



Institut National de Médecine Agricole

14 rue Auguste Comte - 37000 TOURS
☎ 02 47 66 61 07 - ☎ 02 47 66 08 28
✉ contact@inma.fr - <http://www.inma.fr>

Siège social:
INMA - Faculté de Médecine
10 bd Tonnelière - 37032 Tours cedex

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Médecine Agricole

**« A propos de l'impact socio-professionnel
de l'incontinence urinaire et anale
chez la femme en milieu agricole »**

Présenté par le Dr Anne Sophie
CHATELIER
Dour bihan
29550 PLOMODIERN
Expédié le 7 septembre 2010

Résumé

L'incontinence urinaire et anale représente un véritable problème de santé publique. La répercussion psychosociale et professionnelle pour la femme en milieu agricole peut être dramatique, le médecin du travail a un rôle important à jouer dans la prévention primaire et secondaire.

Un questionnaire a été remis à 20 médecins du travail des côtes d'Armor et du Finistère pour mesurer l'impact socioprofessionnel de l'incontinence urinaire et anale chez la femme en milieu agricole.

Ce problème de santé souvent considéré comme une fatalité est à l'origine de syndromes dépressifs, d'isolement social et d'arrêts de travail.

Dans trois cas cliniques, le médecin du travail avec l'aide de conseillers de prévention et d'ergonomes vont tout entreprendre pour maintenir les salariées présentant ce problème de santé dans l'entreprise.

Une campagne de sensibilisation et d'information avec les différents acteurs de la MSA pourrait être envisagée auprès des salariées agricoles.

Mots clés : Incontinences, salariée agricole, enquête.

Abstract

Urinary and anal incontinence represent a real public health issue. As their psychosocial and Professional impacts on patients are often dramatic, the role of occupational doctors is essential in those cases. Especially, primary and secondary prevention should never be forgotten ! A questionnaire has been submitted to twenty occupational doctors of the MSA from Côtes d'Armor and Finistère.

Its aims to measure the social and Professional impacts of urinary and anal incontinence on women living in the country.

These diseases, which are considered as a stroke of fate, spark off depressive syndromes, social isolation and work stoppages.

In three different clinicat cases, the occupational doctors surrounded by ergonomists and prevention counselors maintains the ill employees in the company.

As far as negative side-effects are concerned , there remains a considerable work of sensitizing among employees and occupational doctors in response to this disease.

Keyword : Incontinences, farm salaried, investigation

Remerciements

A Monsieur le Directeur Michel GAGEY,
Directeur de l'enseignement de l'INMA

Docteur Jocelyne GAUDON,
Médecin Chef du Travail

Docteur Véronique MAEGHT-LENORMAND,
Médecin du travail

Messieurs Daniel DEPARTOUT & Sylvain HEDER,
Conseillers en prévention

Madame Françoise HENRY,
Secrétaire

Sommaire

1 – INTRODUCTION	5
2 – INCONTINENCE URINAIRE ET ANALE	6
2.1 Définitions	6
2.2 Rappels d’anatomie et de physiopathologie	7
2.2.1 Rappels d’anatomie	
2.2.1 Rappels de physiopathologie	
2.2.3 Les facteurs favorisant l’incontinence urinaire et anale	
2.3 Diagnostic	11
2.4 Les traitements	12
2.4.2 L’information aux patientes	
2.4.3 Traitement de l’incontinence urinaire	
2.4.4 Traitement de l’incontinence anale	
3 - L’ENQUETE	15
3.1 La méthode	15
3.1.1 Objet	
3.1.2 Population	
3.1.3 La constitution de l’échantillon	
3.1.4 Les biais de l’étude	
3.2 Les résultats	16
3.2.1 Répartition des deux populations par classe d’âge : la population avec une incontinence urinaire et la population exempte	
3.2.2 Répartition selon les secteurs d’activité des deux populations	
3.2.3 Répartition selon le nombre de grossesse et les conditions d’accouchement	
3.2.4 L’âge de la mère lors de la première grossesse	
3.2.5 Le poids du 1er enfant	
3.2.6 La rééducation du post-partum	
3.2.7 Les antécédents médicaux et chirurgicaux et tabagisme	
3.2.8 Circonstances d’apparition de l’incontinence urinaire	
3.2.9 Comparaison des quatre facteurs de risque dans les deux populations sur le lieu du travail	

3.2.10 L'impact de l'indice masse corporelle sur l'incontinence urinaire	
3.2.11 L'évaluation de l'activité physique chez les salariées	
3.2.12 Suivi médical et traitement proposé	
3.2.13 Avis du médecin du travail et adaptation du poste si nécessaire	
3.3 Discussion	25
4 – TROIS CAS CLINIQUES :	28
4.1 Premier cas clinique: dans une serre de tomates	28
4.2 Deuxième cas clinique : dans une exploitation laitière	34
4.3 Troisième cas clinique : dans une entreprise agroalimentaire	37
5 – CONCLUSION	40

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1- Introduction

Il est justifié de rechercher une incontinence urinaire ou anale en médecine du travail, car la prévalence dans le cas de l'incontinence urinaire est élevée 10 à 53 % selon la population étudiée (1) et de 6 % dans la population générale pour l'incontinence anale (2). Peu de patientes consultent pour ces motifs, en raison des sentiments de gêne voire de honte liés à ces pathologies, on parle d' « affliction silencieuse ».

A l'occasion des différentes visites médicales du travail : embauche, annuelle, de reprise en post-partum ou après une chirurgie abdominale et pelvienne, la question sur l'incontinence doit être abordée et permet d'évaluer le retentissement psychosocial et la répercussion sur le lieu du travail. L'information à apporter aux patientes est un acte thérapeutique en soi. Le médecin du travail doit avoir des stratégies de prévention primaire et secondaire lors de la grossesse et en post-partum immédiat et tardif.

De plus ces affections considérées pour beaucoup de femmes comme une fatalité sont à l'origine de coûts importants pour la société : examens complémentaires, chirurgies, arrêts de travail et syndromes dépressifs induits (3).

Dans un premier temps, nous aborderons les généralités sur ces deux incontinenes : les définitions, les rappels anatomiques et physiopathologiques, le diagnostic et les traitements proposés.

Pour mesurer l'impact socioprofessionnel de l'incontinence urinaire et anale, un questionnaire sera remis aux médecins du travail des Côtes d'Armor et du Finistère sur une période de 2 mois, ce questionnaire permet d'évaluer la prévalence des incontinenes chez la femme dans le milieu agricole et de discuter des résultats obtenus par rapport aux données bibliographiques.

Nous détaillerons 3 cas cliniques :

- d'une salariée travaillant dans une serre de tomates,
- d'une exploitante agricole en production laitière,
- d'une salariée travaillant dans une entreprise agroalimentaire.

2 - L'incontinence urinaire et anale chez la femme

2.1 Définitions

2.1.1 L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par toute fuite involontaire d'urine dont se plaint la patiente (4). Les formes cliniques les plus fréquentes chez la femme sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence urinaire mixte.

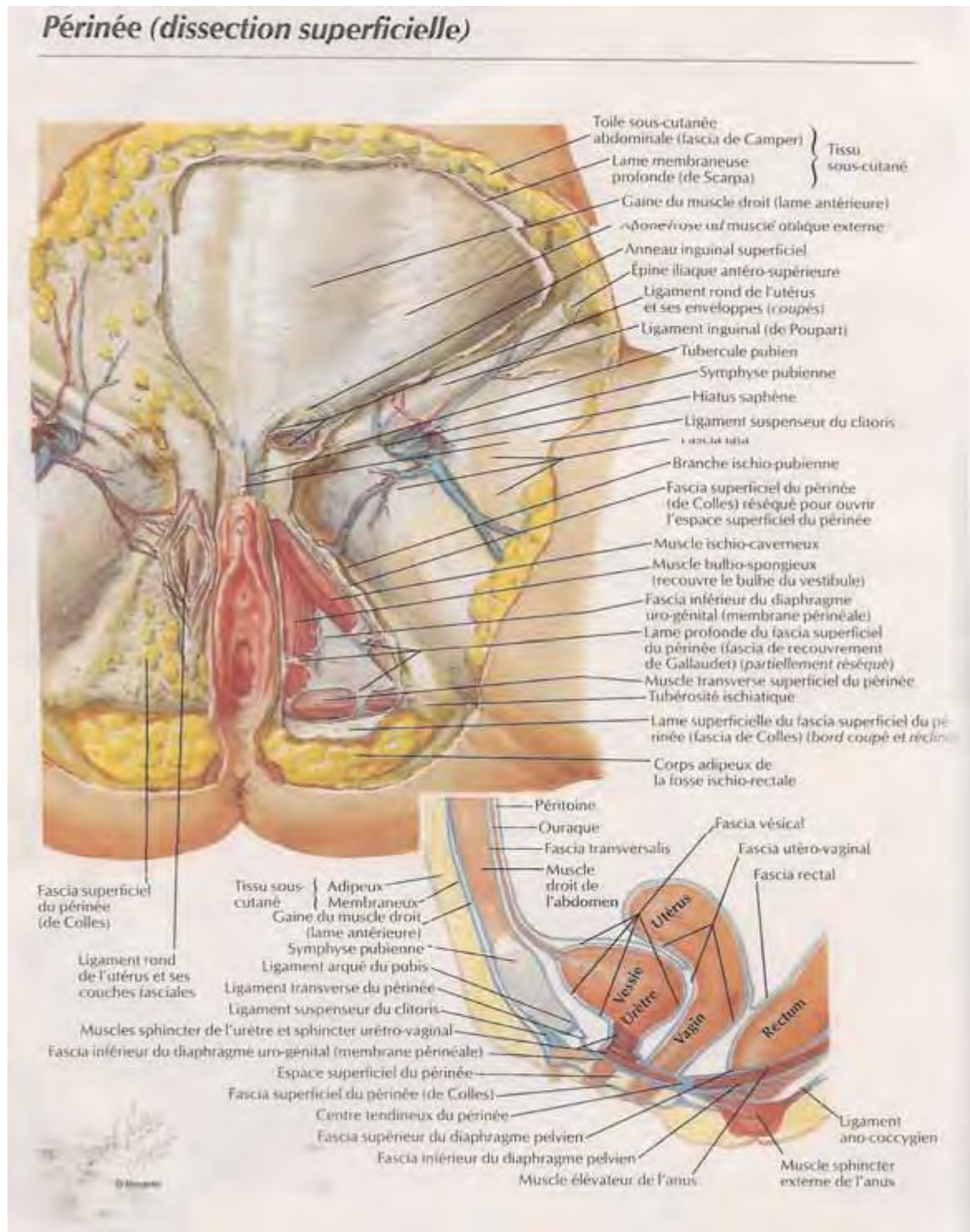
- **L'incontinence urinaire d'effort** est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que la toux, le rire, le soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression abdominale.
- **L'incontinence urinaire par impériosité** est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irréprouvable d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée.
- **L'incontinence urinaire mixte** combine les deux types de symptômes, et souvent l'un est plus gênant que l'autre pour la patiente. Il existe des incontinenes liées à des causes externes à l'appareil urinaire. Ce sont les incontinenes dues à des troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, à des causes iatrogènes, à des erreurs hygiéno-diététiques et ou à une réduction de la mobilité.

2.1.2 L'incontinence anale

L'incontinence anale de l'adulte est définie comme l'émission involontaire des gaz et ou des selles (5). Cette définition inclut l'incontinence fécale, définie comme l'émission involontaire de selles liquides et ou solides, à l'exclusion des pertes isolées de gaz ou de glaires.

