

Bruxelles, 23/03/2010  
C/2010/1919

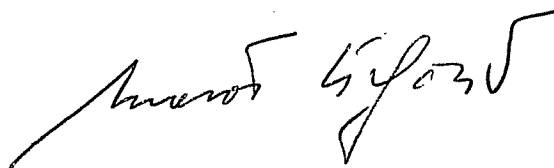
*Cher Président*

*Je vous remercie pour les commentaires du Sénat de la République française sur la Proposition de Directive du Conseil portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM et la FSESP {COM(2009) 577}.*

*Je suis heureux de l'opportunité qui m'est donnée de répondre à vos commentaires.*

*J'espère que notre réponse enrichira également vos délibérations et que notre dialogue politique se poursuivra à l'avenir.*

*Je vous prie d'agréer, Cher Président, l'expression de ma plus haute considération.*



*Monsieur Hubert HAENEL  
Président de la Délégation pour l'Union européenne  
15, rue de Vaugirard  
75006 Paris*



EUROPEAN COMMISSION

Bruxelles, mars 2010

## REPONSE DE LA COMMISSION EUROPEENNE SUR L'AVIS DU SENAT FRANÇAIS

### PROPOSITION DE DIRECTIVE DU CONSEIL PORTANT APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE RELATIF A LA PREVENTION DES BLESSURES PAR OBJETS TRANCHANTS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER ET SANITAIRE CONCLU PAR L'HOSPEEM ET LA FSESP (COM(2009) 577)

La Commission remercie le Sénat Français pour ses observations concernant la proposition de directive en objet. A ce sujet, elle aimerait porter à sa connaissance les éléments suivants.

A titre liminaire, la Commission rappelle que le Parlement européen a, en diverses occasions, exprimé ses préoccupations à l'égard des risques mortels que les aiguilles contaminées font courir au personnel de santé<sup>1</sup> et a demandé à la Commission de lui présenter une proposition législative de la directive modifiant la directive 2000/54/CE relative aux agents biologiques au travail. Elle fait aussi remarquer que le point 4 de la résolution 2006/2015 souligne que les recommandations du Parlement européen respectent le principe de subsidiarité et les droits fondamentaux des citoyens.

Avant de présenter une proposition législative, la Commission a, conformément à l'article 154 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE), consulté les partenaires sociaux européens sur l'orientation possible d'une action communautaire et sur le contenu de la proposition envisagée.

L'HOSPEEM (*Association européenne des employeurs hospitaliers*) et la FSESP (*Fédération syndicale européenne des services publics*) ont été reconnus en qualité de partenaires sociaux européens représentatifs du secteur hospitalier et des soins de santé par la Commission en 2006 conformément à l'article 154 du TFUE. Leur analyse technique du risque en question les a conduit à décider d'ouvrir des négociations couvrant l'ensemble des causes relatives aux blessures par objets tranchants dans le secteur des hôpitaux et de soins de santé. Sur cette base, l'HOSPEEM et la FSESP ont signé un accord-cadre sur la prévention des blessures par objets tranchants et ont demandé à la Commission de le soumettre au Conseil en vue de sa mise en œuvre par voie de directive.

---

<sup>1</sup> Résolution du Parlement européen du 24 février 2005 sur la promotion de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail [2004/2205(INI)], JO C 304 E du 1.12.2005, p. 400 et Résolution du Parlement européen du 6 juillet 2006 contenant des recommandations à la Commission sur la protection des travailleurs des services de santé de l'Union européenne contre les infections à diffusion hémotogène résultant de blessures par piqûre d'aiguille [2006/2015(INI)], JO C 303 E du 13.12.2006, p. 754.

## 1. Sur la question de la Subsidiarité

### 1.1. Au plan décisionnel

La Commission considère que le dialogue social européen est un des piliers du modèle social européen, un outil de bonne gouvernance et de subsidiarité sociale. En effet, par application de l'Article 1 de la Décision<sup>2</sup> de la Commission du 20 mai 1998, les partenaires sociaux sont composés de membres nationaux qui ont eux-mêmes la qualité de partenaire social au niveau national.

En pratique, le processus de prise de décision des partenaires sociaux européens ne peut donc intervenir sans qu'ils n'aient reçu de leurs membres nationaux affiliés un mandat de négociation et sans que l'accord qui en est issu n'ait été validé par ces derniers.

Le processus décisionnel du dialogue social européen garantit donc que la décision est prise au plus près des travailleurs et des employeurs européens qui seront les acteurs de sa mise en œuvre, et donc au plus près des citoyens européens, en vertu du principe de subsidiarité. Dans la situation présente, ce sont les organisations européennes de partenaires sociaux européens représentant le personnel médical qui ont négocié les mesures qui concernent directement les médecins, infirmiers, chirurgiens, sages femmes.

