés. Il a été noté que les dispositifs de sécurité ne garantissent pas nécessairement une procédure sécurisée, et des éléments de plus en plus nombreux démontrent que des accidents se produisent effectivement pendant leur utilisation en cas de formation insuffisante.

### Italie

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

Le décret législatif 81 prévoit l'élimination du risque conformément à l'évaluation des risques. Il comprend des dispositions pour l'utilisation des dispositifs conçus pour la sécurité.

De nouvelles dispositions seront ajoutées au chapitre 10 du décret législatif 81 afin de s'assurer que ses dispositions couvrent également les étudiants en médecine. En outre, l'article 286 sur l'évaluation des risques sera modifié pour faire en sorte que le risque d'exposition à des infections transmissibles par le sang est pris en compte.

Le nouveau projet de loi est terminé, mais la situation politique actuelle résultant de l'absence de majorité absolue pour former un nouveau gouvernement (à la suite de l'élection générale qui a eu lieu à la fin février 2013) vient inévitablement retarder les débats et l'adoption de la loi modifiée par le Parlement.

Dans la pratique, la mise en œuvre de processus de travail et d'équipements plus sûrs se poursuit depuis les années 1980, avec une prise de conscience accrue des risques de l'infection à VIH et à hépatite B et C (le taux de ces infections ayant augmenté dans la population de patients). Au fil des ans, ceci a donné lieu à une interdiction du recapuchonnage, l'introduction obligatoire de conteneurs pour les objets tranchants, l'introduction d'équipements personnels de protection, l'amélioration de la sensibilisation et de la formation, et, depuis le milieu des années 1990, l'introduction croissante de dispositifs de sécurité.

Des lignes directrices ont été élaborées pour l'évaluation des risques et les procédures de déclaration ont été améliorées et, dans certains cas, simplifiées.

Des tests plus rapides en cas d'exposition et une amélioration de la prophylaxie et du traitement pour les travailleurs concernés ont également contribué à réduire des risques sanitaires importants pour les travailleurs blessés par des objets tranchants.

Depuis que toutes ces mesures ont été introduites, on a pu observer une réduction significative du taux de blessures, en particulier lorsque des dispositifs de sécurité ont été utilisés et que les conteneurs de sécurité pour la collecte d'objets tranchants ont été mis à la disposition du personnel.

L'expérience italienne montre qu'une approche intégrée est la solution la plus efficace pour arriver à une réduction durable des blessures par objets tranchants. Il a été affirmé que la directive a permis de faire un grand pas en avant en vue d'assurer la mise en œuvre d'une telle approche intégrée.



## Lettonie

Aucun changement (important) à la législation existante n'est considéré comme nécessaire en Lettonie pour mettre en œuvre la directive. Les restrictions financières sur les hôpitaux, cependant, sont considérées comme un obstacle potentiel à la pleine mise en œuvre des normes requises.

## Lituanie

En Lituanie, la directive a été transposée par un arrêté du ministre de la Sécurité sociale et du Travail, du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation et de la Science de la République de Lituanie (n° A1-157/V-210/V-501 concernant l'approbation des dispositions de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et de la santé) du 16 mars 2012, et un arrêté du ministre de la Santé (n° v-946 du 10 octobre 2012) (voir le tableau 3.1 ci-dessus). Cet arrêté ne modifie que de façon restreinte la situation législative existante.

Même avant que cet arrêté soit délivré, la réglementation sur la santé et la sécurité exigeait une évaluation des risques et la mise en œuvre de plusieurs mesures préventives dans le cadre d'une culture « non culpabilisante » (voir [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=453359](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=453359)). Des dispositifs conçus pour la sécurité doivent être déployés selon les besoins, en se basant sur l'évaluation des risques (voir [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=435935](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435935)) et l'interdiction de recapuchonnage est entrée en vigueur dès 2001 (voir [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=140647&p\\_query=&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=140647&p_query=&p_tr2=2)). Les employeurs sont tenus de fournir une formation appropriée et un suivi (voir [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=435637&p\\_query=&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2)).

