



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

Compte-rendu de l'atelier régional de Dublin

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Historique du projet	1
1.2	Pays participants	1
1.3	Objectif du compte-rendu	2
2	Les blessures par objets tranchants : un risque significatif dans le secteur sanitaire	3
3	Où en est la transposition ?	4
4	Les bonnes pratiques et les défis de la transposition et de la mise en œuvre	4
4.1	Les éléments clefs d'une transposition réussie.....	4
4.2	Expériences de transposition	5
4.3	Les défis de la transposition.....	8
5	Événements à venir	11

1 Introduction

Ce document est un compte-rendu de l'atelier régional organisé à Dublin le 31 janvier autour du projet conjoint FSESP-HOSPEEM sur la mise en œuvre de la Directive 2010/32/UE : prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire (voir <http://www.epsu.org/r/629>).

1.1 Historique du projet

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

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

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

Étant donné que la date butoir de mise en œuvre se rapproche, l'objectif de ce projet est de :

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

1.2 Pays participants

Le premier atelier s'est tenu à Dublin le 31 janvier 2013. 90 représentants d'organisations de partenaires sociaux sectoriels étaient présents. Ils venaient de Belgique (néerlandophone), du Danemark, de Finlande, d'Irlande, de Lettonie, de Lituanie, des Pays-Bas, de Suède, du

RU et d'Islande. Des informations plus détaillées sur l'événement, y compris l'intégralité des présentations, sont accessibles via <http://www.epsu.org/a/9264>.

1.3 Objectif du compte-rendu

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

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

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

Au RU, depuis 1997, 5 822 expositions professionnelles au sang ou à d'autres fluides corporels très dangereux ont été signalées en Angleterre, au Pays de Galle et en Irlande du Nord. De 2002 à 2011, 4 381 incidents ont été déclarés dans 172 centres (ce nombre est passé de 276 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. Une blessure par aiguille contaminée entraîne un risque de transmission d'infection à l'hépatite B chez 1 travailleur sanitaire sur 3, à l'hépatite C chez un travailleur sur 30, et au VIH chez un travailleur sur 300³. Pourtant, les données sont recueillies de différentes façons ou à différents niveaux et elles peuvent varier considérablement : par exemple, en 2010, 68 incidents étaient signalés en Suède ; aux Pays-Bas, ce nombre se situait entre 13 000 et 15 000. Les données semblent en outre être recueillies séparément selon qu'il s'agit de piqûres d'aiguille ou d'objets tranchants.

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

Des études indépendantes montrent qu'il est possible d'éviter la majorité de ces blessures potentiellement fatales en recourant à un ensemble de mesures : former le personnel, appliquer des pratiques professionnelles plus sûres et utiliser des technologies médicales intégrant des mécanismes de sécurité (notamment des aiguilles équipées de gaines protectrices automatiques).⁴

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

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

³ Données issues de *l'Eye of the Needle Report* 2012 publié par la Health Protection Agency.

⁴Voir Van der Molen et al. (2012) *Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers*, Work ; 2012, Vol. 41, p1969-1971, 3p

3 Où en est la transposition ?

Ce projet comporte une enquête menée par ICF GHK auprès des organisations des partenaires sociaux. Les réponses fournies à ce jour indiquent que seuls deux États membres ont déjà transposé la directive 2010/32/UE : les Pays-Bas et la Suède. Le Danemark et la Lettonie auront probablement appliqué la directive avant le 11 mai 2013 et il est fort probable que le RU et la Finlande l'aient fait pour cette date. En Espagne, à Chypre et en Estonie, les administrations des gouvernements n'ont pas connaissance de la date butoir. En Irlande, l'objectif est de mettre en œuvre la directive pour le mois de mai 2013 mais les négociations ne sont pas terminées et certaines questions doivent encore être résolues.

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

La réalisation de l'enquête va de pair avec l'organisation des ateliers (15 participants de 6 États membres de l'UE et 1 participant de Biélorussie à partir du 24 janvier 2013, et l'enquête se poursuit). D'autres réponses doivent être fournies par les partenaires sociaux dans les prochains mois et ces informations seront mises à jour pour chaque séminaire régional.

