

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

THÈSE N°

LES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA MÉNOPAUSE ONT-ELLES UN IMPACT SUR LA SEXUALITÉ DE LA FEMME ?

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 12 Octobre 2015

par

Anne-Laure PETIT

née le 19/06/1987, à BOURGES

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Yves AUBARD.....Président
M. le Professeur Daniel BUCHON.....Juge
Mme le Professeur Associé Nathalie DUMOITIERJuge
Mme le Professeur Associé Martine PREVOSTJuge
Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME.....Directrice de thèse



UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATI ER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOI NE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVI ET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESPO RT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSI G Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAI S Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUI LLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAI NANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE

GUI GONI S Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROI X Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LI ENHARDT-ROUSSI E Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABI T Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEI L Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur

MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENI ZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEI SSI ER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBI ANA-MATHI EU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEI X Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VI GNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service

VI NCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VI ROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEI NBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDI N Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNI VERSI TES DE MEDECI NE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
---------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMI EU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEI LLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Héléne	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANI ER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAI RE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LI A Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARI N Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTI N Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

TCHALLA Achille Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VALLAT Jean-Michel Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2014

A mes parents :

Vous qui m'avez vue grandir, qui avez lu régulièrement les trop nombreux commentaires sur mes bulletins scolaires comme « bavarde trop », « trop distraite », « manque de concentration »..., qui avez bataillé pour me garder dans le droit chemin de la scolarité, auriez-vous imaginé ce parcours et cette issue ? Moi-même je n'en reviens pas... Merci pour votre soutien ces dix dernières années, pour les longues heures passées au téléphone, à me rassurer les veilles d'examens, me redonner confiance lorsque je baissais les bras, et pour avoir supporté ma mauvaise humeur... Mille mercis pour ce que vous êtes, pour ce que vous m'avez apporté depuis 28 ans, pour cette femme que je suis devenue, et le médecin que je suis aujourd'hui. Sans vous, je n'en serais pas là. Je vous aime de tout mon cœur.

A ma sœur :

Je suis si fière de toi, de ce que tu as accompli malgré les épreuves que tu as traversées, j'ai confiance en toi et je sais que tu feras toujours les bons choix. Merci pour ton écoute à toute heure du jour ou de la nuit, tes précieux conseils, tu m'as aidée à devenir une femme et sans toi non plus je n'en serais pas là aujourd'hui. J'espère pouvoir t'apporter autant. Je suis fière de la relation que nous avons réussi à construire et de notre complicité, c'est peu de choses, mais si précieux. Je t'entends déjà dire « attention, instant niais ! », et bien tant pis, je continue et termine avec ces mots que je ne te dis pas assez souvent : je t'aime.

A mes grands-pères : j'espère que vous me regardez de là-haut et êtes fiers de moi.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Yves AUBARD : vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON, Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Madame le Professeur Martine PREVOST : merci pour l'intérêt porté à mon travail et la participation à la soutenance de cette thèse.

A Madame le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME : merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos conseils et votre disponibilité, vous avez su me guider et me canaliser tout au long de ce travail. Merci enfin pour votre attitude, qui m'a permis de me rassurer, de me donner confiance et de mener à terme cette thèse.

A Monsieur François DALMAY : merci pour votre aide précieuse, votre disponibilité et votre rapidité qui ont permis la réalisation des analyses statistiques de cette étude.

A toutes les femmes de cette étude : merci pour votre participation.

A tous les médecins qui ont transmis les questionnaires : merci pour votre aide.

A tous mes professeurs et maîtres de stage : merci pour toutes ces années d'enseignements, le partage de vos connaissances et de vos expériences. Merci de m'avoir transmis l'amour de la médecine.

Au Docteur Jean-Jacques REMENIERAS : quelle belle rencontre ! Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ces longues discussions au cours desquelles tu m'as enseigné une médecine humaine et moins technique. J'espère que ce n'est que le début de notre confraternité. Merci au Docteur Patricia SAULE-FRANCO, j'ai apprécié ta confiance et ton dévouement. Merci aussi à toute l'équipe de La Chênaie, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Aux Docteurs Jean-Marc METADIER et Armen BABAKHANYAN : je suis ravie d'avoir travaillé avec vous, vous m'avez permis d'apprécier la médecine d'urgence, moi qui redoutais tant ce stage avant d'y mettre un pied ! Merci Jean-Marc pour ta confiance et tes

précieux conseils. Merci Armen pour ces longues nuits de garde passées à tes côtés, pour ces pauses que tu nous imposais afin de reprendre des forces, merci pour ton courage, je suis admirative de ton parcours. Et merci à toute l'équipe des urgences de Tulle.