Toutes les parties concernées ont participé au processus de transposition, y compris les partenaires sociaux. Il semble que l'une des principales difficultés ait trait à la mise en œuvre et à la déclaration des blessures par objets tranchants. Une enquête menée auprès de 12 établissements de soins de santé par le syndicat lituanien des employés du secteur de la santé a trouvé une incidence de 1,72 blessure par objets tranchants par an parmi les participants à l'enquête. 10 à 15 % des cas ne sont pas déclarés, ce qui entraîne non seulement une distorsion des statistiques officielles, mais aussi une absence d'aide et de traitement prophylactique (potentiellement nécessaire) pour les travailleurs concernés. En dépit des dispositions existantes, les représentants syndicaux considèrent que les formations accessibles sur les mesures de sécurité et la prévention des blessures par objets tranchants est actuellement insuffisante.

## Malte

Le ministère de la Santé de Malte sera chargé de la mise en œuvre de la directive.

L'une des préoccupations exprimées par les syndicats porte sur le champ d'application de la directive qui pourrait être élargi afin de ne pas couvrir le seul secteur de la santé. L'exemple des travailleurs des postes a été donné, car il y a eu des cas de blessures entraînées par des aiguilles qui avaient été déposées par des usagers de drogues dans des boîtes aux lettres.

## Pays-Bas

Comme mentionné ci-dessus, les Pays-Bas ont déjà mis en place la directive en modifiant la loi nationale sur la santé et la sécurité (Arbo), à laquelle deux nouveaux articles ont été ajoutés : l'obligation pour les hôpitaux de recourir désormais à des dispositifs de sécurité pour les aiguilles et l'interdiction de la pratique du recapuchonnage<sup>27</sup>. Outre la loi, les Recommandations pour la prévention contre les piqûres d'aiguilles sont applicables. Cependant, leur portée est plus restrictive que la directive car elles ne concernent que le secteur hospitalier. Il revient aux hôpitaux de faire appliquer les procédures requises et l'esprit de la directive. L'inspection nationale du travail effectuera des contrôles à partir de

<sup>27</sup> Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

2014. En particulier, les Recommandations énoncent que les employeurs doivent assurer la sécurité des conditions de travail, introduire des dispositifs de sécurité partout où cela est possible, sans que les coûts jouent un rôle prédominant.

Un rapport publié en 2008 par le Centre national contre l'hépatite recommandait que les hôpitaux concentrent leurs efforts sur l'information et la formation pour réduire les coûts induits par l'achat de nouveau matériel et qu'ils utilisent les dispositifs disponibles autant et aussi longtemps que possible, car le changement des aiguilles représente un coût assez important. Il est en outre recommandé de créer, au niveau des hôpitaux, un comité de la santé et de la sécurité impliquant la direction, les travailleurs et leurs représentants, dont la mission est de concevoir un environnement sécurisé dans lequel les travailleurs se sentiraient en sécurité. Ce système permettrait aux environnements de travail de générer moins d'insécurité et de situations stressantes.

### **Pologne**

En Pologne, le nombre d'individus de la population potentielle de patients infectés à hépatite A, hépatite B ou au 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 rappeler qu'en Pologne, le personnel infirmier est autorisé 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 exposé à des risques, mais ces services étant 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.

### **République Tchèque**

La République tchèque a transposé la directive par le biais des lois existantes figurant dans le Code du travail, modifié 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 du secteur des soins de santé (372/2011 et 373/2011). Une autre modification dans le domaine des SST, relative à la transposition de la directive, est entrée en vigueur courant 2013 (79/2013). La loi sur les déchets dangereux prévoit déjà que les objets tranchants à usage médical 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'équipements 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, davantage de données devront être fournies au niveau national.

Les membres du personnel de santé sont obligatoirement vaccinés 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 passe 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 pris en charge par l'employeur.

Dans certaines zones, l'utilisation de dispositifs de sécurité est répandue depuis quelque temps (notamment les seringues préremplies, etc.). Cependant, les personnes se blessent encore et les charges de travail élevées, associées à des facteurs de stress, jouent ici un rôle important.

### Roumanie

La directive a été transposée en Roumanie en mai 2013. Cependant, en raison de coupes budgétaires, le secteur des soins de santé connaît d'importantes difficultés, qui se sont traduites notamment par l'arrêt de l'obligation de vaccination du personnel contre l'hépatite B, qui n'est à présent proposée que dans les secteurs considérés comme exposés aux risques les plus élevés. Tous les autres travailleurs du secteur de la santé doivent payer pour recevoir le vaccin.

