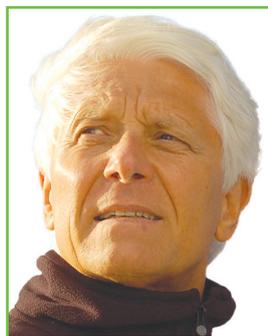


## Endométriose

# Endométrioses et travail

**RÉSUMÉ :** Depuis quelques années, on observe un intérêt particulier et nouveau pour les endométrioses, dont les principales manifestations sont des algies importantes et des troubles de la fertilité. Ces problèmes peuvent avoir un retentissement important sur l'activité professionnelle des femmes, d'autant plus qu'il semblerait que ces pathologies les exposent plus fortement aux risques psychosociaux (RPS) dans les entreprises et à certains dysfonctionnements immunitaires. Quelques questions suffisent pour les suspecter au cours de toute visite médicale.



**B.-F. DERREUMAUX**  
Cabinet de Gynécologie, PARIS.

Il peut paraître curieux de s'intéresser à l'endométriose dans le cadre du travail. Pourtant, le médecin spécialiste en médecine du travail peut être, paradoxalement, l'un des mieux placés pour suspecter cette pathologie chez les femmes qui travaillent, pathologie dont les conséquences médicales et les coûts socio-économiques peuvent être très lourds.

En France, les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer un métier. Elles sont déjà majoritaires dans certains secteurs (banques, administrations, médecine). Ces femmes vont passer une partie importante de leur vie en activité professionnelle, période qui recouvre celle de leur période d'activité hormonale et qui est, aussi, celle où l'on observe la grande majorité des endométrioses.

L'intérêt d'un diagnostic précoce de cette affection est fondamental car la gravité des lésions est souvent liée au retard du diagnostic (5 à 10 ans). Celui-ci peut avoir des conséquences graves et prolongées sur l'avenir obstétrical et sur la vie socio-professionnelle des personnes qui en sont atteintes.

### ■ Circonstances du diagnostic

À l'occasion de la première consultation d'embauche (visite d'information et de prévention initiale) ou au cours d'un examen de surveillance (visite d'infor-

mation périodique et de prévention), l'attention d'un médecin du travail peut être attirée par des signes médicaux particuliers, parmi lesquels :

- **Des signes d'appel gynécologiques :** dysménorrhées primaires ou secondaires parfois invalidantes (très évocatrices si elles ont été responsables d'évictions scolaires, sportives ou d'arrêts de travail), ménorragies abondantes, douleurs pelviennes chroniques, dysuries, dyschésies, dyspareunies, pubalgies chroniques. Ces douleurs sont généralement importantes (EVA [échelle visuelle analogique] supérieure à 7/10), à caractère cyclique et à renforcement prémenstruel.

- **Des antécédents gynécologiques, obstétricaux et/ou endocriniens particuliers :**
  - un premier épisode de règles particulièrement douloureux au moment de la puberté (dysménorrhée primaire avec éviction scolaire), mais les dysménorrhées peuvent parfois s'installer progressivement ou beaucoup plus tardivement ;
  - une infertilité ou une dysfertilité, traitée ou non ;
  - des antécédents de grossesses pathologiques ou difficiles : fausses couches spontanées et souvent à répétition, œufs clairs, interruption volontaire de grossesse (IVG), décollements placentaires précoces, épisodes de contractions utérines inexplicables, hypertensions artérielles (HTA) gravidiques, diabète

gestationnel, accouchements dystociques, césariennes non programmées, prématurités, dépressions dans le post-partum ;

– des dysfonctionnements thyroïdiens (kystes, hyperthyroïdies) ou ovariens (kystes, ovaires micro-polykystiques).

● **Des symptomatologies douloureuses** variées, multiples, associées ou non, souvent importantes, à renforcement menstruel, et parfois ovulatoire : sciatalgies, cruralgies, pudendalgies, scapulargies isolées et augmentées par la toux (souvent droites), cystalgies et/ou “mycoses” à répétition, prurit vulvaire chronique, vulvodynies, dyspareunies positionnelles, céphalalgies, migraines plus rarement, douleurs articulaires uni- ou bilatérales, pneumothorax parfois.