2.2 Rappels d'anatomie et de physiopathologie

2.2.1 Rappels anatomiques



Le périnée se divise en trois étages (6) :

- L'étage supérieur est constitué du plancher qui sépare le périnée des organes pelviens. Il est essentiellement musculaire (4). D'avant en arrière on trouve :
 - le muscle releveur de l'anus avec sa portion élévatrice et sa portion sphinctérienne,
 - le muscle ischio-coccygien,
 - le muscle pyramidal du bassin.

Ces muscles forment le système de soutien musculaire des viscères pelviens. Ce plancher pelvien présente sur son axe sagittal deux hiatus :

- en avant le hiatus uro-génital traversé par l'urètre et le vagin,
- en arrière le hiatus anal contenant le canal anal.

Ce sont des points de faiblesse qui vont intervenir dans l'incontinence urinaire.

- L'étage moyen ou diaphragme uro-génital constitué par une formation aponévrotique : l'aponévrose périnéale moyenne qui présente deux feuillets : un feuillet supérieur très mince et un feuillet inférieur très épais. Entre ces deux feuillets, se trouvent deux muscles : en arrière, le muscle transverse profond du périnée et en avant, le sphincter de l'urètre périnéal. A la face inférieure de cette aponévrose se fixent les organes érectiles.
- L'étage inférieur du périnée est constitué des muscles superficiels du périnée : le transverse superficiel, le muscle ischio-caverneux et le muscle bulbo-caverneux. L'aponévrose périnéale superficielle recouvre tous ces éléments.
- Les plans les plus superficiels du périnée antérieur sont formés des grandes lèvres, des petites lèvres et du clitoris.

2.2.2 Rappels de physiopathologie

2.2.2.1 La continence vésicale

La vessie est formée de fibres musculaires lisses disposées en trois couches (8).

L'urètre est constitué d'un tissu conjonctif dense et de fibres musculaires lisses et striées qui forment le dispositif sphinctérien.

Les fibres musculaires lisses sont disposées en deux couches :

- Une couche interne formé de fibres longitudinales qui interviennent dans la miction en ouvrant le col de la vessie et en raccourcissant l'urètre.
- Une couche externe ou sphincter lisse formé de fibres obliques ou circulaires qui participent à la continence de l'urètre.

Le sphincter strié double extérieurement le sphincter lisse. Il participe à la continence volontaire.

La continence vésicale est sous l'influence de tous ces éléments anatomiques. La vessie se remplit, le sphincter lisse est contracté en permanence, lorsqu'elle est remplie, le besoin d'uriner se fait sentir. S'il n'y a pas de possibilité d'uriner, le sphincter se contracte sous l'effet de la volonté : c'est ce qui permet d'avoir une vie sociale.

Si des forces extérieures viennent appuyer sur la vessie, le sphincter lisse à une contraction réflexe. En cas d'effort de poussée, la contraction des muscles pelviens permet la continence urinaire. De plus, la continence est renforcée par l'écrasement de l'urètre contre le plancher pelvien.

Toute faiblesse de ces muscles entraînera des hiatus, une descente de l'urètre et des sphincters sous le plancher pelvien et donc des fuites en cas d'hyperpression.

2.2.2.2 La continence anale

La continence anale résulte de mécanismes complexes où interviennent les sphincters striés et lisses et leurs innervations végétatives, sensorielles et motrices (7). Le canal anal joue le rôle de barrière de pression. Au repos de 50 à 80 % de la pression est due au sphincter lisse, en contraction maximale permanente.

Son action est complétée par la présence des replis muqueux, des expansions des plexus hémorroïdaires (10 à 15 % de la pression de repos) et par la contraction tonique permanent du sphincter strié anal pour 20 %. Celui-ci peut volontairement doubler la pression intracanalalaire pendant une minute; son activité augmente pendant les efforts physiques, la toux.

La sensibilité du canal anal très discriminative (gaz, solides, liquides) est assurée par le nerf honteux interne.

Les réflexes recto-anal inhibiteur et recto-anal contacteur (l'arrivée des matières entraîne une relaxation du sphincter lisse modulée par le para-sympathique et une contraction du sphincter strié à la partie basse du canal anal) permettent conjointement à la compliance rectale de différer la défécation. Celle-ci est déclenchée par l'augmentation de pression intra-rectale liée au réflexe recto-anal contracteur et par la manœuvre de Valsalva qui induisent un réflexe recto-inhibiteur. L'ouverture de l'angle ano-rectale et l'inversion du gradient de pression permettent l'évacuation des selles ; puis les sphincters se contractent rétablissant le gradient de pression.

2.2.3 Les facteurs favorisant l'incontinence anale et urinaire

2.2.3.1 les facteurs favorisant l'incontinence urinaire

Ces facteurs de risques sont décrits dans le rapport de l'A.N.A.E.S de mai 2003 (1) :

- les principaux sont le ou les grossesses,
- les accouchements par voie vaginale et les traumatismes obstétricaux,
- la parité (trois enfants et plus),
- les antécédents de chirurgie pelvienne,
- l'obésité,
- l'énurésie dans l'enfance,
- l'activité physique intense,
- l'augmentation de l'âge surtout pour l'incontinence par instabilité vésicale.

L'incontinence urinaire peut être liée ou aggravée par :

- les infections urinaires basse à répétition,
- la vaginite atrophique,
- la constipation, les fécalomes,
- le diabète sucré ou insipide,
- l'insuffisance cardiaque ou veineuse,
- la bronchite chronique avec toux chronique,
- maladie neurologique,
- réduction de mobilité,
- troubles cognitifs,
- altération de l'état général,
- prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire,
- les erreurs hygiéno-diététiques : les apports hydriques excessifs, la consommation importante d'alcool ou de café.

2.2.3.2 Les facteurs favorisant l'incontinence anale

Les principales causes d'incontinence anale de l'adulte sont :

- Etats diarrhéiques et consistance anormale des selles : syndrome de l'intestin irritable, diarrhée infectieuse, post-cholécystectomie, iatrogène (laxatifs, antibiotiques), syndrome de malabsorption, entérite radique, maladies inflammatoires de l'intestin, syndrome du grêle court.
- Réduction de la compliance rectale : rectite inflammatoire, chirurgie de conservation sphinctérienne, tumeurs du rectum, rectite radique, ischémie rectale, collagénose, compression extrinsèque.

➤ Perturbation de la perception rectale : affection neurologique dans le cas de démence, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, tumeur cérébrale, troubles sensitifs. Incontinence par regorgement dans le cas de fécalome, encoprésie, drogues psychotropes, opiacés, rectocèle, traitement anti-diarrhéique, méga rectum, anisme.

➤ Atteinte des mécanismes sphinctériens anaux et du plancher pelvien :

- lésion anatomique dans le cas de traumatisme obstétrical, post chirurgical, tumeur anale, maladie inflammatoire,
- malformation congénitale
- lésion fonctionnelle dans le cas de neuropathie pudendale, de neuropathie diabétique, traumatisme des nerfs pelviens, du cône médullaire, des racines sacrées,
- dégénérescence primitive du sphincter interne de l'anūs, prolapsus rectal.

2.3 Diagnostic

2.3.1 L'incontinence urinaire

L'interrogatoire qui peut être fait en médecine du travail précise outre les antécédents gynéco-obstétricaux, la date de survenue des premières pertes d'urines, leurs relations avec l'effort, la toux, le rire, les changements de position et, surtout, l'interrogatoire permet d'apprécier la gêne fonctionnelle ressentie par le malade (gêne qui peut se ressentir sur son psychisme et sur sa vie sociale) (9).

En effet, 70% des malades ont une incontinence orthostatique, 10% de ces malades ont une incontinence majeure avec des pertes, lors du décubitus ou au moindre efforts et 20 % ont une incontinence que l'on pourrait qualifier de mineure qui apparaissent pour des efforts très importants.

Une fois, l'incontinence urinaire dépistée, la patiente pourra être orientée vers son médecin généraliste pour une prise en charge spécialisée avec un avis urologique et des examens complémentaires.

2.3.2 L'incontinence anale

L'interrogatoire précise l'ancienneté des troubles, la nature des fuites et leur fréquence, le port ou non d'une protection, l'association à des troubles urinaires à type d'incontinence. Il cherche : les antécédents gynécologiques et obstétricaux (accouchement par voie basse, épisiotomie, forceps, durée du travail et poids de naissance).

Les antécédents de chirurgie proctologique (fistule anale, fissure, hémorroïdectomie...) et les antécédents de chirurgie digestive. Des signes orientant vers une maladie neurologique, endocrine, métabolique et des traitements susceptibles d'entraîner une modification de la sensibilité ou de la motricité digestive.

Enfin, il apprécie au mieux le retentissement socioprofessionnel et l'état psychique (2). La patiente pourra être également orientée vers son médecin traitant pour une évaluation clinique et une orientation vers un gastroentérologue pour des examens complémentaires.

2.4 Traitements

2.4.1 Information aux patientes

Cette première partie de la prise en charge des patientes souffrant d'incontinence pelvienne est un temps essentiel dans la rééducation périnéale. Elle permet de rassurer les patientes de dédramatiser les situations, de les familiariser quant à leur anatomie à l'aide de planches anatomiques simples (10).

La prise en charge thérapeutique est le plus souvent progressive, le recours à la chirurgie étant dans la majorité des cas limité aux échecs des traitements médicaux. Il est important de signifier d'emblée aux patients que le projet thérapeutique peut s'inscrire dans la durée, et que l'absence de réponse satisfaisante à une thérapeutique initiale ne signifie pas l'échec de la prise en charge.

2.4.2 Traitement de l'incontinence urinaire

2.4.2.1 Les traitements médicaux des instabilités

Le choix du traitement dépend du type de plaintes et des attentes de la patiente (11). La vérification et l'adaptation des mécanismes comportementaux individuels constituent dans tous les cas un préalable indispensable :

- les habitudes en matière de consommation de boissons, les médicaments, l'accès aux toilettes,
- certains médicaments ont une influence négative sur la continence : les psychotropes, les diurétiques, les antihypertenseurs.

On conseillera de changer le traitement médicamenteux.

Les médicaments utilisés sont :

- les anti cholinergiques qui ont une action sur la contractilité vésicale,
- le buscopan,
- la spasmine

Ils peuvent avoir une action sur l'instabilité vésicale.

Les benzodiazépines qui relâchent le détrusor et le sphincter strié et améliorent la dyssynergie vésico-sphinctérienne (12). Sur les hypertonies vésicaux-urétrales, les antidépresseurs tricycliques sont d'une aide thérapeutique non négligeable après une semaine d'imprégnation.

Enfin, une place importante va être réservée aux antispasmodiques et spasmolytiques dont le chef de file est l'oxybutynine (Ditropan).

2.4.2.2 Les exercices du plancher pelvien

Cette technique peut être effectuée seule chez soi ou associée à un travail avec un rééducateur (13). L'aide d'un Kinésithérapeute permet d'obtenir de meilleurs résultats.

La rééducation comportementale qui est basée sur une prise de conscience des délais et des fréquences de mictions est associée à des exercices du plancher pelvien chez la femme de plus de 50 ans. Elle permet une amélioration de l'incontinence urinaire liée à l'effort ou en cas d'impériosité.

2.4.2.3 Le biofeedback instrumental

Cette technique de rétrocontrôle aide les patientes à la prise de conscience du fonctionnement du plancher pelvien, qu'elle soit correcte ou incorrecte. Par l'intermédiaire de capteurs, soit électromyographiques, soit manométriques, les patientes prennent conscience, de façon instantanée, de leur activité musculaire par un renvoi visuel ou sonore. Ces capteurs sont des sondes endocavitaires munies d'électrodes de surface ou munies d'un ballonnet permettant d'enregistrer une augmentation de pression lors de la contraction périnéale.