### Royaume-Uni

Il existe au Royaume-Uni des groupes de travail qui assurent la promotion des politiques professionnelles de sécurité au travail portant sur les blessures par piqûres d'aiguilles. C'est notamment le cas du Safer Needle Network (Réseau pour une utilisation plus sûre des aiguilles). La procédure de déclaration est en place dans la plupart des hôpitaux. Afin d'assurer son uniformisation à l'avenir, elle s'opère par le biais d'un logiciel spécifique (EPI-net). L'agence britannique de protection de la santé (UK Health Protection Agency) publie tous les 2 à 4 ans le rapport « Eye of the needle » sur la surveillance des expositions professionnelles importantes des travailleurs de la santé à des virus transmissibles par voie sanguine. La majeure partie des réglementations déjà en place est de nature plus générique. Par exemple, les employeurs doivent déjà effectuer des évaluations des risques pour la santé et la sécurité de leurs employés. Cependant, la directive va plus loin et exige une évaluation des risques portant plus particulièrement sur les blessures par objets tranchants et tenant compte de certains éléments spécifiques. Il en ira de même dans les domaines des pratiques plus sûres, du partage des informations, de la formation et de la déclaration d'incident.

Le changement le plus radical dans la législation britannique, sera l'interdiction immédiate de la pratique du recapuchonnage ou interdiction des seringues recapuchonnables; à moins que l'évaluation des risques d'un employeur ait identifié le recapuchonnage comme permettant de prévenir un risque précis (comme celui de contamination des préparations stériles). Dans ces quelques cas bien précis, des outils appropriés limitant le risque de blessures pour les employés, doivent être fournis. On peut anticiper le fait que des directives nationales, dont le Manuel du NHS et les Orientations du Ministère de la Santé, seront mis à jour afin de rendre compte de normes plus spécifiques initiées par la Directive.

Fin 2012, l'organisme chargé de la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail (Health and Safety Executive, ou HSE) a lancé une consultation des parties prenantes sur une proposition d'avant-projet de réglementations sur la mise en œuvre de la directive. Cet avant-projet avait été rédigé suite à une campagne d'inspection réalisée par le HSE dans 21 hôpitaux et à une étude d'évaluation de l'efficacité des dispositifs de sécurité. Le rapport d'inspection concluait que la majorité des hôpitaux disposait de politiques visant à réduire l'exposition des employés aux virus transmissibles par voie

sanguine, mais aussi, que les établissements où la totalité des employés étaient conscients des risques encourus et de leurs responsabilités, ne représentaient qu'une minorité. Le HSE a un pouvoir d'inspection et en octobre 2010, il a intenté un procès contre un organisme de la NHS après qu'une de leurs employées a contracté le virus de l'hépatite C suite à une piqûre avec une aiguille utilisée pour effectuer un prélèvement sanguin sur un patient infecté. L'hôpital a dû payer 12 500 livres d'amende, ainsi que 9 000 livres de frais. La conclusion de l'évaluation des dispositifs de sécurité était que ceux-ci permettent de réduire le nombre d'incidents lorsqu'ils sont associés à des formations et à des politiques favorisant la sécurité sur le lieu de travail.

Suite aux discussions entre partenaires sociaux, la réglementation britannique a été adoptée en mai 2013. Bien qu'un certain nombre de sujets d'inquiétude aient été pris en considération par le HSE, les syndicats ont trouvé la portée des réglementations insatisfaisante. Par exemple le fait que la réglementation ne couvre pas les travailleurs sociaux ou ceux dont l'employeur ne fait pas partie des soins de santé, comme certaines infirmières en milieu carcéral. Les syndicats s'inquiétaient également du fait que la responsabilité de signaler l'incident, incombe à l'employé, n'imposant du coup, pas de nouvelle responsabilité à l'employeur dans le signalement au régulateur, des blessures par objets tranchants.

Les partenaires sociaux travaillent actuellement avec le Réseau pour des Seringues plus Sûres afin de mettre à jour les directives nationales existantes, dans l'objectif de la mise en œuvre de cette réglementation.