● **L’association et la succession pendant la période prépubertaire et pendant la petite enfance** de :

– pathologies ORL répétitives (angines et/ou otites, “régées” par une adénoïdectomie ou par une amygdalectomie, sinusites, bronchites, caries dentaires récidivantes) et de manifestations d’hypersensibilité et/ou d’allergie (asthme, eczéma, urticaire, œdème de Quincke, rhinites chroniques) ;

– comportements particuliers : spasmodophilie, tétanie, hyperactivité, hypersensibilité, hyperémotivité, hyperréactivité, manifestations anxieuses, troubles du sommeil, douleurs abdominales souvent à droite (“régées” par une appendicectomie), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, alternance des deux) ;

– épisodes traumatiques divers (+++): violences physiques, violences psychiques, violences verbales et/ou agressions sexuelles de toutes natures (30 à 50 % des cas), pertes affectives significatives (ruptures et deuils de toutes natures), événements familiaux marquants (mises en nourrice, séparations, divorces, déménagements, etc.).

Il n’y a pas de tableau typique. Tous les cas de figure et toutes les combinaisons

peuvent être rencontrés, d’autant plus qu’il n’y a pas de parallélisme entre l’intensité des douleurs et l’étendue ou la gravité des lésions.

À l’occasion d’une visite d’information périodique et de prévention (VIP), d’un examen de contrôle ou d’une demande de l’employeur, l’attention du médecin du travail peut être retenue par plusieurs éléments :

● **Les caractéristiques des arrêts de travail :**

– soit courts et nombreux, à caractère cyclique (1 ou 2 jours par mois), pouvant être masqués par les week-ends ou par des demandes de journées de RTT ou de repos à répétition ;

– soit longs, en rapport avec des explorations dans le petit bassin, des traitements de procréation médicalement assistée (PMA), des interventions chirurgicales pelviennes, des grossesses difficiles ou à risque, des accouchements compliqués ou pathologiques, des épisodes anxio-dépressifs ou dysthymiques.

● **Les demandes particulières** d’une employée féminine, souvent au retour d’un arrêt de travail prolongé : demandes d’aménagement du temps de travail, du poste de travail, ouverture d’un dossier pour une demande de reconnaissance de handicap, demandes de mutation ou de changement de poste.

● **La présence ou la découverte de maladies auto-immunes**, plus fréquemment observées à partir de la cinquantaine (thyroïdites, Hashimoto, polyarthrite rhumatoïde [PR], spondylarthrite ankylosante [SPA], lupus érythémateux disséminé [LED], sclérose en plaques [SEP], Gougerot, fibromyalgies, myasthénies, leucoplasies lymphocytaires, lymphomes non hodgkiniens, pertes progressives ou brutales uni- ou bilatérales de l’audition), l’association à un handicap physique n’étant pas rare.

Dans tous les cas, du fait de leur sensibilité et de leur réactivité particulières

(orientées vers l’hyper), ces sujets féminins sont très sensibles aux conditions de travail et nettement plus exposés aux situations de souffrance dans les milieux professionnels, constituant une partie importante de la clientèle des risques psychosociaux (RPS).

Le matériel est fréquemment mis en cause (ventilation, insonorisation, hygrométrie, éclairage, ergonomie du poste) et les plaintes récurrentes.

Les situations de tension ou de conflit avec la hiérarchie ou avec les collègues leur sont difficiles à gérer, sources d’appréhension et d’anxiété. Leurs difficultés à endurer les situations de pression ou d’agressivité peuvent induire des réactions phobiques, en particulier dans les postes exposés à la clientèle, et quelquefois des comportements paranoïdes.

Particulièrement réceptives aux manifestations de stress interne et aux situations de stress extérieur, ces personnes expriment une propension à l’hyperactivité, en même temps qu’une méconnaissance des signaux d’alarme de leur propre corps (fatigue, douleurs, appétit, sommeil) qui les exposent davantage au *burn out* professionnel (par épuisement physique et psychique) et aux addictions.

L’hypersensibilité et la relative fragilité émotionnelle qui caractérisent aussi ces sujets les rendent perméables aux événements traumatiques récents et anciens de leur vie personnelle et de l’existence : chocs psychologiques, traumas divers, état de stress post-traumatique (ESPT), (PTSD, *posttraumatic stress disorder*), pertes affectives significatives.

