

# Sexualité et ménopause

**N. FEGHOUL** <sup>(1)</sup>, **K. L. AMMAR** <sup>(2)</sup>,  
**H. BENDAOU** <sup>(1)</sup>, **M. DERGUINI** <sup>(1)</sup>,

(1) Service de gynécologie obstétrique.  
Hôpital Bachir Mentouri, Kouba, Alger ;

(2) Cabinet de psychiatrie. Ain Allah. Dely Ibrahim.

## Résumé

La ménopause s'accompagne de toute une série de bouleversements physiques et émotionnels qui peuvent être bien ou moins bien vécus. La sexualité est un élément important de la vie de chacun. Les pathologies de la fonction sexuelle mettent en cause la patiente dans sa relation à soi, aux autres, et au monde. L'image et la confiance en soi sont touchées. Les femmes ménopausées sont de plus en plus concernées par leur sexualité, vu qu'elles passeront un tiers de vie ménopausées. Les troubles sexuels féminins ont une prévalence de 43 % et un à deux tiers de ces femmes sont en souffrance. Il existe davantage des difficultés sexuelles à la ménopause avec une augmentation de la prévalence des troubles de l'excitation et du désir. Les causes des troubles sexuels sont anatomiques et physiologiques, mais aussi psychologiques.

### >>> Mots-clés :

Ménopause, sexualité, désir, excitation, lubrification, dyspareunie, hormones, sexofonctionnelle.

## Abstract

Menopause is accompanied by a series of physical and emotional upheavals that can be well or badly experienced. Sexuality is an important part of everyone's life. The pathologies of sexual function involve the patient in her relation to herself, to others and to the world. The image and self-confidence are affected. Postmenopausal women are increasingly concerned about their sexuality as they will spend a third of their menopausal lives. Female sexual disorders have a prevalence of 43% and one to two thirds of these women are suffering. There are more sexual difficulties at menopause with an increase in the prevalence of disturbances of arousal and desire. The causes of sexual disorders are anatomical and physiological, but also psychological.

### >>> Key-words :

Menopause, sexuality, desire, excitement, lubrication, dyspareunia, hormones, sexofunctional.

## Introduction

La ménopause est un phénomène naturel défini par la disparition des règles depuis au moins un an, associée dans environ 50 % des cas à un syndrome climatérique (bouffées vasomotrices). La majorité des symptômes sont liés à une carence oestrogénique qui est secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien.

Elle survient en moyenne vers l'âge de 50 ans, précédée d'une phase dite de préménopause qui est caractérisée par une irrégularité des cycles, d'abord raccourcis puis allongés, une dysovulation puis une anovulation, qui s'installe environ 5 ans avant l'interruption définitive des règles.

Le diagnostic positif est avant tout clinique et repose sur l'association d'une aménorrhée d'au moins 12 mois survenant autour de 50 ans et associée à des symptômes climatériques : bouffées de chaleur, crises de sueur nocturne, sécheresse vaginale.

Chez certaines femmes, le diagnostic de ménopause peut déclencher un bouleversement et faire prendre conscience brutalement du processus de vieillissement jusque-là totalement éludé : son regard sur l'image renvoyée par le miroir

de ce corps vieillissant change et elle se perçoit tout à coup moins séduisante, moins désirée.

L'augmentation progressive de la durée de vie féminine durant le 20<sup>ème</sup> siècle, donne une espérance de vie des femmes de 80,5 ans <sup>(1)</sup>, celles-ci passeront un tiers de vie ménopausées.

L'imaginaire populaire véhicule encore le stéréotype d'une "retraite sexuelle", liée à la ménopause pour les femmes (retraite de reproduction) et à la baisse de l'érection chez les hommes <sup>(2)</sup>.

La ménopause reste une étape très particulière dans la vie d'une femme, moment d'extrême fragilité où la relation aux enfants, aux parents, au sexe opposé est en pleine mouvance.

C'est le temps des changements professionnels, voire de la retraite, du départ des enfants qui grandissent (notion de nid vide), c'est aussi le regard des autres, un statut de femme vieillissante, l'âge de devenir grand-mère et des modifications corporelles accompagnant l'arrêt des règles. C'est le premier pas vers la vieillesse.

Dans notre société, l'apparence physique (la beauté, la minceur) et la jeunesse sont les premiers critères rattachés à la séduction et au désir. Les changements liés à l'âge (les rides, la prise de poids) éloignent des critères sociaux de la séduction. A la ménopause, la difficulté à accepter l'image du corps que renvoie le miroir, va diminuer l'estime de soi, le désir sexuel et le sentiment de désirabilité, voire l'installation d'une attitude dépressive. La perte supposée de la séduction est conditionnée par le regard des autres, en particulier le conjoint et la comparaison subjective faite avec les personnes de l'entourage et surtout les médias <sup>(3)</sup>. Une sexualité épanouie au-delà d'un certain âge semble difficile.

Si les changements physiques et émotionnels de la ménopause entraînent parfois chez certaines femmes une diminution de la libido accompagnée très souvent de sécheresse vaginale responsable de dyspareunie, chez d'autres au contraire une libération de nombreux soucis, un accès à plus de liberté érotique.

La sexualité de la femme ménopausée est un enjeu de qualité de vie important à prendre en compte pour les acteurs de la santé. Il n'est donc pas question d'occulter les problèmes psychosexuels liés à cette longue période de vie. De nombreuses études ont montré, que sur ces 20 dernières années la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction sexuelle ont augmenté chez les femmes de plus de 50 ans <sup>(4)</sup>.