Au Docteur François BOUHET : j'ai été admirative de votre passion pour la médecine et vos patients, je me souviendrai de cette phrase : « avec moi, tu apprendras plus un savoir-être qu'un savoir-faire ». J'ai appris les deux et bien plus, je vous en remercie.

A l'équipe de Janet Bas et Zarifian, à Esquirol : merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre confiance au cours de ce stage, j'ai énormément appris à vos côtés. Merci à Nadine, Marine, Sandrine et Julia pour votre écoute certains jours un peu sombres.

A tous les patients que j'ai rencontré depuis 10 ans : merci pour votre confiance.

A ma famille : merci pour tous les bons moments passés à vos côtés. En particulier, à Mamie Jeannette : merci pour l'amour que tu nous portes et ton dévouement.

A Nico : merci pour tes compétences en anglais et la relecture de mon résumé ! Merci pour tous ces soirs où tu as mangé froid à cause de nos longues conversations téléphoniques avec Olivia. Merci pour tout ce que tu lui apportes depuis 10 ans. Tu es un super beau-frère !

A ma marraine : merci pour ton écoute et tes conseils, je suis fière d'avoir une marraine comme toi.

A Fred : ta présence à mes côtés depuis presque 6 mois m'a permis de tenir le coup pour la période la plus difficile de mon travail. Tu m'as apporté beaucoup de bonheur, de réconfort et de sérénité. Merci pour l'amour que tu me donnes, ta patience et ta gentillesse. J'espère que ce n'est que le début d'une longue et belle histoire. Je t'aime.

A tous mes amis, en particulier :

A Coline : merci pour tout ce que tu m'apportes depuis presque 15 ans. Merci pour ta présence (« loin des yeux, près du cœur », pour faire mentir le vieil adage) et tes

encouragements, tu as toujours cru en moi tant au niveau professionnel que personnel. Je suis fière de la femme que tu es devenue, et maintenant maman. Merci pour l'honneur et la confiance que tu me fais en me demandant d'être la marraine de Gabin.

A Marie : nous nous sommes rencontrées dès les premiers jours de la P1 et (presque) jamais quittées. Nous nous sommes soutenues dans cette difficile épreuve de l'éloignement familial, et durant toutes ces années de dur labeur. Merci pour tous ces moments de délire, (les passagers du train Limoges-Orléans s'en souviendront !), pour ta joie de vivre et ton écoute. Je suis fière de toi et de ce que tu es devenue depuis quelques années. Je serai toujours là pour surmonter d'autres épreuves avec toi.

A Pauline : je crois que sans toi je n'y serais pas arrivée. Merci d'avoir été là dans les moments difficiles, de m'avoir supportée durant ces longues journées de révisions, d'avoir cru en moi et de m'avoir donné le courage et la force de surmonter les ECN. Merci pour ta bonne humeur (si si !), tes chansons, ta mèche trop bien coiffée, et tous les délires que nous avons partagés. Merci à ta mère d'avoir supporté les scoubidou-bidou. Et je finirai par cette phrase, que toi seule comprendras : « j'ai le cœur qui va éclater ».

A Héléna, Lisa, Tiphaine : merci pour tous ces bons moments passés ensemble, pour votre écoute dans certaines périodes difficiles. Merci pour votre bonne humeur et votre joie de vivre. Je suis heureuse que notre amitié persiste malgré la distance ! Merci à Lisa et Tiphaine de m'avoir supportée pendant le 4L Trophy, et de m'avoir convaincue de le faire !

