

La parité femmes / hommes au CIEM

N° 50
Janvier 2020

Sommaire

- p.1 La parité femmes / hommes au CIEM
- p.2 Dépistage : prévention du cancer du col utérin et Papillomavirus
- p.3 Dépistage : stratégies de dépistage du cancer du sein
- p.4 Ménopause : Quelle prise en charge de la ménopause en 2019 ?



Les réformes et lois visant à atteindre l'égalité réelle et la parité entre les femmes et les hommes affluent depuis 20 ans. Il nous a semblé intéressant de partager quelques chiffres reflétant l'évolution de la place des femmes au CIEM.

Femmes cadres et dirigeantes du CIEM

En 2000, la représentation féminine des cadres et dirigeants salariés du CIEM était faible avec seulement 15% des femmes biologistes et médecins en exercice (toutes spécialités confondues) et une participation de 20% au Comité de Direction.

20 ans plus tard, le CIEM inverse la tendance dans le corps médical avec 59% de femmes biologistes et médecins et multiplie par deux le nombre de femmes siégeant au Comité de Direction.

Sur le plan national, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins publiées en 2018, les femmes représentaient 47% de l'effectif des médecins en activité régulière.

La féminisation massive des études de médecine depuis 20 ans nous permet de penser que ce chiffre va continuer à augmenter ces prochaines années.

Femmes adhérentes du CIEM, cadres et dirigeantes d'entreprises

Alors que le nombre de femmes inscrites par les entreprises adhérentes et bénéficiant d'un bilan médical au CIEM était de 6% en 2000, ce taux est passé à un peu plus de 20% en 2019, en augmentation régulière chaque année de 1 à 2%. Ce chiffre de 20% reflète l'évolution progressive bien que trop lente de la participation des femmes dans les organes de direction des grandes entreprises françaises (17% en 2018 selon un communiqué de presse du 07/03/2019 d'EUROSTAT).

En 2014, le CIEM a voulu accompagner cette évolution en mettant en place une prestation gynécologique complète permettant de répondre à une demande spécifique ainsi qu'au manque croissant de gynécologues dans la population médicale française.

Cette prestation, qui connaît un réel essor, a été multipliée par trois entre 2014 et 2019. Ainsi, avec cette offre dédiée et intégrée au bilan de santé, le CIEM souhaite participer à sa mesure à l'optimisation de l'emploi du temps des femmes et leur permettre un suivi médical régulier dans un domaine souvent négligé faute de temps.



Suivez-nous et retrouvez plus d'articles du CIEM :
[linkedin.com/company/leciem](https://www.linkedin.com/company/leciem)

Le CIEM
15, rue Jean Bart
75006 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 22 54 90
Fax : +33 (0)1 42 22 30 10

www.leciem.com



Dr Guy SCEMAMA
Directeur Médical du CIEM

Dépistage : Prévention du cancer du col utérin et Papillomavirus

70 à 80% des hommes et des femmes de 50 ans ont été infectés par le Papillomavirus.

La contamination se fait par voie sexuelle, particulièrement au début de la vie sexuelle (et donc touche les sujets jeunes), par un contact cutanéomuqueux. Les préservatifs ne préviennent que partiellement l'infection. Le virus peut se transmettre par le sexe, la bouche et le contact avec les doigts.

Dans plus de 90% des cas, le virus disparaît et la guérison est naturelle en quelques mois. Cependant 3 à 5% des femmes n'arriveront pas à se débarrasser du virus et le portage chronique pourra induire des lésions du col de l'utérus.

Il existe plus de 60 types de Papillomavirus mais seuls certains d'entre eux sont oncogènes (apparition d'altération des cellules du col de l'utérus appelée dysplasie).

Lorsque ces lésions ne sont pas dépistées, puis traitées, elles risquent de progresser et d'aboutir à des lésions précancéreuses, puis cancéreuses. Les HPV 16 et 18 sont responsables d'environ 70% des cancers du col de l'utérus dans le monde.