## ■ Conduite à tenir

La connaissance ou la découverte de quelques-uns de ces symptômes ou de ces événements chez une femme en période d’activité génitale (et plus particulièrement en période d’activité hormonale) doit inciter le praticien à :

## Endométriose

● **Diriger cette personne vers un gynécologue** (de préférence spécialisé) ou vers un centre dédié ou référent pour ces pathologies. L'enquête anamnestique et les examens complémentaires (échographie endovaginale, IRM, coloscanner, recto-écho-endoscopie, HSG, biologie) permettront d'affirmer le diagnostic d'endométriose (et/ou d'adénomyose), et d'apprécier la profondeur (péritoine, organes) et l'étendue des lésions (utérus, ovaires, trompes, ligaments utérosacrés [LUS], cloison rectovaginale, rectum, sigmoïde, vessie, uretères, localisations ectopiques).

● **Lui expliquer les possibilités thérapeutiques** réactualisées par les récentes recommandations de l'HAS en décembre 2017 basées sur l'utilisation de l'hormonothérapie (continue plutôt que discontinue) avec les estroprogestatifs (en première intention), les progestatifs (micro ou macro) en deuxième intention, les dispositifs intra-utérins (DIU) (au lévonorgestrel), les agonistes de la GnRH (avec *add-back* thérapie) et/ou la chirurgie gynécologique et digestive.

● **Lui recommander une surveillance prolongée** car les traitements ne sont généralement que suspensifs. Les récurrences ne sont pas rares à l'arrêt des traitements, et même pendant, ce qui laisse à penser que les étiologies de cette affection sont peut-être plus complexes que celles envisagées.

● **Lui conseiller d'observer des mesures hygiéno-diététiques adéquates** et de s'orienter vers une prise en charge sérieuse par des structures de soins psychologiques adaptées et reconnues (psychothérapies comportementales, psychothérapies cliniques, sophrologie, relaxation, EMDR [*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*], acupuncture, etc.).

L'endométriose est un processus multifactoriel très complexe qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et prolongée.

### POINTS FORTS

- Les endométrioses ne concernent pas que les médecins hospitaliers et les gynécologues. Leur diagnostic intéresse tout autant les médecins généralistes et les médecins des centres de santé au travail.
- La symptomatologie des endométrioses est très variée et ne se limite pas aux conséquences les plus connues, dysfertilité et dysménorrhées.
- Les endométrioses sont vraisemblablement multifactorielles ; leur prise en charge est longue et complexe, nécessitant des équipes pluridisciplinaires et complémentaires.
- Les endométrioses ont un coût économique important et peuvent avoir des conséquences non négligeables dans certains milieux professionnels.

### Applications pratiques

L'application pratique de ces observations dans le cadre de la surveillance médicale professionnelle de la population féminine (70 %) d'une grande banque parisienne a permis de :

- **Confirmer** que 10 % de la population féminine (en âge de procréer), au minimum, sont concernés par la maladie endométriosique, même dans le milieu professionnel.
- **Constater** que (plus de) la moitié des cas suspectés à l'occasion d'une consultation de médecine du travail ne l'avait pas été auparavant ni diagnostiquée ailleurs.
- **Noter** la fréquence des associations de la maladie endométriosique avec d'autres dysfonctionnements endocriniens, des pathologies dysimmunitaires et quelquefois avec des situations de handicap physique.
- **Réorienter** vers les services compétents des femmes qui étaient en état de souffrance physique et/ou psychique, dont l'avenir professionnel aurait pu être sérieusement menacé.

● **Alerter** les employeurs et les services RH sur l'intérêt d'une écoute plus attentive et plus adéquate de leurs employées féminines pour gérer les arrêts de travail courts et répétés, les arrêts prolongés en rapport avec les événements obstétricaux, les demandes particulières d'aménagement de poste, les situations de stress prolongé et les risques majorés d'épuisement physique et psychique.