A Gaëlle et Pierre, les meilleurs colocs que l'on puisse avoir ! Merci Gaëlle pour tes bons petits plats, pour ta bonne humeur, ton écoute, tes conseils. Je suis heureuse d'avoir appris à te connaître mieux durant ces 6 mois à Tulle, et de poursuivre cette amitié maintenant. Merci Pierre pour tes délires, ton humour décalé, l'éducation musicale que tu m'as donnée, la sérénité que tu m'apportes quand je suis en ta présence. Tu es un peu le frère que je n'ai jamais eu.

A tous ceux que j'ai rencontré durant toutes ces années.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Liste des abréviations

AARP : American Association of Retired Persons (Association américaine des personnes retraitées)

AIMGL : Association des Internes de Médecine Générale du Limousin

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-5 : Diagnostic and Statistique Manuel of Mental Disorders, 5e version (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

INED : Institut National d'Études démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

NO : monoxyde d'azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

THS : Traitement Hormonal Substitutif

VIP : Vasoactive Intestinal Polypeptide

Plan

Remerciements.....	9
---------------------------	----------

Liste des abréviations.....	13
------------------------------------	-----------

Introduction.....	20
--------------------------	-----------

Première partie : La théorie

1.Définition et clinique de la ménopause.....	26
--	-----------

1.1.Définition de la ménopause.....	26
-------------------------------------	----

1.2.Diagnostic de la ménopause	27
--------------------------------------	----

1.3.Rappels physiologiques.....	28
---------------------------------	----

1.3.1.La péri-ménopause.....	28
------------------------------	----

1.3.2.La ménopause confirmée.....	30
-----------------------------------	----

1.4.Manifestations cliniques de la ménopause.....	31
---	----

1.4.1.Aménorrhée secondaire.....	31
----------------------------------	----

1.4.2.Bouffées de chaleur.....	31
--------------------------------	----

1.4.3.Troubles génito-urinaires.....	32
--------------------------------------	----

1.4.3.1.Vulve et vagin.....	33
-----------------------------	----

1.4.3.2.Utérus.....	34
---------------------	----

1.4.3.3.Ovaires.....	35
----------------------	----

1.4.3.4.Fonction urinaire.....	36
--------------------------------	----

1.4.4.Troubles sexuels.....	37
-----------------------------	----

1.4.5.Modifications corporelles.....	38
--------------------------------------	----

1.4.5.1.Seins.....	38
--------------------	----

1.4.5.2.Poids.....	39
--------------------	----

1.4.5.3.Poils et cheveux (virilisation).....	39
--	----

1.4.5.4.Peau.....	40
-------------------	----

1.4.6.Troubles psychiques.....	40
--------------------------------	----

1.4.7.Manifestations mixtes.....	43
----------------------------------	----

1.4.8.Troubles du sommeil.....	44
--------------------------------	----

1.4.9.Fonctions cognitives.....	44
---------------------------------	----

1.4.10.Risque osseux.....	46
---------------------------	----

1.4.11. Risque cardiovasculaire.....	48
1.4.12. Risque oncologique.....	50
1.4.12.1. Cancer de l'endomètre.....	50
1.4.12.2. Cancer du col utérin.....	50
1.4.12.3. Cancer de l'ovaire.....	50
1.4.12.4. Cancer du sein.....	50
1.4.13. Des manifestations cliniques peu connues.....	51
1.4.13.1. Muqueuse buccale et gingivale.....	51
1.4.13.2. Voix.....	51
1.4.13.3. Œil.....	51
2. Sexualité.....	52
2.1. Définition de la sexualité.....	52
2.2. Anatomie et physiologie de la sexualité.....	54
2.2.1. Contrôle cérébral de la réponse sexuelle.....	56
2.2.2. Voies nerveuses de l'excitation sexuelle.....	57
2.2.3. Neuromédiateurs de la réponse sexuelle.....	58
2.2.2.1. Les neuromédiateurs périphériques.....	58
2.2.2.2. Les neuromédiateurs centraux.....	58
2.2.4. Les modulateurs stéroïdiens.....	60
2.2.5. La réponse sexuelle féminine.....	61
2.2.5.1. Le désir.....	61
2.2.5.2. L'excitation sexuelle.....	62
2.2.5.3. Le plateau.....	63
2.2.5.4. L'orgasme.....	63
2.2.5.5. La résolution.....	64
2.3. Les dysfonctions sexuelles féminines.....	65
2.3.1. Trouble du désir.....	65
2.3.2. Troubles de l'excitation.....	66
2.3.2.1. Trouble de l'excitation sexuelle génitale.....	66
2.3.2.2. Trouble de l'excitation sexuelle subjective.....	66
2.3.2.3. Trouble mixte de l'excitation sexuelle.....	66
2.3.3. Troubles de l'orgasme.....	66
2.3.4. Troubles algiques.....	66
2.3.4.1. Dyspareunies.....	66
2.3.4.2. Vaginisme.....	67
2.4. Les modifications de la sexualité à la ménopause.....	67