## Problématique

La sexualité féminine est multifactorielle, composée de facteurs biologiques, psychosexuels et contextuels (dynamique du couple, questions socioculturelles).

Elle varie suivant les périodes de la vie reproductive, de la vie personnelle, du contexte, du type de relations affectives et des variables de la relation elle-même.

La santé sexuelle de la femme a souvent été négligée sur le plan biologique et sur celui de l'épanouissement sexuel, l'intérêt étant la procréation et le plaisir de l'homme.

## Épidémiologie

Les problèmes sexuels féminins ont une prévalence de 43 % dans l'enquête épidémiologique de Laumann <sup>(5)</sup>.

Le point important est que un à deux tiers de ces femmes sont en souffrance <sup>(6)</sup> et que ces troubles augmentent avec l'âge et la ménopause <sup>(7,8)</sup>. Ainsi, il faudra toujours rechercher si le symptôme est associé à une détresse.

Dans une étude récente de Laumann <sup>(9)</sup> sur la sexualité dans le monde, portant sur 26.000 personnes de 40 à 80 ans dans 29 pays, 70 % des hommes et 64 % des femmes pensent que la capacité à avoir des relations sexuelles diminue avec l'âge.

Certaines études ont démontré qu'il existe davantage de difficultés sexuelles après la ménopause à savoir une augmentation de la prévalence des troubles de l'excitation <sup>(10)</sup> et des troubles du désir <sup>(11)</sup>. Ces problèmes sont essentiellement dus au déclin des œstrogènes circulants et à la diminution de l'hydratation des voies génitales.

En revanche d'autres ont retrouvé moins de difficultés sexuelles à la ménopause, à savoir une sexualité vivace assez longtemps après la ménopause <sup>(12)</sup>, ainsi qu'une amélioration de la sexualité féminine avec l'âge, en amenant la guérison des troubles de l'excitation ou de l'orgasme <sup>(13)</sup>. On constate également que la prévalence des difficultés sexuelles ne semble pas augmenter avec l'âge comme pour les hommes <sup>(13)</sup>. Par contre la plupart des femmes qui conservent une sexualité active sont satisfaites ou très satisfaites de leur sexualité (78 %) Trompeter et al, 2012.

En pratique, nous observons moins d'intérêt pour la sexualité avec l'âge que pour les hommes, mais les femmes qui restent sexuellement actives semblent en grande majorité des cas très satisfaites de leur sexualité. Selon l'étude longitudinale de Rancho Bernado <sup>(14)</sup>, une femme sur deux dit conserver une activité sexuelle avec l'âge, elles signalent peu de difficultés sexuelles à

savoir une excitation qui reste conservée dans 64,5 % des cas, une lubrification normale dans 69 %, elles ont un orgasme satisfaisant dans 67,1 % des cas. Par contre celles qui ont plus de 80 ans disent avoir de nombreux orgasmes satisfaisants, avec ou sans partenaire. Tandis que les deux tiers de ces femmes sont satisfaites, voire très satisfaites de leur vie sexuelle.

## Ménopause et chute hormonale

La carence oestrogénique à la ménopause va entraîner un véritable bouleversement physiologique et anatomique sur les tissus et les organes. La baisse de l'œstradiol plasmatique qui conditionne l'attractivité sexuelle conditionne en partie aussi les troubles de l'humeur.

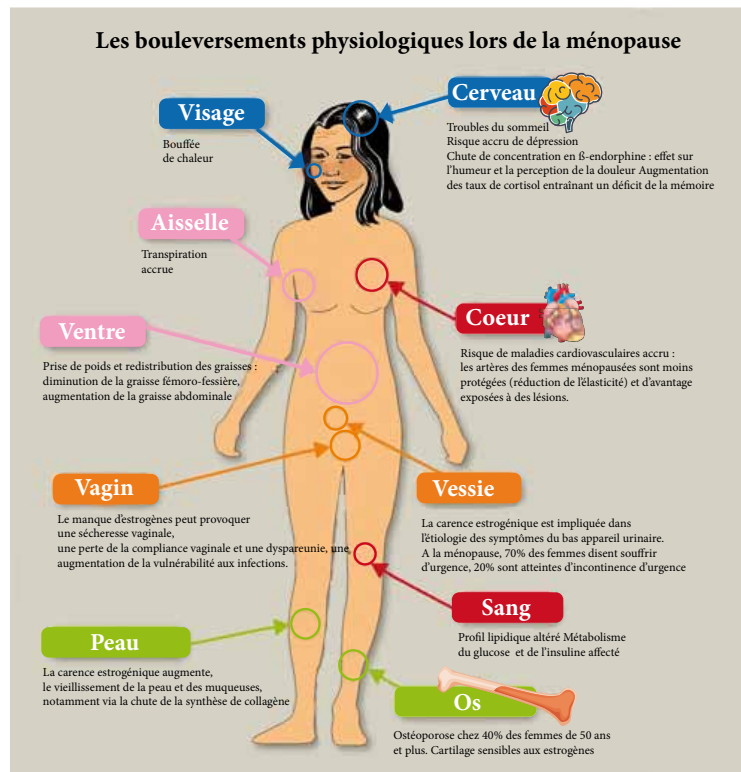


Figure 1 : Bouleversement physiologique et anatomique sur les tissus et les organes.

### La carence hormonale de la ménopause affecte-t-elle la vie sexuelle ?

Les effets de la déficience hormonale chez la femme :  
En premier lieu, la déficience oestrogénique se manifeste par une diminution de la lubrification avec atrophie et diminution de la contraction du vagin et une baisse de la vascularisation au niveau du clitoris. On note une altération progressive du capital neurologique et vasculaire entraînant un émoussement sensoriel avec diminution de l'ouïe, de la vision, des cinq sens et une diminution de perception des signaux sexuels.

