



Evrest

(Evolutions et Relations en Santé et Travail)

Résultats des données issues de l'observatoire
Evrest auprès de 4 établissements de soins privés
du Limousin en 2011-2012

RAPPORT N°244
Mars 2013



ORS

Observatoire Régional de la Santé du Limousin
4, av. de la Révolution - 87000 LIMOGES

Tél. : 05 55 32 03 01 Fax : 05 55 32 37 37 - Courriel : ors@ors-limousin.org
Site : <http://www.ors-limousin.org>

Résultats des données issues de l'observatoire Evrest auprès de 4 établissements de soins privés du Limousin en 2011-2012

Rouchaud A.⁽¹⁾, Dr Degrossat C.⁽²⁾, Dr Gaillard S.⁽²⁾, Dr Muet M.⁽³⁾ et Dr Rousseau M.-L.⁽²⁾
(1) Observatoire Régional de la Santé du Limousin, (2) AIST87, (3) AIST19

Une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé



dans le cadre du protocole de l'Observatoire Evrest



Et financée par le Service de Santé au Travail en Limousin STL



Sommaire

Contexte	1
Objectifs	1
Méthode	1
Descriptif de l'échantillon	2
Conditions de travail	3
Horaires et contraintes temporelles	3
Appréciations sur le travail	6
Pression psychologique	8
Contraintes physiques	9
Autres expositions	10
Formation	11
La santé des salariés des 4 cliniques	12
Surcharge pondérale et activité physique	12
Consommation de tabac	13
Troubles ostéo-articulaires	13
Troubles neuropsychiques	15
Synthèse et conclusion	17
Annexe : questionnaire Evrest 2011	18

Contexte

Le dispositif EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail) est un observatoire en santé au travail qui repose sur un réseau de médecins du travail volontaires. Ce réseau a vu le jour il y a plus de 10 ans dans une grande entreprise aéronautique et s'est ensuite étendu à d'autres médecins du travail désireux de disposer d'indicateurs sur la santé des salariés et des conditions de travail. En 2010-2011, 1 044 médecins volontaires de 19 régions et de 2 grandes entreprises (IEG et la SNCF) ont participé à ce dispositif. En Limousin, 18 médecins sont engagés dans ce réseau depuis ses débuts, soit près du quart des médecins du travail de la région. Ils alimentent environ 3% de la base nationale 2010-2011. Cette base nationale est constituée par 1/25ème des salariés vus en visite périodique par les médecins du travail volontaires qui recueillent des informations sur différents aspects du travail et de la santé. Sur ce socle peuvent se greffer des enquêtes spécifiques utilisant le même outil et s'attachant à interroger tout ou partie des salariés d'une entreprise ou d'un secteur d'activité.

En Limousin, le groupe de pilotage régional Evrest a souhaité conduire une étude spécifique, utilisant le questionnaire Evrest, dans les établissements de soins privés de la région et les activités associées. Trois médecins du travail ont donné leur accord pour collecter l'information auprès de l'ensemble des personnels soignants et administratifs des 4 établissements de soins privés dont ils suivent les salariés sur les 7 que compte la région (établissements Médecine-Chirurgie-Obstétrique) : 2 à Limoges et 2 à Brive. Le recueil a été effectué sur deux années, en 2011 et 2012 et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Limousin a été choisi pour exploiter et mettre en valeur les données recueillies.

Objectifs

- Décrire les conditions de travail et l'état de santé des salariés des établissements de soins privés du Limousin.
- Décrire l'hétérogénéité des conditions de travail et de l'état de santé des salariés entre professions et entre établissements de soins.
- Comparer la situation des salariés des établissements de soins privés du Limousin aux autres salariés de la région, au secteur d'activité « Santé humaine » au niveau national et à l'ensemble des salariés de la base nationale Evrest.

Méthode

Le recueil des données a été fait de décembre 2010 à septembre 2012. Pour chaque visite périodique ou visite d'embauche tardive (au moins deux mois après la prise de fonction) d'un salarié d'une des 4 cliniques intégrées à cette étude, le questionnaire Evrest était proposé au remplissage (Annexe). Les refus de participation ont été extrêmement rares.

La première partie de ce questionnaire est remplie par le salarié lui-même. Cet auto-questionnaire aborde différents aspects du travail (formation, horaires de travail, contraintes temporelles, appréciations sur le travail, contraintes physiques et autres agents d'exposition), et quelques éléments du mode de vie du salarié (tabagisme et pratique d'une activité physique notamment). Au cours de la visite médicale, les réponses apportées à cette première partie servaient de base de discussion au médecin du travail qui pouvait éventuellement modifier certaines réponses initiales du salarié, avec son accord, s'il jugeait cela plus pertinent. Il complétait ensuite la seconde partie du questionnaire relative à l'état de santé du salarié.

Dans ce rapport, l'ensemble des données recueillies sont présentées avec des comparaisons aux données régionales et nationales et avec la branche d'activité santé humaine (Source : Evrest 2010-2011). Des données par établissement sont également fournies, tout en gardant une notion d'anonymat (les établissements s'appellent ici A, B, C et D). Afin d'être comparable entre les établissements, dans la mesure où la répartition des professionnels diffère, seules les statistiques sur les personnels soignants (infirmiers, aides soignants et professions assimilées) sont présentées. Des croisements par profession sont enfin proposés avec des comparaisons avec la profession au niveau national pour les infirmiers en soins généraux (PCS 431F ; Données 2010-2011), les aides-soignants (PCS 526A ; Données 2010-2011) et les ASH (PCS 525D ; Données 2009-2010).

Les données de santé sont croisées par âge et sexe et comparées aux données nationales et régionales. Ces informations ne sont pas disponibles pour le secteur d'activité santé humaine (croisement par âge uniquement).

Descriptif de l'échantillon

Au total, 896 salariés des quatre établissements de soins privés et activités associées inclus dans cette étude ont rempli le questionnaire Evrest lors de leurs visites à la médecine du travail entre le 16 décembre 2010 et le 11 septembre 2012. L'échantillon recueille ainsi des informations sur les deux tiers des salariés de ces quatre établissements de soins privés (65%).

Pour expliquer le manque d'un tiers des personnels salariés de ces 4 cliniques (1 371 salariés attendus initialement), on ne peut s'appuyer sur un éventuel refus de participation qui s'est avéré extrêmement rare. En revanche, pour une partie du personnel, cette enquête n'a malheureusement pas pu être proposée. Cela concerne notamment certains IDE travaillant au bloc et certains IDE anesthésistes en raison de leurs difficultés à quitter leur poste en cours d'intervention qui rendent malaisés le suivi médical par la médecine du travail. Des secrétaires de cabinets médicaux n'ont également pas pu être vues au cours de la période impartie de l'enquête. Par ailleurs, une partie des salariés d'une des cliniques a bénéficié de visites médicales assurées par un autre médecin du travail qui n'a malheureusement pas fait passer le questionnaire Evrest aux salariés qu'il a rencontrés.

La population salariée des cliniques s'avère très féminine : 85% sont des femmes dans cet échantillon, 78% dans le secteur d'activité « santé humaine » au niveau national ; l'échantillon régional Evrest comporte quant à lui 45% de femmes. L'échantillon est également relativement jeune avec 64% de personnes de moins de 45 ans (Figure 1) contre 60% chez les salariés de l'échantillon régional et 57% chez les salariés Evrest du secteur d'activité « Santé humaine ».

Comparativement au secteur d'activité, on note ici une surreprésentation des professions intermédiaires aux dépens des cadres et des ouvriers.

On compte ainsi :

- 3% de cadres contre 7% au niveau national pour ce secteur d'activité,
- 49% de professions intermédiaires contre 37% au niveau national,
- 47% d'employés soit une proportion très proche des 50% du secteur d'activité,
- Et 2% d'ouvriers contre trois fois plus (6%) pour la branche « santé humaine ».

Cette distorsion dans la répartition des professions comparativement au secteur « Santé humaine » s'explique aisément par une plus grande proportion d'infirmiers, comptabilisés parmi les professions intermédiaires, dans le secteur hospitalier. Bien qu'important, ce dernier ne représente que 59% du secteur d'activité « Santé humaine ». L'échantillon des 4 établissements de soins compte ainsi 37% de professions infirmiers et assimilés (cadres de santé, infirmiers spécialisés, infirmiers en soins généraux...), 21% d'aides-soignants (et assimilés : assistants médicaux, auxiliaires de puéricultrice, ambulanciers...) et 12% d'agents des services hospitaliers (ASH) (Figure 2).