● **Suggérer** aux décideurs de s'inspirer des initiatives élaborées dans certains pays de l'hémisphère Sud pour proposer des aménagements des conditions de travail et des dispositions pragmatiques pour cette population, telles que :  
 – l'autorisation d'une absence d'un jour par mois, sans justificatif ;  
 – la possibilité de prendre des jours de repos mensuels sur le compte RTT, sans justification ;  
 – la diffusion d'une information éclairée et pertinente au cours de la scolarité des jeunes filles et dans les milieux professionnels, particulièrement ceux à majorité féminine ; information concernant les conséquences du stress chronique et les techniques pour en réduire les effets sur les individus (relaxation, sophrologie, pleine conscience, respiration abdominale, etc.) ;

– œuvrer auprès des organismes sociaux et des politiques pour améliorer la prise en charge des maladies endométriosiques et les faire reconnaître comme pathologies chroniques et de longue durée.

## ■ Conclusion

Première cause des infertilités, deuxième des arrêts de travail (aux États-Unis), imposant une moyenne de 3 jours d'arrêt de travail par an, coûtant plusieurs milliards d'euros à la Sécurité sociale, les endométrioses impactent lourdement la vie des femmes dans leurs développements privés et professionnels.

Si les experts s'accordent sur les origines plurifactorielles de l'endométriose, les analyses chronologique et systémique de cette affection permettent de retrouver un certain nombre d'éléments communs à beaucoup de patientes, éléments qui incitent à l'étudier sous l'angle d'un processus dysfonctionnel et évolutif de nature dysimmunitaire. Celui-ci s'inscrit dans une histoire personnelle et particulière nécessitant une prise en charge globale qui ne peut se limiter aux seuls traitements médicaux et chirurgicaux.

Il est souhaitable de faire évoluer la reconnaissance de cette pathologie dans le cadre des affections de longue durée car les conséquences humaines et matérielles peuvent impacter lourdement l'avenir personnel, familial, social et professionnel des personnes qui en sont atteintes.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Recommandations HAS et CNGOF : prise en charge de l'endométriose. Décembre 2017.
- BELAISCH J. L'Endométriose. Masson, 2003.
- BELAISCH J, ALLARD JP. Endométriose et vécu de l'adolescence. *Gynécologie-Obstétrique et Fertilité*, 2006.
- AUDEBERT A. L'endométriose de l'adolescence. 2002 (web).
- AUDEBERT A. La femme endométriosique est-elle différente ? *Gynécologie-Obstétrique et Fertilité*, 2005.
- AUDEBERT A. Endométriose : pistes pour de nouvelles voies thérapeutiques. *Réflexions en Gynécologie-Obstétrique* n°50, 2018.
- CABON P. Aspects biologiques et psychosociaux du stress. Enseignement Université Paris Descartes, 2012.
- CHABY L. L'endométriose une subjectivité en souffrance. *Gynécologie (Abstract)*, 2008.
- CHOUANIÈRE D. Dossier Stress et Risques psycho-sociaux. INRS, 2006.
- CROQC L. Clinique de la névrose traumatique. *Journal des psychologues* n°210, 2003.
- DALIDAN L. Les effets de la violence sur les femmes. *Revue francophone du stress et du trauma* n°1, 2001.
- DARAI E. FMC-UPMC. Optimiser le diagnostic des endométrioses symptomatiques. Mars 2016.
- DERREUMAUX BF. Diagnostic précoce des endométrioses. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, septembre 2017.
- DERREUMAUX BF. Endométrioses et psychotraumatismes. DU Paris Descartes, septembre 2012.
- Dossier Endométriose. *La revue du gynécologue* n°351, 2010.
- HARRIS HR, WIESER F, VITONIS AF *et al.* Early life abuse and risk of endometriosis. *Hum Reprod*, 2018;33:1657-1168.
- HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral. Pocket, 1998.
- Décret 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.
- MIMOUN S. Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique. Flammarion, 1999.
- Questionnaire de santé et de bien-être au travail SATIN. INRS.
- Les dysménorrhées et leur prise en charge. *Réflexions en Gynécologie-Obstétrique* numéro spécial, septembre 2018.
- SALMONA M. Le livre noir des violences sexuelles. Dunod, 2016.
- STORA JB. Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques. Odile Jacob, 1999.
- TRON F. Maladies auto-immunes. L'Harmattan, 2015.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.