2.4.1.Évolution anatomique.....	68
2.4.2.Évolution des réactions sexuelles.....	69
2.4.2.1.La phase d'excitation.....	69
2.4.2.2.La phase de plateau.....	69
2.4.2.3.La phase de l'orgasme.....	69
2.4.2.4.La phase de résolution.....	70
2.4.3.Facteurs non hormonaux influençant la sexualité à la ménopause.....	70
2.4.3.1.Facteurs physiques.....	70
2.4.3.2.Facteurs psychologiques.....	71
2.4.3.3.Facteurs sociaux : religion, culture et sexualité.....	72
2.4.3.4.Facteurs familiaux.....	74

Deuxième partie : L'étude

1.Matériel et méthode.....	76
1.1.Type d'étude.....	76
1.2.Objectifs de l'étude.....	76
1.3.Population de l'étude, recueil des données.....	76
1.4.Analyse des données.....	79
1.5.Méthode de recherche bibliographique.....	79
1.6.Analyse statistique.....	80
2.Résultats.....	81
2.1.Population de l'étude.....	81
2.1.1.Les médecins qui ont transmis les questionnaires.....	81
2.1.1.1.Descriptif global.....	81
2.1.1.2.Descriptif par département.....	82
2.1.1.3.Descriptif selon la zone d'activité.....	84
2.1.2.Les femmes qui ont répondu aux questionnaires.....	87
2.1.2.1.Age au moment de l'étude.....	87
2.1.2.2.Age de début de ménopause.....	87
2.1.2.3.Département d'origine.....	88
2.1.2.4.Présence d'un conjoint.....	89
2.1.2.5.Enfants.....	90
2.2.Vécu de la ménopause.....	91
2.2.1.Impact sur la féminité.....	91

2.2.2.Sentiment de libération.....	92
2.2.3.Souffrance vis-à-vis des changements corporels et impact sur la sexualité.....	93
2.2.4.Sentiment d'être moins désirable.....	95
2.2.5.Ménopause synonyme de vieillesse.....	96
2.3.Troubles de la sexualité.....	97
2.3.1.Désir.....	97
2.3.2.Fréquence des rapports.....	98
2.3.3.Sécheresse vaginale.....	99
2.3.4.Plaisir ressenti lors des caresses.....	101
2.3.5.Trouble de l'orgasme.....	102
2.3.6.Rapports entre les différents troubles sexuels.....	103
2.3.6.1.Désir vs fréquence des rapports.....	103
2.3.6.2.Sécheresse vaginale vs plaisir ressenti lors des caresses.....	103
2.3.6.3.Sécheresse vaginale vs trouble de l'orgasme.....	104
2.4.Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité.....	105
2.4.1.Bouffées de chaleur.....	105
2.4.2.Troubles du sommeil.....	107
2.4.3.Troubles de l'humeur.....	109
2.4.4.Dépression.....	111
2.5.Recherche de solutions, abord du sujet par le médecin traitant.....	113
2.5.1.Recherche de solutions.....	113
2.5.2.Consultation d'un médecin.....	114
2.5.3.Abord du sujet par le médecin traitant.....	115
3.Discussion.....	117
3.1.Biais de l'étude.....	117
3.1.1.Questionnaires.....	117
3.1.2.Médecins.....	117
3.1.3.Patientes.....	118
3.1.4.Biais sociologique.....	118
3.2.Les médecins qui ont transmis les questionnaires.....	119
3.3.Les femmes qui ont répondu aux questionnaires.....	119
3.4.Vécu de la ménopause.....	123
3.4.1.Impact sur la féminité, changements corporels, sentiment d'être désirable.....	125
3.4.2.Sentiment de libération ?.....	126
3.4.3.Ménopause synonyme de vieillesse ?.....	127
3.5.La sexualité après 50 ans.....	128