Figure 1 : Répartition des salariés par âge (%)

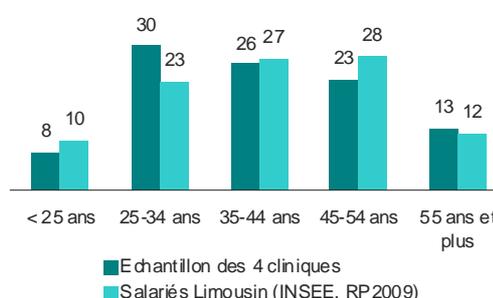
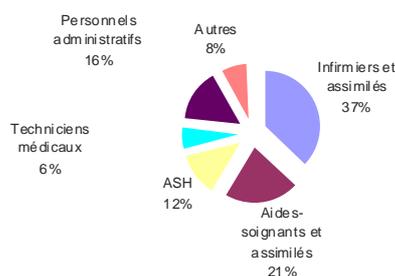


Figure 2 : Répartition des salariés par profession



Conditions de travail

Horaires et contraintes temporelles

Horaires de travail

En ce qui concerne les horaires de travail, la situation des personnels des établissements de soins enquêtés ici est conforme à la situation dans le secteur d'activité « Santé humaine ». On notera simplement une proportion plus importante de salariés travaillant à taux plein : 83% contre seulement 69% dans le secteur d'activité, les taux rencontrés sont ainsi plus proches de la situation limousine où 77% des salariés sont également à temps plein. Un emploi du temps qui comporte des coupures de plus de 2 heures est également noté chez près d'un salarié sur 5 (18%) mais cette proportion varie beaucoup entre les 4 établissements enquêtés au regard des réponses des seuls personnels soignants (infirmiers et aides-soignants) : deux établissements de soins sont parfaitement dans la moyenne, l'un n'a visiblement pas cette pratique (un seul salarié parmi les soignants déclare être concerné) alors qu'au contraire pour le quatrième, près de 40% des soignants connaissent des coupures de plus de deux heures dans leurs emplois du temps (Figure 3).

Enfin, le travail de nuit est relativement souvent rencontré chez les salariés des établissements de soins (16% ici), et plus particulièrement chez les soignants dont le quart travaille de nuit (24%). Seuls 8% des ASH et 2% des personnels administratifs sont concernés. Pour l'un des établissements (D), 37% des soignants enquêtés travaillent de nuit (Figure 4) : les soignants avec des horaires de nuit, du fait de leur surveillance médicale renforcée, ont plus facilement accédé à leur visite médicale périodique que ceux exerçant de jour.

Figure 3 : Coupures de plus de 2 heures dans les horaires de travail (%)

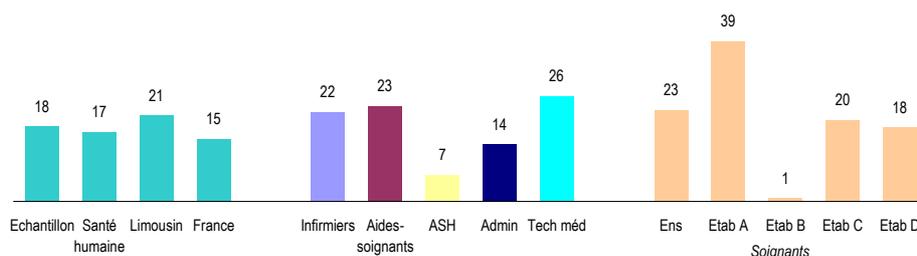
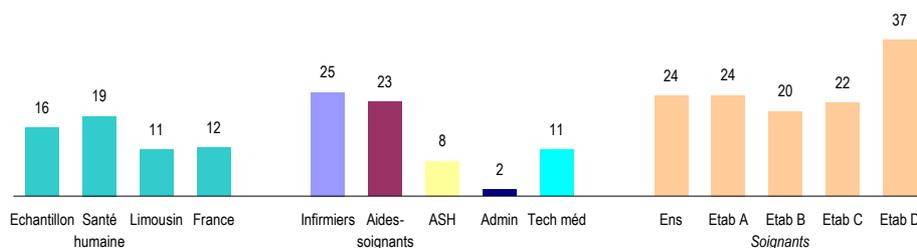


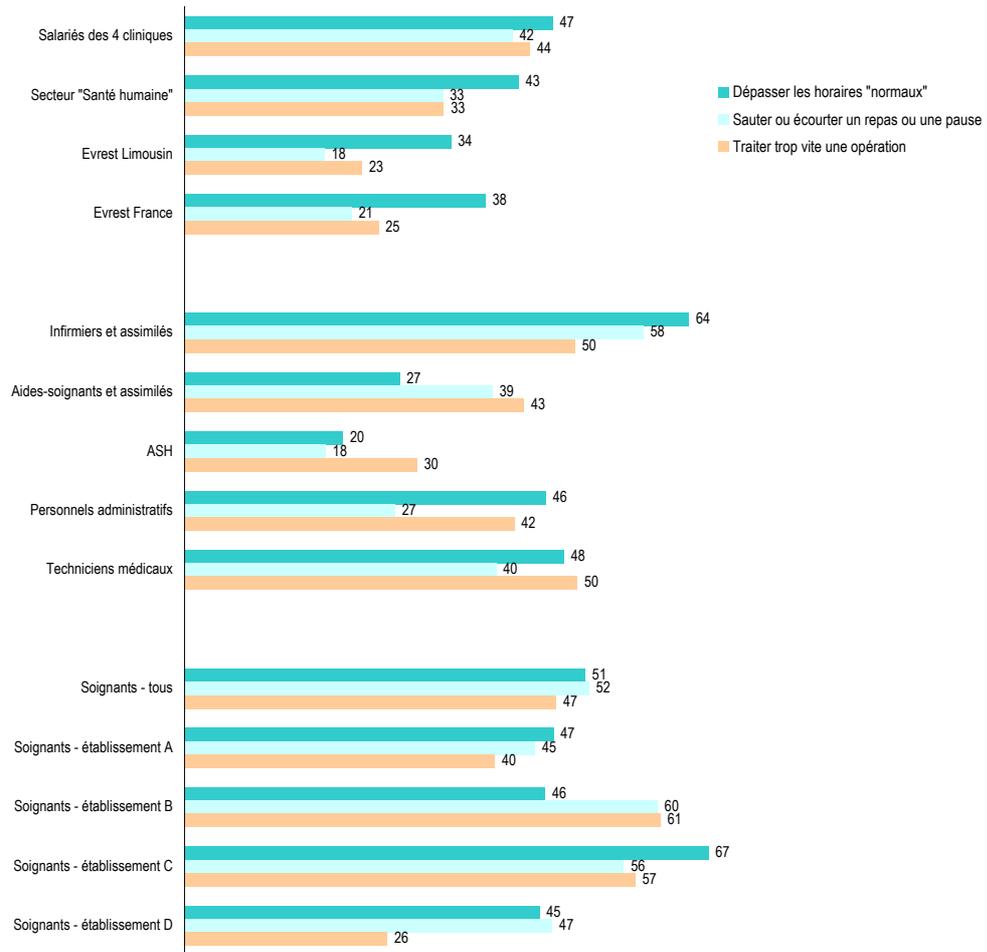
Figure 4 : Travail de nuit (%)



Contraintes temporelles

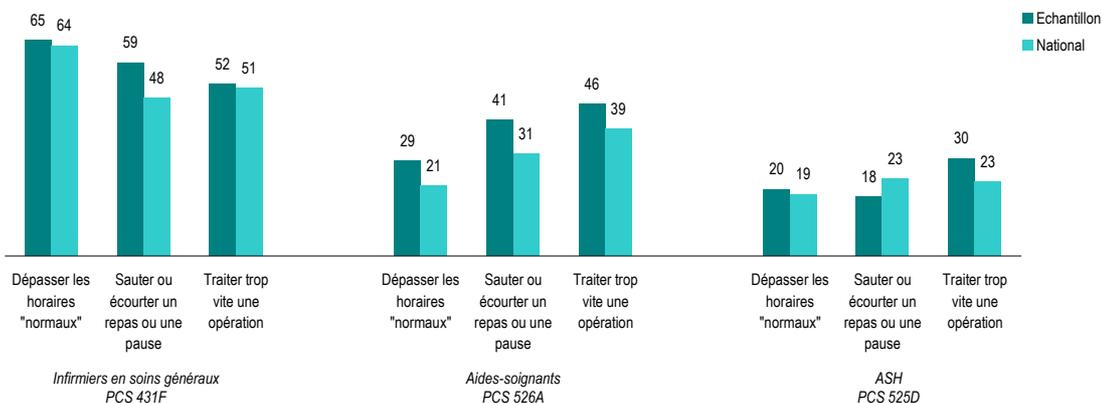
La mesure des contraintes temporelles imposées par l'activité passe par une batterie de questions sur les exigences de la journée de travail type. En premier lieu, les données recueillies dans cet échantillon présentent des indicateurs plutôt élevés dans ce domaine comparativement aux données recueillies par l'observatoire Evrest pour le secteur de la santé humaine et de la région : ici, 47% des enquêtés déclarent « souvent dépasser les horaires normaux » contre respectivement 43% et 34%. Par ailleurs, ce sont 44% des salariés des quatre établissements de soins qui se plaignent de « souvent devoir traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de temps » contre 33% pour le secteur d'activité et 23% chez les salariés limousins. Au regard des seuls soignants, deux cliniques se distinguent avec des proportions plus élevées encore (établissements B et C) que la moyenne des quatre pourtant déjà conséquente (Figure 5).

Figure 5 : Contraintes temporelles (%)
Le travail implique de souvent...



