

BROCHURE

PRÉVENIR À LA SOURCE LES RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX AUX POSTES D'INFIRMIÈRE ET D'AIDE-SOIGNANTE DANS LE SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ



CON LA FINANCIACIÓN DE

AS2024-0003

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



BROCHURE

**PRÉVENIR À LA SOURCE LES
RISQUES PROFESSIONNELS
PSYCHOSOCIAUX
AUX POSTES D'INFIRMIÈRE ET
D'AIDE-SOIGNANTE
DANS LE SECTEUR PRIVÉ
DE LA SANTÉ
POUR RÉDUIRE LES
TROUBLES DE SANTÉ MENTALE**

Une approche genrée
à partir des connaissances scientifique-
ment et socialement fondées

Édité et publié par : Fundación 1º de Mayo - CC00

Matériel élaboré par : Clara Llorens Serrano et Sergio Salas Nicás

Direction et coordination : Vicente López Martínez et Valeria Uberti-Bona

Diffusion : Lourdes Larripa Ferriz

Gestion et soutien administratif : Sergio Alvira Fernández, Lara Criado Bonilla, Lola García Moreno et Elvira Rodríguez Correal

Remerciements :

Nous tenons à remercier Irene Álvarez Bonilla, responsable de Santé professionnelle de la Fédération de la Santé et des Secteurs sociosanitaires de CC00 (FSS-CC00), pour son engagement déterminé à travailler syndicalement dans l'amélioration des conditions de travail dans le domaine de la prévention des risques professionnels dans le secteur des soins en résidence et pour avoir grandement facilité le processus de cocréation de base de cette étude.

Nous tenons également à remercier toutes les travailleuses et représentantes légales du secteur et les personnes responsables de la Fédération de la Santé et des Secteurs sociosanitaires de CC00 qui ont participé aux 5 journées de type atelier à Barcelone, Madrid, Palma, Séville et Valence, pour avoir partagé avec nous leur expérience et leurs connaissances.

Conception graphique et maquette : Pilixip

Note : étant donné que la plupart des personnes embauchées pour les postes d'infirmière/infirmier et d'aide-soignant(e) sont des femmes, le féminin sera généralement utilisé pour désigner les deux sexes.

Édition : Valence, juillet 2026

Ce travail est réalisé dans le cadre de l'appel sectoriel 2024 de la FEPR L FSP au sein du projet « Prévenir à l'origine les risques professionnels psychosociaux dans une perspective de genre pour réduire les troubles de santé mentale dans le secteur privé de la santé » (AS2024-0003).

CONTENUS

1. RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX.....	7
Définition.....	7
Comment intervenir ?	9
2. PRÉVENTION À LA SOURCE DES RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX AUX POSTES D'INFIRMIÈRE ET D'AIDE-SOIGNANTE DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ	12
Des exigences quantitatives élevées.....	13
Des exigences émotionnelles élevées	15
Un conflit travail/famille élevé, et une insécurité élevée	17
Faible contrôle.....	19
Faible soutien social	21
Faible reconnaissance.....	22



1.

RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX

Définition

Dans le domaine de la prévention des risques professionnels, on utilise le terme de risques professionnels psychosociaux lorsqu'il est fait référence aux **conditions de travail résultant de déficiences dans la conception, l'organisation et la gestion du travail, et pour lesquelles nous disposons de suffisamment de preuves scientifiques de leur possible nuisance sur la santé**. Ils sont appelés psychosociaux parce qu'ils affectent le travailleur ou la travailleuse à travers la psyché (différents mécanismes psychologiques), mais leur origine est sociale, c'est-à-dire changeable : la conception, l'organisation et la gestion du travail. Les recherches menées à ce jour suggèrent que **différents aspects des pratiques de gestion du travail, tels que la dotation en personnel, la quantité, l'organisation et la modification de la journée de travail, les méthodes de travail, la conception du poste, la relation d'emploi ou la structure salariale, sont des caractéristiques professionnelles modifiables qui sont à l'origine des risques psychosociaux du travail et au centre de leur évitement ou de leur réduction**.



La loi espagnole sur la prévention des risques professionnels (**loi 31/1995, LPRL**) indique clairement que les dommages sur la santé résultant du travail peuvent provenir non seulement de machines ou de substances utilisées dans le travail, des locaux ou des installations, mais également de la conception, de la gestion et de l'organisation du travail. La loi précise que les conditions de travail susceptibles de causer un dommage et donc de faire l'objet d'une activité de prévention sont « *toutes les caractéristiques du travail, y compris celles relatives à son organisation et à son ordonnancement...* » (art. **4.7.d**).