## Suède

La directive est déjà appliquée en Suède par le biais d'amendements à la loi en vigueur. Des initiatives ont été lancées à la fin des années 1990 pour promouvoir des environnements professionnels sains et sûrs, la création de « Safe Communities », qui s'accompagnent d'évaluations des risques portant notamment sur l'exposition aux virus transmissibles par voie sanguine. Néanmoins, le nombre de blessures par piqûre d'aiguille n'a pas connu de baisse significative (ces incidents sont difficiles à évaluer car aucune donnée nationale n'est disponible et les informations sont uniquement recueillies au niveau organisationnel). Par conséquent, une étude est actuellement menée pour établir ce qui doit être fait dans la pratique pour réduire le nombre de blessures.

Un projet a été entrepris en Suède, consistant à établir un dialogue avec les employés qui ont déclaré une blessure par piqûre d'aiguille afin de déterminer quand les accidents se produisent, quelle sorte de formation a été reçue, quelles informations étaient disponibles avant l'accident et quel type de mesure a été prise pour assurer le suivi après l'accident. Les entretiens ont révélé que la plupart des travailleurs se considèrent eux-mêmes comme responsables de l'accident ; qu'ils connaissaient mal l'interdiction de recapuchonnage ; que l'utilisation de dispositifs de sécurité ainsi que des procédures professionnelles de sécurité sont en place ; que les responsables assurent rarement un suivi des incidents et que ceux-ci ne font pas l'objet d'une discussion avec les responsables hiérarchiques, bien qu'ils engendrent souvent une anxiété et une crainte sur le long terme.

Par ailleurs, le projet prévoit l'organisation d'ateliers auxquels sont conviées les parties prenantes de tout le pays afin de définir des bonnes pratiques et d'élaborer des mesures à inclure dans une stratégie. Les principaux défis identifiés sont : l'environnement (comment réduire les déchets plastiques provenant des dispositifs de sécurité) ; comment utiliser correctement les poubelles de sécurité ; comment trouver un compromis entre les coûts des produits et les procédures professionnelles sûres ; la réaction des patients face aux procédures de sécurité (les patients aussi doivent en tirer un bénéfice) ; enfin, la mise en place des responsabilités organisationnelles pour l'achat des dispositifs de sécurité, la déclaration des incidents et le suivi. Pour répondre à ces questions, les conditions de travail des personnels, les structures organisationnelles et les aspects liés à la formation seront davantage étudiés et analysés.

Le projet sera finalisé fin 2013.

## Pays de l'EEE

### Norvège

La Norvège est confrontée à une situation assez particulière dans la mesure où tous les prélèvements sanguins sont faits par des chercheurs en sciences biomédicales. Le risque est que cette question soit négligée car la prévalence de ce type de blessures n'est pas très élevée. Selon les données les plus récentes, 200 cas de blessures par objets tranchants ont été déclarés en 2011, et environ 150 cas n'ont pas été déclarés.

Selon une étude récente, 50 % de ces accidents ont été causés par un manque d'inattention, mais des dispositifs de sécurité auraient pu éviter ces blessures. Actuellement, ces dispositifs sont principalement utilisés pour les prises de sang (ces dispositifs sont utilisés dans 90 % de ces interventions), mais dans d'autres cas, les dispositifs de sécurité ne sont utilisés que dans 5 % des interventions.

La Norvège va transposer la directive de l'UE dans son intégralité, et une audition publique a été organisée par l'Autorité norvégienne de l'inspection du travail, avec des réponses attendues avant le 28 avril.

Les modifications proposées à la législation existante sont relativement mineures et concernent principalement :

- le renforcement de l'obligation d'effectuer une évaluation des risques ;
- la formation du personnel, qui doit comporter des informations sur le risque lié aux blessures par objets tranchants ;
- les conteneurs de sécurité qui doivent être mis à disposition du personnel pour collecter les objets tranchants ;
- l'interdiction de la pratique du recapuchonnage.

La législation de transposition norvégienne telle que proposée ne devrait pas aller aussi loin que le texte suédois. Dans les cas où des facteurs de risques sont identifiés, la législation suédoise exige que des dispositifs de sécurité soient utilisés. En Norvège, la loi ne prévoit pas actuellement d'exiger l'utilisation de ces dispositifs.

### Pays non-membres de l'UE

Les pays n'appartenant pas à l'UE qui ont proposé des présentations lors de l'atelier de Vienne sont la Biélorussie, le Kosovo et l'Ukraine. Cette dernière dispose d'un système législatif bien développé pour l'évaluation des risques et la prévention.