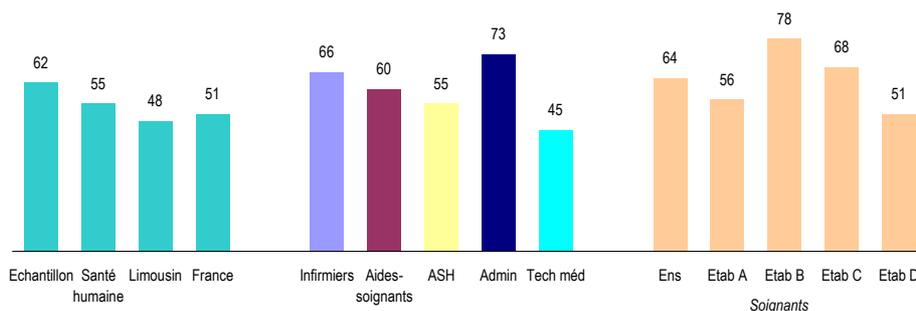
Parmi les professionnels, ce sont surtout les infirmiers et professions assimilées qui déclarent de fortes contraintes temporelles : la moitié doivent souvent traiter trop vite une opération (50%), 58% sauter ou écourter des repas ou des pauses, et enfin 64% dépasser régulièrement les horaires prévus (Figure 5). Pour autant, ces proportions sont relativement proches de celles observées chez les infirmiers de l'échantillon national Evrest, à l'exception du fait de sauter un repas ou une pause : 59% des infirmiers en soins généraux de l'échantillon (PCS=431F) contre 48% au niveau national (Figure 6). De même, les aides-soignants, pourtant moins affectés que les infirmiers, affichent ici des éléments d'une plus forte contrainte temporelle comparés aux aides-soignants de l'échantillon national.

Figure 6 : Contraintes temporelles chez les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les ASH (%)
Le travail implique de souvent...



Comme pour les indicateurs précédents, la notion d'abandon d'une tâche pour une autre est plus souvent relevée ici que pour le secteur d'activité de la santé humaine (62% versus 55%) et les trois-quarts de ceux qui en font état estiment que c'est un aspect négatif de leur travail (un sur cinq trouvant au contraire cela positif). De même, les deux établissements qui ressortaient précédemment au regard des trois indicateurs de contrainte temporelle (B et C), se distinguent de nouveau : 78% et 68% des soignants de ces établissements font état d'une concomitance des tâches quand cette proportion n'est que de 55% dans le secteur d'activité « Santé humaine ». Une différence est toutefois notée avec cet indicateur comparativement au précédent dans les différences entre les professions puisque, cette fois, ce sont les personnels administratifs qui se plaignent le plus de cette concomitance de leurs tâches, suivi des infirmiers et aides-soignants (Figure 7).

Figure 7 : Abandon d'une tâche pour une autre non prévue (%)



Pour compléter ces indicateurs, il était demandé à chacun d'auto-évaluer la pression temporelle subie sur une échelle allant de 0 à 10 (Figure 8). Globalement le secteur d'activité de la santé humaine présente une pression temporelle supérieure aux données générales : 44% des salariés du secteur d'activité attribuent une note égale ou supérieure à 6/10 à la pression temporelle associée à leur travail contre 38% au niveau France et 34% pour la région Limousin (Figure 9).

Les salariés de cette étude ressentent eux une pression temporelle plus importante encore puisque que ce sont 55% d'entre eux qui notent à 6 sur 10 ou plus cette dernière. Cette fois, aucune hétérogénéité n'est relevée entre les professions. En revanche, celle-ci est très nette entre les établissements de soins au regard des données chez les soignants : 2 établissements sont nettement au dessus de la moyenne du secteur d'activité « Santé humaine » (B et C), l'un en est assez proche (A), et le dernier semble plus préservé (D), comme c'était déjà le cas pour chacun des indicateurs relatifs aux contraintes temporelles.

Figure 8 : Distribution de la note d'évaluation de la pression temporelle Note sur 10 (%)

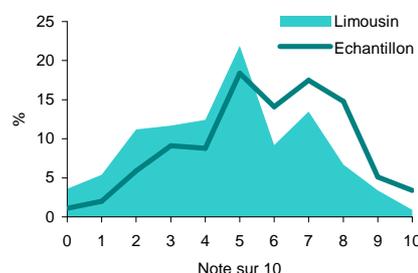
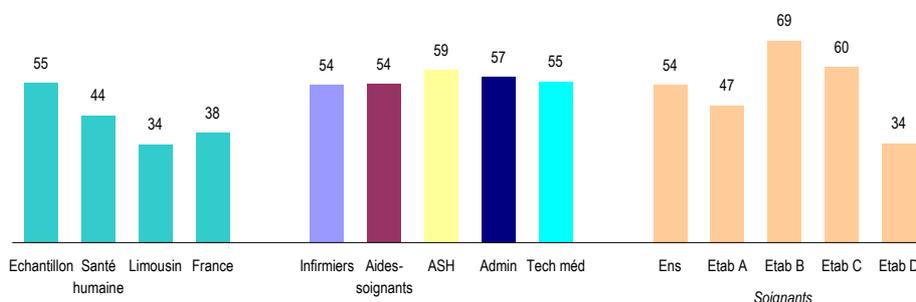
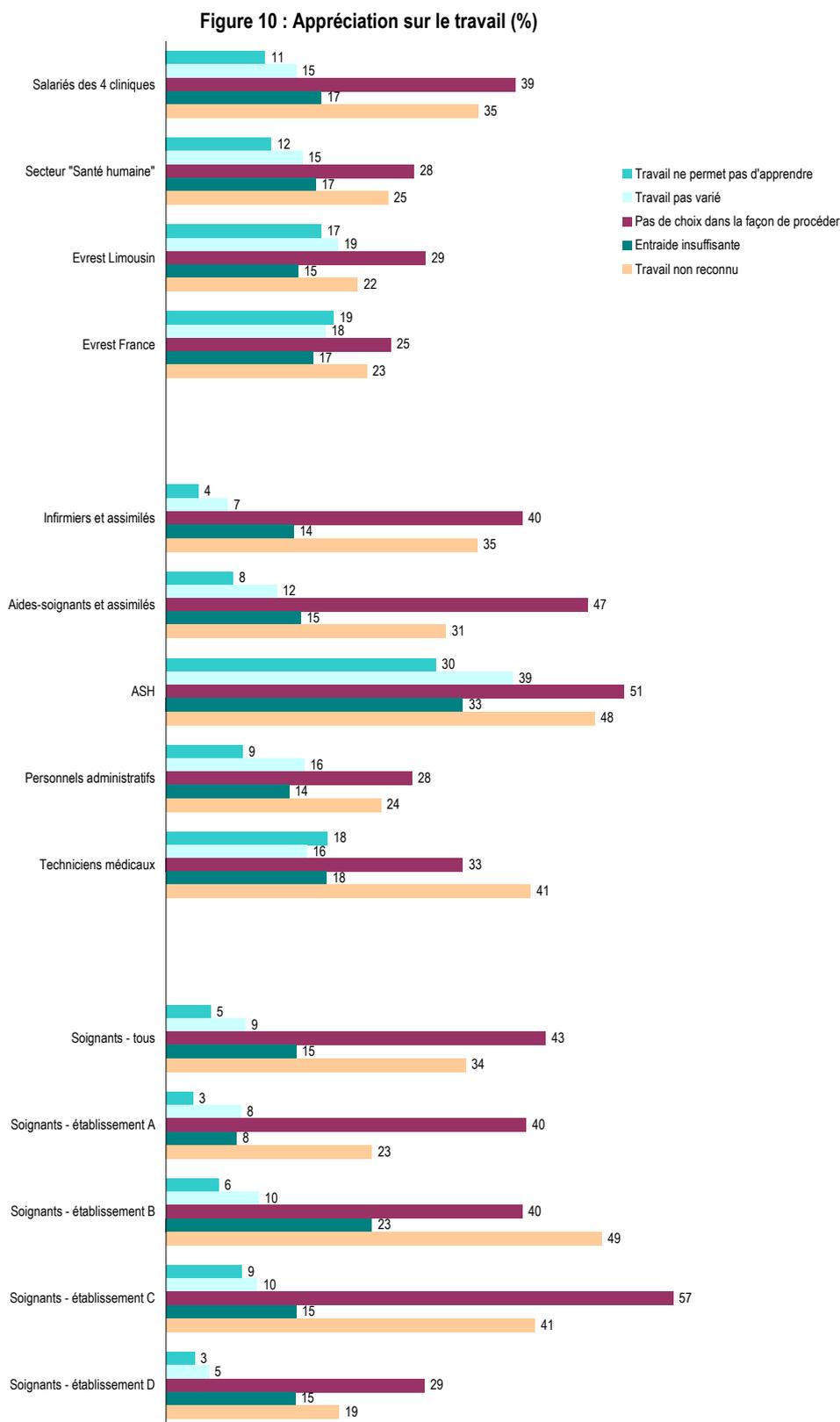


Figure 9 : Pression temporelle évaluée à >5/10 (%)



Appréciations sur le travail

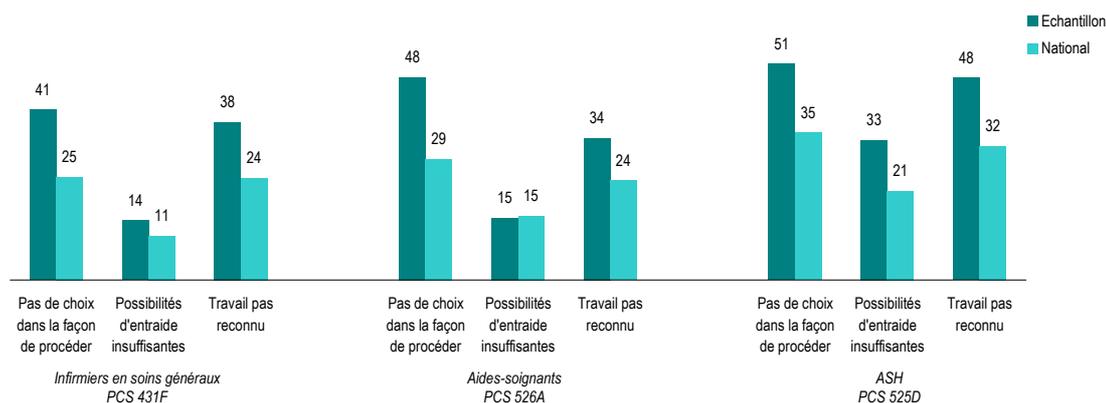
Hormis pour les deux indicateurs que sont l'absence de choix dans la façon de procéder et la non-reconnaissance du travail, les indicateurs relatifs à l'appréciation du travail sont relativement proches de ceux trouvés au niveau national pour le secteur d'activité de la santé humaine (Figure 10).