Le biofeedback instrumental peut être considéré comme une technique efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ou mixte de la femme. Dans le cas de l'incontinence par impériosité, l'apprentissage de la contraction du plancher pelvien a pour rôle d'inhiber le réflexe mictionnel. Le biofeedback joue un rôle dans le cadre de la prise en charge des patientes souffrant d'incontinence urinaire par impériosité.

2.4.2.4 L'électrostimulation fonctionnelle

Cette technique consiste à utiliser des courants électriques pour provoquer une contraction musculaire (fréquence 50hz) ou pour provoquer une inhibition vésicale (fréquence 5 à 25 Hz). L'électrostimulation à visée de renforcement est efficace, elle permet d'améliorer l'incontinence urinaire liée à l'effort ou en cas d'incontinence urinaire par impériosité.

Les contre indications à l'électrostimulation sont :

- grossesse en cours,
- présence d'un pace maker,
- hypoesthésie périnéale.

L'étude met en évidence que l'électrostimulation fonctionnelle ne suffit pas et que les exercices du plancher pelvien sont supérieurs. Il semble important d'associer l'électrostimulation à d'autres techniques.

2.4.2.5 Intervention chirurgicale

Si l'incontinence est une incontinence d'effort pure et que la rééducation n'a pas été suffisante, on peut proposer à une patiente qui le souhaite une chirurgie.

En France, la méthode principale est le TVT (tension free vaginal tape), sa mise en place est facile : la bandelette est montée à chacune de ses extrémités sur des baleines qui sont passés à l'aveugle du vagin vers la région sus pubienne en raclant la face postérieure du pubis. Après retrait des protections plastiques, la bandelette se trouve placée sous l'urètre, sans être accrochée (3). Elle permet d'assurer une butée lors des efforts.

Les résultats sont bons : 85 % de guérison, 10 % d'amélioration, 1 à 3 % d'échec. Dans les incontinences mixtes, il faut être très prudent, la chirurgie peut aggraver le versant impériosités. Dans les incontinences mixtes, il faut en premier traiter médicalement et réévaluer ensuite la gêne de la patiente.

2.4.3 Traitement de l'incontinence anale

2.4.3.1 Traitement médical

Le traitement débutera par des mesures diététiques et des prescriptions médicamenteuses adaptées aux caractères de l'incontinence anale (14).

En cas d'incontinence anale par regorgement, il faudra assurer un transit intestinal régulier et une vidange rectale optimale. L'augmentation de la ration quotidienne en fibres alimentaires, et l'utilisation régulière de laxatifs non irritants peut être utile. L'administration de lavements ou de suppositoires peut s'avérer nécessaire.

S'il s'agit d'une incontinence anale par accélération du transit, par insuffisance sphinctérienne ou par diminution de la capacité rectale, une réduction de l'apport en fibres alimentaires et l'utilisation de médicaments ralentisseurs du transit doit être recommandée.

2.4.3.2 Les techniques de rééducation

Par rapport aux conseils hygiéno-diététiques simples, les techniques de rééducation assistées (bio feedback) n'apportent pas de bénéfice clinique ou scientifique pertinent (15).

2.4.3.3 La chirurgie

Les techniques chirurgicales reposent, pour les plus simples sur les techniques de réparations sphinctériennes directes lorsqu'il existe un défaut significatif du sphincter anal externe mais le bénéfice fonctionnel ne se maintient pas durablement puisque l'immense majorité des malades ont des troubles de la continence 5 à 10 ans après le geste initial.(15)

3 L'enquête

3.1 Méthodologie

3.1.1 Objet

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer la prévalence urinaire et anale chez la femme, en milieu agricole et les facteurs de risque.

3.1.2 Population

La population étudiée est celle de salariées relevant du régime de la mutualité sociale agricole (MSA Armorique départements du 22 et 29) résidant principalement en zone rurale. C'est une région de polyculture-élevage et légumière.

Les salariées se répartissent principalement dans les exploitations agricoles, dans les filières de transformation et les services associés.

3.1.3 Constitution de l'échantillon

L'échantillon est composé de salariées travaillant en milieu agricole depuis au moins 1 an et âgées de plus de 20 ans ou ayant accouchées depuis plus de 2 ans.

Il s'agit d'une enquête de type transversal réalisée par 20 médecins du travail, des départements des côtes d'Armor (département 22) et du Finistère (département 29), sur la période d'avril à mai 2010. Le support est un questionnaire dont le sujet est : « Quel est l'impact socioprofessionnel de l'incontinence urinaire et anale chez la femme en milieu agricole ? » (annexe 1).

Le médecin du travail remplit le questionnaire à l'occasion d'une visite annuelle, de pré reprise ou de reprise, il explique l'intérêt de ce questionnaire et sollicite l'accord de la salariée.

3.1.4 Les biais de l'étude

Les biais de l'étude que nous devons prendre en compte pour l'interprétation des résultats C'est la forte proportion des salariées d'exploitation travaillant en serres.

La présence d'un médecin masculin ainsi que la nature des questions peuvent fausser les réponses en raison d'un sentiment de gêne.

La période de l'année peut avoir une incidence sur la composition de la population enquêtée.

Des conséquences, suite aux réponses, qui peuvent faire craindre un changement de poste.

3.2 Résultats

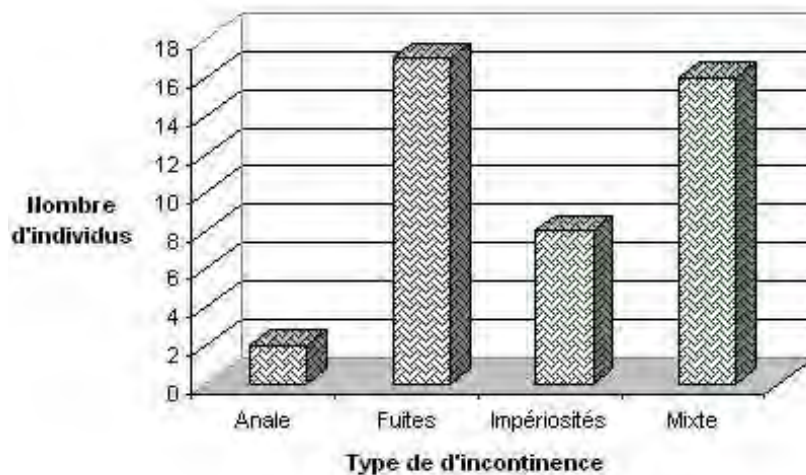
Nous avons obtenu 98 questionnaires sur la période du mois d'avril à mai 2010.

Dans l'analyse des résultats nous avons traité séparément les deux populations : les salariées souffrant d'incontinence et celle exempte, afin de les comparer et de montrer les facteurs de risque.

Sur les 41 salariées qui présentent une incontinence urinaire :

- ▶ dans 41 % des cas, elle se manifeste par des fuites urinaires,
- ▶ dans 20 % des cas, ce sont des impériosités,
- ▶ et 39 % ont une forme mixte.

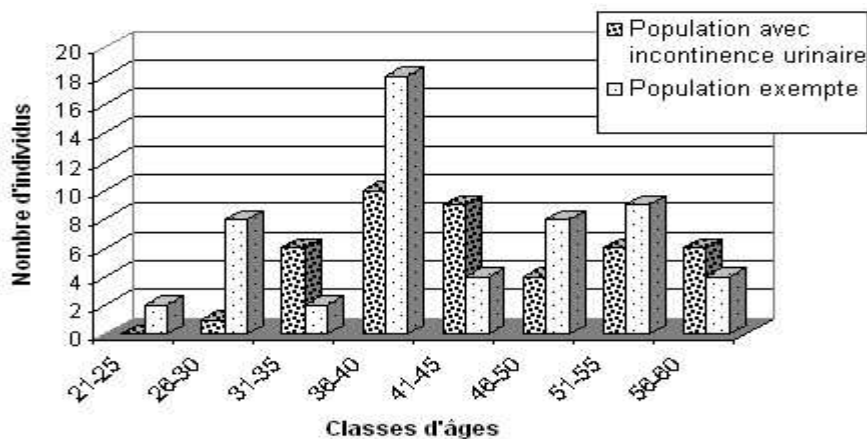
2 salariées présentent une incontinence anale sous forme de gaz importants.



Graphique 1 : Répartition des individus en fonction du type d'incontinence

3.2.1 Répartition des 2 populations par classe d'âge :

La plus grande fréquence des incontinenances urinaires concerne la tranche d'âge comprise entre 36 et 45 ans. Après 50 ans, une salariée sur deux présente une incontinence urinaire.

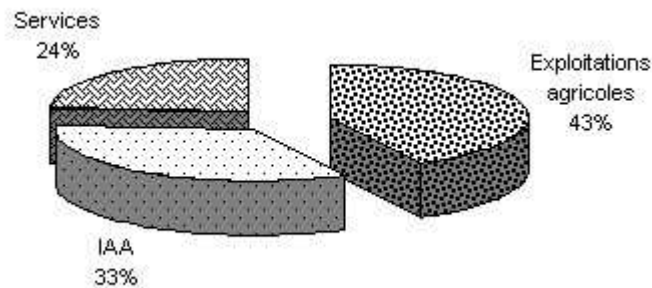


Graphique 2 : Répartition par classes d'âges des deux populations

3.2.2 Répartition selon les secteurs d'activité des salariées présentant une incontinence urinaire et anale

Les secteurs d'activité concernés sont :

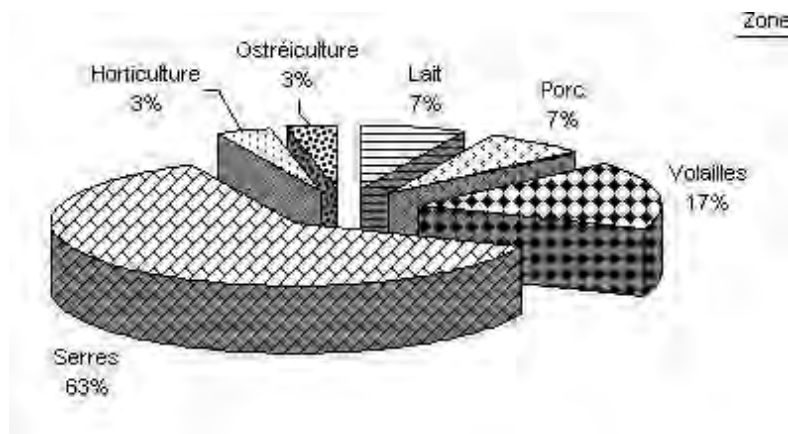
- les serres,
- les exploitations laitières, porcines, avicoles,
- l'ostréiculture,
- puis vient le secteur de l'agroalimentaire et enfin les métiers de service.