Le Règlement des Services de Prévention (**RD 39/1997, RSP**) reconnaît la Psychosociologie comme discipline obligatoire (art. 18.2.a et art. **34.c**).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit depuis près de vingt ans les risques psychosociaux du travail comme des facteurs **déterminants sociaux de la santé**. Les preuves scientifiques sur les problèmes de santé attribuables à l'exposition aux risques psychosociaux du travail sont très nombreuses et de grande qualité, car elles reposent sur des recherches longitudinales et sur de grandes bases de données qui excluent de manière fiable le hasard et

d'autres facteurs non professionnels. Quelques exemples de cette littérature sont les revues bibliographiques systématiques et les méta-analyses qui associent les risques professionnels psychosociaux à des problèmes de santé très répandus tels que **l'anxiété et la dépression, l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral**. Plus récemment, ils ont également été mis en lien **avec le suicide et les pensées suicidaires ou encore la consommation de psychotropes et d'analgésiques**. Ces risques sont également considérés comme l'une des causes les plus importantes d'effets plus proches sur la santé tels que le **stress professionnel chronique**, le syndrome d'**épuisement professionnel**, les troubles du **sommeil ou la fatigue** ou encore **l'absentéisme** et le **présentéisme** pour raisons de santé. Ils sont également associés à une probabilité accrue de développer certains types de **troubles musculosquelettiques**.

D'autre part, les recherches ont mis en évidence d'**importantes inégalités dans l'exposition psychosociale et, par conséquent, dans la santé, selon la classe professionnelle et le genre**, étant donné que les mêmes pratiques de gestion du travail ne sont pas appliquées à l'ensemble de la population salariée, même si elle travaille dans la même entreprise. Par conséquent, il est important que les évaluations des risques professionnels psychosociaux demandent au moins les résultats par poste ou groupe de postes (art. 4.1. RSP) et par genre (art. 5.4 LPRL ; 27 LOIEMH), comme l'exigent les lois en vigueur.



Comment intervenir ?

En termes de prévention des risques professionnels, les **risques psychosociaux** recouvrent trois **facteurs**. Le premier est l'exposition nuisible à la santé, c'est-à-dire les conditions de travail à éviter, ou à identifier, localiser et mesurer à travers l'**évaluation** des risques professionnels dans l'entreprise ou l'institution, puis à réduire ou à éliminer par des mesures préventives. Le deuxième est l'origine du risque : les déficiences dans la conception, l'organisation et la gestion du travail, c'est-à-dire ce qu'il faudra **corriger pour éliminer, réduire ou contrôler la situation d'exposition nocive**. Le troisième est l'effet et le dommage : le stress professionnel, le syndrome d'usure professionnelle, l'anxiété, la dépression, les **maladies** cardiovasculaires et une longue suite de troubles de santé divers associés aux risques psychosociaux. C'est la **fraction de ces effets attribuable à l'emploi que la prévention cherche à éviter**, par l'élimination, la réduction et le contrôle de ces risques.



Un exemple : selon les études scientifiques, les **exigences quantitatives** sont un **facteur** de risque professionnel et les **exigences quantitatives élevées** sont le **risque**, car on sait qu'elles augmentent de 23 % la probabilité de souffrir de **dépression** diagnostiquée. La dépression est un **trouble de la santé** ou une maladie **causé par une multitude de facteurs, y compris des conditions de travail caractérisées par des exigences quantitatives élevées**, et qui doivent être réduites à la **source** en changeant la **charge** de travail, par exemple, à travers l'augmentation des **effectifs**, l'amélioration des **processus** ou le changement de **matériels** et de **technologie**.

Ainsi, du point de vue de la santé au travail dans le cadre de l'entreprise/institution, **les risques professionnels psychosociaux seraient des conditions de travail nocives et des causes immédiates des troubles de santé, dont l'origine (les pratiques déficientes de gestion du travail) peut être modifiée, à travers des mesures préventives organisationnelles**. La plupart des chercheuses qui étudient les relations entre les risques professionnels psychosociaux et la santé concluent leurs articles en préconisant **des changements organisationnels, des changements dans les pratiques de gestion du travail dans les entreprises, afin de réduire ces risques et de réduire ainsi la part des maladies attribuable au travail**. Par exemple, **il a été calculé que 30,6 % des dépressions chez les femmes en Espagne seraient évitées si l'exposition à certains de ces risques professionnels était éliminée**.