Sur base de l'analyse de la situation réelle dans ce domaine, la Commission considère, que les États membres ne peuvent pas mettre en place des mesures leur permettant d'atteindre, eux seuls, un niveau minimum de protection contre les objets tranchants. Cet objectif ne peut être atteint de manière satisfaisante qu'au moyen d'une action au niveau européen.

### 1.2. Au plan de la finalité

L'article 6 TFUE indique que l'Union dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres dans le domaine de la protection et de l'amélioration de la santé humaine. L'article 153 TFUE indique que l'Union complète l'action des États membres dans le domaine de l'amélioration, en particulier du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Par ailleurs, la nécessité d'une harmonisation de la réglementation dans le domaine de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs est plus particulièrement nécessaire dans le secteur des hôpitaux et des soins de santé, en raison de la grande mobilité des travailleurs qui le caractérise. Ce secteur est un des secteurs européens qui connaît le grand volume de mobilité en raison des facteurs suivants:

- le vieillissement de la population européenne qui conduit à rechercher des compétences médicales en plus grand nombre;
- Le manque d'attractivité du secteur pour les jeunes (dû notamment aux questions d'hygiène et de sécurité);
- Une grande mobilité des patients, favorisée par la réglementation européenne et le principe de libre circulation;
- Le développement de nouvelles technologies médicales qui conduisent à de nombreux échanges entre les hôpitaux européens.

---

<sup>2</sup> COM (1998) 322final

D'autre part, les récents élargissements de l'Union ont aussi accéléré la mobilité de nombreux travailleurs des nouveaux Etats membres (infirmières polonaises par exemple). Conscients de l'importance de cette mobilité, les partenaires sociaux du secteur ont d'ailleurs adopté, en 2007, au niveau européen un code de conduite<sup>3</sup> de recrutement éthique transfrontière que leurs membres nationaux se sont engagés à mettre en œuvre dans les Etats membres dans un délai de 3 ans.

En conséquence, la nature transfrontalière du problème des blessures dans les hôpitaux conduit à une nécessaire harmonisation des niveaux de protection en Europe, non seulement pour les travailleurs concernés, mais aussi pour les patients.

La Commission rappelle enfin qu'il découle de l'article 5 du traité sur l'Union européenne que si "*les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les Etats membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union*" une action législative de l'Union européenne est justifiée.

## **2. Sur la question de proportionnalité**

### *2.1 Au plan de la finalité*

L'accord-cadre vise à assurer une sécurité optimale sur le lieu de travail par la prévention des blessures pouvant être infligées aux travailleurs par des objets tranchants à usage médical (y compris les piqûres d'aiguilles) et par la protection des travailleurs exposés dans le secteur hospitalier et sanitaire au niveau européen.

En effet, bien que la législation en vigueur, notamment les directives 89/391/CEE et 2000/54/CE, couvrent déjà les risques en question, force est de constater que, dans la pratique, il y aurait environ un million deux cent mille blessures par piqûre d'aiguille par an dans l'Union européenne. En conséquence, la plupart des organisations représentant les travailleurs au niveau européen ont estimé que, si la législation en vigueur régissait les risques en général, une législation plus spécifique devait renforcer la protection des travailleurs. Elles se sont donc prononcées en faveur d'une initiative communautaire à caractère législatif suite à l'adoption de leur accord. Dans cette perspective, la Commission considère que la proposition législative apporte une réelle valeur ajoutée à l'action des Etats membres dans ce domaine.

### *2.2 Au plan formel*

La Commission souligne enfin le fait que l'accord, de par sa dénomination et ses objectifs, est un accord-cadre. En proposant sa mise en œuvre par voie législative au niveau de l'Union Européenne, la Commission considère que la proposition ne va pas au-delà de ce qui est strictement nécessaire pour que les objectifs de protection soient effectivement atteints.

S'agissant d'une proposition de directive, il est clair que les Etats membres disposent de surcroît, d'une marge de manœuvre pour conserver ou adopter des dispositions plus favorables à la protection des travailleurs contre les risques en question, tel que prévu par la clause 11 de l'accord-cadre.

---

<sup>3</sup> [http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-HOSPEEM\\_Code\\_of\\_conduct\\_07-04-08\\_with\\_signatures-3.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-HOSPEEM_Code_of_conduct_07-04-08_with_signatures-3.pdf)

Cette latitude constitue, en elle-même, un élément de proportionnalité dans la mesure où les Etats membres peuvent mettre en œuvre, d'une manière proportionnée et réaliste, les termes de la législation européenne tout en tenant compte du cadre juridique et réglementaire national existant.