Graphique 3 : Répartition des femmes présentant des incontinences urinaires, par secteurs d'activités

Légende : IAA : Industries agro alimentaire

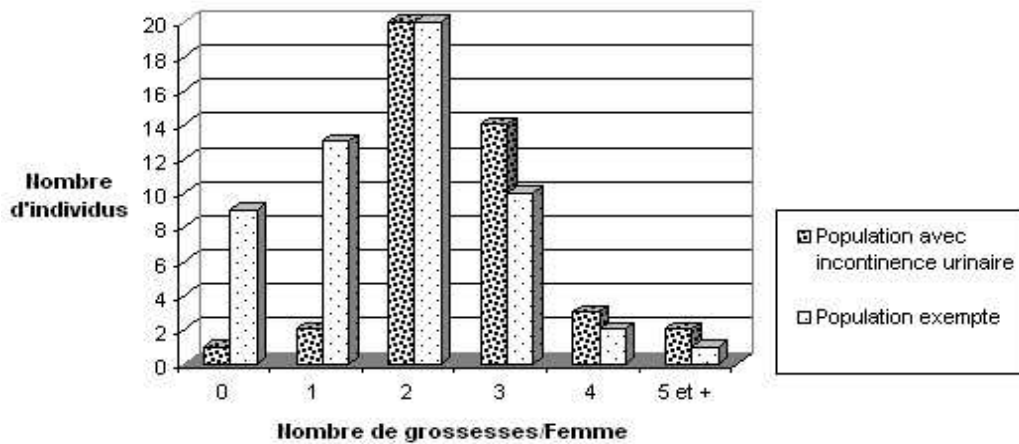
- 63 % des salariées interrogées qui présente une incontinence urinaire occupent un poste de travail dans une serre.



Graphique 4 : Dans les exploitations agricoles, répartition des femmes dans les différentes filières

3.2.3 Répartition des salariées en fonction du nombre de grossesses dans les deux populations et les conditions d'accouchement

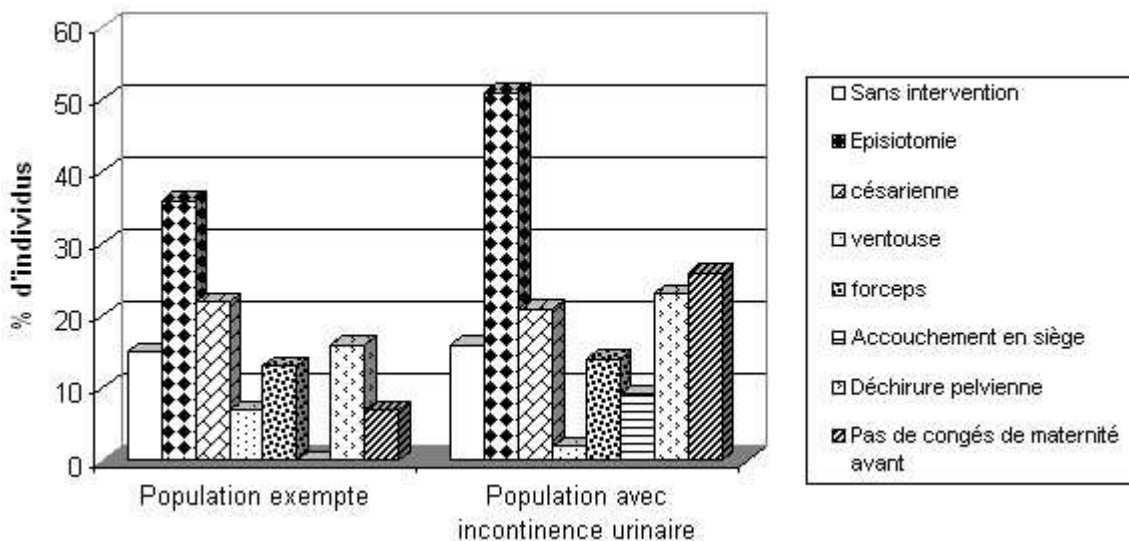
On constate qu'à partir de la deuxième grossesse le risque d'incontinence urinaire augmente de manière significative. Après la troisième grossesse, les salariées présentant une incontinence urinaire sont majoritaires.



Graphique 5 : Répartition des salariés en fonction du nombre de grossesses dans les deux populations

En comparant les deux populations, force est de constater que l'épisiotomie, l'accouchement par le siège, les déchirures pelviennes et l'absence de congé de maternité sont des facteurs favorisant de l'incontinence urinaire.

La césarienne ne semble pas avoir d'incidence sur l'incontinence urinaire.

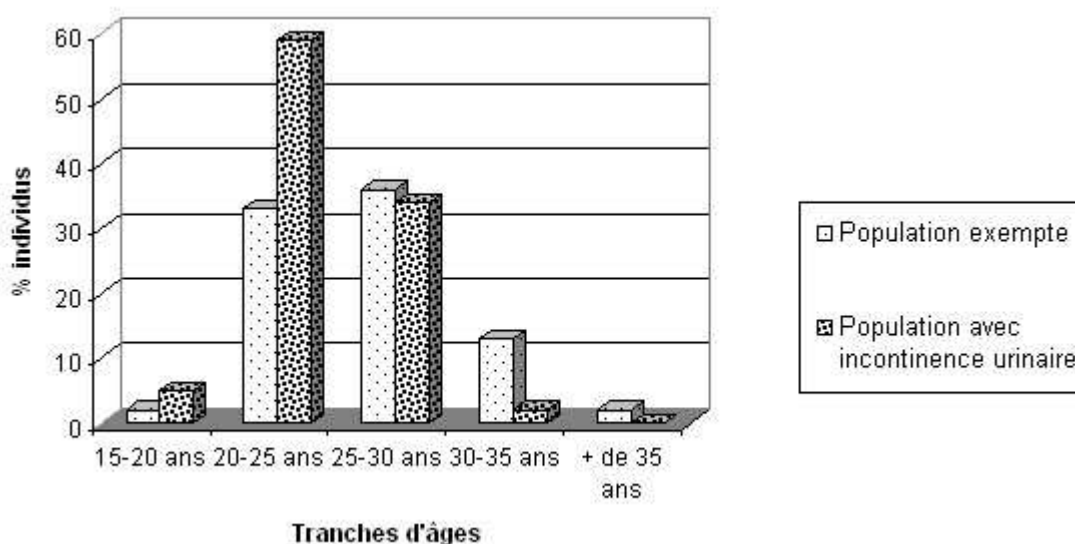


Graphique 6 : Les conditions d'accouchements : comparaison des deux populations

3.2.4 L'âge de la mère lors de la première grossesse

La population qui présente une incontinence urinaire a eu sa première grossesse entre 20 et 30 ans.

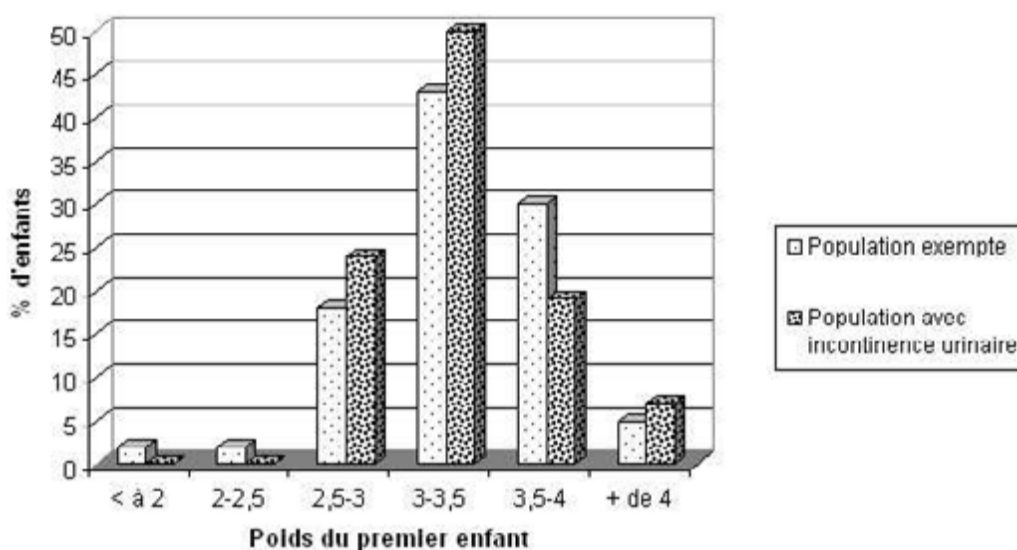
Ce graphique nous amènerait à penser que l'âge d'arrivée du premier enfant pourrait influencer sur le problème de l'incontinence urinaire. Une première grossesse, avant l'âge de 25 ans augmente le risque d'une incontinence ultérieurement.



Graphique 7 : Age de la femme à la première grossesse

3.2.5 Poids du premier enfant

Le poids du premier enfant pour les salariées avec une incontinence urinaire est situé pour la majorité entre 3 kg et 3,5 kg. 25 % des salariées qui accouchent d'un premier enfant, avec un poids supérieur à 3 kg 50, présentent une incontinence urinaire.

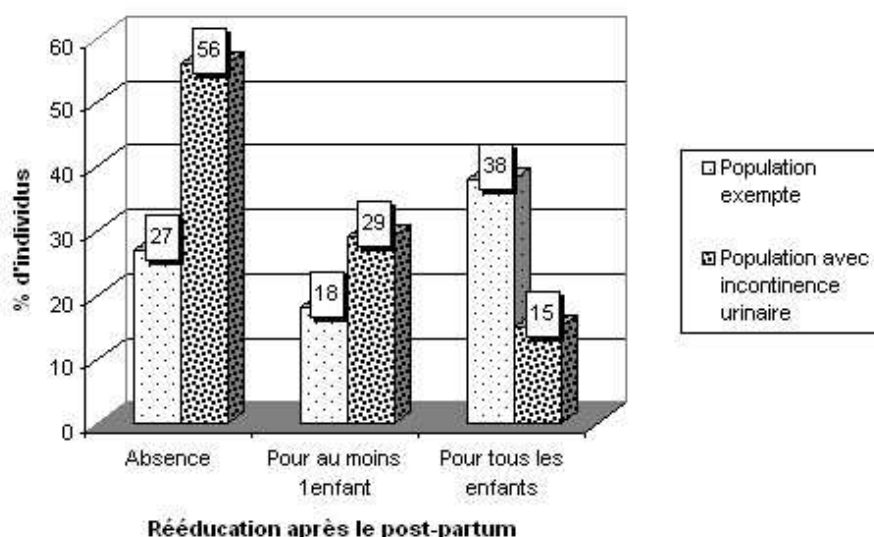


Graphique 8 : Poids du premier enfant

3.2.6 La rééducation après le post -partum

3.2.6.1 Comparaison des deux populations

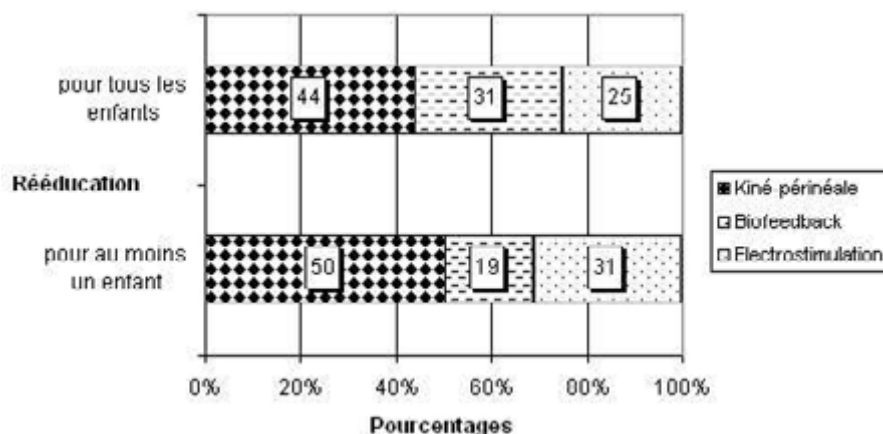
56 % des femmes qui n'ont pas réalisé de rééducation après leur grossesse présentent une incontinence sous forme de fuites ou d'impériosités. Une proportion nettement plus importante de femmes exemptes ont eut une rééducation pour tous les enfants (38 % contre 15 %).