Le dernier document conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation internationale du Travail (OIT) qui présentent des directives visant à **réduire les problèmes de santé mentale dans le domaine du travail**, et le dernier rapport mondial de l'OIT se prononcent dans la même ligne : agir en premier lieu sur la **prévention des risques professionnels psychosociaux en mettant en œuvre des mesures organisationnelles**. De plus, cette façon d'agir **faciliterait le retour au travail après une période de congé maladie et éviterait les rechutes**, une fois la travailleuse ou le travailleur guéri, car elle/il retournerait

à un environnement de travail dans lequel **les conditions d'emploi et de travail insalubres qui pourraient la/le rendre malade auraient changé**. De plus, en garantissant des conditions de travail saines, du point de vue des risques professionnels psychosociaux, l'entreprise jette les bases pour se conformer à un **lieu de travail inclusif**, dans la mesure où les personnes atteintes de maladies mentales ou cardiovasculaires seraient embauchées pour travailler dans des environnements professionnels qui ne leur nuiraient pas.

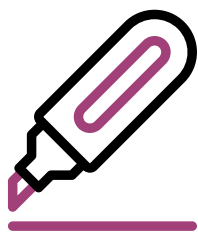


Cela **est également requis par la loi 31/1995 sur la prévention des risques professionnels**, qui met en priorité les **actions préventives à la source, en modifiant la conception, l'organisation et la gestion du travail, afin d'éviter ou de réduire les risques professionnels (art. 15 a et c)**. En outre, cette loi exige d'adapter le travail à la **personne à partir de changements organisationnels (art. 15 d)** relatifs à la conception des postes, au choix des équipements, aux méthodes de travail et à la production...

De même, le cadre législatif envisage la prévention comme un processus sociotechnique dans lequel la **participation** de la direction de l'entreprise/institution et des travailleurs et travailleuses et de leurs représentants légaux est une exigence principale. Les connaissances scientifiques et techniques apportées par le personnel technique de prévention (art. 38.2 LPRL) et celles tirées de l'expérience qui permet la participation de la **direction et des travailleurs et travailleuses et de leurs représentants** sont complémentaires et toutes nécessaires au processus d'intervention préventive. Leur implication active est nécessaire si l'on souhaite une prévention efficace, car ce sont eux qui ont la capacité ultime de décision et d'action dans le cadre de l'entreprise/institution.



La loi donne du pouvoir à la représentation collective des travailleurs et travailleuses, en leur reconnaissant le droit à **l'information**, à la **consultation préalable** et à la **proposition** sur toute question pouvant affecter la sécurité et la santé des travailleurs, notamment sur la technologie, l'organisation du travail ou de la production. En cas de rejet par l'entreprise des propositions de la représentation des travailleurs et travailleuses, l'entrepreneur est tenu de motiver sa décision par un **refus motivé**, ce qui implique de pouvoir **négocier** à toutes les phases du processus préventif (**art. 14, 18, 33, 34, 36 LPRL**).



Le nouveau lifting des entreprises : vous allez gober ça ?

La mode consiste maintenant à former les travailleuses et les travailleurs à la résilience, à leur donner des cours de taïchi ou de yoga pour les détendre et améliorer leur bien-être émotionnel, à organiser des marathons, des sorties ou des barbecues pour améliorer le climat de travail. Voire à payer une professionnelle qui passe quelques heures à écouter des travailleuses ayant des problèmes « qui viennent de chez elles ». Ces activités n'évitent pas les risques professionnels psychosociaux et ne les préviennent pas à la source. Si l'on souhaite les négocier en tant que « mesures sociales », c'est possible, mais **il faut savoir qu'avec ces mesures, la charge de travail reste supérieure à ce qui peut être accompli pendant la journée de travail. Par conséquent, soit la journée est rallongée, soit le rythme de travail s'accélère. De plus, l'incertitude persiste quant au salaire mensuel en raison du contrat à temps partiel et de ses heures complémentaires, ou encore concernant l'horaire de travail, les délais de prévenance pour les modifications constantes étant dérisoires. L'origine des risques professionnels psychosociaux n'est pas modifiée ou évitée.** C'est la nouvelle industrie de la santé professionnelle : **le boom commercial de la santé mentale.**

Par exemple, la formation à la résilience. Elle est souvent basée sur l'idée que la personne ne peut pas choisir ce qui lui arrive, mais qu'elle peut choisir comment y réagir : il faut développer l'optimisme, le sens de l'humour, s'adapter aux circonstances, c'est-à-dire se résigner. La principale critique à la promotion de la résilience est qu'elle **exige des travailleurs qu'ils assument individuellement la responsabilité des décisions de gestion et des défaillances du système et des organisations**, et en plus, avec le sourire. De nombreuses recherches ont été menées, notamment dans le domaine de la santé et au vu des résultats. Il a été conclu que les interventions basées sur des techniques de relaxation, de pleine conscience, de résilience, etc., n'ont aucun effet sur la santé mentale (dépression, anxiété et stress).