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

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

4.1 Les éléments clefs d'une transposition réussie

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

- mettre sur pied un organe de suivi/de surveillance des données au niveau national pour garantir une déclaration normalisée des blessures et pour contrôler que la loi est bien respectée ;
- mettre sur pied, au niveau organisationnel, un comité de santé et de sécurité chargé de représenter la direction et les travailleurs afin d'évaluer les risques, de définir des procédures de déclaration des incidents, de choisir des dispositifs de sécurité, d'observer l'utilisation des nouveaux produits, de former le personnel et de définir des procédures à appliquer après les blessures ;
- mettre sur pied des formations professionnelles harmonisées destinées aux travailleurs soignants, quelle que soit leur spécialité, et portant sur les connaissances en matière de prévention des blessures par objets tranchants et de déclaration des incidents ;
- interdire la pratique du recapuchonnage sur base de l'évaluation du risque ;
- vacciner gratuitement les travailleurs affectés ;

- définir des exigences standard minimums pour les dispositifs de sécurité (à développer sur le long terme) et une politique favorisant des procédures professionnelles de sécurité ;
- créer des groupes de travail au niveau national, voire au niveau local/municipal, rassemblant les partenaires sociaux, les organismes chargés de la santé et de la sécurité, les représentants des secteurs sanitaire et social, les producteurs de dispositifs de sécurité, les prestataires de formations et les chercheurs ; leur mission est d'élaborer des recommandations relatives à l'évaluation des risques, aux dispositifs de sécurité et aux procédures professionnelles de sécurité, et à l'échange de bonnes pratiques.

4.2 Expériences de transposition

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

4.2.1 Irlande

Début 2012, l'autorité irlandaise de la santé et de la sécurité (HSA) a lancé une consultation auprès des parties prenantes de ce secteur en vue de rédiger ses Réglementations sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail (prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire). L'évaluation d'impact du HSA indique que *selon les prévisions, l'impact de la transposition de la directive par le truchement des nouvelles réglementations sera minimal car de nombreuses obligations existent déjà dans les principes énoncés dans la Loi de 2005 et dans les réglementations de 1994 (sur les agents biologiques) sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail et dans les règlements modifiés. Les nouvelles réglementations proposées appliquent ces mêmes principes 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, l'information 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 sanitaire devront seulement élargir leurs pratiques aux domaines où des changements n'ont pas encore été mis en place.*

L'avant-projet de réglementation tient compte de l'ensemble des travailleurs du secteur hospitalier et sanitaire, y compris les travailleurs indépendants et les internes qui ne perçoivent pas de salaire. C'est l'employeur qui doit évaluer les risques, en consultant les employés. Il 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 évalués, l'employeur a le devoir de les éliminer ou de les réduire en prenant les mesures suivantes : mettre en place des procédures préventives, interdire le recapuchonnage, former et sensibiliser le personnel, définir des procédures à appliquer en cas de blessure et fournir des dispositifs de sécurité et des 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 l'employeur 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 le suivi psychologique.

À ce stade, l'avant-projet n'a pas encore été transformé en loi et des mesures supplémentaires sont nécessaires. L'ICTU, organisation syndicale irlandaise, en est assez satisfaite. Selon elle, la vaccination gratuite des travailleurs est un progrès, ainsi que

l'évaluation des risques avec consultation des employés. Les interprétations actuelles des clauses relatives au recapuchonnage suscitent des préoccupations à cause 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 montre que même s'il existe déjà d'excellentes normes de santé et de sécurité, il y aura toujours des blessures dues à des facteurs humains. C'est le cas lorsque ce qui a été appris en formation n'est pas appliqué, ou lorsque les nouvelles technologies ou méthodes soulèvent une résistance. 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 s'avèrent pas toujours être les « plus sûrs » puisque des accidents se produisent alors qu'ils sont utilisés. Du côté des fournisseurs, des recherches et des progrès sont donc encore nécessaires. Enfin, même si les blessures en tant que telles présentent un risque faible, le stress psychologique engendré pour le travailleur est la principale cause des effets à long terme.

4.2.2 Pays-Bas

Les Pays-Bas ont déjà mis en place la directive en modifiant la loi Arbo sur la santé et la sécurité, 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 recapuchonnage⁵. 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 elle ne concerne 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 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 la reconversion 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. Le but est de concevoir un environnement sécurisé dans lequel les travailleurs se sentiraient en sécurité. Les environnements professionnels s'en ressentiraient positivement car ils engendreraient moins d'insécurité et de situations stressantes.