L'histoire naturelle du cancer du col est longue (1 à 2 décennies) entre l'exposition au virus HPV, la persistance de l'infection virale dans le col, le développement de lésions précancéreuses et l'apparition du cancer.

En 2018, en France métropolitaine, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers du col utérin est estimé à 2 920 et le nombre de décès à 1 117.

Ces Papillomavirus sont aussi responsables de cancers de l'anus, de la vulve, du vagin, du pénis et de l'oropharynx.

En 2009, une étude épidémiologique française a montré que 82 % des cancers invasifs du cancer du col de l'utérus étaient associés aux HPV 16 et 18.

L'infection par les sous-types oncogènes n'est pas suffisante pour aboutir à une dysplasie ou un cancer. D'autres facteurs sont nécessaires, comme le tabagisme, un terrain médical immunodéprimé ou des facteurs génétiques. Parfois, il n'y a pas d'autre facteur de risque.



D'autres types d'HPV sont responsables de l'apparition de condylomes, sortes de verrues qui apparaissent sur la peau et les muqueuses des organes génitaux.

Les verrues plantaires, quant à elles, sont dues à un type de Papillomavirus à bas risque et sont sans relation avec les lésions que l'on peut retrouver sur le périnée.

La prévention se fait de 2 manières :

Par l'administration d'un vaccin : la vaccination HPV, efficace et sûre, est recommandée dès l'âge de 11 ans chez les jeunes filles. La couverture vaccinale en France ($\approx 25\%$) est insuffisante. Elle ne concerne actuellement que les filles et les jeunes garçons ayant des rapports homosexuels. Cette discrimination à l'égard des garçons est due au coût du vaccin et aux limites financières émises par les autorités de santé. Dans les pays à forte couverture vaccinale, comme l'Australie où plus de 70% des jeunes filles et jeunes garçons sont vaccinés, l'incidence du cancer dû au virus décroît de façon significative. Le Gardasil 9, vaccin nonavalent remboursé en France, a remplacé le vaccin quadrivalent en 2019. Ce nouveau vaccin protège contre les HPV impliqués dans près de 90% des cas de cancer de l'utérus.

Par la réalisation régulière de frottis qui détecte ces lésions bien en amont et permet de les traiter avant qu'elles ne s'aggravent. Les lésions précancéreuses du col de l'utérus sont généralement asymptomatiques et leur diagnostic dépend de l'intensité et de la qualité du dépistage.

La stratégie de dépistage du cancer du col chez les femmes de plus de 30 ans passe actuellement par la réalisation d'un frottis tous les 3 ans, la recherche du Papillomavirus (HPV) et si le frottis est inflammatoire.

Les nouvelles modalités de dépistage du cancer du col, validées par les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé consisteront en une recherche du virus sur le même type de prélèvement puis la réalisation du frottis si le virus est présent. Ces nouvelles modalités, plus pertinentes pour un dépistage en population générale du cancer du col, seront mises en œuvre dès que la CPAM en aura précisé la nomenclature. Si le Papillomavirus n'est pas retrouvé sur le col utérin, un nouveau prélèvement sera effectué 5 ans plus tard.

Un auto-prélèvement par les patientes, (envoi d'un kit à domicile) permettra d'élargir le dépistage aux femmes qui vivent dans les régions sous-dotées en gynécologues ou sages-femmes.

Pour les femmes de moins de 30 ans, le protocole reste identique à celui réalisé actuellement.

Nous avons d'ores et déjà décidé d'appliquer ces recommandations au CIEM et mis en place le dépistage du cancer du col de l'utérus selon ces modalités plus efficaces.



Dr Véronique CAYOL
Gynécologue au CIEM

Dépistage : Stratégies de dépistage du cancer du sein

En 2018, les estimations nationales françaises font état de 58 000 nouveaux cas de cancers du sein.

S'il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme (\cong 12 000 décès /an) le cancer du sein a un bon pronostic avec un taux de survie de 87% à 5 ans pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010.

C'est l'un des taux de survie les plus élevés d'Europe. Ces chiffres encourageants sont la conséquence du dépistage à un stade précoce et d'une amélioration des traitements et protocoles de prise en charge thérapeutique.