Cette façon d'agir évite de toucher aux pratiques de gestion du travail de l'entreprise, **en transformant en problème personnel et de santé publique les troubles de santé mentale causés par les conditions de travail. Les droits sont refusés, ce qui évite de toucher à des façons de concevoir, d'organiser et de gérer le travail qui rendent malade, mais qui permettent le profit. Comme le soulignent l'OIT et l'OMS, on doit parvenir à changer la santé mentale en entreprise en modifiant d'abord les conditions d'emploi et de travail**, en adaptant les pratiques de gestion du travail pour promouvoir un **emploi digne, plus juste et démocratique, et donc plus sain**. Nous avons beaucoup d'expérience (voir les articles des conventions collectives au niveau sectoriel, les accords de dialogue ou de concertation sociale au niveau de l'État ou des communautés autonomes ou les accords d'entreprise) dans et en dehors du domaine de la santé au travail. C'est une question transversale, et nous devons continuer à avancer plus rapidement et plus profondément.

2.

PRÉVENTION À LA SOURCE DES RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX AUX POSTES D'INFIRMIÈRE ET D'AIDE-SOIGNANTE DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

Nous avons sélectionné certains des **risques professionnels psychosociaux** les plus répandus dans le secteur de la santé. Les paragraphes suivants répertorient les **propositions de prévention** les plus consensuelles dans un **processus cocréatif** de dialogue entre les **connaissances scientifiques** (résumées dans le document de revue bibliographique disponible sur ce [lien](#)) et celles basées sur l'**expérience de 140 travailleuses du secteur privé de la santé, employées à deux postes de soin féminisés : infirmière et aide-soignante**. Ce processus a été réalisé à partir de la réalisation de cinq ateliers d'une journée dans les villes de Barcelone, Madrid, Palma, Séville et Valence.

Toutes les contributions ont pour objectif d'aller vers une conception, une gestion et une organisation du travail plus saines pour les techniciens en prévention, les chefs d'entreprise, les représentants des travailleuses et les travailleuses elles-mêmes à ces postes du secteur privé de la santé.

IDENTIFICATION DES MESURES À PROPOSER POUR ÉVITER, RÉDUIRE OU ÉLIMINER LES RISQUES PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX AUX POSTES D'INFIRMIÈRE ET D'AIDE-SOIGNANTE DANS LE SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

Des exigences quantitatives élevées

Ce risque professionnel psychosocial est défini comme le déséquilibre entre le volume ou la charge de travail et le temps alloué pour l'effectuer, qui se manifeste par des charges de travail élevées, une pression de temps élevée, des rythmes élevés et/ou un allongement de la journée. Il est associé à d'autres risques professionnels psychosociaux : le manque de temps empêche l'aide aux collègues, ce qui réduit l'entraide, empêche l'observation des normes professionnelles et provoque un conflit de rôle, et/ou l'allongement de la journée qui en résulte augmente le conflit travail-famille.

Orientations visant à éviter, réduire ou éliminer les exigences quantitatives élevées

1. Établir un **ratio minimum de personnel de chacun des groupes professionnels à chaque quart**, en tenant compte de la **quantité** et de la **complexité** des patients dans chaque unité de soin pour réaliser le **service** dans le **temps** imparti, avec la **qualité** requise. **Assurer la présence** de cette quantité suffisante de personnel **à chaque quart de travail**.
2. **Couvrir toujours et immédiatement le personnel absent pour l'exercice de ses droits** (réductions de journée, congés, pauses entre les journées/hebdomadaires, congé maladie, permissions, réduction de la journée de travail, etc.) avec du personnel structurel, qui permette le fonctionnement du service.
3. Inclure dans la charge de travail le **temps nécessaire au transfert d'informations** au quart suivant (au-delà des informations transmises par écrit).