Les plaintes sur l'insuffisance de latitude décisionnelle ou le manque de reconnaissance du travail sont présentes chez l'ensemble des salariés même si les personnels administratifs restent relativement préservés au regard de la situation chez les autres professionnels. Ces derniers sont ainsi 24% à estimer que leur travail n'est pas reconnu par leur entourage professionnel contre 31% chez les aides-soignants, 35% chez les infirmiers, 41% chez les techniciens médicaux et 48% chez les ASH. Le manque de latitude décisionnelle liée au respect de procédures strictes avec des protocoles définis est une critique émanant plus particulièrement des infirmiers (40%), aides-soignants (47%) et ASH (51%).

En comparant ces professions au niveau national, on constate qu'effectivement les problèmes de reconnaissance du travail et de lourdeur des procédures sont beaucoup plus présents ici (Figure 11).

Figure 11 : Appréciation du travail chez les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les ASH (%)



Si on regarde les données chez les soignants recueillies par établissement (Figure 10), on constate une nouvelle fois que deux établissements ressortent (B et C). Respectivement 49% et 41% des soignants y estiment que leur travail n'est pas reconnu, 57% des soignants de l'établissement C se plaignent de manque de latitude décisionnelle tandis que 23% de ceux de l'établissement B trouvent qu'il n'y a pas suffisamment de coopération dans leur travail quand ce taux n'atteint que 8% dans un autre. D'autres indicateurs relatifs à l'appréciation du travail ont fait leur apparition dans le questionnaire Evrest en 2011. Les comparaisons avec des données nationales ou régionales ne sont donc pas possible à ce jour mais la comparaison entre établissements permet également de constater l'importante hétérogénéité qui existe entre eux (Figure 12). Les deux établissements de soins précédemment cités ressortent de nouveau avec une part importante de soignants jugeant qu'il ne leur est pas donné les moyens de fournir un travail de qualité (52% pour l'établissement B et 31% pour C) et qu'ils doivent souvent faire des choses qu'ils désapprouvent (respectivement 34% et 41%). Lors des entretiens, les salariés précisent qu'ils entendent par là le fait de ne pas pouvoir passer suffisamment de temps avec les patients.

Figure 12 : Autres éléments d'appréciation du travail chez les soignants selon l'établissement d'exercice

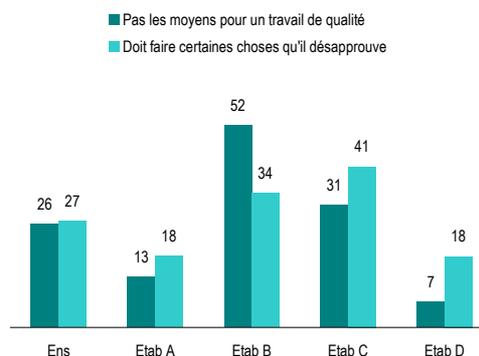
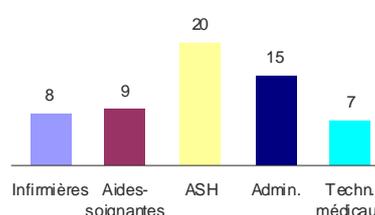


Figure 13 : Peur de perdre son emploi selon la profession (%)

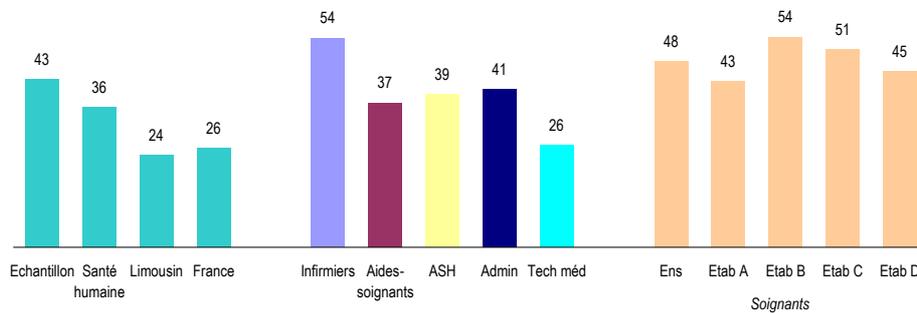


Une dernière nouveauté du questionnaire introduite en 2011 porte sur la peur de la perte de son emploi. Si on regarde les résultats par profession, on constate qu'aucune d'entre elle n'est épargnée. Infirmiers et aides-soignants sont respectivement 8% et 9% à avoir peur pour leur emploi, non en raison d'une précarité comme c'est le cas pour les ASH dont une sur cinq est concerné, mais par peur d'une faute professionnelle, d'après leurs dires au cours des visites médicales.

Pression psychologique

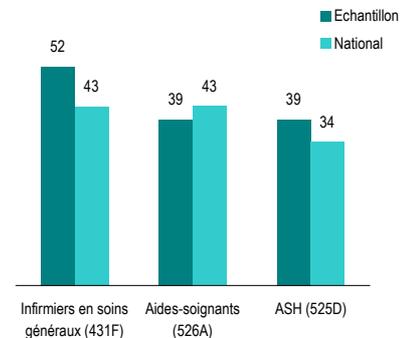
L'interrogation sur la pression psychologique est un peu une donnée générique servant à évaluer les risques psychosociaux. Elle comprend tout ce que le salarié interprète comme tel, aussi bien des relations de travail difficiles ou un problème managérial que des difficultés liées au contenu du travail (travail avec des personnes en difficultés, être confronté à la maladie ou la mort...). Aussi, comme on pouvait s'y attendre, le secteur de la santé humaine est particulièrement touché : plus du tiers des salariés de ce secteur d'activité (36%) déclarent subir une pression psychologique contre le quart en population salariée « générale » (24% pour le Limousin, 26% pour la France, Figure 14). Ce taux est plus important encore dans l'échantillon de cette étude avec 43% des salariés concernés. La profession infirmier qui représente une part importante de l'échantillon (37%) est la plus exposée (54%). En comparant les proportions par profession entre cet échantillon et l'échantillon national, les infirmiers en soins généraux au sens strict (PCS : 431F) ressentent d'ailleurs plus de pression psychologique ici que leur profession au niveau national : 52% contre 43% (Figure 15).

Figure 14 : Pression psychologique (%)



Enfin, comme à l'accoutumée, les 2 établissements pour lesquels la situation semble plus problématique en ce qui concerne les risques psycho-sociaux (B et C) affichent des taux plus importants au regard des données sur les soignants (Figure 14). Au-delà des difficultés liées à la proximité avec la maladie et la mort, ces deux établissements souffrent sans doute d'une accentuation de la souffrance psychologique ressentie du fait des difficultés précédemment relevées (contraintes temporelles plus importantes, sentiment de moindre reconnaissance du travail effectué...).

Figure 15 : Pression psychologique chez les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les ASH (%)