L'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2005 puis a diminué ; on suppose que cette diminution est due à la diminution massive de prescription de traitement hormonal de la ménopause à partir de 2005.

Par ailleurs, sur les 40 dernières années, le nombre de cancers a augmenté en Europe du Nord de façon parallèle à la généralisation du dépistage individuel et organisé. En raison de ce diagnostic précoce, l'âge de survenue du cancer du sein s'est abaissé en moyenne de 2 à 4 ans.

Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer ce phénomène, outre les facteurs hormonaux et les facteurs environnementaux cités plus bas :

- Détection de petits cancers du sein préexistants de croissance lente.
- Découverte de tumeurs qui ne se seraient jamais « exprimées » du vivant des femmes.

Un cancer du sein peut être découvert sur une mammographie prescrite dans 3 situations différentes :

- Prescription par un médecin ou un gynécologue sans symptôme particulier, appelé dépistage individuel,
- Dans le cadre du dépistage organisé par la sécurité sociale (90% des diagnostics),
- Réalisée après avoir découvert une boule dans un sein, ou parce qu'il est apparu un écoulement mamelonnaire (10%).

Le risque de survenue du cancer du sein augmente avec l'âge : environ 50% des cas sont diagnostiqués entre 50 et 75 ans, 22% avant 50 ans et 24% après 75 ans. Son origine est multifactorielle. Outre l'âge, ses facteurs de risque connus ont une origine hormonale, ou liés aux modes de vie (surpoids, tabagisme, alcoolisme, traitement hormonal) ou liés à l'environnement (exposition aux rayonnements ionisants).

Si la majorité des cancers survient chez des patientes qui n'ont pas de facteur de risque, il existe également des cancers qui surviennent chez des femmes ayant une prédisposition génétique ou un antécédent personnel de pathologie mammaire. Certains gènes mutés (BRCA1 et BRCA2) sont mis en cause dans la survenue de cancer chez des femmes très jeunes, et la stratégie de prise en charge de ces patientes est différente : à l'issue d'une consultation d'oncogénétique, qui évalue la pertinence d'un examen génétique, une surveillance spécifique et un traitement adapté sont proposés.

L'objectif principal du dépistage du cancer du sein est la diminution de la mortalité spécifique en détectant le cancer à un stade très précoce dans une population supposée en bonne santé. Le diagnostic précoce d'un cancer permet d'éviter les traitements lourds et augmente les chances de guérison.

Cette fréquence de la maladie, la possibilité de la traiter et sa survenue chez des patientes que l'on ne peut identifier à priori, a incité les autorités de santé (CPAM, DGS, INCa) à mettre en place au début des années 2000 un programme de santé publique. Entre 50 et 75 ans, toutes les femmes sont invitées à bénéficier d'une mammographie biennale gratuitement ; l'efficacité de ce programme sur la diminution de la mortalité des femmes n'est plus à démontrer. La mammographie est interprétée par 2 radiologues différents. Les conclusions sont rendues à la patiente à l'issue de la seconde lecture. La patiente est reconvoquée si la mammographie montre une image suspecte, nécessitant un prélèvement.

Bien que potentiellement anxiogène, son intérêt est formel et la totalité des femmes vivant en France doit se soumettre à cet examen peu contraignant.



Dr Véronique CAYOL
Gynécologue au CIEM

Brèves

Evolutions de la mortalité par cause médicale sur la période 2000-2016.

Une étude parue en novembre 2019 a comparé les causes de mortalité sur les périodes 2000-2007 et 2008-2016. 579 230 décès ont été enregistrés en 2016. Les cancers représentent 29% des causes, les pathologies cardiovasculaires 24,2%. Le taux de mortalité toutes causes a continué sa diminution depuis les années 2000, vraisemblablement due aux avancées aussi bien en termes de prévention que de prise en charge et de traitement des maladies. La forte réduction de la mortalité par accident de transport pour les deux sexes entre les deux périodes étudiées peut être attribuée aux évolutions légales et de contrôle, comme l'implantation des radars automatiques et probablement à l'amélioration de la qualité des véhicules en termes de sécurité.