3.5.1.Évolution de la sexualité avec l'âge.....	128
3.5.2.Causes de la diminution d'activité sexuelle après 50 ans.....	129
3.5.3.Les troubles sexuels.....	130
3.5.3.1.Désir.....	132
3.5.3.2.Fréquence des rapports sexuels.....	132
3.5.3.3.Sécheresse vaginale.....	132
3.5.3.4.Plaisir ressenti lors des caresses.....	133
3.5.3.5.Orgasme.....	134
3.6.Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité.....	134
3.6.1.Bouffées de chaleur.....	135
3.6.2.Troubles du sommeil.....	136
3.6.3.Troubles de l'humeur.....	136
3.6.4.Dépression.....	136
3.7.Recherche de solutions et abord du sujet par le médecin traitant.....	137
Conclusion.....	140
Bibliographie.....	142
Table des matières.....	149
Table des annexes.....	154
Table des illustrations.....	159
Index des tableaux.....	160
Serment d'Hippocrate.....	161

« Ce n'est pas parce que la sexualité est parfaitement naturelle, qu'elle est naturellement parfaite. »

François de Carufel, sexologue, Montréal

Introduction

La ménopause constitue un véritable bouleversement dans la vie d'une femme. Autrefois sujet tabou, le médecin généraliste ne s'intéressait guère aux troubles de la cinquantaine et appréhendait mal les complications que pouvait entraîner la cessation des fonctions ovariennes. Cependant, les progrès en hormonologie, les plaintes des femmes amplifiées par les médias, ont fait que la ménopause et les phénomènes qui lui sont liés sont progressivement sortis du champ d'action réservé à quelques spécialistes pour entrer à part entière dans le domaine du médecin généraliste. Celui-ci est devenu le premier interlocuteur : à l'écoute de ses patientes, il peut proposer une thérapeutique à la fois curative et préventive. Ce rôle est immense et permet à la femme de franchir un cap bien souvent critique dans de meilleures conditions.

La ménopause est devenue un véritable problème de santé publique et ce pour plusieurs raisons (1) :

– Raisons démographiques :

L'âge moyen de la ménopause est, en France, de 50 ans. Il a fallu attendre le début du 20^e siècle pour voir l'espérance de vie dépasser l'âge de la ménopause (2). En 2015, d'après le rapport « État de santé de la population en France » publié par la DREES, l'espérance de vie d'une femme à la naissance est de 85,4 ans (3).

Il y a en France, en 2015, 13 millions de femmes de plus de 50 ans, soit 39% de la population féminine. L'espérance de vie d'une femme à 50 ans est d'environ 36 ans (3). Une femme de 50 ans, aujourd'hui, va vivre aussi longtemps en état de ménopause que pendant sa période d'activité ovarienne, soit 1/3 de sa vie (4) (5).

Environ 400 000 nouvelles femmes entrent en période ménopausique tous les ans.

Dans le monde, en 1990, on comptait 467 millions de femmes de plus de 50 ans, elles seront 1200 millions en 2030 (6) (7).

– Raisons sociologiques :

L'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution du rôle de la femme dans la société moderne font que la femme est encore en pleine activité alors qu'elle est ménopausée.

Il existe maintenant la notion nouvelle de l'espérance de vie sans incapacité. Elle s'intègre non seulement à la notion de santé : « *bien être complet physique mental et*

émotionnel » (OMS), mais aussi au concept de qualité de vie : « *perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS) (8)

Les femmes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes et déclarent plus de limitations fonctionnelles. Elles vivent un plus grand nombre d'années avec des incapacités, et plus souvent en situation d'isolement. En effet, après 50 ans, les femmes se retrouvent plus souvent seules que les hommes : d'une part, après une rupture, les hommes se remettent plus fréquemment en couple, avec des femmes plus jeunes, et d'autre part, la mortalité des hommes est plus élevée.