Dans un deuxième temps, la déficience androgénique engendre d'autres bouleversements à type de troubles sexuels comme la perte de désir, de fantasmes et de rêves érotiques, une diminution de l'excitation et de

la capacité orgasmique ainsi qu'une diminution de l'activité sexuelle. On retrouve aussi des troubles psychologiques à type de syndrome anxio-dépressif avec perte de l'estime de soi, une diminution de la vitalité et du bien-être, accompagnée d'asthénie et de fatigabilité.

Des modifications corporelles sont retrouvées à type de raréfaction et amincissement et perte des poils pubiens, de plus une atrophie génitale réfractaire à l'œstrogénothérapie et une diminution de la masse et de la force, et du tonus musculaire.

D'autres facteurs biologiques interviennent aussi dans la ménopause comme une baisse de la dopamine, neurotransmetteur activateur du réveil sexuel, au niveau du système limbique du fait d'une plus grande vulnérabilité des femmes ménopausées au stress.

## Physiologie de la réponse sexuelle à la ménopause

Le cycle de la réponse sexuelle est composé de six phases. Tout commence par le désir suivi d'une phase

d'excitation qui se prolonge par un plateau puis arrive l'orgasme unique ou multiples pour la femme qui se terminera par une phase de résolution et une période réfractaire différente pour les deux partenaires.

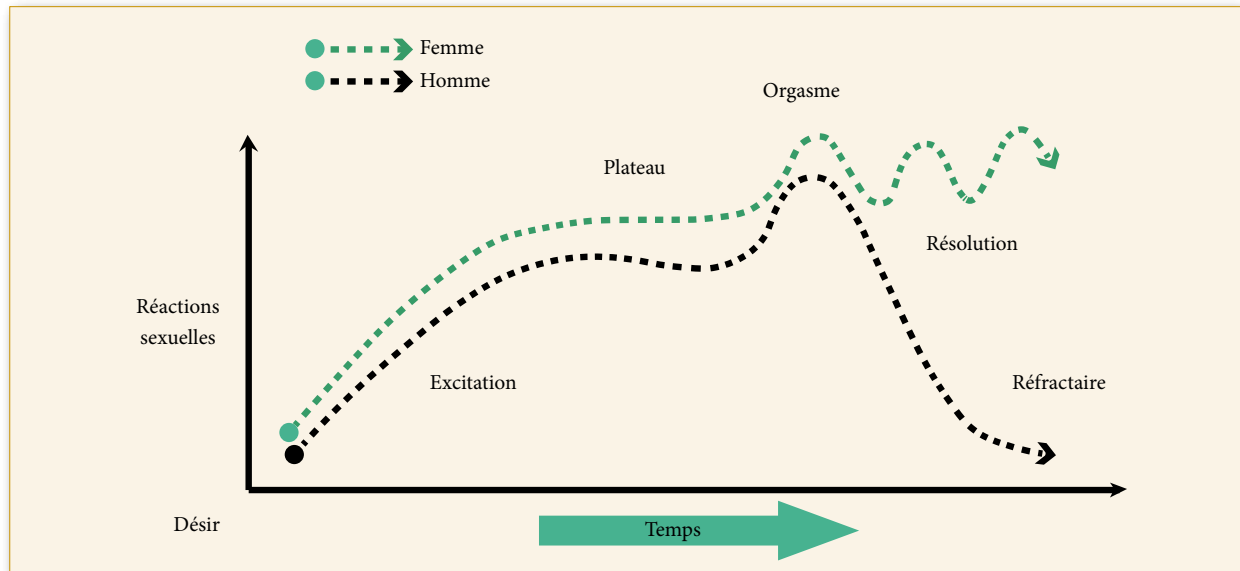


Figure 2 : Trajectoire des réactions sexuelles au cours des relations sexuelles.

### Que se passe-t-il durant la phase de réponse sexuelle à la ménopause ?

Dans la première phase d'excitation, l'étape de la lubrification vaginale est moins abondante et plus longue à obtenir donc les préliminaires doivent être plus longs. On peut retrouver une diminution de la lubrification survenant rapidement dès les premières années après la disparition des règles. Selon Laumann 27 % des femmes entre 50 et 59 ans affirment avoir éprouvé des difficultés de lubrification sexuelle au cours des 12 derniers mois. Donc un grand nombre de femmes gardent une lubrification vaginale après la ménopause si leur excitation est suffisante.

Au cours de la phase en plateau « tension sexuelle », la dilatation du vagin est limitée, ses parois s'atrophient et s'amincissent considérablement ce qui explique l'irritation mécanique de la vessie et de l'urètre lors des mouvements du pénis (source de miction impérieuse post-coïtale, voire même des brûlures mictionnelles évoquant des cystites). En revanche, les petites lèvres peuvent rétrécir, le clitoris qui est moins protégé devient plus sensible, irritable et endolori. Alors que l'utérus

peut être le siège de crampes douloureuses.

Au moment de l'orgasme, l'intensité de la réponse musculaire diminue du fait de l'atrophie tissulaire.

La durée de l'orgasme est plus courte mais la réaction poly-orgasmique est toujours possible. La phase de résolution est beaucoup plus rapide avec baisse de l'excitation.