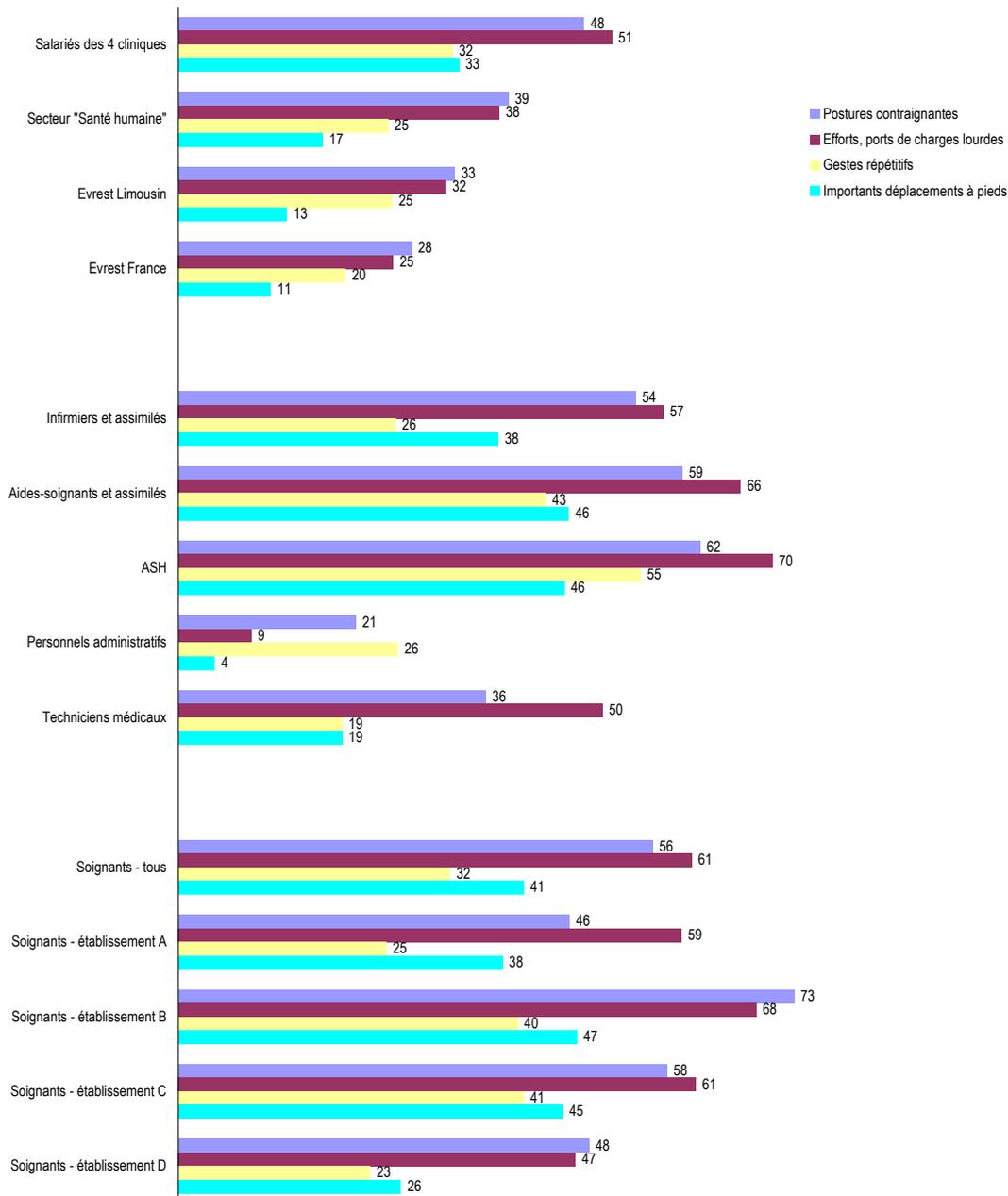


Contraintes physiques

Le travail dans le milieu hospitalier est décrit comme particulièrement difficile physiquement, notamment pour le personnel soignant et les agents de service hospitalier. Une exposition à des ports de charges lourdes ayant un caractère particulièrement difficile ou pénible est rapportée par 57% des infirmiers, 66% des aides-soignants et 70% des ASH (Figure 16). Cela est bien entendu moins fréquemment signalé par le personnel administratif (9%) bien que le quart d'entre eux (26%) déclarent que leur travail est rendu difficile par la réalisation de gestes répétitifs.

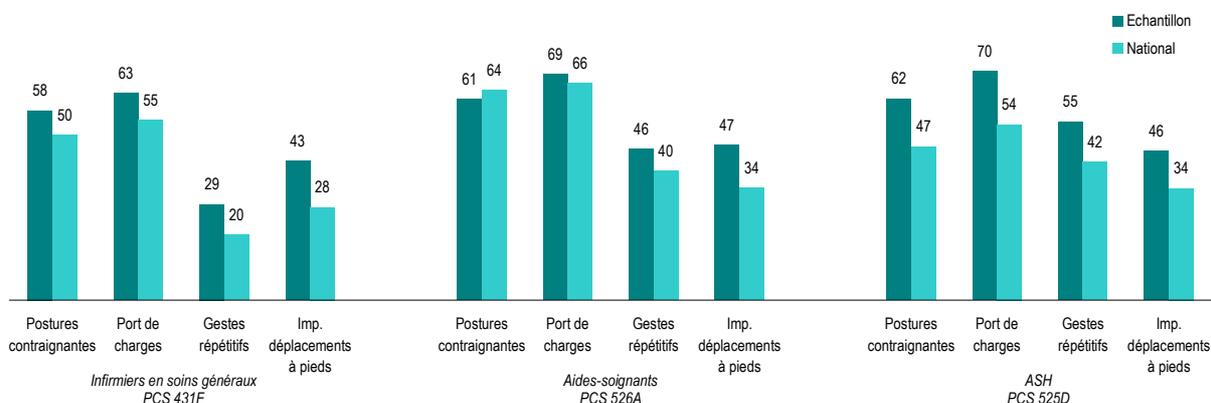
Globalement, les salariés des 4 cliniques enquêtées sont plus exposés encore que le secteur d'activité de la santé humaine, secteur lui-même plus exposé que la moyenne. En regardant le détail par profession, on constate que les salariés enquêtés seraient plus exposés que la moyenne pour les infirmiers, aides-soignants et ASH si on s'en réfère aux données Evrest de ces professions (Figure 17).

Figure 16 : Contraintes physiques imposées par l'activité professionnelle (% difficile ou pénible)



Au sein des établissements de soins, on constate par ailleurs que les soignants de la clinique ici nommée B, fortement exposée aux risques psychosociaux comme on l'a vu précédemment, se plaignent davantage des contraintes physiques difficiles ou pénibles qu'engendre leur poste de travail : 73% des soignants de cette clinique seraient exposés à des postures contraignantes difficiles dans leur travail, quand la moyenne des 4 établissements est déjà de 48%, tous salariés confondus (Figure 16).

Figure 17 : Contraintes physiques chez les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les ASH (% difficile ou pénible)



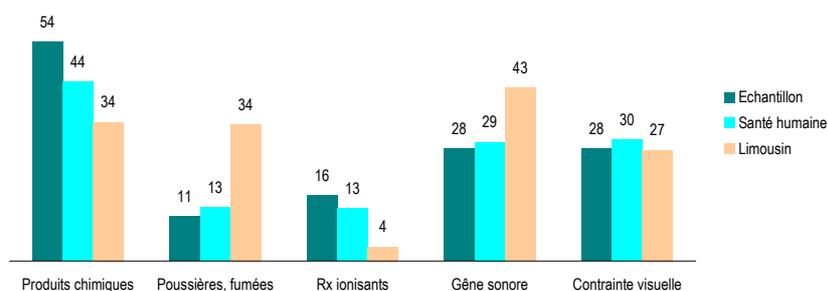
Autres expositions

Les autres facteurs d'exposition relevés grâce au questionnaire Evrest donnent un profil assez proche du secteur d'activité de la santé humaine : une forte exposition aux produits chimiques (plus de la moitié des salariés enquêtés), 28% de gêne sonore et/ou de contrainte visuelle et 16% d'exposition à des radiations ionisantes -alors que la moyenne chez les salariés du limousin n'est que de 4% (Figure 18).

Si on analyse les données par profession, les soignants et les ASH sont particulièrement exposés aux produits chimiques (

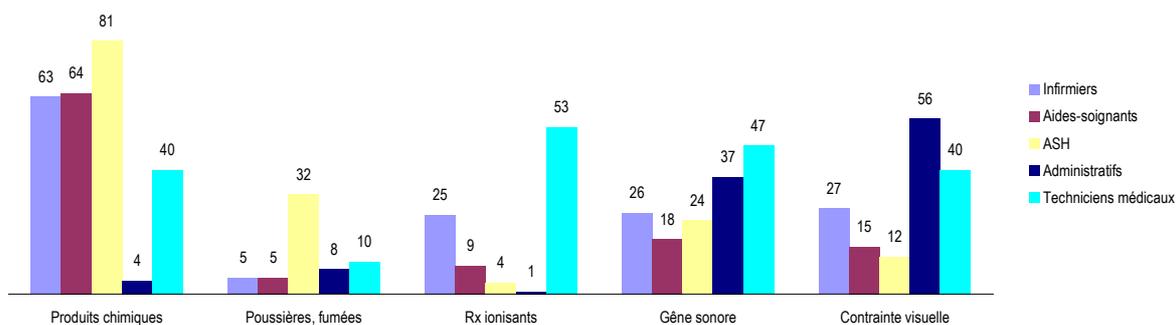
Figure 19). Poussières et fumées ne sont en revanche citées quasiment que par les ASH. Les contraintes visuelles concernent davantage les personnels administratifs et les techniciens médicaux, mais aussi 27% des infirmiers, probablement du fait de l'informatisation des dossiers médicaux des patients.

Figure 18 : Autres facteurs d'exposition professionnelle (%)



Enfin, pour les radiations ionisantes, plus de la moitié des techniciens médicaux sont exposés (53%) et 25% des infirmiers. Ce sont surtout les professionnels exerçant au bloc opératoire, en salle de réveil et en cabinets de radiologie.

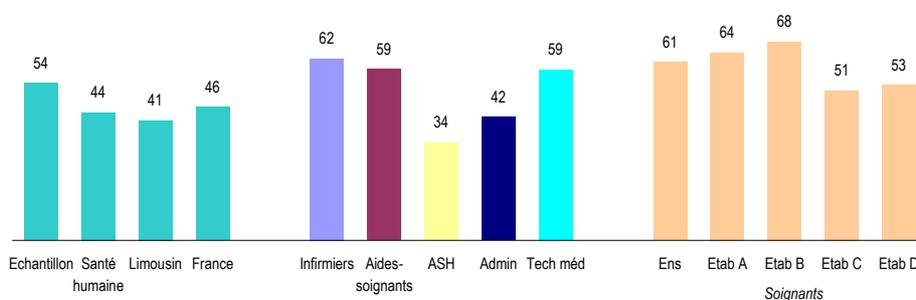
Figure 19 : Autres facteurs d'exposition par profession (%)



Formation

Plus de la moitié des salariés enquêtés (54%) ont bénéficié d'une formation au cours des 12 mois écoulés, les soignants et les techniciens médicaux plus encore que les autres (autour de 60%, Figure 20). Dans 2 établissements de soins (A et B), ce sont même les deux tiers des soignants qui ont bénéficié d'une formation dans l'année (64% et 68%).