Concernant les maladies cardiovasculaires, le développement des plateaux techniques de cardiologie interventionnelle pour les cardiopathies ischémiques et surtout des unités neurovasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux permet une diminution de la mortalité, malgré le nombre croissant d'AVC.

Cependant, il existe une augmentation des taux moyens de mortalité entre les deux périodes pour certaines catégories de décès. La mortalité par cancer du pancréas augmente régulièrement sur la période, et ce depuis les années 1980, malgré la baisse chez les hommes du principal facteur de risque connu : le tabagisme.

De plus, la mortalité a également diminué entre les deux périodes pour le Sida alors qu'une forte augmentation du cancer du poumon a été rapportée chez la femme.

Grâce à une pratique plus fréquente des gestes de réanimation par le public, le taux de survie des sportifs français augmente après un arrêt cardiaque.

Entre 2005-2010 et 2011-2016, respectivement 158 et 162 arrêts cardiaques ont été répertoriés chez des sportifs amateurs en région parisienne, ce qui correspond à une incidence stable de 6,9 cas par million de sujets par an. L'âge des patients ne différait pas au cours du temps (49 à 52 ans), de même que le pourcentage d'hommes (94 à 96 %), ou le taux de sujets ayant des antécédents de maladie cardiaque (14 à 17 %).

Fait plus positif, pendant la seconde période d'étude : 60 % des patients ont survécu contre 20 % au cours de la première. Les deux seuls facteurs associés en analyse multivariée à la survie jusqu'à la sortie de l'hôpital étaient la pratique de gestes de réanimation cardio-pulmonaire par les spectateurs, qui a augmenté de 46 % à 81 %, et la délivrance d'un choc électrique externe par un défibrillateur.

Restez assis, l'euro 2020 de football arrive en juin !



Le docteur Guy SCEMAMA mouille son maillot.

Cette année, personne ne viendra vous reprocher de rester des heures avachi(e) dans votre canapé, lit ou rocking chair à suivre les matchs de votre équipe préférée.

La raison ? Cette très sérieuse étude de l'université de Leeds qui, après avoir réalisé des analyses médicales poussées sur des supporteurs (en l'occurrence ceux de l'équipe de Marcelo Bielsa, actuellement en Championship, la D2 anglaise) conclut que regarder un match de foot (au stade, ou devant sa télé donc) a des effets bénéfiques sur la santé.

Selon l'étude, la tension provoquée par la rencontre génère en effet un "bon stress" pour votre organisme caractérisé par une augmentation en moyenne de 20% de votre rythme cardiaque (pouvant même croître jusqu'à plus de 60% en cas de but) soit pour votre corps un effet bénéfique équivalent à celui d'une "marche rapide" de 90 minutes.

Mieux, après la rencontre, le supporteur connaît une diminution de sa pression artérielle réduisant le risque d'attaques cardiaques/infarctus (c'est toujours ça de pris) et, en cas de victoire, ressent un effet euphorique pouvant s'étendre jusqu'à 24h après le match. Mieux qu'un Lexomil.

Deux conditions indispensables cependant :

1) il faut que votre équipe gagne, sinon l'effet sur votre organisme est négatif (les chercheurs ont constaté des mini épisodes dépressifs chez certains supporteurs après une lourde défaite)

2) l'augmentation de votre rythme cardiaque est d'autant plus marquée lorsque le match joué est crucial ou si c'est votre équipe favorite qui joue.

Ménopause : Quelle prise en charge en 2019 ?

La ménopause est définie cliniquement par l'absence de règles pendant un an et correspond à l'arrêt de fonctionnement des ovaires. Elle survient en moyenne à 50 ans. Les symptômes sont la conséquence de la carence en œstrogènes normalement sécrétés par les ovaires.