Selon Masters et Johnson, les femmes qui avaient rarement des rapports sexuels et qui se masturbaient peu ont souvent un coït difficile et douloureux. La régularité des activités sexuelles y compris la masturbation est une solution.

|            |  |
|------------|--|
| Excitation | Baisse de la réponse vaginale, clitoridienne et vulvaire             |
| Plateau    | Baisse des sécrétions des glandes de Bartholin                       |
| Orgasme    | Baisse de la réaction orgasmique et baisse des contractions utérines |
| Résolution | Baisse rapide de l'expansion et de la congestion vaginale            |

Tableau 1 : Modifications de la réponse sexuelle féminine à la ménopause (Dodin & Dewailly, 2009).

## Les dysfonctions sexuelles à la ménopause

La sexualité est la résultante de trois facteurs, tout d'abord une interaction des compétences physiques associées à des dispositions psychologiques individuelles, le tout accompagné d'une harmonie relationnelle.

Le trouble sexuel est un problème survenant lors d'une phase du cycle de la réponse sexuelle. Il empêche la personne ou le couple d'apporter ou d'éprouver de la satisfaction sexuelle. Les troubles sexuels regroupent donc l'ensemble des facteurs bloquants, d'ordre physiologique ou psychologique qui empêchent une personne d'entretenir un rapport sexuel complet et satisfaisant.

Le trouble sexuel est trop souvent sous-diagnostiqué en raison de la persistance de tabous et de fausses croyances de la part des soignants et des patients. On croit encore que le déclin de l'activité sexuelle lié au vieillissement est la norme, ce qui empêche dévaluer à sa juste valeur le symptôme sexuel.

En effet ces troubles sont significativement mieux corrélés à d'autres facteurs que l'âge et la ménopause.

En premier lieu, nous avons les troubles de l'humeur associés à la dépression, à la fatigue ou le burnout, et puis s'ajoutent les troubles de l'estime de soi<sup>(15)</sup>.

Par ailleurs, on peut retrouver divers problèmes de santé limitant l'activité en général et l'activité sexuelle en particulier<sup>(16)</sup>. En revanche, les habitudes sexuelles antérieures

à la ménopause<sup>(17)</sup> ainsi que les sentiments pour le partenaire mais encore la capacité à modifier ses scripts sexuels jouent un rôle prépondérant dans l'épanouissement et la satisfaction sexuelle.

De multitudes situations cliniques peuvent se présenter selon la patiente, le couple et l'âge. Il s'agit soit d'une installation de la ménopause avec un trouble sexuel qui semble presque accessoire au sein d'un syndrome climactérique important (demande d'aide fonctionnelle « urgente »), soit d'un trouble sexuel isolé lors de l'installation de la ménopause. Parfois, on se retrouve devant une femme plus âgée dont le trouble sexuel a commencé lors de l'installation de la ménopause et on saisit l'occasion pour parler de ses difficultés sexuelles anciennes.

Par ailleurs, on note plusieurs facteurs corrélés à ces troubles ; les facteurs liés aux problèmes sexuels et à l'état de santé du partenaire et les facteurs relationnels à savoir une mauvaise communication des deux partenaires. Ensuite vient se rajouter la vulnérabilité individuelle comme la mauvaise image du corps, la comorbidité psychiatrique telle que la dépression, l'anxiété, les facteurs de stress ainsi que la perte d'emploi ou la perte d'un être cher. Parmi les symptômes les plus fréquents nous retrouvons en premier lieu les troubles du désir qui prédominent, suivis des difficultés d'excitation avec défaut de lubrification, accompagné de dyspareunie et en dernier lieu, les troubles du plaisir et de l'orgasme aboutissant au total à une insatisfaction sexuelle qui engendre une souffrance personnelle.