Figure 20 : A bénéficié d'une formation depuis un an (%)



En comparant ces proportions aux données nationales Evrest, les infirmiers en soins généraux et les aides-soignants bénéficient de formation à un niveau finalement habituellement rencontré dans ces professions (Figure 21). En revanche, les ASH ne sont que 34% à avoir suivi une formation depuis 12 mois, contre 44% de la profession au niveau national.

Le rôle de tuteur ou de formateur est quant à lui plus fréquemment assumé par les infirmiers que par les autres personnels hospitaliers : 46% des infirmiers ont eu un rôle de tuteur ou de formateur au cours de l'année écoulée contre seulement 24% des aides-soignants et 21% des ASH (Figure 22). On notera qu'un établissement de soins (B) se distingue particulièrement avec 61% de ses soignants qui ont assumé le rôle de tuteur ou de formateur au cours de l'année écoulée.

Figure 21 : Formation reçue au cours de l'année écoulée chez les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les ASH (%)

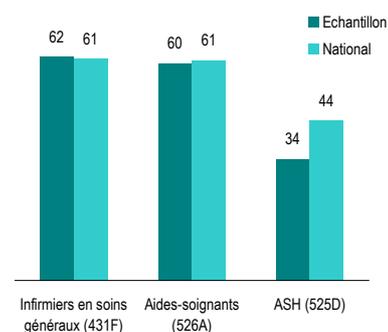
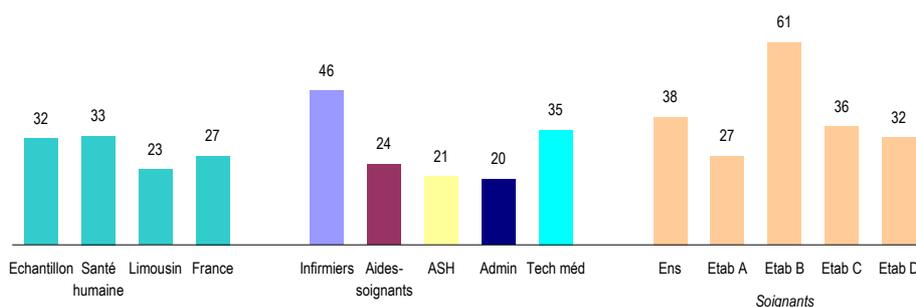


Figure 22 : A eu le rôle de formateur ou de tuteur depuis un an (%)



La santé des salariés des 4 cliniques

Surcharge pondérale et activité physique

Concernant la surcharge pondérale, on note des résultats parfaitement comparables à ceux relevés dans ce secteur d'activité : 38% de salariés en surcharge pondérale dont 12% en situation d'obésité (Figure 23). On aurait pu s'attendre à une plus faible proportion de surpoids et d'obésité dans la mesure où l'échantillon des cliniques est plus jeune que dans la branche d'activité et légèrement plus féminin. Aussi, ces résultats apparemment bons ne le sont pas vraiment si on croise les informations par âge et sexe : dans la population salariée limousine, 23% des femmes de moins de 45 ans et 36% des 45 ans et plus présentent une surcharge pondérale contre respectivement 31% et 41% dans l'échantillon des 4 cliniques (Figure 24). Aucune profession n'est épargnée et cela touche plus particulièrement les aides-soignants et les ASH chez les 45 ans et plus (Figure 25).

Les médecins expliquent cette prévalence plus importante de la surcharge pondérale chez les salariés des établissements de soins du fait des horaires de travail souvent décalés et du phénomène de « grignotages » que cela entraîne. Par ailleurs, on peut également noter que, même si la pratique régulière d'une activité physique est, chez ces salariés, comparable au secteur d'activité, et aux données régionales et nationales (Figure 26), l'hétérogénéité est de mise entre les professions : chez les femmes, infirmières et techniciennes médicales sont 53% à avoir une activité physique régulière, c'est 10 points de moins pour les aides-soignantes et les personnels administratifs et 10 points de moins encore pour les ASH, soit seulement 33% (Figure 27). Lors des consultations, ces dernières se plaignent d'un travail physiquement difficile et qui ne leur donne pas envie d'une activité physique supplémentaire dans le cadre de leurs loisirs. Au niveau national, la pratique d'une activité physique est fortement corrélée à la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les cadres sont 59% à avoir une activité physique régulière, les professions intermédiaires 52% et les employés 45% (42% en Limousin). Aucune différence notable n'apparaît entre les établissements de soins enquêtés sur l'activité physique ou la surcharge pondérale (Figure 28).

Figure 23 : Surcharge pondérale et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

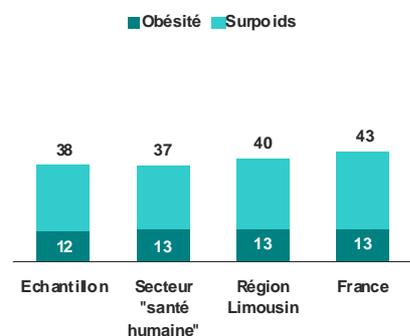


Figure 24 : Surcharge pondérale par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

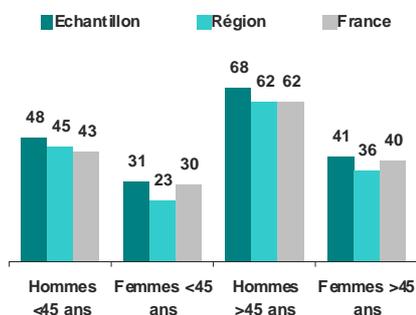


Figure 25 : Surcharge pondérale chez les femmes par âge et profession (%)

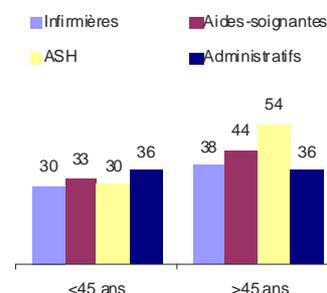


Figure 26 : Pratique d'une activité physique régulière et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

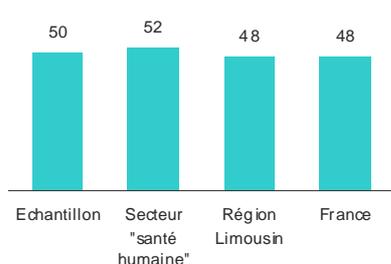


Figure 27 : Pratique d'une activité physique régulière chez les femmes selon la profession (%)

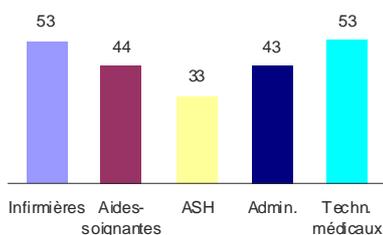
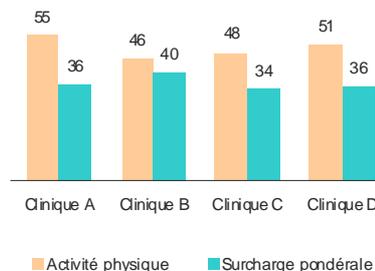


Figure 28 : Pratique d'une activité physique régulière et surcharge pondérale chez les soignants selon l'établissement d'exercice (%)



Consommation de tabac

Dans le secteur d'activité de la santé humaine, tout comme dans l'échantillon ici enquêté, le tabagisme est moins fréquent et plus modéré que chez le salarié moyen, aussi bien au niveau national que régional (Figure 29). On ne note pas de différence entre les 4 établissements de soins (tabagisme chez 28% à 33% des personnels soignants). En revanche, chez les femmes, on note une hétérogénéité entre les professions. Il y a ainsi par exemple plus de fumeuses parmi les ASH et les aides-soignantes que parmi les personnels administratifs (Figure 30).

Au niveau national, l'usage du tabac est fortement corrélé à la catégorie socio-professionnelle. Les ouvriers sont ainsi 45% à fumer contre moins du quart des cadres (23,5%).

Figure 29 : Usage du tabac et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

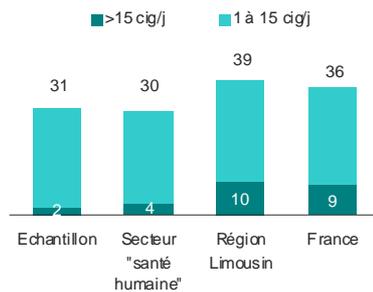
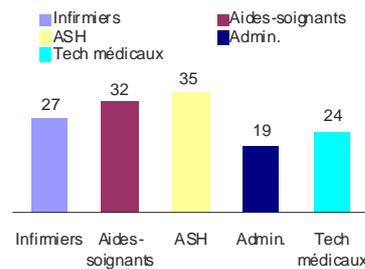


Figure 30 : Usage du tabac chez les femmes selon la profession (%)



Troubles ostéo-articulaires

Globalement, moins de troubles ostéo-articulaires ont été signalés lors de cette étude que ce qu'on aurait pu attendre des données de la branche d'activité « Santé humaine » particulièrement concernée par les TMS. Ce phénomène, probablement accentué par un plus jeune âge de notre échantillon, va à l'encontre des conditions physiques parfois difficiles souvent relevées. Le contact direct avec une population malade relativise sans doute la perception de la douleur chez les personnels soignants. Aussi, les prévalences des troubles ostéo-articulaires parmi la population salariée enquêtée sont assez proches des taux régionaux : légèrement plus faibles sur les localisations des membres supérieurs et inférieurs (Figure 31 ; Figure 37), la prévalence des troubles ostéoarticulaires du rachis est en revanche plus importante dans les cliniques que dans le reste de la région (Figure 34). Malheureusement, ces données souffrent probablement d'une certaine hétérogénéité dans le recueil au regard des variations entre établissements sur les seuls personnels soignants (Figure 42).