Graphique 9 : Rééducation ou non après le post-partum : comparaison des deux populations

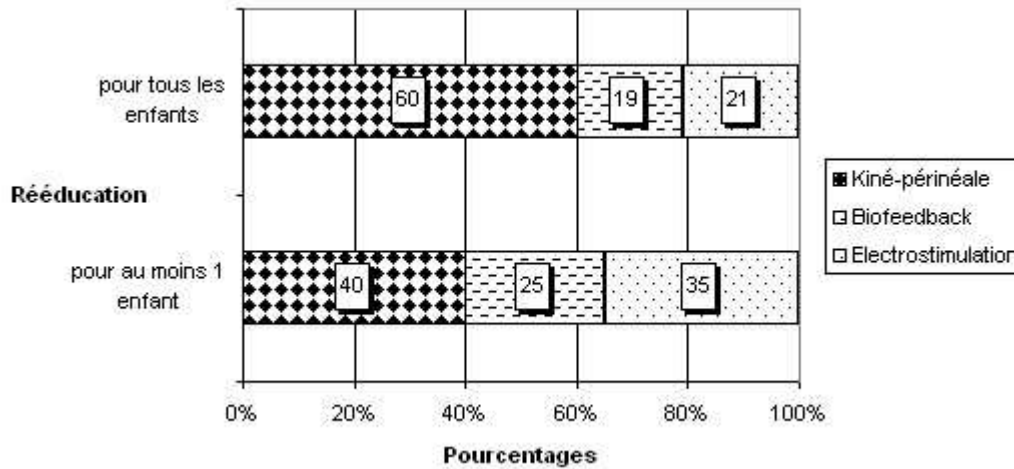
3.2.6.2 Les types de rééducation

Nous remarquons d'une façon générale pour chacune des deux populations que la kiné-périnéale est la rééducation la plus répandue. Chez la population présentant des incontinences urinaires, seulement 44 % des salariées ont fait de la rééducation périnéale après chacune des grossesses. 31 % et 25 % des autres salariées ont fait soit la méthode biofeedback ou de l'électrostimulation.



Graphique 10 : Nature de la rééducation périnéale, au sein de la population présentant des incontinences urinaires.

Dans le groupe exempt, 60 % des salariées ont fait de la kinésithérapie périnéale après chacune des grossesses.



Graphique 11 : Répartition et nature de la rééducation périnéale dans la population exempte

3.2.7 Antécédents médicaux et chirurgicaux pour les salariés présentant une incontinence urinaire et tabagisme

Sur les 43 salariées retenues :

- 2 salariées sont traitées pour une hypertension artérielle par un bêtabloquant,
- 2 salariées sont sous traitement anti-inflammatoire pour des lombalgies chroniques,
- 1 salariée est sous corticothérapie au long cours pour une dilatation des bronches,
- 1 salariée prend un traitement progestatif, 1 salariée a un traitement eostroprogestatif , 2 salariées ont un stérilet hormonal à base de progestatif.

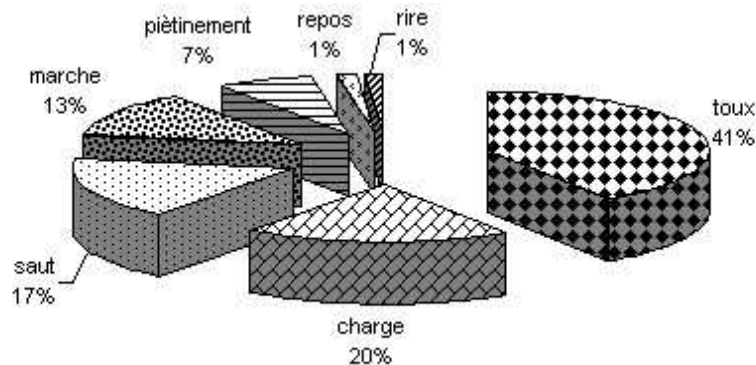
- 10 salariées ont eu une appendicectomie
- 3 salariées ont eu une cholécystectomie
- 2 salariées ont eu une hystérectomie
- 1 salariée a eu une abdominoplastie
- 1 salariée a une dilatation des bronches

37 % des salariées avec une incontinence urinaire fument et la consommation moyenne est de 18 paquets année.

3.2.8 Les circonstances d'apparition de l'incontinence urinaire

41 % des salariés évoquent d'abord la toux comme facteur déclenchant, suivi en deuxième position du port de charges (20 %), puis du saut (17%) et enfin la marche et le piétinement.

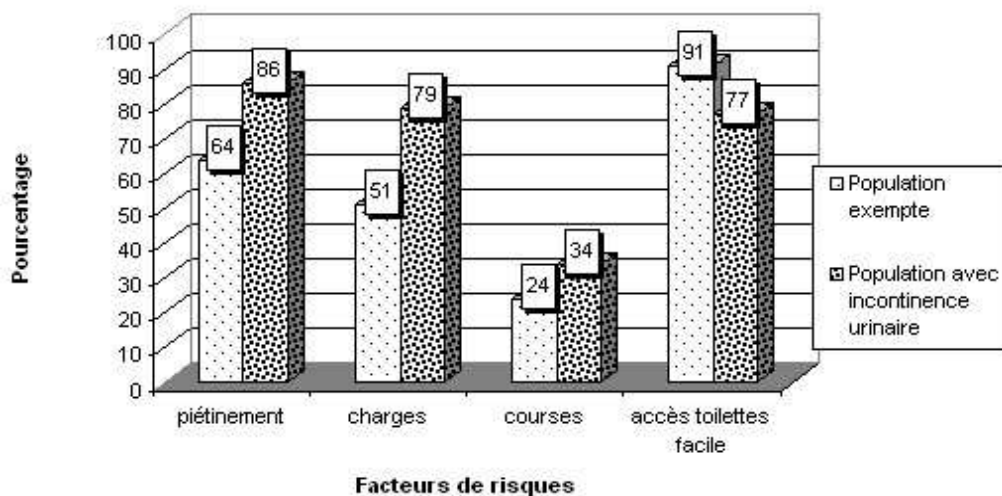
Le repos et le rire représentent 1 % des facteurs favorisants.



Graphique 12 : Facteurs de risques les plus fréquemment évoqués par les femmes sujettes aux fuites urinaires.

3.2.9 Comparaison des quatre facteurs de risque rencontrés au poste de travail

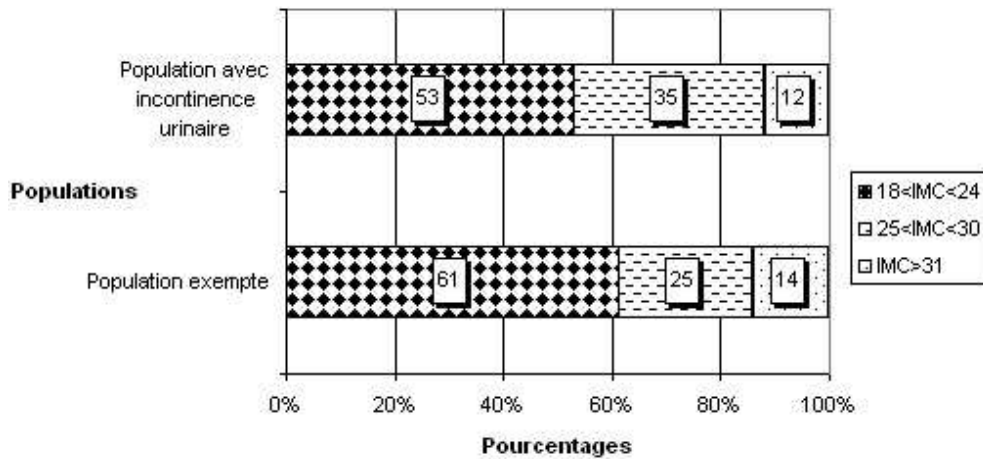
La comparaison des deux populations montre que l'incontinence est provoquée par le piétinement, la course et le port de charges. La population sans incontinence a un accès plus facile aux toilettes.



Graphique 13 : Comparaison de quatre facteurs de risques rencontrés au poste de travail dans les deux populations

3.2.10 Impact de l'indice masse corporelle sur le risque d'incontinence

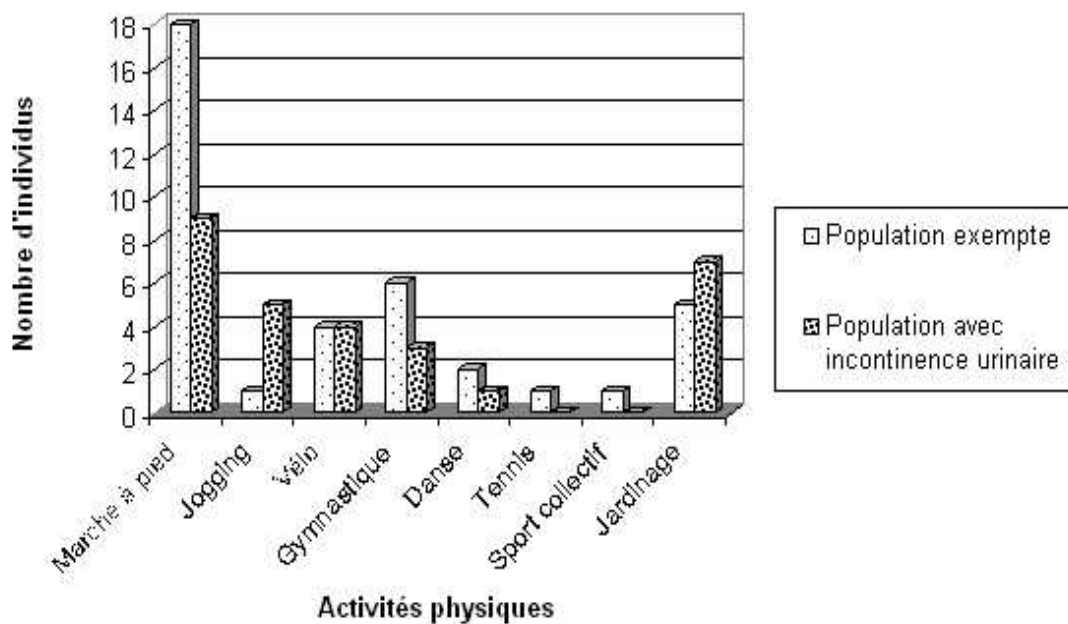
47 % de la population avec une incontinence urinaire à un indice masse corporelle supérieure à 25. Par comparaison, 61 % des femmes exemptes ont un IMC inférieur à 25.



Graphique 14 : Répartition de chacune des deux populations, en fonction de leur IMC

3.2.11 Evaluation de l'activité physique chez les salariées

La majorité des salariées qui pratiquent régulièrement de la marche, de la gymnastique et du vélo est exempte d'incontinence urinaire.



Graphique 15 : Les activités physiques dans les deux populations

3.2.12 Suivi médical et traitement proposé

Seulement 5 salariées ont consulté :

- une : un urologue,
- une : une sage Femme,
- une : un médecin Généraliste,
- deux salariées ont vu un gynécologue.

Le traitement proposé est en priorité la rééducation périnéale pour quatre d'entre elles et l'électrostimulation pour une autre. Le traitement prescrit sera des ovules pour une de ces salariées et de la furadantine^o pour une autre.

3.2.13 Avis du médecin du travail et adaptation du poste si nécessaire

Pour une salariée, le médecin du travail a préconisé de pratiquer une rééducation périnéale et l'a orienté vers son médecin traitant. Deux femmes ont été orientées vers un gynécologue.