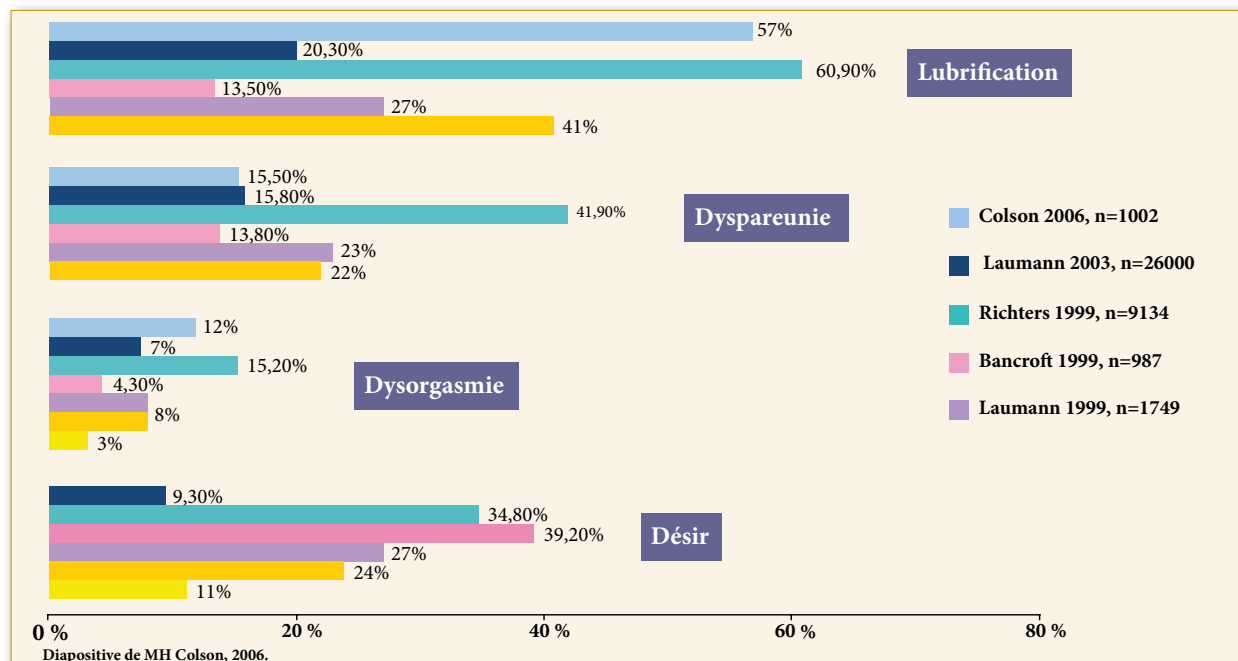


Figure 3 : Les difficultés sexuelles les plus fréquemment retrouvées chez les femmes âgées entre 50-59 ans à la ménopause.

## 1. Les troubles du désir

Le désir sexuel est l'énergie psychobiologique qui précède et accompagne l'excitation sexuelle et incite à avoir un comportement sexuel.

La sexualité change et doit s'adapter aux modifications causées par la ménopause, il survient souvent une baisse de la libido avec perte du désir. Par ailleurs, on note des troubles de l'excitation par manque de lubrification, nécessitant plus de préliminaires afin de parvenir à une bonne lubrification, pour cette raison il sera nécessaire d'utiliser le plus souvent des lubrifiants. Par contre, le partenaire lui aussi peut devenir moins désirable et moins excitant.

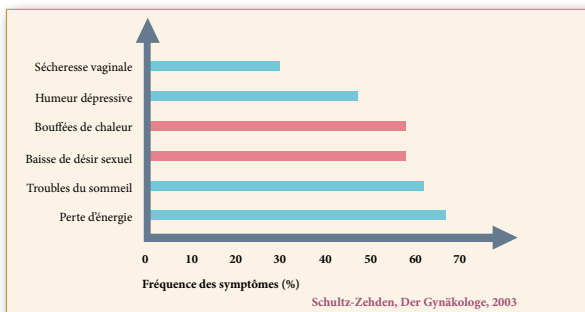


Figure 4 : Prévalence de la baisse du désir à la ménopause

En ce qui concerne le désir et le plaisir à cette période de la vie.

Nous avons plusieurs profils de femmes, celles qui sont dans « la sublimation » ; ce sont des personnes qui ont un intérêt particulier pour de nouveaux investissements plus gratifiants à savoir les petits enfants « la super mamie », une vie sportive et associative, très souvent elles n'avaient pas une sexualité de couple investie auparavant.

Par contre d'autres sont dans « la surcompensation » ; elles ont un déficit narcissique insupportable, avec une hyperconsommation. Elles ont un regain de sexualité avec un corps entretenu qui les maintient désirables et toujours désirantes avec un imaginaire toujours riche. On parle alors d'hyperactivité sexuelle défensive.

Ces femmes-là sont moins timides, plus expérimentées et sont addictes aux progrès de l'esthétique.

Enfin, certaines femmes sont dans « la décompensation » ; elles perdent en féminité, deviennent moins désirables, ont peu d'investissements extra-familiaux avec un bilan de vie difficile et une angoisse du temps qui passe. Au total, une dépression et une somatisation s'installent de façon progressive (COLSON).

La baisse du désir va s'accompagner d'une diminution de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels, dues à un amoindrissement des sécrétions et des orgasmes, engendrant une augmentation des dyspareunies.

L'atrophie vulvo-vaginale est retrouvée dans un cas sur deux, associée à des dyspareunies avec une sécheresse vaginale entraînant un inconfort, un prurit imposant une diminution de la fréquence des rapports <sup>(18)</sup>.

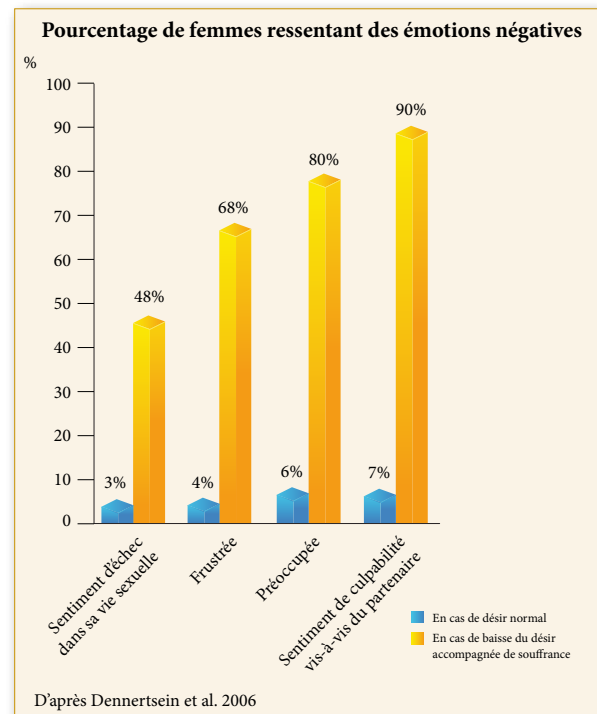


Figure 5 : Modifications de la sexualité à la ménopause : Baisse du désir sexuel impact sur le bien-être et la vie relationnelle de la femme

Il est important de remarquer que les problèmes sexuels sont souvent associés à une mauvaise qualité de vie, un niveau d'étude faible, une estime de soi plus faible, une mauvaise image du corps, ainsi qu'à la dépression et l'anxiété.