En Biélorussie, le système 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 en formation du secteur de la santé. Des dispositions détaillées portent sur la déclaration des accidents de travail qui s'appliquent aussi aux blessures par objets tranchants à usage médical. 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 sanitaires (personnel médical, infirmier et paramédical). Cependant, selon l'intervenant de la principale organisation syndicale de travailleurs de la 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 généralisé des dispositifs de sécurité sont souhaitables.

Une courte description de quelques thèmes en lien avec le sujet a été fournie par nos collègues du Kosovo et d'Ukraine.

## Annexe 2 - Questionnaire pour les membres de la FSESP et de l'HOSPEEM

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

#### Projet de questionnaire à l'attention des membres de la FSESP et de l'HOSPEEM

##### Vos coordonnées

1. Nom

Organisation (nom - indiquez également celui de votre employeur ou de votre syndicat)

Employeur

Syndicat

Pays

Coordonnées (téléphone et e-mail)

##### Transposition de la Directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire

2. La directive a-t-elle déjà été transposée dans votre pays ? (veuillez cocher la réponse qui convient et expliciter votre réponse en dessous).

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir une référence à la loi concernée et un lien vers le texte approprié.

Si ce n'est pas le cas, veuillez indiquer quand cette transposition est susceptible d'être réalisée.

3. Quelle forme la transposition prend-elle (veuillez cocher la réponse qui convient) ?

Uniquement sous forme de loi

Loi et accord collectif

Accord collectif seulement

Autres formes de transposition (veuillez préciser)

Considérez-vous que la forme que prend/qu'a prise cette transposition est adaptée ? Veuillez commenter votre réponse.

Pouvez-vous décrire les problématiques qui sont apparues ou qui vont probablement apparaître au cours de la transposition de la directive ?

4. Selon vous, à quel point les dispositifs en place ont-ils dû être modifiés suite à la directive, par rapport aux dispositions déjà existantes des lois nationales (veuillez cocher la réponse qui convient) ?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Veuillez commenter les modifications qui ont dû être mises en œuvre, en résumant les principaux changements nécessaires.

5. Prévoyez-vous des obstacles liés à la mise en œuvre de cette directive ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez indiquer la nature de ces obstacles :

Organisations impliquées dans la transposition de la directive

6. Qui était responsable de la transposition de la directive dans votre pays ?

7. Quelles organisations ont été significativement impliquées durant la transposition de la directive dans votre pays ?

Le ministère du Travail

Le ministère de la Santé

Autre ministère du gouvernement (veuillez préciser)

Organisations d'employeurs (tous secteurs confondus)

Organisations syndicales (tous secteurs confondus)

Organisations d'employeurs dans le secteur des soins de santé

Organisation syndicale dans le secteur des soins de santé

Autres organisations (veuillez préciser)

8. Selon vous, quelles organisations n'ont pas été impliquées, alors qu'elles auraient dû l'être ?

Pratiques actuelles et conseils sur la prévention des blessures par objets tranchants



9. Veuillez décrire les structures et systèmes juridiques liés à la prévention des blessures par objets tranchants actuellement en place dans votre pays. Veuillez fournir un lien ou joindre tout document pertinent.

Comment la prévention est-elle mise en œuvre au niveau organisationnel ? Veuillez fournir un lien ou joindre tout document pertinent.

10. Dans votre pays, existe-t-il actuellement des recommandations de bonnes pratiques concernant la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur des soins de santé (veuillez cocher votre réponse et commenter comme il convient) ?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir des informations sur l'auteur de ces recommandations, la date de leur publication et, si possible, un lien vers le document ou une copie de celui-ci.

Si cela n'est pas le cas, existe-t-il des projets de rédaction de ces recommandations (oui/non) ?

Oui

Non

Qui sera impliqué dans leur préparation ?

Désir de jouer un rôle actif dans l'un des séminaires régionaux et/ou à la conférence de clôture du projet commun FSESP-HOSPEEM

11. Seriez-vous, vous ou l'un de vos collègues compétents en la matière, en mesure de présenter vos pratiques/outils de soutien actuels sur la prévention des blessures par objets tranchants lors de la conférence régionale sur ce projet ?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir vos coordonnées :