– Raisons physiologiques :

Même si ce n'est pas une maladie, la ménopause va provoquer ou favoriser un ensemble de troubles ou d'affections touchant l'ensemble de l'organisme.

– Raisons médicales :

A ce jour, hormis les œstrogènes, il n'y a pas d'équivalent pharmaceutique capable de traiter ou d'améliorer les troubles vaso-moteurs, les troubles psychologiques, la tonicité de la peau et des phanères...

– Raisons économiques :

La prescription du THS a d'abord été réservée aux femmes dont la ménopause s'accompagnait de troubles tels que les bouffées de chaleur. Ses effets reconnus dans la prévention de l'ostéoporose et probablement des maladies cardio-vasculaires ont conduit à envisager une diffusion beaucoup plus large. Les traitements hormonaux sont remboursés par la sécurité sociale entre 30 et 65%. En 2013, le nombre de femmes sous THS est estimé à 650 000.

Pourquoi parler de sexualité ?

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. L'angoisse et la peur de l'échec sont souvent présentes.

La sexualité fait partie intégrante de la Santé, telle qu'elle est définie par l'OMS en 2002 :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

La sexualité se vit bien au delà des limites théoriques de nos représentations. Elle n'est plus aujourd'hui un tabou pour les plus de 50 ans, mais bien une nouvelle réalité. (9) Elle apparaît même pour la majorité la condition indispensable pour continuer à entretenir un sentiment amoureux et une relation affective.

Si les maladies chroniques et le vieillissement pathologique altèrent en profondeur la sexualité, le vieillissement physiologique des hommes et des femmes qui restent en bonne santé semble, contrairement aux idées reçues, n'avoir que très peu de conséquences sur l'accomplissement sexuel.

Les fausses croyances, la solitude affective et la maladie apparaissent comme les seuls vrais paramètres à même de limiter concrètement la sexualité des plus âgés.

Pourquoi s'intéresser à la sexualité de la femme ménopausée ?

Trois grandes enquêtes successives sur les comportements sexuels ont été menées en France depuis une quarantaine d'années :

- La première a été réalisée en 1970
- Elle a été suivie en 1992 de l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » (ACSF)
- La dernière grande enquête est « Contexte de la sexualité en France » dont les premiers résultats ont été publiés en mars 2007

D'après cette dernière (10) , la sexualité des femmes de plus de 50 ans a augmenté depuis les premières enquêtes de 1970 et 1992. Cela met en relief la libération de la sexualité chez les femmes de 50 à 69 ans vivant en couple, alors que celle des hommes n'évolue pas ou peu.

D'après l'enquête, les femmes en couple de plus de 50 ans n'étaient que 53% à déclarer une activité sexuelle dans les douze derniers mois dans l'enquête de 1970, elles étaient 77% dans l'enquête de 1992 et sont près de 90% aujourd'hui.

Chez les femmes de plus de 50 ans, la fréquence des rapports sexuels augmente également : alors que l'enquête de 1992 montre que les femmes en couple de 50-69 ans déclaraient avoir eu 5.3 rapports par mois, ce chiffre passe à 7.3 aujourd'hui. L'activité sexuelle des femmes continue ainsi à s'accroître, tendance qui se dessinait dès le début des années 70.

Les pratiques sexuelles ont également changé entre 1970 et 2006, avec une plus grande proportion de femmes ayant expérimenté d'autres pratiques que la pénétration vaginale simple.

Les nouveaux moyens de communication font désormais partie du scénario des rencontres affectives et sexuelles. Il est donc plus aisé pour les femmes veuves ou divorcées de débiter une nouvelle relation, et donc de retrouver une vie sexuelle après.

La sexualité est-elle bénéfique pour la santé ?

Sarah Brewer (11) explique que dans une étude nord-américaine, au moment de la ménopause, les femmes ayant une activité sexuelle régulière subissaient moins les effets de cette dernière et, pour les plus âgées, une sexualité régulière permettait le maintien de la tonicité des muscles du périnée et favorisait la prévention de l'incontinence.