Cependant, en parallèle à cela, de nombreux facteurs psychosociaux paraissent améliorer ces problèmes et nous retrouvons alors : une sexualité antérieure satisfaisante, une bonne santé physique et mentale.

## 2. Les troubles de l'excitation et de la lubrification

### 2.1. Troubles de l'excitation

Le trouble de l'excitation se définit comme une incapacité permanente ou récurrente à atteindre ou à maintenir

tout au long de l'activité sexuelle une lubrification adéquate en réponse à une stimulation sexuelle ; ce trouble étant à l'origine d'une souffrance chez la patiente ou de difficultés interpersonnelles.

Les troubles de l'excitation regroupent trois entités cliniques :

Le trouble subjectif de l'excitation qui correspond à l'absence ou à la diminution de sensation de plaisir lors d'une stimulation adéquate avec une lubrification et une vasodilatation périphérique normales, ces troubles sont beaucoup moins étudiés et sont de l'ordre de 17 %.

Le trouble objectif de l'excitation qui correspond à l'absence de réponse sexuelle locale (défaut de vasodilatation et/ou de lubrification), à toute stimulation des zones sexuelles (alors que la réponse subjective à partir de stimuli non sexuels est conservée), ces troubles varient de 9 à 38 % avec un pic à la ménopause.

La combinaison des deux troubles précédents.

Ces dysfonctions à la ménopause sont multifactorielles. On note des causes vasculaires (une diminution du flux sanguin artériel ilio-hypogastrique secondaire à l'athérosclérose, qui entraîne une insuffisance vasculaire vaginale et clitoridienne), l'hypertension, l'hyperlipidémie, l'obésité, le diabète, les coronaropathies, la carence en œstrogènes (diminution de la vasodilatation et du débit sanguin clitoridien et vaginal entraînant une lubrification insuffisante). On note aussi des facteurs psychologiques tels une anxiété, une mauvaise entente avec le partenaire qui peuvent altérer le désir sexuel féminin ainsi que le ressenti subjectif de l'excitation.

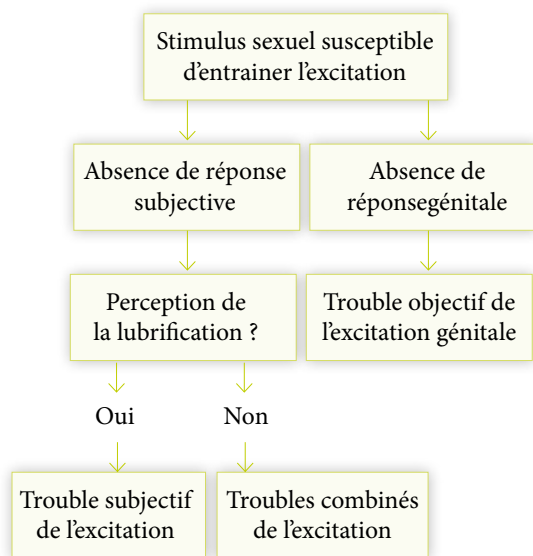


Figure 6 : Algorithme diagnostique des troubles de l'excitation de la femme

## 2.2. Le syndrome d'excitation génitale persistante : (SEGP)

C'est la perception d'une excitation génitale en l'absence de désir sexuel ou de stimulation sexuelle. Ce syndrome peut conduire à un ou plusieurs orgasmes (obtenus seule ou avec un partenaire) qui procurent un soulagement temporaire.

La ménopause, par les modifications hormonales (changement rapide des taux d'œstrogènes et ou de la progestérone) qu'elle entraîne, peut être pourvoyeuse de ce syndrome. La sensation d'excitation persiste souvent sans fantasmes ou pensées de nature sexuelle et sans avoir été déclenchée. Ce syndrome est perçu par les femmes comme désagréable, voire douloureux, il est source de stress, de dépression, d'anxiété ou même d'attaques de panique.

Son évolution est imprévisible en intensité avec des récurrences des épisodes. L'anxiété semble exacerber les symptômes. Mais la gêne et la souffrance psychologique qui en découlent sont directement corrélés à l'intensité et à la récurrence des épisodes.

## 2.3. Troubles de la lubrification

La sécheresse vaginale peut rendre les rapports sexuels difficiles et douloureux.

La diminution de l'imprégnation hormonale vaginale peut entraîner un retard de la lubrification durant la période d'excitation. La femme à 20 ans a besoin de moins de 30 secondes pour avoir une lubrification complète, par contre à la ménopause, elle a besoin plus de 3 à 4 minutes. Ce point est essentiel car il est la source des difficultés sexuelles du couple.

La lubrification naturelle du vagin est un écoulement transparent plus ou moins abondant, qui est indispensable pour permettre la pénétration et faciliter les mouvements du pénis.

Elle est régulée par des facteurs hormonaux, génétiques, médicamenteux ou psychologiques.

La sécheresse vulvo-vaginale par déficit oestrogénique est une cause essentielle du défaut de lubrification lors des rapports sexuels.

Cette sécheresse va engendrer des douleurs lors de la pénétration, des brûlures et un prurit associé à des microlésions vaginales dues aux frottements sur une muqueuse sèche. Par conséquent, on note une peur des rapports sexuels avec une perte du plaisir sexuel et un refus systématique de tout acte, ce qui donnera des perturbations de la dynamique du couple. Il y a une association entre la sécheresse vaginale et la douleur pendant les rapports : 50 % des femmes ménopausées <sup>(20)</sup>.