4.2.3 Suède

La directive est déjà appliquée en Suède par le biais de modifications de la loi en vigueur. Des initiatives ont été lancées à la fin des années 90 pour promouvoir des environnements professionnels sains et sûrs, notamment la création de « Communautés sûres ». Les évaluations des risques, y compris ceux qui ont trait à l'exposition à des virus qui se transmettent par voie sanguine, faisaient partie de leurs actions. Néanmoins, le nombre de piqûres d'aiguilles 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 recherche est actuellement menée pour établir ce qu'il y a à faire en pratique pour réduire le nombre de blessures.

⁵ Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

Un projet a été entrepris en Suède. Il consiste à établir un dialogue avec les employés qui ont déclaré une 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 imputent l'accident à eux-mêmes ; qu'ils connaissaient mal l'interdiction de recapuchonnage ; que l'utilisation de dispositifs de sécurité et les procédures professionnelles de sécurité existent ; que les responsables donnent peu suite aux incidents ; que les incidents ne font pas l'objet d'une discussion, bien que souvent ils engendrent de l'anxiété et de la peur à 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 de plastique provenant des dispositifs de sécurité, comment utiliser correctement les poubelles de sécurité ?) ; l'équilibre entre les coûts des produits et les procédures professionnelles de sécurité ; 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, le personnel en place, les structures organisationnelles et les aspects liés à la formation seront davantage étudiés et analysés.

Le projet sera achevé à la fin de l'année 2013.

4.2.4 Finlande

En Finlande, au début de l'année 2011, le Comité consultatif tripartite du ministère des Affaires sociales et de la Santé a décidé de créer un sous-comité chargé d'œuvrer à la mise en place 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 : les partenaires sociaux, les autorités municipales et les organisations productrices 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. Par conséquent, les négociations ont été prolongées jusqu'au début de l'année 2013 et aucun accord définitif n'a été atteint à ce jour.

Les questions les plus débattues portaient sur : l'évaluation des risques et l'élimination des risques de blessures par objets tranchants ; la création de procédures professionnelles de sécurité (les expériences actuelles ne permettent pas de définir ce que sont des dispositifs et des normes de sécurité) ; un lieu de travail techniquement sûr ; les poubelles destinées à l'élimination des objets tranchants ; la vaccination gratuite pour les travailleurs concernés ; et enfin, la déclaration et le suivi en cas de blessure. 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 en font-elles partie) ? Qu'est-ce qu'une poubelle sécurisée dans le contexte d'une maison de repos, par exemple ?

4.2.5 RU

Bon nombre des principes qui sous-tendent l'accord-cadre font déjà partie de la loi et des usages britanniques actuels. Il existe au Royaume-Uni des groupes de travail qui promeuvent les politiques professionnelles sécuritaires ayant trait aux piqûres par aiguilles. C'est notamment le cas du *Safer Needle Network* (Réseau pour une utilisation plus sûre des aiguilles). La procédure de déclaration est mise 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 (EPInet). L'agence britannique de protection de la santé (*UK Health Protection Agency*) publie tous les 2 à 4 ans le rapport *Eye of a needle* sur la surveillance des expositions professionnelles importantes à des virus qui se transmettent par voie sanguine aux travailleurs sanitaires. Néanmoins, la majeure partie des règles 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. 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 de sécurité, du partage des informations, de la formation et de la déclaration d'incident.

Le changement le plus radical à apporter à la loi britannique se traduit par l'interdiction immédiate de la pratique de recapuchonnage ou de rengainage des aiguilles, qui, bien que vue d'un mauvais œil dans le secteur sanitaire, n'est pas encore spécifiquement déclarée illégale. Il est prévu de mettre à jour les recommandations nationales, qui comprennent le livret du NHS et les Recommandations du ministère de la Santé, afin de faire écho aux normes précisément définies dans la directive.