De nombreux travaux ont montré que l'orgasme provoquait la sécrétion d'endorphine et d'ocytocine :

- l'endorphine joue un rôle dans le contrôle de la douleur, la motilité de l'intestin, la diminution du stress et dans les systèmes de récompense du cerveau. Komisaruk a ainsi démontré que l'activité sexuelle soulageait la douleur chronique, en particulier chez la femme (12).
- l'ocytocine semble favoriser l'attachement amoureux. Elle a aussi un effet bénéfique sur la qualité du sommeil (13) (14).

Pour Trudel (15) , les personnes d'âge mûr qui ont une sexualité bénéficient d'une importante source de renforcement personnel et de plaisir aidant à préserver un bien être physique et psychologique.

Bien que la sexualité, la dysfonction sexuelle en particulier, soit désormais un axe majeur de la recherche médicale, il existe peu d'études sur l'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle chez les femmes ménopausées. Dans la littérature et les différentes études à l'heure actuelle, la sexualité semble diminuer après l'âge de la ménopause. On peut alors se demander si les modifications physiologiques de la ménopause ont un impact sur la sexualité de la femme.

Première partie : La théorie

1. Définition et clinique de la ménopause

1.1. Définition de la ménopause

Contexte historique :

La première définition de la ménopause se trouve dans le TALMUD (Torah orale) (1) : « une femme est vieille quand, à l'approche de l'âge critique, elle ne voit pas son flux cataménial pendant trois époques consécutives ».

Le terme de ménopause existe depuis moins de 2 siècles (2). En 1821, Charles Pierre Louis de Gardanne propose d'adopter le terme de ménopause et fait apparaître dans le titre de son livre : « De la ménopause ou de l'âge critique des femmes ».

Étymologiquement construit à partir des mots grecs signifiant menstrues (menos) et arrêt (pausis), ce néologisme remplace l'expression « cessation des menstrues » des textes médicaux des 17^e et 18^e siècles.

« Le temps critique », autre appellation savante figurant dans le livre de Gardanne, est dérivé du latin climatericum et du grec klimakter qui donnera le climatère français.

Selon D. Delanoë, le climatère vient de l'antique notion pythagoricienne des âges de la vie construits sur des multiples de 7 et 9 et signifie « une année dangereuse à passer et où l'on est en danger de mort, au dire des astrologues ».

Selon le Robert de 1985, le climatère désigne « l'étape de la vie marquant la fin de la période génitale active chez la femme et un ralentissement de l'activité sexuelle chez l'homme ; climatérique se dit d'une période qui présente un caractère dangereux : l'année climatérique de la femme, de l'homme ».

Définition :

« La ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne »(OMS 1996) (16).

La ménopause est définie comme la disparition définitive du cycle menstruel, secondaire à l'arrêt de l'activité ovarienne par épuisement du capital folliculaire ovarien. L'arrêt définitif du fonctionnement ovarien se traduit par une aménorrhée secondaire (anovulation) et par la fin de la vie reproductive physiologique de la femme.

C'est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme (17).

Elle survient en moyenne à 50 ans (45-55 ans). Elle est confirmée après 1 an d'aménorrhée.

Rappelons que l'ovaire contient à la naissance un stock définitif de follicules primordiaux, qui correspond à la réserve ovarienne folliculaire. La ménopause est due à l'épuisement du stock des follicules primordiaux des ovaires, survenant au terme de la vie génitale de la femme suite à des cycles ovulatoires et à des phénomènes d'atrésie folliculaire. Elle entraîne une carence œstrogénique définitive responsable de différentes manifestations cliniques.

1.2. Diagnostic de la ménopause

Le diagnostic de la ménopause est clinique (17). La ménopause est certaine quand il existe une aménorrhée d'au moins 12 mois chez une femme d'un âge compatible, éventuellement associée à un syndrome climatérique (défini plus loin).