Une étude réalisée par Domonev <sup>(21)</sup> sur 500 couples

anglais âgés entre 55 et 65 ans qui présentaient une expérience d'inconfort vaginal a montré que 70 % des femmes et des hommes évitent les rapports en raison de l'inconfort vaginal. Chez 20 % de ces femmes, cet inconfort crée une distance émotionnelle dans le couple. 21 % de celles-ci appliquent des œstrogènes locaux afin de diminuer la douleur et augmentent par conséquent la fréquence des rapports sexuels.

Une autre étude de Nappi, Maturitas<sup>(22)</sup>, effectuée sur 1.600 couples d'Europe du Nord et 1.000 couples d'Europe du Sud a objectivé que 20 à 30 % des femmes présentaient une dyspareunie constante et pensent que cela ruine et affecte leur vie sexuelle. 20 à 30 % des hommes pensent qu'il s'agit d'un gros problème dans leur vie sexuelle.

L'inconfort vaginal a un impact sur l'estime de soi et le bien être émotionnel.

L'atrophie vulvo-vaginale est actuellement dénommée le « SGUM » (syndrome génito-urinaire de la ménopause).

Le SGUM comprend des symptômes en rapport avec le vieillissement et des signes associés à l'insuffisance en œstrogènes.

Il entraîne des symptômes vulvo-vaginaux, urinaires et des répercussions sexuelles non négligeables avec des conséquences très négatives sur l'image du corps.

50 % de la population ménopausée est affectée. Les trois symptômes les plus fréquents sont la sécheresse vaginale (70 %), l'irritation vaginale (33 %) et la dyspareunie (29 %). Ces symptômes apparaissent le plus souvent au moment de la ménopause ou dans l'année suivante et restent constants dans 60 % des cas.

La douleur pendant les rapports est considérée comme le symptôme le plus ennuyeux (72 %). Le désir sexuel diminue en moyenne de 50%.

Le retentissement de ce syndrome varie en fonction de cinq facteurs : l'attitude face au vieillissement, l'attitude face aux médicaments, le rapport à la féminité, à l'intimité et au sexe et enfin la relation avec le médecin.

### 1. Troubles du plaisir et de l'orgasme

L'orgasme correspond au sommet de la phase d'excitation sexuelle. Il s'accompagne d'une accélération des rythmes cardiaque et respiratoire avec libération de protéines, offrant une profonde sensation de bien-être. La sensation peut être ressentie de manières différentes chez l'homme et la femme.

Au moment de l'orgasme, l'organisme produit de la prolactine et de l'ocytocine, hormones du plaisir et de l'attachement.

L'orgasme clitoridien est le plus fréquent, correspond à

une stimulation de la partie émergée de l'organe.

Le clitoris érigé par l'excitation se retire sous le prépuce clitoridien, et les petites lèvres deviennent plus foncées et s'épaississent. Le vagin diminue de volume (30 %) et se gorge de sang. Les muscles de l'utérus se contractent, et ensuite l'utérus, le vagin et les muscles du bassin subissent une série de contractions musculaires. La lubrification naturelle du vagin est intense.

L'autre type d'orgasme est dit vaginal. Il est lié à la stimulation de l'intérieur du vagin. Les dyspareunies de la femme ménopausée entraînent une diminution ou une absence de plaisir puis une anorgasmie dans un deuxième temps.

Les changements du schéma corporel, les relations dans le couple, et le profil anxieux, phobique ou obsessionnelle peuvent induire des troubles orgasmiques chez la femme ménopausée.

## Prise en charge des dysfonctions sexuelles de la ménopause

Le rôle du médecin est majeur pour expliquer la physiologie des phénomènes du vieillissement, évoquer les moyens thérapeutiques, mais aussi pour rassurer.

Écouter leur demande, poser des questions sur leur vie intime, sur leur relation de couple, sur leur complicité et sur leurs relations sexuelles.

Permettre un dialogue et aider la femme à parler de sa sexualité plus librement et répondre à ses inquiétudes et à ses interrogations au sujet de la ménopause. Lui expliquer la nécessité de préliminaires plus longs autant pour elle que pour lui et surtout redonner à la sexualité sa fonction ludique.

Les facteurs négatifs pour la fonction sexuelle sont l'âge, les problèmes physiques de santé, la perte du partenaire, les maladies et médicaments du partenaire et le stress psychosocial et ils sont contrebalancés par des facteurs protecteurs à savoir le fonctionnement sexuel antérieur satisfaisant, une bonne santé mentale et physique, une relation positive dans le couple, des attentes positives de la ménopause, l'âge et l'état de santé du partenaire.

Les traitements médicamenteux et la thérapie sexofonctionnelle doivent être combinés pour une optimisation de la prise en charge des dysfonctions sexuelles de la ménopause.

La thérapie sexofonctionnelle repose principalement

sur : privilégier l'expérience émotionnelle et affective en acceptant les nouveaux rythmes de son corps, accepter le décalage du désir et de l'excitation, savoir que l'orgasme est toujours possible, évoluer dans des scripts sexuels, tenir compte de l'autre, tout en ne s'oubliant pas soi-même, savoir partager, apprendre à devenir plus active et le désir, ça s'entretient.

Remplacer les repères quantitatifs (plus souvent, plus rapide, plus tard, plus vite) par des repères émotionnels et relationnels (plus avec toi, plus longtemps).

La consultation de la transition ménopausique ou de la ménopause confirmée est propice à l'instauration d'un dialogue sur la santé sexuelle.