Aucune patiente n'a été mise inapte, mais une préconisation a été donnée pour deux d'entre elles :

- ▲ la première est magasinnière dans une industrie agroalimentaire. La préconisation est de limiter le port de charges.
- ▲ la deuxième travaille chez un serriste, pour limiter les torsions de la colonne vertébrale et du bassin, le travail en position assise a été recommandé.

Sur une exploitation agricole laitière, l'installation de toilettes a été conseillée au gérant. C'est d'ailleurs une des demandes qui revient souvent.

3.3 Discussion

Avec plus de 3 millions de Français concernés, l'incontinence urinaire constitue un véritable enjeu de santé publique (16). La prévalence de l'incontinence urinaire est plus élevée que les autres pathologies chroniques chez la femme (33).

En France, la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort étudiée à l'occasion d'une enquête représentative de la population générale et âgée de plus de 18 ans était de 19 % (16). 20 % de ces femmes avaient un retentissement sur leur qualité de vie. Ces données observées en France sont comparables aux différentes études menées dans les différents pays de l'Union européenne. Pour l'incontinence fécale, les troubles fonctionnels ano-rectaux concerneraient une personne sur quatre (15).

Pour la région Bretagne, selon les statistiques établies à la suite des Instants Santé pour l'année 2008, 20 % des femmes ont des pertes urinaires à 40 ans, 40 % ont des pertes urinaires et des impériosités la nuit à 50 ans. Ce pourcentage augmente de manière significative après 40 ans (annexe 4).

Dans notre enquête effectuée sur les départements des Côtes d'Armor et du Finistère, 45 % des salariées interrogées souffrent d'incontinence urinaire. Elle se manifeste principalement lorsque la salariée tousse, saute, court ou porte des charges.

Notre enquête montre que la majorité des salariés présente une incontinence urinaire après 40 ans. Dans la littérature, sur un échantillon de 1700 femmes d'une moyenne d'âge de 40 ans : la prévalence de l'incontinence urinaire est de 17.8 % avant 40 ans et 38.5 % après 40 ans. 45 % avait une incontinence urinaire d'effort, 6 % avait incontinence urinaire par impériosité et 49 % avait une incontinence urinaire mixte (17).

Les principaux facteurs de risques d'incontinence urinaire sont les événements de la vie obstétricale : grossesse, poids du bébé, accouchement par voie vaginale et l'hystérectomie mais aussi le vieillissement. La prévalence de l'incontinence urinaire est de 14.6 % après la grossesse (17).

Dans une enquête transversale en médecine générale, sur 2116 femmes interrogées ayant plus de 35 ans et ayant accouchées depuis plus de 2 ans: 53 % déclarent avoir des troubles urinaires, soit 18 % avant 40 ans, 42 % de 40 à 60 ans et 25,6 % de 64 à 74 ans (18).

L'incontinence urinaire d'effort est un handicap social qui concerne principalement la période du post-partum et celle de la péri-ménopause (3).

L'enquête montre que la prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec le nombre de grossesses et les antécédents de traumatisme du périnée (l'épisiotomie et les déchirures pelviennes). Après 2 grossesses, le nombre de salariées avec une incontinence urinaire augmente de façon significative. Le poids du bébé supérieur à 4 kg joue un rôle dans l'apparition d'une incontinence urinaire. Une 1ère grossesse avant l'âge de 25 ans semble jouer un rôle dans l'apparition d'une incontinence urinaire, cela peut s'expliquer par un manque d'information, l'absence de rééducation, l'absence de repos avant l'accouchement.

Dans une série de 202 patientes, 13 % des primipares et 23 % des multipares ayant accouché par voie basse ont présenté une incontinence anale et ou une impériosité fécale six semaines après leur accouchement.

Notre enquête montre que 56 % des salariées avec une incontinence urinaire n'ont pratiqué aucune rééducation périnéale. Des études prospectives montrent toute l'efficacité de la rééducation sur la prévalence de l'apparition des symptômes urinaires (19).

Toutes les recommandations internationales indiquent que la rééducation périnéale doit être le traitement de première intention de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme . Deux rapports de la haute santé de médecine (10) ont confirmé cette position pour la France. L'objectif de la rééducation périnéale est à la fois le renforcement du tonus musculaire périnéale et l'acquisition de réflexes visant un meilleur contrôle de la continence urinaire tant dans les situations d'efforts que de la survenue d'épisodes d'urgenterie (16).

Dans notre enquête, seulement 44 % des salariées qui présentent une incontinence urinaire ont réalisé de la rééducation périnéale pour tous les enfants. L'incontinence est 3 fois moins fréquente 3 mois après l'accouchement chez les femmes présentant une hypermobilité du col vésical si elles ont suivi un programme de rééducation anténatale constituée d'une information verbale et de 5 séances d'exercices du plancher pelvien supervisées par un thérapeute après l'accouchement. L'éducation et le travail manuel de kinésithérapie tient une place essentielle devant l'électrostimulation et les techniques de biofeedback.

La littérature montre 66 % à 89 % de bons résultats pour l'électrostimulation en cas d'incontinence urinaire d'effort et 49 % à 72 % pour l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale. Mais l'électrostimulation doit être associée aux autres techniques soit la kiné périnéale ou le biofeedback. Dans l'enquête, 24 % des salariées qui ont une incontinence urinaire n'ont eu que de l'électrostimulation pour tous les enfants.

Très peu de salariées dans notre enquête ont une oestrogénothérapie, pourtant l'action des oestrogènes sur les fibres musculaires lisses, et récepteurs alpha et leur action trophique n'est plus à démontrer. Peu de salariées consultent leur médecin généraliste pour ce problème de santé. La voie d'administration importe peu en cas de traitement substitutif. Il semblerait que le traitement local, au niveau urologique, joue un rôle supplémentaire (12).

En plus de ces facteurs de risques obstétricaux, les tâches répétitives contribuent au développement d'une incontinence urinaire d'effort. Notre enquête montre que la majorité des salariées agricoles avec une incontinence urinaire travaillent dans une exploitation agricole et surtout occupent un poste de travail dans une serre. Ce métier cumule un certain nombre de facteurs à risque comme le piétinement, le port de charge, la torsion du bassin et un travail debout sur chariot en élévation. Le travail en exploitation agricole, toutes productions confondues (Lait, porc, volaille, ostréiculture) expose les salariées à ces mêmes facteurs de risques.

Les activités sportives sont fréquemment associées à la continence, car la sédentarité comme la surcharge pondérale ou le tabac constituent d'autres facteurs prédisposant à une incontinence de stress (11). Le sport pratiqué de façon quotidienne est un facteur protecteur.

La localisation des toilettes revêt une importance particulière pour une femme souffrant d'une vessie hyperactive. 33 % des salariées qui présentent une incontinence urinaire d'effort n'ont pas un accès faciles aux toilettes soit à cause des cadences du travail ou que la localisation des toilettes les obligent à retarder leur miction. L'absence de toilette ou leur éloignement du lieu de travail, est fréquent en exploitation laitière.

Une autre étude (18), réalisée par 60 médecins généralistes, montre que seulement 16 % des patientes atteintes de troubles urinaires consultent. Parmi ces femmes :

- ▲ 13 % étaient gênées en permanence,
- ▲ 34 % dans les activités de la vie quotidienne,
- ▲ 12 % dans la vie professionnelle,
- ▲ 11 % dans la pratique du sport.

Le retentissement médico-socio-professionnel est considérable: repli sur soi, sentiment de honte, perte d'emploi, intervention médicale et chirurgicale. 11 % des femmes auront besoin d'une cure chirurgicale de prolapsus pelvien au cours de leur vie (33) avec toutes les répercussions que cela peut avoir au niveau professionnel.

Dans notre enquête, seulement 11 % ont consulté un thérapeute de leur propre initiative, et 4 % ont été adressées par leur médecin du travail vers un médecin généraliste. Les médecins du travail sont intervenus sur quatre situations en favorisant l'accès aux toilettes, en augmentant les pauses, en limitant les manutentions et en privilégiant les positions assises. Il a conseillé l'installation de sanitaire dans une exploitation agricole. Mais il reste un travail considérable de dépistage, de prévention, de sensibilisation des médecins du travail face à ce problème de santé publique.

Le médecin du travail a un rôle important à jouer car il sera parfois le seul thérapeute à voir la salariée, il pourra dépister et identifier les femmes à risques. Il peut déjà informer toute jeune femme qui désire un enfant, sur l'importance de la rééducation. Il peut améliorer les conditions du travail en faisant une analyse du poste et ainsi écarter les facteurs à risque.

En collaboration avec l'ergonome, le chef d'entreprise, le médecin du travail va pouvoir adapter le poste au problème de santé de la salariée. L'intervention de conseillers de prévention dans l'entreprise (réunions informatives, fiches d'informations, ...) permet de sensibiliser les salariées.

Dans le cadre des visites médicales, si des risques potentiels d'aggravation sont repérés, une stratégie de prévention doit être mise en place chez les patientes opérées d'incontinence d'effort. Car cette affection est à l'origine de coûts importants directs (garnitures, institutionnalisation des personnes plus âgées, examens complémentaires et traitement notamment chirurgicaux) et indirectes (arrêts de travail, syndromes dépressifs induits) pour la société.

4 - CAS CLINIQUES

4.1 Salariée travaillant dans une serre de tomates

4.1.1 Description du poste

Madame X est embauchée depuis mars 2005 chez Monsieur Y, exploitation légumière produisant des tomates sous 1,5 Ha de serre. Douze salariés sont employés à l'entretien des plants et à la cueillette des tomates.

Les horaires de travail sont les suivants :

8 heures 30 - 12 heures

13 heures 30 – 18 heures

2 pauses de 15 minutes sont organisées à 9h30 et 15h30

Les jours travaillés vont du lundi au vendredi, le vendredi après midi est exceptionnellement travaillé.

4.1.2 Description de l'activité et de la tâche

Description de la mise en place de la culture TOMATES (novembre à décembre)

Mise en place du plant :

- découper un carré dans le plastique du substrat avant de poser le plant pour permettre aux racines de se développer.
- poser le plant (tous les 50 cm).
- mettre les capillaires.

Première opération : descendre la culture ou “training” (opération faite généralement par un homme)

Deuxième opération : le palissage

Il a pour objet de guider la plante vers la lumière et de lui donner un support à l'aide d'un fil support et de clips.

- l'opérateur ou opératrice va se mettre à hauteur (épaules “ basses ” et mains au niveau de la poitrine),

- il va régler la vitesse d'avancement du chariot,

- il va tourner le fil autour du plant et poser des clips qu'il prend dans un sac fixé au niveau de la taille.

Troisième opération : ébourgeonnage

Le but va être d'éliminer tous les bourgeons et pousses auxiliaires qui se développeraient au détriment du plant et des fruits.

Trois procédés rencontrés :

- coupe manuelle par cassure nette au ras de la tige.
- coupe avec un couteau.
- coupe avec un sécateur.

Comme pour le palissage, l'opératrice règle sa hauteur de chariot et la vitesse d'avancement. Les bourgeons et pousses auxiliaires sont jetés entre les rails.