4. **Répartir les tâches et les charges de travail en fonction d'une bonne planification** en termes de **quantité**, de **qualité** et de **temps de travail** et de **repos**. **Pour ce faire, éviter l'imposition unilatérale depuis les bureaux et planifier de manière participative, en créant des groupes de travail multidisciplinaires**. Dans ces groupes, tout le personnel de l'unité/service doit participer de manière rotative, afin que le personnel en contact direct avec les patients participe à la **décision consensuelle** de la planification des tâches et de la répartition des charges. **Vérifier l'adéquation de la planification**, au moins **tous les mois**, de manière participative. **Prendre en compte ce temps de participation dans les charges** de travail des personnes impliquées à tout moment.
5. **Limiter les tâches administratives** à ce qui est strictement nécessaire.
6. **Garantir la présence, à chaque quart, d'équipes de renfort interdisciplinaires**, avec un personnel structurel, pour couvrir **les imprévus**.
7. Établir de manière participative **des critères de priorisation des imprévus** (voir comment au point 4).
8. **Éliminer les clauses « fourre-tout »**, qui permettent d'attribuer des tâches ne relevant pas du groupe professionnel d'appartenance, généralement de catégorie inférieure, et qui augmentent la charge de travail (par exemple, des agents de service hospitalier ou des aides-soignantes effectuant des tâches de nettoyage).
9. Développer, de manière participative, une **description claire des tâches de chaque groupe professionnel et la rendre transparente auprès de toutes les personnes de l'entreprise**. Cela favorise également la clarté du rôle. **Créer un groupe de travail spécifique auquel participent des travailleuses en contact direct avec les patients (voir point 4), leurs représentants légaux, et la direction**.
10. **Réduire la durée du quart**, en évitant les quarts de 12h, en particulier dans les unités où la charge d'assistance ne diminue pas ainsi que dans les unités critiques (USI). Le quart minimum ne peut pas être inférieur à 6 heures.
11. **Embaucher plus de personnel** de toutes les catégories professionnelles (infirmières, auxiliaires, agents de service) pour le travail aux **heures de pointe : renforts dont le quart ne peut pas être inférieur à 6 heures, ni fractionné**.
12. Disposer de suffisamment de **matériel et de technologie à jour** à partir de la **planification** de la **maintenance et de son achat systématique** pour en garantir le fonctionnement.
13. **Protocole d'accueil avec formation-action rémunérée. Intégrer le temps** dédié à cette participation dans la charge de travail des personnes chargées de l'accueil pour chaque équipe, et prévoir du personnel pour remplacer les salariées formatrices dans leurs tâches habituelles.



Des exigences émotionnelles élevées

Ce risque professionnel psychosocial est défini comme l'exigence de ne pas s'impliquer ni de se lier à la situation émotionnelle découlant des relations interpersonnelles inhérentes au travail. Cela concerne particulièrement les professions de services aux personnes, qui peuvent engendrer un transfert de sentiments et d'émotions. Dans le cas du secteur hospitalier, la plupart du temps, ces relations interpersonnelles se produisent dans des circonstances difficiles de souffrance et de traumatisme, de décès et aussi d'agressivité. Faire face à ces situations nécessite également d'exprimer des émotions qui, parfois, ne sont pas vraiment ressenties, tant envers les patients qu'envers les membres de la famille. Ces exigences peuvent également provenir de dilemmes éthiques, lorsque les normes professionnelles ne peuvent pas être respectées en raison d'un manque de ressources humaines et matérielles (conflit de rôle).

Orientations visant à éviter ou à réduire les exigences émotionnelles élevées

1. Réduire le temps d'exposition à ces exigences : a) en fixant des **limites de patients à traiter** (réduire les ratios et que ceux-ci tiennent compte du nombre de patients et de leur complexité au vu des exigences émotionnelles) ; b) en augmentant les **pauses** ; et c) **en effectuant une rotation entre des tâches plus ou moins exigeantes émotionnellement**, avec l'accord des travailleuses et après une formation, si nécessaire (par exemple, basculer entre hospitalisation, hôpital de jour et consultations).

2. **Formation spécifique** pendant le temps de travail **pour** faciliter l'**acquisition et le développement de compétences de gestion des émotions** (contrôle émotionnel pour équilibrer excès d'implication et indifférence, assertivité, manière d'aborder des situations de souffrance, traumatisantes, accompagnement de proches, etc.).
3. **Pauses obligatoires considérées comme temps de travail** (20 minutes) après une situation d'urgence vitale ou de décès, avant de reprendre l'activité, pour permettre le **rétablissement émotionnel. Garantir la dotation et la présence de personnel suffisant** pour que cela soit possible.
4. **Améliorer les systèmes de communication aux patients et aux membres de la famille** (panneaux d'affichage, écrans d'information, courriels, etc.) **sur les temps d'attente** réels, les types de gravité et d'autres questions, afin de réduire leur hostilité envers le personnel qui les prend en charge, en particulier au triage et à la réception.
5. **Introduire une séance clinique quotidienne de l'unité, qui doit être multidisciplinaire avec médecins, infirmières, aides-soignantes** (pour parler du plan de soins et de l'état des patients et du personnel).
6. **Travail en binôme** pour développer un soutien fonctionnel mutuel et éviter la détresse émotionnelle et physique. Ceci est indispensable avec les patients ayant des antécédents d'agressivité, ou dans le travail de nuit.
7. **Protocole contenant des actions à suivre par tout le personnel** (collègues et supérieurs) **dans des situations de conflit et d'incidents violents** avec des personnes externes ou des patients. Ce protocole doit être élaboré à travers la participation directe du groupe (voir comment dans la rubrique Faible contrôle).
8. **Protocole interne de résolution des conflits interprofessionnels**, élaboré par participation directe du groupe (voir comment dans la rubrique Faible contrôle).
9. Recours à un/une **superviseur/superviseuse de garde en présentiel pour relayer une travailleuse émotionnellement débordée**.
10. Développer **des groupes de thérapie pendant le temps de travail** et les inclure dans la charge de travail.
11. **Garantir la présence du personnel nécessaire pour pouvoir travailler selon les normes professionnelles**, la **diminution du nombre de patients complexes** émotionnellement, et permettre les **formations pendant le temps de travail** pour gérer les émotions, les pauses pour le rétablissement émotionnel, les **séances cliniques et les groupes de thérapie, sans surcharger les autres collègues**.
12. **Suivi psychologique individualisé** sur demande.