Les différentes professions sont inégalement touchées par ces problèmes, conséquences des conditions de travail décrites dans la première partie de ce rapport. Chez les salariées femmes, sont ainsi les plus concernées par les troubles ostéoarticulaires des membres supérieurs et du rachis les ASH, et, dans une moindre mesure, les aides-soignantes (Figure 33 ; Figure 39).

Figure 31 : Troubles ostéoarticulaires des membres supérieurs et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

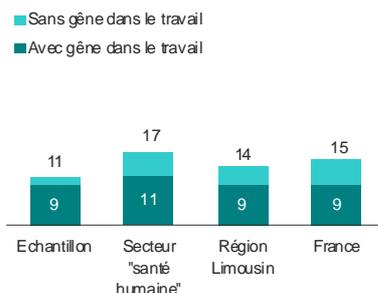


Figure 32 : Troubles ostéoarticulaires des membres supérieurs par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

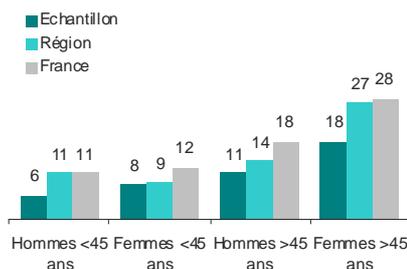


Figure 33 : Troubles ostéoarticulaires des membres supérieurs chez les femmes par âge et profession (%)

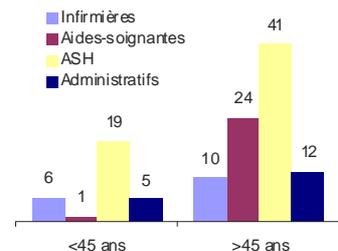


Figure 34 : Troubles ostéoarticulaires des membres inférieurs et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

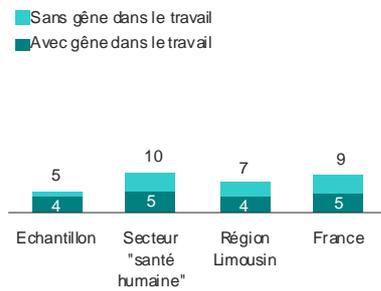


Figure 35 : Troubles ostéoarticulaires des membres inférieurs par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

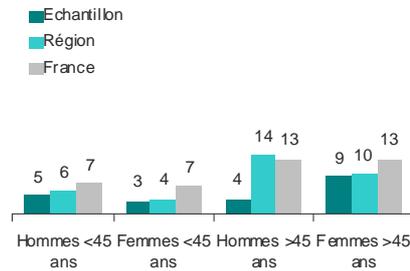


Figure 36 : Troubles ostéoarticulaires des membres inférieurs chez les femmes par âge et profession (%)

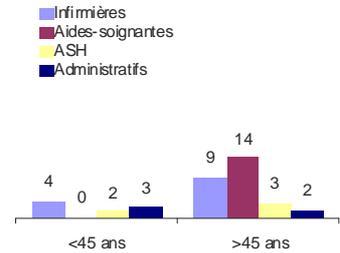


Figure 37 : Troubles ostéoarticulaires du rachis et comparaison aux données du secteur "Santé humaine", de la région et de France (%)

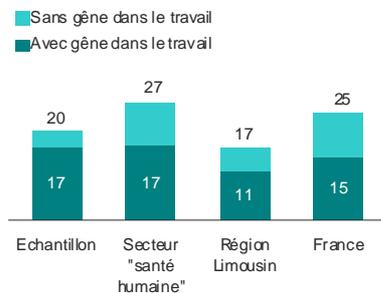


Figure 38 : Troubles ostéoarticulaires du rachis par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

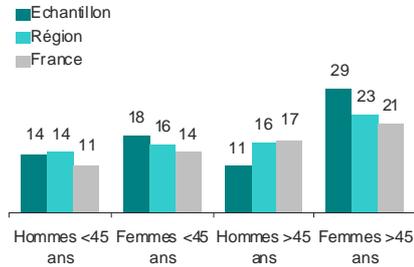


Figure 39 : Troubles ostéoarticulaires du rachis chez les femmes par âge et profession (%)

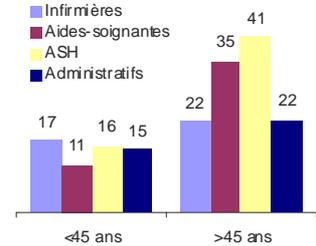


Figure 40 : Troubles ostéoarticulaires des membres supérieurs chez les soignants selon l'établissement d'exercice (%)

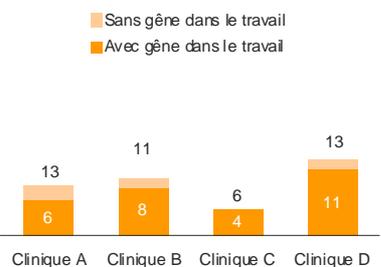


Figure 41 : Troubles ostéoarticulaires des membres inférieurs chez les soignants selon l'établissement d'exercice (%)

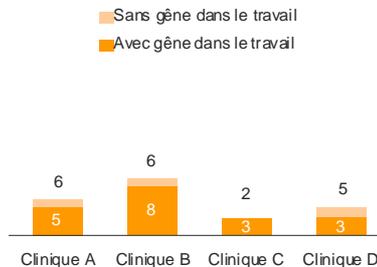
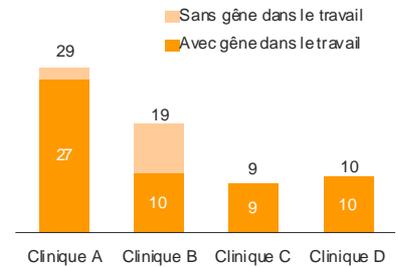


Figure 42 : Troubles ostéoarticulaires du rachis chez les soignants selon l'établissement d'exercice (%)



Troubles neuropsychiques

Comme pour les troubles ostéo-articulaires, il est probable que le contact avec des populations malades induise une perception de la souffrance psychique moindre chez les personnels soignants que pour d'autres salariés. La prévalence des troubles neuropsychiques rapportée chez les salariés des établissements de soins paraît ainsi, au premier abord, tout à fait comparable à la prévalence des salariés de la région, toute activité confondue. C'est le cas aussi bien pour la variable cumulée (Figure 52) que pour chacun de ses composants : fatigue, anxiété, et troubles du sommeil (Figure 43 ; Figure 46 ; Figure 49). Toutefois, étant donné que les femmes sont plus fréquemment concernées par la souffrance psychique que les hommes et qu'elles représentent une part très importante dans l'échantillon, la prévalence des troubles neuropsychiques aurait dû être logiquement plus importante. En effet, en se penchant sur la composition de cette variable par âge et par sexe (Figure 44 ; Figure 47), hormis concernant les troubles du sommeil (Figure 50), il apparaît que les salariés des 4 établissements de soins privés sont moins fréquemment touchés par des troubles d'ordre neuropsychiques (Figure 53). Pour ces problèmes de santé, on ne note pas d'écart conséquent entre les différentes professions (Figure 45 ; Figure 48 ; Figure 51 ; Figure 54), si ce n'est pour les personnels administratives de plus de 45 ans particulièrement touchées. On note également que, contrairement aux autres professions, les ASH les plus jeunes sont plus concernées par la souffrance psychique que les plus âgées, ce qui pourrait s'expliquer par une précarité de l'emploi des plus jeunes.

L'hétérogénéité entre les établissements de soins est ici très marquée et correspond aux différences relevées précédemment sur les risques psycho-sociaux avec les établissements B et C plus touchés que les deux autres (Figure 55).