Quatrième opération : effeuillage, taille des bouquets

Fin de culture

Début novembre :

- ramassage des feuilles entre les rails et mis en rouleau pour être évacué par la remorque dans l'allée centrale.
- coupe des pieds de tomates et des fils.
- ils sont mis entre les rails.
- Retrait des tubes capillaires



**Photos tirées de l'étude de poste réalisée
Par D Languillat, le 22 novembre 2005**

- passage de la ficeleuse, broyage et mis en remorque (allée centrale) pour l'évacuation à l'extérieur.
- les pains de substrat (2,8 kg quand secs) sont mis sur les chariots servant à la récolte puis évacuation par remorque vers l'extérieur.
- les rails sont remontés et accrochés à l'aide d'un support crochet toutes les deux travers.
- les gaines de Co2 et tubes capillaires sont mis sur les rails.
- Nettoyage intérieur des vitres à la pompe



Photos tirées de l'étude de poste réalisée par D Languillat, le 22 novembre 2005

D'après l'employeur, le travail de Mme X consiste à tailler le bouquet, réaliser l'égormandage, être affectée à l'effeuillage, clipsage, récolte et vide sanitaire. D'après Mme X, son travail est polyvalent, elle peut être affectée indifféremment à l'ensemble des tâches citées précédemment.

Tâches signalées par l'employeur

Taille du bouquet

- **Objectif**

Garder 6 fruits par grappe, ou 5 si on est en présence d'une double grappe.

- **Méthode de travail**

Ce travail s'effectue sans outil, le salarié retire les fruits malformés et les fleurs en trop par un simple pincement de la tige entre le pouce et l'index. Le salarié doit relever le bouquet afin de repérer ceux qui nécessitent une intervention.



Le travail s'effectue à l'aide d'un chariot électrique à hauteur variable, les épaules sont en position base lors du travail. L'avance du chariot est automatique et la vitesse d'avancement est réglable à l'aide d'un variateur. En début de culture, la taille du bouquet se fait assis sur un chariot placé sur les rails. En moyenne un salarié effectue 13 rangées par journée de travail.



L'effeuillage

- Objectif

Retirer les feuilles pour dégager les bouquets afin de faciliter la récolte.

- Méthode de travail

A l'aide d'un sécateur manuel, l'opérateur coupe le feuillage et le place entre les rails, dans l'allée centrale afin qu'ils sèchent. Lorsque le salarié repère une maladie sur le pied de tomate il le gratte à l'aide d'un couteau et y vaporise une solution antiseptique. En début de culture, l'effeuillage se fait assis sur un chariot placé sur les rails. Au fur et à mesure de l'avancement de la culture, les pieds de tomates sont descendus permettant un travail toujours à hauteur de bras évitant ainsi une flexion du tronc vers l'avant et le maintien des épaules en position haute.

Récolte

Le salarié utilise un sécateur dans la main droite pour couper le pédoncule des tomates et de la main gauche, récupère les fruits et les positionne dans un carton.

L'opérateur utilise un chariot pour le transport la récolte de tomates et les cartons. Il le déplace manuellement entre les rangs sur des rails.

A chaque rang, la quantité de tomates récoltée est d'environ 20 caisses de 10 kg soit un chariot de 200 kg à pousser et à amener dans l'allée centrale.



Les salariés peuvent être gênés pour pousser les chariots jusqu'à l'allée centrale, la jointure entre les rails peut bloquer ou freiner l'avancement des chariots de récolte.

Les chariots pleins sont récupérés par l'employeur à l'aide d'un tracteur, ce dernier se charge d'approvisionner un palettiseur automatique.

Activité	Période	Observations
Mise en place de l'outil	Novembre/décembre	Beaucoup de port de charges.
Mise en place de la culture	Décembre/janvier	Beaucoup de port de charges.
Premiers palissages puis descente de cultures	A partir de janvier et en continue jusqu'à la mi-octobre	Travail sur chariots en élévation.
Clipsage, taille des bouquets, ébourgeonnage	A partir de janvier et en continue jusqu'à la mi-octobre	Travail sur chariots en élévation. Dans ces travaux toute la gestuelle est faite par les membres supérieurs
Récolte et effeuillage	A partir de janvier et en continue jusqu'à la mi-octobre	Travail au sol Piétinement Port de charges et torsion de la colonne vertébrale Poussée des chariots de récolte
Conditionnement	A partir de janvier et en continue jusqu'à la mi-octobre	Travail au sol Piétinement et port de charges. Tâche réalisée par l'employeur
Nettoyage	Octobre/novembre	Beaucoup de port de charges.

Activité de Mme X selon son employeur.

Le travail d'ouvrière en serres comporte des tâches nécessitant le port de charge de pains de substrat, de caisses et autres éléments nécessaires à la conduite de cette culture.

4.1.3 Aménagement du poste

La salariée présente des troubles urinaires depuis son hystérectomie il y a 4 mois. Elle présente principalement une incontinence urinaire d'effort pour la tâche « port de charge », transport des caisses de tomates, lors de la marche et du nettoyage de la serre. Avec le soutien du médecin du travail, une demande d'adaptation du poste a été demandée et acceptée .Le but essentiel est le maintien dans l'entreprise de cette salariée et cela implique un changement de l'organisation du travail.

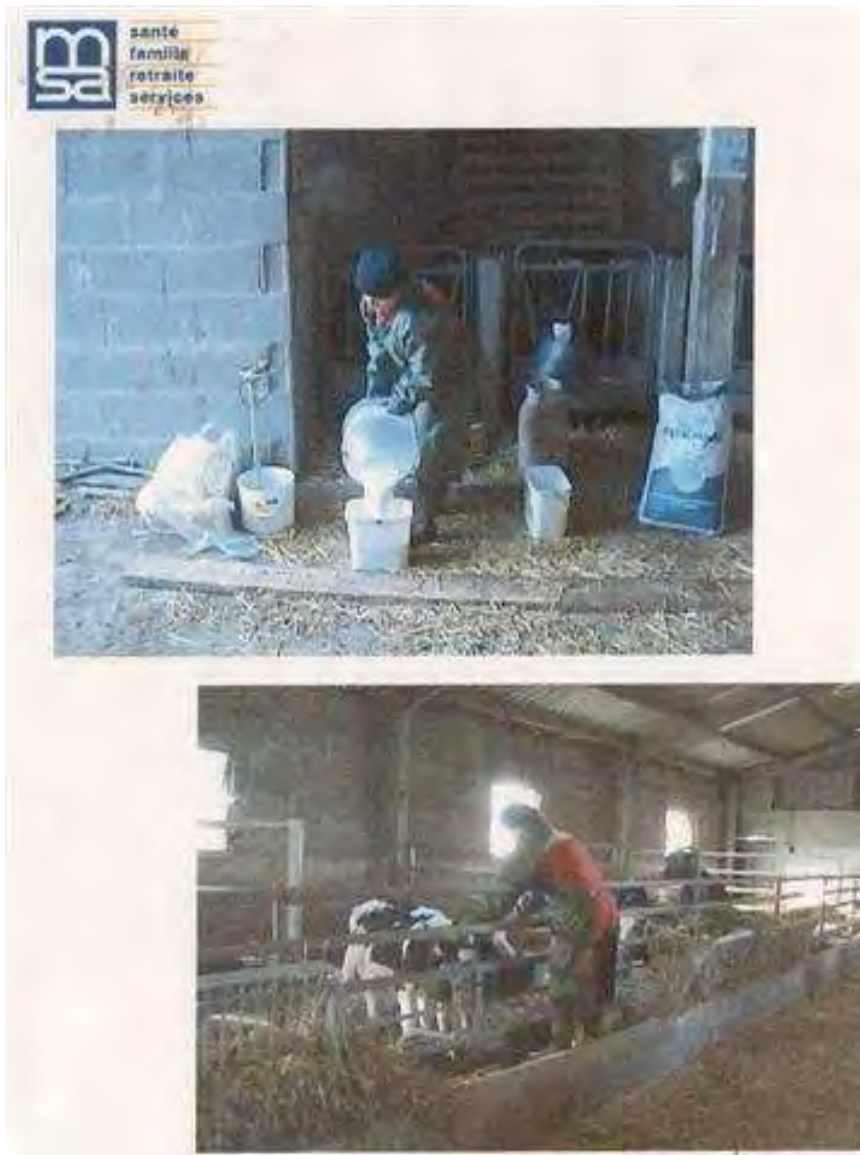
Ce changement consiste

- à limiter le poids des caisses
- à adapter les chariots de récolte
- à éviter les travaux de nettoyage
- à libérer deux demi-journées par semaine pour la rééducation périnéale.

4.2 Deuxième cas clinique : dans une exploitation laitière

4.2.1 Description du poste

Mme B est l'épouse d'un exploitant éleveur de vaches laitières et de veaux de lait (cheptel de 110 vaches laitières et production de 100 veaux par an). Mme B regroupe les animaux pour la traite et lors de la pose des manchons, elle présente des postures en élévation des membres supérieurs, de flexion antérieure du tronc et un appui abdominal sur la bordure du quai de traite. Elle effectue des torsions du bassin pour accéder à la mamelle. Elle porte des charges: des seaux de lait ou de poudre, dont le poids varie de 10 à 20 Kg. Elle met en place le tuyau dans le pot à lait et en fin de traite, elle procède au lavage du quai, de la fosse et de l'aire d'attente.





4.2.2 Aménagement du poste

En 2006, Mme B enseignante en institut rural présente un cancer du côlon. En 2008, elle est déclarée inapte à son poste d'enseignante en raison des contraintes de soins. En 2009, elle devient salariée de l'exploitation de son mari.

Mais, elle présente des fuites urinaires à l'effort :

- ▶ Lors des déplacements dans l'exploitation avec le port de charges,
- ▶ Lors des marches rapides et des courses après les vaches,
- ▶ Lors des postures en élévation des membres supérieurs, et de flexion antérieure du tronc,
- ▶ Lors de l'appui abdominal sur la bordure du quai.

Le médecin du travail pose les recommandations suivantes:

- ▶ Limitation des charges à 15 kg, avec une préconisation de changement de pot à lait et l'utilisation de chariot pour les déplacer.
- ▶ Suppression des sacs de poudre de lait pour l'alimentation des veaux.
- ▶ Prévention des chocs abdominaux,
- ▶ Prise en compte de l'intolérance au froid, en limitant les flux d'air grâce à un portail ou des lames en plastiques.
- ▶ Prise en compte de sa fatigabilité à l'effort.

Une étude ergonomique est demandée et une reconnaissance adulte handicapée est émise en février 2009.

Les objectifs sont principalement de limiter et de faciliter ses déplacements, de limiter la manutention et les efforts abdominaux, de faciliter les postures de travail et les accès à des sanitaires ou des points d'eau.

Des aménagements ont été réalisés dans les bâtiments :

la salle de traite : - déplacement, à l'intérieur de la stabulation : cela entraîne une diminution de la circulation des animaux et du nettoyage des aires bétonnées.

- - rotative : l'exploitante est en position centrale, diminution des piétinements pour passer d'une vache à une autre.
- avec un plancher réglable en hauteur qui diminue les postures contraignantes.

Le bâtiment des veaux :- suppression des cases individuelles et regroupement des animaux.
- Diminution des manutentions liées à l'alimentation des veaux.



Gestion du pâturage :

L'achat d'un quad va faciliter les déplacements dans les pâtures, le contrôle et la mise en place des clôtures, la surveillance et le regroupement des animaux.

4.3 Salariée dans une entreprise agroalimentaire

4.3.1 Description du poste

Mme B, âgée de 37 ans, travaille dans une entreprise agroalimentaire de surgelés.

Poste occupé

Horaires hebdomadaires

5 heures - 13 heures ou 13 heures – 21 heures ou 21 heures – 5 heures.

Sur ces plages horaires -> 3 pauses toutes les deux heures.

Pause 1 : 5 minutes

Pause 2 : 20 minutes

Pause 3 : 5 minutes

Opératrice de parage à la sortie « surgélation ».