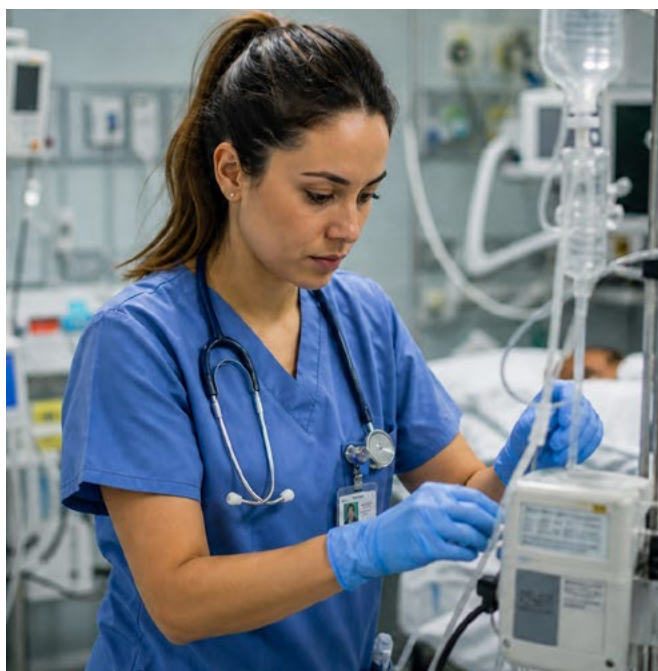
13. **Personnel de surveillance/sécurité** afin que le personnel de santé n'ait pas à gérer les vols ou l'agressivité non pathologique des patients ou des personnes extérieures au centre hospitalier, celle des membres de la famille, des intrus, etc.
14. **Enregistrement** systématique des incidents ou agressions au travail afin de les visualiser.

Un conflit travail/famille élevé, et une insécurité élevée

Le conflit travail/famille élevé est défini comme l'impact négatif des exigences de l'emploi sur le temps et l'énergie nécessaires au travail de soins et aux tâches domestiques au domicile (double charge) et la nécessité de répondre aux exigences simultanées de l'emploi et du travail de soins, avec des exigences strictes en matière de temps (double présence). L'insécurité élevée relative au temps de travail se définit comme le manque de stabilité des conditions de travail fondamentales, comme toutes celles relatives à la journée de travail.

Orientations visant à éviter, réduire ou éliminer le conflit travail/famille élevé et l'insécurité élevée quant à la journée de travail

1. **Inclure dans le planning de travail les jours effectifs de travail et l'heure d'entrée et de sortie, le repos hebdomadaire, les jours fériés et les vacances.** Que ce planning soit **fixe** et **permette les échanges** par écrit entre travailleuses. Tous les aspects de la journée doivent être connus chaque année. Intégrer les comités d'entreprise à l'élaboration du planning.
2. Communiquer le **planning** au cours du **dernier trimestre de l'année précédente**.