Le traitement de la ménopause comprend 3 axes :

- **Les mesures hygiéno-diététiques** sont basées sur l'arrêt du tabac et une consommation limitée d'alcool. L'alimentation doit être équilibrée, pauvre en sucres rapides et en graisses. Les fruits et légumes sont recommandés (2/jour). Le calcium peut être apporté par la consommation quotidienne de 3 produits laitiers, ou par de l'eau minérale (Contrex, Hépar) et certains aliments riches en calcium. La vitamine D est synthétisée par l'organisme, à condition de s'exposer au soleil au moins 10 minutes par jour entre 11h et 15h. Le cas échéant, un apport trimestriel de 100 000 UI de vitamine D est suffisant, surtout en hiver.

- **Une activité physique régulière** maintient la masse musculaire et contribue à contrebalancer le syndrome métabolique responsable des maladies cardiovasculaires et de la prise de poids et ralentit l'apparition d'ostéoporose. Deux heures d'activité sportive hebdomadaire ou 45 minutes de marche rapide 3 à 4 fois par semaine sont un minimum.

- **Le traitement hormonal de la ménopause (THM)**, administré pour pallier cette carence, repose sur l'administration d'estradiol (œstrogène naturel) associé à de la progestérone naturelle. Au début des années 2000, des études américaines ont semé le doute sur l'innocuité de ces traitements. Rapidement, il est apparu des biais majeurs dans ces études, tant dans la nature des molécules utilisées, que sur les caractéristiques de la population de femmes étudiées et le délai de mise en route du traitement après le début de la ménopause.

Les autorités de santé internationales et françaises ont donc réévalué l'intérêt de ce traitement et confirmé son utilité et son bénéfice, à condition de tenir compte du terrain de chaque patiente et de réévaluer régulièrement son indication. S'il reste contre indiqué pour certaines patientes, notamment celles qui ont eu un cancer du sein, les bénéfices thérapeutiques du THM sont aujourd'hui bien connus et démontrés : correction des symptômes de la carence œstrogénique permettant une disparition des bouffées de chaleur, réduction du risque cardiovasculaire, prévention de la perte osseuse...

Le traitement doit être instauré dès la ménopause et idéalement dans les 5 années qui suivent. L'application d'œstrogène par voie percutanée ou transdermique (gel appliqué sur la peau) annule le risque thrombo-embolique veineux et le risque d'accident vasculaire cérébral qui existent lorsque le traitement est administré par voie orale. La durée moyenne de prescription est de 2 ou 3 ans selon l'amélioration des symptômes, avec une adaptation de la dose minimale efficace qui peut varier avec le temps. Pour chaque patiente, une réévaluation de la balance bénéfice/risque doit être faite annuellement et une prolongation du traitement est souvent envisagée.

Un article paru dans « Le Monde » en Août 2019 a de nouveau jeté l'opprobre sur le traitement, titrant : « Cancer du sein : les traitements hormonaux pour la ménopause augmentent le risque ». En reprenant l'étude princeps citée par le quotidien et tirée de la revue scientifique « The Lancet », il apparaît que le surrisque de cancer du sein pour les femmes traitées pendant 5 ans passe de 6 à 8%. Ce risque est faible et cet article ne fait pas état des bénéfices incontestables sur les autres organes et la qualité de vie d'un THM adapté.

Certains traitements symptomatiques (à base de plantes, de bêta alanine, de sérotonine...) ont un effet bénéfique bien que moindre que le THM sur la disparition des bouffées de chaleur, lorsque les patientes ne souhaitent pas prendre d'hormones ou lorsque le THM leur est contre indiqué.

Enfin, des traitements locaux à base de crèmes ou d'ovules composés d'hormones ou non, améliorent le syndrome génito-urinaire, responsable de sécheresse vaginale, de troubles sexuels et de fuites urinaires.

La ménopause et les symptômes qui en découlent peuvent être pris en charge de façon très favorable, améliorant non seulement les risques inhérents à la carence hormonale (cardiovasculaires, osseux...) mais aussi, et surtout, la qualité de vie des femmes.



Dr Véronique CAYOL
Gynécologue au CIEM