Il s'agit de repérer les impuretés diverses qui pourraient se trouver dans des légumes surgelés (impureté : caillou, « détritrus » divers...)



4.3.2. Description des tâches

Parage (90%)

Par un mouvement du bras droit avec une spatule à la main, l'opératrice étale les légumes surgelés sur un tapis roulant les convoyant vers l'ensachage (le tapis est situé à une hauteur de 1 mètre). Elle récupère alors les impuretés avec la main gauche. Il arrive souvent de devoir « casser » les légumes qui accumulés les uns contre les autres forment un agglomérat complètement gelé. Par ailleurs, elle contrôle l'arrivée des différents légumes qui entrent dans la préparation des produits finis (exemple : les poêlées)



- Nettoyage du convoyeur au jet
- Transports de seaux contenant les ingrédients



- Déplacement du bac europe



Conditions de travail

L'opératrice travaille en station debout, en atmosphère froide (≈ 15 à 16°) et bruyante. Le bac europe nécessite des déplacements.

4.3.3 Aménagement du poste

Cette salariée présente un prolapsus utéro-vésical stade 3, d'évolution rapide consécutif à un accouchement difficile il y a 18 mois.

- Le 15 novembre 2005, elle demande une visite avec le médecin du travail par l'intermédiaire du directeur des ressources humaines. Le médecin émet un avis de contre indication à la manutention.
- Le 7 mai 2007, elle a subi une hystérectomie, avec une cure de rectocèle et de cystocèle. A la fin du mois, elle est à nouveau opérée pour une brèche dans le grêle.
- Le 8 décembre 2008, elle reprend son poste, après avis du médecin du travail, avec la restriction de ne porter aucune charge.
- Le 9 janvier 2009, elle présente à nouveau un cystocèle, de grade 1, qui s'aggrave lors des efforts de poussée sans fuite urinaire. Le médecin du travail met une contre indication absolue aux efforts abdominaux.
- Le 29 janvier 2009, un dossier pour reconnaissance de travailleur handicapé est constitué et sera accepté pour 5 ans. La reconnaissance travailleur handicapé (RTH) donne droit à des aides financières pour l'employeur et permet de compenser le handicap.

L'aménagement de son poste a consisté à supprimer les tâches de manutention (pousser le bac europe) et diminuer le piétinement. Elle travaille au laboratoire (contrôle qualité) et en conduite de ligne.

La concertation entre la salariée, le médecin du travail et le Directeur des ressources Humaines a permis à cette salariée de rester dans l'entreprise.

5 - CONCLUSION

L'incontinence urinaire et anale est un problème majeur qui a des répercussions importantes sur la qualité de la vie sociale, familiale et professionnelle.

Trois mois après un accouchement 20 à 30 % des femmes auraient une incontinence urinaire et 4 % une incontinence anale.

Au niveau du travail, ce qui prédomine c'est l'incontinence urinaire d'effort. Elle est provoquée principalement par le port de charges, le piétinement, la marche, les torsions du bassin et les efforts abdominaux.

Ce problème de santé est sous estimé, dans la mesure où les salariées sont gênées d'en parler.

En prévention primaire, le médecin du travail a pour objectif de réduire l'incidence d'un problème de santé. Il préconisera, par exemple, un repos indispensable avant l'accouchement (inaptitude temporaire du travail). Il informera les salariées sur les facteurs de risque de l'incontinence : l'effet négatif d'une prise de poids importante avant et pendant l'accouchement, le tabagisme ou la sédentarité ...

En prévention secondaire, le médecin du travail a un rôle très important de dépistage. Il orientera la salariée vers son médecin généraliste et mettra tout en œuvre pour réduire les facteurs aggravants, au poste du travail. Il sensibilisera la salariée, sur l'intérêt de la rééducation périnéale lors de la visite de reprise du post-partum, si celle-ci n'a pas été réalisée.

La santé au travail passe par un état de bien être des salariées à leur poste. L'objectif principal est de réduire les syndromes dépressifs, les arrêts de travail et surtout de maintenir la salariée dans l'entreprise. Le travail des conseillers de prévention et des ergonomes est complémentaire. Des campagnes de sensibilisation sur ce problème de santé pourraient être réalisées par le biais de campagne de communication. Le médecin du travail avec les différents partenaires de la MSA est bien placé pour être au cœur de ce dispositif par leur présence sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, Recommandations, ANAES, mai 2003.
2. Incontinence anale,
La revue du praticien 2001,51,
P 41-45
3. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'incontinence urinaire d'effort de la femme
Dr Delphine Amsellem-Ouazama
Dr Sophie Conquy, Paris,
Preuves et pratiques n° 18 septembre 2004.
4. Service d'urologie CHU Henri Mondor
Incontinence urinaire et insuffisance sphinctérienne urétrale
Dr Yiou René,
urologie-chu.mondor.aphp.fr/
5. Incontinence anale de l'adulte
Paul-Antoine; Anne-Marie Leroi
Gastroenterol clin bio 2000; 24:299-314
Masson.Paris ,2000.
6. Atlas d'Anatomie humaine, 2^{ième} éditions,
Frank H, Masson, 2002.
7. L'incontinence anale neurogène du post partum
JTA, 2003
www.lesjta.com
8. Physiologie de la continence et de la miction,
Buzelin j-m
Revue du praticien, 1995, n° 45 page 286-291.
9. L'incontinence urinaire d'effort de la femme,
Traité d'urologie,
Dr B Debré et P Teyssier, tome 3, Editions médicales Pierre Fabre.
10. Bilan et techniques de rééducation périnéo - sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.
Textes des recommandations, ANAES, février 2000.
11. L'incontinence urinaire chez la femme,
Une atteinte fréquente et souvent sévère à la qualité de vie,
Grabriel Schär, Forum Md Suisse 2006.6: 442-447.

12. Prise en charge médicale de l'incontinence d'urine,
Compte rendu du congrès JTA
Rousseau O, Hoffet M, et P. Mares,
www.lesjta.com
13. Le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme et la place de la kinésithérapie
Anaf.V, Simon.P et F.Buxant
Rev Med brux.2003; 236-241.
14. Gastroenterologie clinique et biologique
Vol 32, N° 582, page 240-245, mai 2008
15. Les nouveaux traitements de l'incontinence fécale,
Spiroudhis . L
24^{ème} journées de FMC Hepatogastro,2006, Rennes.
16. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire ,
Ministère de la santé et de la solidarité,
Rapport remis à Monsieur BAS Philippe, Avril 2007.
17. Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune,
Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin J-M, Bertrand philippe, Lanson Yves,
Progrès en urologie 2002, 12, 52-59.
18. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France, une enquête transversale en
médecine générale.
Médecine. volume 1, n°1, 32-37, octobre 2005.
19. Rééducation du post -partum ,
Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise,
Dr Panel Pierre, juin 2005.
www.nat78.com
20. Prévalence de l'incontinence urinaire d'effort selon le traumatisme obstétrical et la
catégorie socio- professionnelle .
Philippe G, Clément I, Thaon I,
4 ième congrès de la SFKP, Strasbourg, 2005.
21. Quoi de neuf dans le traitement de l'incontinence anale?
Gastroentérologie clinique et biologique, vol 32, n°582, pages 240-245, mai 2008.
22. L'incontinence fécale du post-partum,
Bauer P, Bourguignon J, Meary N, Atienza P,
Gastroenterol clin biol 2003, 27, 959-961.
23. Etude de la prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme vues en consultation
de médecine générale en France métropolitaine,
Sentinelles, enquête juin-juillet 2007,
www.sentiweb.fr
24. Incontinence urinaire après accouchement. Prévenir ou traiter?

CDRMG, n° 268, 6 juin 2002

25. Questionnaire pour le diagnostic d'incontinence par impériosité ou à l'effort chez la femme.
Chevalier P, Minerva, vol 6, n°4, avril 2007.
26. Urinary incontinence in French women : prevalence, risk factors, and impact on quality of life
European association of urology, 2009
27. Santé des femmes 18 ans après une déchirure du sphincter anal à l'accouchement, Incontinence fécale, incontinence urinaire et sexualité,
Thèse n°10647, Rotzetter-Otero M, Université de Genève, 2006.
28. L'incontinence urinaire de la jeune fille nullipare,
Mémoire de l'éducation nationale, Lenoir M, juillet 2005.
29. Recommandations pour l'évaluation clinique d'une incontinence urinaire féminine non neurologique,
Cortesse A, Cardot V,
Prog urol, 2007, 6, 1242-1251, suppl.2.
30. Fuites urinaires: les fatalistes et les révoltées,
Le quotidien des médecins, page 12, n° 8723, 8 mars 2010.
31. Incontinence urinaire du post-partum: l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement,
Aubin I
La revue exercer, n° 77, 40, mars /avril 2006.
32. Incontinence urinaire d'effort féminine: péri néologie, TVT, TOT,
Lepape V, Dr Dumont O,
La revue de la médecine générale, n ° 219, janvier 2005.
33. Incontinence urinaire
Faculté de médecine de Strasbourg Module 15 pathologie urinaire thèmes 321,
Année 2004/2005.
34. Incontinence urinaire, données épidémiologiques
Yiou R, service d'urologie,
Urologie-chu-mondor.aphp.fr
35. Topographie du petit bassin
Chevalier Jean-Marc,
Anatomie Médecine-Sciences N°1, tronc.
Flammarion

ANNEXES

*Cocher la ou les situation(s) correspondante(s)

Congés maternité	Rééducation du post-partum
------------------	----------------------------

	Avant	Après	Oui/ Non	Kinésithérapie périnéale (1)	Biofeedback (2)	Electrostimulation fonctionnelle (3)
1er enfant				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2ième enfant				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3ième enfant				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

POSTE DE TRAVAIL

Horaire de travail	Station debout prolongée	piétinement	Port de charges lourdes	Accès facile aux toilettes	Course accélération
1/8 <input type="checkbox"/> 2/8 <input type="checkbox"/> 3/8 <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Nombre	Durée en min		
Pause(s)	Pendant le travail				
	Le midi	-----			

Incontinences :

Urinaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Impériosités	<input type="checkbox"/>	Fuites urinaires	<input type="checkbox"/>	
Depuis quand ?						
Fécale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Selles liquides	<input type="checkbox"/>	Selles solides	<input type="checkbox"/>	Gaz importants
Depuis quand ?						

Les circonstances	Toux	Marche	Piétinement	Saut*	Port de charge
Urinaire					
Fécale					

*Noter **D** pour déclenchant ou **A** pour aggravant dans la ou les colonnes qui corresponde(nt) à la personne

Consultations urologique ou gastroenterologique ces 6 derniers mois

--

Traitement envisagé

Préconisations suite à l'entretien vis-à-vis du problème

Préconisations		Remarques
Adaptation du poste	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Inaptitude temporaire avec consultation du médecin traitant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Inaptitude totale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Protocole de mise en œuvre

- Il s'agit d'une enquête transversale auprès de 20 médecins du travail, des départements des Côtes d'Armor et du Finistère.
- Période de l'enquête : mois d'Avril
- Nombre minimum de questionnaires retournés par médecin : 20
- Public visé :
 - Toutes les femmes relevant du régime de la MSA
 - femmes de plus de 35 ans ou ayant accouchées depuis plus de deux ans
 - femmes travaillant en milieu agricole depuis au moins 1 an.
- Le médecin du travail explique l'intérêt du questionnaire et sollicite l'accord de la personne.
- Objectif du questionnaire : évaluation de la prévalence de l'incontinence pelvienne chez la femme, en milieu agricole et des facteurs de risque

Annexe n°2