3. **Attribuer l'organisation de la journée** (quarts de travail, jours de congé, etc.) en tenant compte des **besoins** des travailleuses en **fonction du moment de leur cycle de vie** (âge et autres facteurs), en **consultant au préalable l'ensemble du personnel**. Les résultats doivent être rendus publics. Cependant, **ne pas systématiquement charger au personnel jeune (ou sans enfants** ou autres personnes à charge) les horaires de travail contraignants ou les heures supplémentaires. Permettre la participation syndicale à ces attributions. Dans tous les cas, ajouter ces critères à la gestion algorithmique de la journée de travail.
4. Donner à la personne qui travaille le **contrôle** de la **concrétisation de la réduction** de la journée de travail (nombre d'heures, jours entiers, quels jours, etc.)
5. **Disposer du personnel présent suffisant pour éviter les modifications de journée**. En tenant compte du volume et de la complexité (y compris émotionnelle) de la charge, à chaque quart, planifier la dotation en personnel de chaque jour en tenant compte des vacances et des pauses dans le calendrier annuel et de l'expérience des années précédentes pour prévoir le personnel nécessaire de remplacement pendant les congés maladie et les permissions, les jours de libre disposition, les dispenses syndicales, etc.
6. Disposer d'un **protocole pour les modifications inévitables et leur compensation** (qu'elles fassent ou non partie de ce qui est réglementé pour les heures supplémentaires, la distribution irrégulière et les heures complémentaires, qu'elles soient ou non volontairement acceptées). Celui-ci doit inclure : des modifications **communiquées avec un préavis minimum de 24 heures** ; **une rotation** de l'attribution entre l'ensemble du personnel par ordre **alphabétique** et l'autorisation de **permutations** écrites entre les travailleuses ; l'attribution d'un **surcoût à chaque heure** (généralement fixé au **double** ; porté au **triple** si la modification implique de travailler le week-end ou un jour férié) ; la **récupération** de l'excès de temps de travail (et sa compensation) sous forme de repos compensateur, **cumulé et pris tous les 3 mois, au choix du travailleur**.



7. **Éliminer l'utilisation des bourses d'heures**, qui génèrent de l'insécurité dans la journée et dans les revenus pour les travailleuses à **temps partiel**.
8. **Si les présences nécessaires ne sont pas respectées, un surcoût (le triple) est alloué à chaque heure des collègues du quart qui assument la charge des travailleuses qui devraient être remplacées.**
9. **Éliminer les journées fractionnées dans tous les services, établir des journées continues d'un minimum de 6 heures de travail.**
10. Créer la figure du « remplaçant volant » (lorsqu'elle n'existe pas) et la doter d'un **personnel qui couvre les heures de réduction de journée d'autres collègues.**
11. **Embaucher des étudiants pour les week-ends et les jours fériés**, avec des mesures d'encouragement financières, afin de permettre au personnel ayant des charges familiales d'en bénéficier, en tirant parti des besoins différents de ces profils sociaux, qui se situent à des moments distincts du cycle de vie.
12. **Respecter la déconnexion numérique et le repos quotidien et hebdomadaire.** Les besoins du service de toute nature ne seront pas communiqués aux travailleuses via WhatsApp en dehors de leur journée de travail.

Faible contrôle

Ce risque professionnel psychosocial est défini comme l'impossibilité d'avoir une influence sur le travail, le manque d'autonomie dans la façon dont le travail se déroule, et les faibles possibilités d'appliquer les compétences et les connaissances techniques et celles dérivées de l'expérience et d'en apprendre de nouvelles dans sa réalisation.

Orientations visant à éviter, réduire ou éliminer le faible contrôle

1. Développer la **participation directe délégative de groupe** :
 - a. Face à la supervision autoritaire, sourde aux propositions des travailleuses, et au *laissez-faire*, générer des **groupes de travail multidisciplinaires**, auxquels participe **tout le personnel** de l'unité/service, **afin que le personnel en contact direct avec les patients prenne des décisions sur la planification des tâches, la répartition des charges et leur vérification mensuelle**, les **processus** de travail, **la description des tâches** des différents postes et groupes professionnels, le protocole **de résolution des conflits** avec les patients et les membres de la famille, la priorisation des imprévus, le protocole

d'accueil, etc., en évitant l'imposition unilatérale des bureaux et en augmentant le contrôle. Il est très important d'**allouer du temps** protégé (par exemple en **moyenne deux heures par semaine**) pour les charges de travail des personnes impliquées à tout moment, afin de ne pas surcharger les collègues ou elles-mêmes. Dans un effectif très saturé, cela signifie augmenter le personnel afin qu'il puisse remplacer les travailleuses participant à leurs tâches habituelles. Participer à ces groupes de décision peut également réduire d'autres risques : les exigences émotionnelles découlant de conflits de nature éthique ou professionnelle (conflit de rôle) et augmenter la reconnaissance en tant que professionnel, en plus du contrôle.

b. **Équipe autogérée** : s'il existe un consensus et qu'il est dûment enregistré, permettre aux équipes multidisciplinaires de déplacer du personnel entre les zones d'un même service, en tenant compte de la charge réelle à tout moment (par exemple, dans les urgences, qu'il soit possible de déplacer du personnel d'unités plus calmes vers des unités plus surchargées). Cette mesure ne peut être appliquée qu'une fois que les exigences quantitatives élevées et le conflit de travail/famille élevé ont été réduits.