Fin 2012, l'organisme chargé de la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail (appelé *Health and Safety Executive*, ou HSE) a lancé une consultation des parties prenantes sur une proposition d'avant-projet en vue de mettre en œuvre la directive. L'avant-projet a été rédigé suite à une campagne d'inspection réalisée par le HSE dans 21 hôpitaux et à une évaluation des dispositifs de sécurité. Le rapport d'inspection concluait que dans la majorité des hôpitaux, des politiques visant à réduire l'exposition des employés aux virus qui se transmettent par voie sanguine étaient mises en place, mais que les hôpitaux où tous les employés étaient conscients des risques encourus et de leurs responsabilités étaient minoritaires. Le HSE a un pouvoir d'inspection. En octobre 2010, il a intenté un procès contre un trust de la NHS après qu'une travailleuse sanitaire 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. Le trust a dû payer 12 500 £ d'amende, ainsi que 9 000 £ 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.

Les organisations syndicales ont estimé qu'en l'état, l'avant-projet n'est pas satisfaisant pour plusieurs raisons : d'abord, son champ d'application ne prend en compte que les travailleurs sanitaires et non le personnel auxiliaire (le personnel de ménage par exemple). Il n'inclut pas non plus les travailleurs du secteur social qui, selon la loi britannique et les pratiques administratives, ne fait pas partie du secteur sanitaire (ce point a été confirmé par le représentant du NHS qui participait au séminaire. Voir aussi le point 4.3.2) ; ensuite, l'interdiction de la pratique de recapuchonnage ne s'applique pas encore à l'ensemble des dispositifs tranchants ; par ailleurs, il n'existe pas de groupe de travail élargi, incluant les partenaires sociaux, pour définir un code de pratiques et de recommandations pour accompagner la mise en place de la directive ; enfin, les responsabilités de déclaration semblent être imposées uniquement aux employés, ce qui ne reflète pas l'esprit de la directive.

4.3 Les défis de la transposition

Au cours de l'après-midi, les participants ont été répartis en groupes mixtes par pays afin de discuter des questions suivantes :

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

Nous avons résumé ces discussions ci-dessous.

4.3.1 La collecte des données

- Les partenaires sociaux s'inquiètent du fait que les blessures ne sont pas suffisamment déclarées, du moins les blessures par objets tranchants. La procédure à utiliser et les délais de déclaration à respecter sont en partie en cause ;
- Souvent, les personnes blessées imputent l'accident à elles-mêmes et ne veulent pas déclarer ce qu'ils considèrent être une erreur ;
- Le groupe des Pays-Bas suggère la possibilité de faire des déclarations anonymes par le biais d'un service téléphonique d'urgence qui entreprendrait par la suite les démarches nécessaires pour effectuer une enquête et un suivi de l'incident ;
- Les partenaires sociaux ont alerté sur le fait que la formulation de la directive peut laisser une trop grande marge d'interprétation et que l'esprit du texte pourrait ne pas être respecté dans les mises en œuvre. C'est par exemple le cas pour le recapuchonnage et son interdiction avec effet immédiat ;
- Au Royaume-Uni, en Irlande, en Suède, en Finlande et aux Pays-Bas, les hôpitaux ont déjà mis sur pied des procédures de déclaration. La question porte plutôt sur ce qui se passe une fois que les données sont recueillies : si elles ne sont pas utilisées au niveau central, il ne sert à rien de surveiller avec précision les incidents. Pour qu'il soit possible de les comparer, les données doivent être recueillies selon une méthode standard aux niveaux national et européen ;
- Différentes questions ont été soulevées : quel type de blessure déclarer ? À qui les déclarer ? Quelles formalités respecter ? La déclaration ne doit pas prendre trop de temps. Des réflexions ont été émises sur la manière de créer une culture non culpabilisante ;
- Le suivi de données à un niveau central peut être onéreux dans certains pays, surtout en période d'austérité ;
- La formation initiale doit comporter un volet sur la déclaration d'incident afin de sensibiliser le personnel.