Figure 43 : Lassitude ou fatigue et comparaison aux données "Santé humaine", régionales et nationales (%)

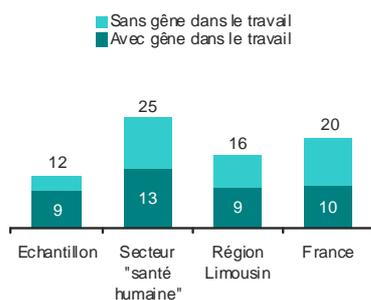


Figure 44 : Lassitude ou fatigue par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

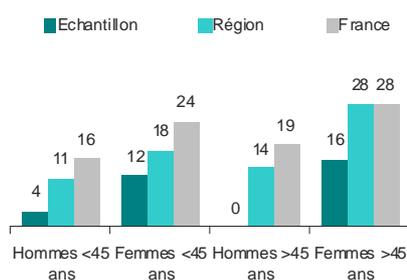


Figure 45 : Lassitude ou fatigue chez les femmes par âge et profession (%)

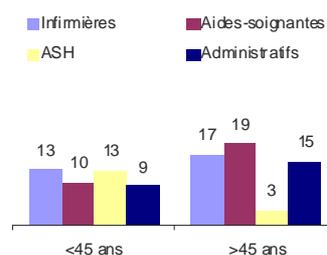


Figure 46 : Anxiété ou nervosité et comparaison aux données "Santé humaine", régionales et nationales (%)

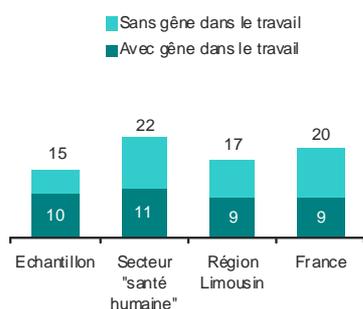


Figure 47 : Anxiété ou nervosité par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

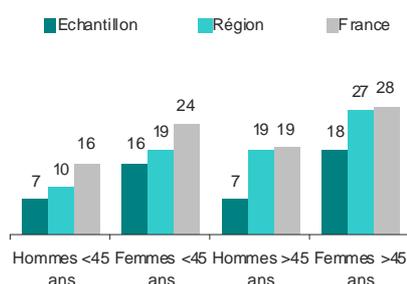


Figure 48 : Anxiété ou nervosité chez les femmes par âge et profession (%)

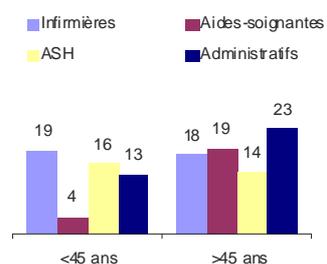


Figure 49 : Troubles du sommeil et comparaison aux données "Santé humaine", régionales et nationales (%)

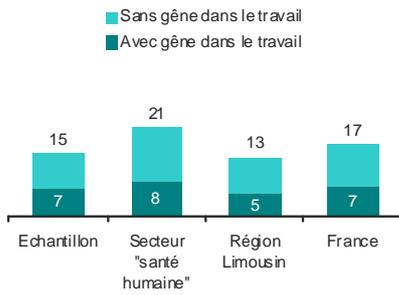


Figure 50 : Troubles du sommeil par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

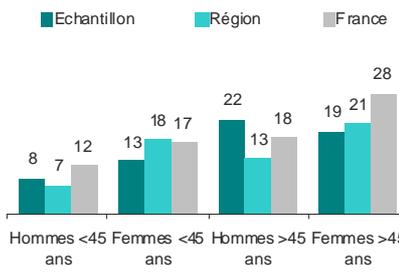


Figure 51 : Troubles du sommeil chez les femmes par âge et profession (%)

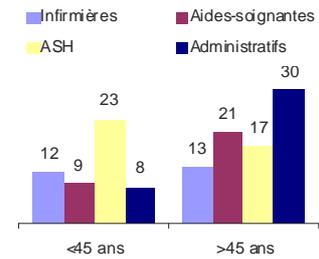


Figure 52 : Troubles neuropsychiques et comparaison aux données "Santé humaine", régionales et nationales (%)

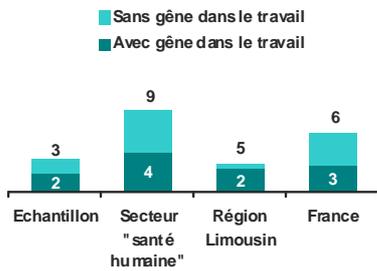


Figure 53 : Troubles neuropsychiques par âge et par sexe et comparaison aux données régionales et nationales (%)

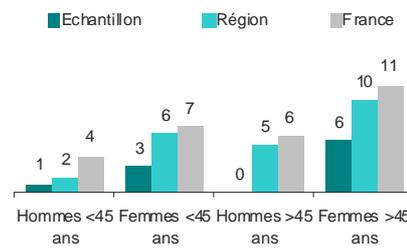


Figure 54 : Troubles neuropsychiques chez les femmes par âge et profession (%)

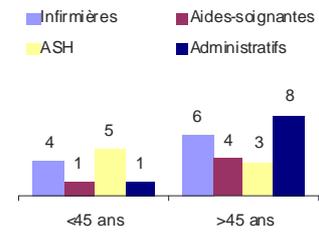
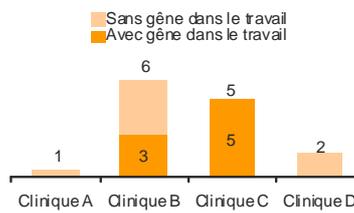


Figure 55 : Troubles neuropsychiques chez les soignants selon l'établissement d'exercice



Synthèse et conclusion

Pour la première fois en Limousin, le dispositif Evrest a été appliqué à une branche d'activité, celle des soins hospitaliers privés. Quatre établissements de soins privés ont ainsi été intégrés sur les 7 que compte la région (établissements Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Les deux-tiers des salariés de ces établissements ont été enquêtés, soit près de 900 salariés. L'échantillon recueilli est particulièrement féminin (85%) et est composé pour plus de moitié de personnels soignants (58%).

Comme on pouvait s'y attendre, les contraintes physiques sont très présentes chez ce personnel et notamment chez les soignants et les agents de service hospitaliers. Evidemment, elles sont beaucoup plus faibles chez les personnels administratifs. Les agents de service hospitaliers et dans une moindre mesure les infirmiers en soins généraux inclus dans cette étude se plaignent davantage des postures contraignantes et des ports de charges que ces mêmes professions au niveau France. Même si la moyenne nationale ne représente pas un objectif à atteindre ou une norme, ici les éléments de contrainte physique apparaissent plus négatifs que cette moyenne. C'est également le cas pour un grand nombre d'indicateurs relatifs aux risques psychosociaux. La contrainte temporelle imposée par le poste de travail en est une illustration : l'évaluation de la pression temporelle comme les autres éléments d'appréciation (concomitance des tâches, dépassement des horaires...) font état d'un rythme de travail particulièrement important dans ces cliniques. La pression psychologique est également très élevée. Par pression psychologique, on entend aussi bien des problèmes relationnels ou liés à l'organisation du travail que le fait d'être confronté à la souffrance et à la mort. Ici, la proportion de salariés qui déclarent subir une pression psychologique dans leur travail est pour 20 points supérieure à la moyenne régionale : 43% contre 24%, et ce taux est supérieur encore chez les infirmiers (54%). Aussi, que ce soit pour la pression temporelle ou psychologique, deux établissements de soins se distinguent par des taux particulièrement élevés.

Sur l'appréciation du travail enfin, la situation est assez proche du secteur d'activité « santé humaine » avec des éléments plutôt positifs comme le fait que le travail soit varié ou permette d'apprendre. Cependant, certains aspects du travail sont moins favorables : le manque de reconnaissance d'une part (cité par 35% des salariés enquêtés contre 25% pour le secteur d'activité) et de latitude décisionnelle d'autre part (39% contre 28% pour le secteur d'activité), problématique très importante dans la région pour cette branche d'activité. Par ailleurs, au sein des salariés des cliniques, la situation des ASH est moins appréciable que pour les autres professions : le travail est peu varié, il ne permet pas d'apprendre et les possibilités d'entraide seraient insuffisantes.

Malgré les risques psychosociaux importants et les contraintes physiques fortes, l'état de santé des salariés des établissements de soins privés est globalement plus favorable qu'au niveau national et régional. Le contact direct avec une population malade relativise sans doute la perception de la douleur chez les personnels soignants. Les prévalences sont ainsi moindres pour les troubles ostéo-articulaires des membres supérieurs et inférieurs et pour les troubles neuropsychiques que chez les autres salariés de la région, à âges et sexes comparables. Toutefois, les deux établissements de soins qui ressortaient constamment en termes de facteur de risque se distinguent ici également pour ce qui est des troubles neuropsychiques.

Dans les limites qu'on peut poser à cette étude, on notera le problème de l'effet enquêteur qui se ressent particulièrement dans la partie relative à l'état de santé renseignée par les médecins du travail. Sur les troubles ostéo-articulaires du rachis par exemple, l'hétérogénéité relevée entre les cliniques est probablement plus liée à des recueils différents des médecins du travail qu'à de réelles différences dans l'état de santé des salariés de ces établissements de soins, d'autant plus que cela ne correspond nullement à d'éventuelles contraintes physiques plus importantes dans certains établissements. Enfin, sur le taux de participation des salariés, il apparaît dommage que le tiers de ceux qui auraient dû être inclus dans l'enquête n'ont pas pu l'être en raison essentiellement de visites médicales périodiques qui n'ont pas été réalisées, et ce malgré un temps d'enquête relativement long.

En conclusion, le secteur hospitalier privé apparaît souvent contraignant physiquement pour les personnels soignants et les agents de service hospitaliers. Les risques psycho-sociaux déclarés s'avèrent également plus importants pour ces salariés que pour ceux d'autres secteurs d'activité et deux établissements sur les quatre se distinguent particulièrement sur cette problématique. Malgré ces facteurs de risque, l'état de santé des salariés enquêtés est relativement bon. Un suivi des évolutions s'avèrerait particulièrement opportun afin de mesurer l'éventuel impact des restructurations en cours dans ce secteur sur les conditions de travail et l'état de santé des salariés de ces établissements.

Annexe : questionnaire Evrest 2011