2. Développer la participation directe consultative de groupe. Par exemple, établir **des réunions mensuelles d'une durée de 1 à 2 heures**, au cours desquelles les **responsables** de chaque unité **écoutent** les **problèmes du personnel** et leurs propositions d'amélioration. Les **solutions convenues doivent être mises en œuvre** pour vérifier leur utilité. Il est très important d'allouer du temps dans la charge de travail de chaque travailleuse.
3. **Formation des dirigeants aux méthodes participatives** : former les dirigeants au leadership participatif pour éviter l'autoritarisme ou la standardisation unilatérale, et à la gestion juste des équipes pour qu'ils agissent comme soutien et non seulement comme surveillance, et qu'ils diminuent les favoritismes et l'arbitraire. Modalité : Apprendre en faisant.



Faible soutien social

Ce risque professionnel psychosocial est défini comme l'absence d'aide fonctionnelle des collègues et supérieurs dans la réalisation du travail lorsque celle-ci est nécessaire.

Orientations visant à éviter, réduire ou éliminer le faible soutien des collègues

1. **Garantir la dotation et la présence du personnel et le temps nécessaire** pour pouvoir développer l'entraide entre collègues (voir les mesures concrètes dans la section Exigences quantitatives élevées).
2. Développement du **travail en équipe** (voir les mesures concrètes dans la rubrique Faible contrôle) ou au moins en **binômes**.
3. **Participation à des réunions multidisciplinaires** pour développer le soutien d'autres profils professionnels (voir mesures concrètes dans la rubrique Faible contrôle).
4. Développer et mettre en œuvre un **protocole d'accueil basé sur la formation-action, rémunéré** pour les nouvelles embauches et allouer **du temps** dans la charge de travail pour les travailleuses **mentores** et le personnel qui les remplace dans leurs tâches habituelles.
5. **Éliminer l'arbitraire pour éviter les favoritismes** (voir exemples dans les rubriques précédentes et suivantes)
6. **Formation des dirigeants aux méthodes participatives** : former les dirigeants au leadership participatif pour éviter l'autoritarisme ou la standardisation unilatérale, et à la gestion juste des équipes pour qu'ils agissent comme soutien et non seulement comme surveillance, et qu'ils diminuent les favoritismes et l'arbitraire. Modalité: Learning-by-doing (apprendre en faisant).

Faible reconnaissance

Ce risque est défini comme une faible compensation, une faible considération professionnelle et un traitement injuste résultant de l'arbitraire dans la gestion du personnel.

Orientations visant à éviter, réduire ou éliminer la faible reconnaissance

Pour assurer l'équité:

1. **Site web de mobilité professionnelle transparent** : publier tous les postes vacants de promotion et de mutation sur une plateforme générale expliquant les critères de concours.
2. Développer une **procédure de promotions et une autre de transferts**, avec des **critères clairs** de formation, d'ancienneté et autres, avec la participation de la représentation légale des travailleuses.
3. **Présence de la représentation légale des travailleuses dans les processus de sélection** (entretiens et établissement des barèmes).
4. **Unification des critères pour les permissions** : **publier et diffuser** de manière transparente les **droits relatifs aux congés et aux permissions** afin qu'ils ne dépendent pas du consentement de la personne au poste de commandement intermédiaire.



5. Développer des **critères pour l'attribution de compléments de salaire pour la réalisation des objectifs, la productivité, etc.**, avec la présence de la représentation légale des travailleuses
6. **Supprimer les accords salariaux individuels.**
7. Appliquer des critères d'**attribution équitable de la charge et de la journée de travail, des jours fériés, des modifications, etc.** établis dans les rubriques précédentes relatives aux exigences quantitatives élevées et au conflit travail/famille élevé.

Pour augmenter la compensation salariale :

1. **Augmenter le salaire de base** dans toutes les catégories
2. **Augmenter les primes relatives à la carrière professionnelle** des catégories relatives aux postes d'infirmière et d'aide-soignante. Réduire les écarts importants par rapport au personnel médical concernant les mêmes primes.

Pour augmenter la considération en tant que professionnel :

1. **Utiliser des méthodes participatives et garantir du temps pour cela dans la charge de travail** : développer des formes de participation directe délégative et consultative de groupe, pendant les heures de travail (voir les mesures dans la rubrique Faible contrôle).
2. Éviter la gestion du personnel basée sur la menace de licenciement en cas de plaintes ou l'**annulation du critère professionnel** des travailleuses et des travailleurs comme la standardisation des processus ou l'autoritarisme.
3. **Mettre en œuvre les mesures établies dans ce document** pour éviter ou réduire les risques professionnels psychosociaux aux différents postes de travail et éliminer ou réduire les lacunes dans la conception, la gestion et l'organisation du travail pour le rendre sain, ce qui suppose de mettre au centre les professionnels aux postes d'aide-soignante et d'infirmière.