### Rôle du gynécologue

- Informer, dédramatiser dès la périménopause
- Ne pas banaliser ni esquiver, ne pas prendre sa propre sexualité comme norme
- Rechercher tous les facteurs interférant (patho chronique, thérapeutique)
- Bilan gynécologique (atrophie, périnée)
- Analyse du contexte, attitude du partenaire
- Prescription d'un traitement adapté avec prise en charge psychologique voire adresser à un sexologue

### Comment et dans quelle mesure pouvons-nous y remédier par nos thérapeutiques ?

#### • La sécheresse vaginale :

L'utilisation de lubrifiants vaginaux améliore le confort local essentiellement pour l'intromission.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause sous toutes ses formes (patch, gels, comprimés) améliore la sexualité en augmentant la trophicité cutanée et vaginale, la vascularisation, la libido, la fréquence des rapports sexuels, le plaisir, les orgasmes et la qualité de vie.

#### • Le syndrome génito-urinaire de la ménopause :

Le traitement consiste dans tous les cas à augmenter l'activité sexuelle avec ou sans partenaire ce qui va entraîner une augmentation de la vascularisation vaginale, une distension de celle-ci et un apport de prostaglandines et d'acides gras.

Si possible l'arrêt du tabac est important, préconiser des hydratants trois fois par semaine associés à des lubrifiants à la demande.

Des topiques oestrogéniques sont les plus efficaces dans

ce cas, mais à des doses faibles permettant d'avoir des effets systémiques minimaux et maintenir un taux d'oestradiol plasmatique bas.

Le traitement doit être quotidien pendant trois semaines puis deux fois par semaine en traitement d'entretien.

Il existe de nouveaux traitements non hormonaux de l'atrophie vaginale :

On parle de rajeunissement vaginal au laser (restauration de la muqueuse vaginale), le laser CO2 fractionné (Monalisa) ou le laser YAG (intima).

### Peut-on encore avoir une vie sexuelle à la ménopause et après ?

Pour une sexualité optimisée, il est nécessaire d'actualiser sa sexualité en consacrant plus de temps, en diminuant le stress et les tabous et surtout investir dans une sexualité plus épanouie qu'auparavant et une vie sociale et familiale beaucoup plus active.

Une bonne santé physique, une image de soi positive, un regard du partenaire valorisant, le sentiment d'être désirée et d'être capable de séduire, de l'intimité dans la relation de couple, de la tendresse et de l'attention, constituent des facteurs essentiels pour une sexualité épanouie à la ménopause.

### Conclusion

La ménopause est une période de crise, hormonale et psychologique, avec des conséquences sur le plan sexuel. C'est un phénomène physiologique, mais qui pose de nombreux problèmes, ce qui justifie une prise en charge médicale et psychologique.

Parfois la crise se passe assez bien, parfois non...

La chimie de nos émotions est très complexe. Jamais la prise en charge de difficultés sexuelles ne pourra se résumer à la prescription d'une molécule, si révolutionnaire soit-elle.

Les paramètres qui conditionnent la sexualité à la ménopause sont nombreux, à savoir ce qui tient à la santé physique, au vécu du corps et de la ménopause, ce qui tient à l'homme, au couple et à la famille, de l'environnement et enfin de ce qu'était la vie avant la ménopause. Aujourd'hui, il y a une longue vie après la ménopause, en fait une « vraie nouvelle vie » et non une « survie ».

#### Date de la soumission :

28 Juillet 2018

#### Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références :

1. Soules. J Am Geriatr Soc 1982;35:1000-1005. Vieillesse et santé de la femme, Factsheet 252, Juin 2000
2. Tessler Lindau S, Gavrilova N : Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ 2010 ;340 :C 810
3. Montemurro (USA) J Women Aging 2013
4. Delbes. A. 2000, Du veuvage à l'isolement. Gériatrie et Société ; 95 :11-26
5. Laumann. E.O,1999. Sexual Dysfunction in the United States : prevalence and predictors. JAMA ;281 :537-544
6. Bancroft,2003, Distress about sex : a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav ;32:193-204
7. Hallstrom T,1990. Changes in women's sexual desire in middle life : the longitudinal study of women in Gothenburg. Arch Sex Behav ;19(3):259-68
8. Dennerstein L, 2000.Menopause and sexuality in women's health : Contemporary international Perspectives. 190-196.
9. EO Laumann et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 : prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research (2004), 1-19.
10. Castelo Blanco et al, 2003/ Blumel et al ,2004, Dennerstein et al/ Yannez et al.
11. Dennerstein et al ,2006/ Leiblum et al 2006
12. Jagus& Benbow, 2002 ; Lindou et al.,2007
13. Kadri et al, 2002/ Richters et al, 2003/ Laumann et al,1999/Cain et al, 2003/Barlow 1997/Johnson et al, 2004/Najman et al 2003, Trompeter 2012
14. Étude longitudinale Rancho Bernardo Study, Trompeter et al ,2012.
15. Kuffel,2006 ; Castelo Blanco,2007
16. Stacy Tessler Lindau, M.D., M.A.P.P., L. Philip Schumm, M.A., Edward O. Laumann, Ph.D., Wendy Levinson, M.D., Colm A. O'Muircheartaigh, Ph.D., and Linda J. Waite, Ph.D.
17. Weeks,2002
18. Kingsberg J Sex Med 2013; Santoro J Sex Med 2009; Levine Menopause 2008; North American Menopause Society Menopause 2013; Thomas, Menopause 2011.
19. North American Menopause Society 2012
20. Edwards D et al, Climateric, 2016,19,151-161
21. Domoney, Menopause Int 2013
22. Nappi, Maturitas 2013

Octobre 2018

# Prochain dossier

# Dermatologie