4.3.2 Les défis de la transposition

- Les États membres d'Europe de l'Est estiment que les obligations de déclaration et de formation peuvent être trop coûteuses. Les budgets publics sont limités et des coupes dans le secteur public de la santé sont annoncées. Des dispositifs plus sécuritaires peuvent être coûteux également. Les partenaires sociaux des autres États membres ont exprimé leur inquiétude quant aux coûts de la mise en œuvre par rapport à des budgets publics serrés. Il faut trouver et encourager des solutions économiques ;
- Si, au niveau national ou organisationnel, aucun investissement n'est consenti pour les dispositifs sanitaires et de sécurité, les évaluations des risques doivent en tenir compte et davantage de mesures préventives doivent être appliquées. Mais celles-ci peuvent coûter aussi cher que l'achat de dispositifs ;
- Les formations doivent être harmonisées de sorte que les infirmiers et les assistants médicaux, quelle que soit leur spécialité, puissent recevoir une formation adéquate ;
- Des questions concernant les sanctions à appliquer si les organisations ne respectent pas la loi ont été posées : qui supervisera et contrôlera la mise en œuvre ? Quelles sont les sanctions appropriées ?
- Les procédures d'appels d'offres pour les dispositifs sanitaires et de sécurité ne doivent pas simplement se baser sur le prix. Elles doivent aussi permettre de choisir les dispositifs les plus sûrs pour les travailleurs et pour les patients. Les dispositifs intuitifs et passifs réduisent souvent le besoin en formation ;
- Certains travailleurs sont encore exclus du champ d'application de la directive, comme ceux qui s'occupent de la gestion des déchets. Comment leur apporter une protection ?

- Dans le secteur social (qui rassemble le travail social, les maisons de repos et les soins aux personnes âgées), les services prodigués à l'hôpital ou à domicile peuvent être complexes, car ce secteur est gouverné indépendamment du secteur sanitaire. La difficulté consiste à harmoniser les procédures et les dispositifs pour les deux secteurs, surtout pour les infirmiers travaillant dans les soins à domicile, pour lesquels il n'existe pas de solution dans l'immédiat. Par ailleurs, chaque médecin prescrit le type de stylo à insuline qu'il préfère, ou encore, dans la pratique il peut être difficile d'utiliser des poubelles spécifiques ;
- Qu'est-ce qu'un dispositif de sécurité ? Des incidents se produisent aussi à cause de ces dispositifs et la directive ne précise pas ce que ce terme signifie ni quels sont les critères standards ;
- En quoi consiste une évaluation correcte des risques ? La mise en place de procédures peut elle aussi être coûteuse pour les organisations.

4.3.3 La mise en œuvre en pratique

- C'est vraiment au niveau organisationnel que doivent être mises en œuvre les procédures qui conviennent et les mesures de contrôle. Les comités chargés de la santé et de la sécurité ou les responsables sont là pour traiter les changements organisationnels et assurer leur suivi, et évaluer les risques ;
- Les travailleurs concernés doivent être consultés lors de l'harmonisation des équipements ;
- Les départements des achats doivent tenir compte de l'opinion des travailleurs ; les dispositifs doivent être toujours disponibles et ne pas changer trop souvent ;
- Les obligations de déclaration sont déjà élevées pour les travailleurs sanitaires. Si elles doivent encore augmenter, on atteindra un degré paradoxal de transparence qui entraînera un surplus de déclarations ;
- Les bonnes pratiques relatives à l'attitude personnelle des travailleurs manipulant des objets tranchants et des aiguilles nécessitent aussi d'être encouragées par les responsables d'hôpitaux. Adapter les comportements et les attitudes relève souvent d'un changement de culture et ne peut être influencé par la loi seule ;
- Des campagnes de sensibilisation et d'information doivent être organisées et un matériel facile d'accès doit être fourni ; des courts-métrages sur les normes de la sécurité au travail pourraient être utiles et ne sont pas très coûteux.

5 Événements à venir

D'autres séminaires régionaux sont programmés : à Rome, le 7 mars, avec des participants venant de Belgique (francophone), de Chypre, de Grèce, d'Italie, du Luxembourg (francophone), de Malte, de Norvège, du Portugal et d'Espagne, ainsi que de Suisse romande et de Turquie. Le 16 avril, un séminaire aura lieu à Vienne et recevra des participants d'Autriche, de Bulgarie, de République tchèque, d'Estonie, d'Allemagne, de Hongrie, de Lettonie, du Luxembourg (francophone), de Pologne, de Roumanie, de Slovaquie et de Slovénie, ainsi que de Suisse alémanique, de Bosnie-Herzégovine, de Croatie, du Kosovo, de Macédoine (ARYM), du Monténégro, de Serbie, de Biélorussie, de Russie et d'Ukraine. Une conférence de clôture aura lieu à Barcelone le 20 juin 2013.

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