La pratique du bilan hormonal par dosage des taux de FSH, LH, et de 17β -œstradiol (E2) n'est justifiée que dans certaines indications (17) :

- doute ou difficulté diagnostique, dans le cas d'une patiente ayant eu une hystérectomie ou qui prendrait une contraception œstro-progestative
- suspicion d'insuffisance ovarienne précoce (âge inférieur à 40 ans)

Le bilan hormonal montre les résultats suivants :

- taux d'œstradiol effondré ($E2 < 50 \text{ pg / ml}$)
- élévation des gonadotrophines concernant surtout la FSH ($FSH > 20 \text{ mUI / ml}$)
- insuffisance lutéale avec taux de progestérone indosable
- hyperandrogénie relative

Au départ, l'aménorrhée traduit la disparition des fluctuations des taux d'œstrogènes sur l'endomètre. Avant la carence œstrogénique définitive, il peut parfois survenir encore quelques épisodes de reprise menstruelle, parfois associés à une ovulation. C'est pourquoi, on estime qu'il faut un an d'aménorrhée pour confirmer la ménopause, et surtout affirmer l'absence de risque de grossesse.

On pourra éventuellement pratiquer un test aux progestatifs (1) : l'administration d'un progestatif pendant dix jours ne déclenchera pas d'hémorragie de privation, confirmant ainsi l'état d'hypoœstrogénie profonde.

1.3. Rappels physiologiques

Le vieillissement ovarien (18) commence dès la vie fœtale puisque le nombre des follicules primordiaux s'épuise progressivement de la vie fœtale jusqu'à la ménopause. De sept millions à cinq mois de la vie embryonnaire, le capital folliculaire n'est plus que de dix mille à l'âge de 40 ans. Cet épuisement rapide se poursuit inexorablement, quel que soit le nombre de grossesses et la prise éventuelle d'œstroprogestatifs ; il sera complet en post-ménopause.

L'histologie de l'ovaire pré-ménopausique révèle :

- la diminution du nombre de follicules primordiaux
- la raréfaction des follicules de De Graaf et des corps jaunes
- l'augmentation du nombre de follicules atrésiques

1.3.1. La péri-ménopause

La ménopause ne s'installe pas brutalement (17). Elle est généralement précédée par une période de perturbation du cycle : la péri-ménopause. Elle dure de 2 à 6 ans.

La péri-ménopause est due à des perturbations hormonales (dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire) liées à l'épuisement progressif du capital folliculaire ovarien (19). L'activité ovarienne n'est pas interrompue mais devient très irrégulière, ce qui se traduit par des irrégularités du cycle avec retour spontané des menstruations après des périodes plus ou moins prolongées d'aménorrhée.

Sur le plan hormonal (19)

L'élément le plus caractéristique est l'existence d'une « instabilité hormonale », rendant compte de l'intérêt limité de l'étude ponctuelle des dosages hormonaux pendant cette période.

On observe une diminution progressive de sécrétion des stéroïdes touchant la progestérone par altération du corps jaune, puis le 17β -œstradiol liée à l'altération de la maturation folliculaire. L'insuffisance lutéale (hyperœstrogénie relative) qui en résulte est responsable d'un raccourcissement du plateau post-lutéal, donc de cycles courts, et de l'aggravation d'un syndrome pré-menstruel. L'absence de sécrétion régulière et la survenance de pics anarchiques et imprévisibles de 17β -œstradiol expliquent la rareté des pics pré-ovulatoires de LH et l'existence de cycles dysovulatoires, puis anovulatoires.

La diminution de la sensibilité ovarienne aux stimulines hypophysaires et l'augmentation du taux de LH-RH sont, par ailleurs, responsables d'une augmentation

progressive du taux des gonadostimulines, tout particulièrement de FSH, et ceci malgré la présence d'un taux normal de 17β -œstradiol. Cette augmentation isolée de FSH semble responsable d'une maturation accélérée des follicules. L'élévation de LH sera plus tardive et moins importante.

La diminution de la sécrétion de l'inhibine est, par ailleurs, responsable d'une augmentation du taux de LH-RH sur laquelle l'inhibine exerçait, avec les œstrogènes, une action freinatrice.

Cette instabilité hormonale entraîne :

- des alternances d'hypo et d'hyperœstrogénie à l'origine de périodes d'aménorrhée transitoire s'accompagnant de bouffées de chaleur
- une augmentation de la perméabilité vasculaire avec parfois constitution d'œdèmes (mastodynies)
- la présence pendant tout le cycle d'une glaire cervicale de type pré-ovulatoire
- une augmentation de l'activité mitotique au niveau des tissus mammaires et endométriaux, pouvant être responsables dans certains cas de lésions dystrophiques ou hyperplasiques

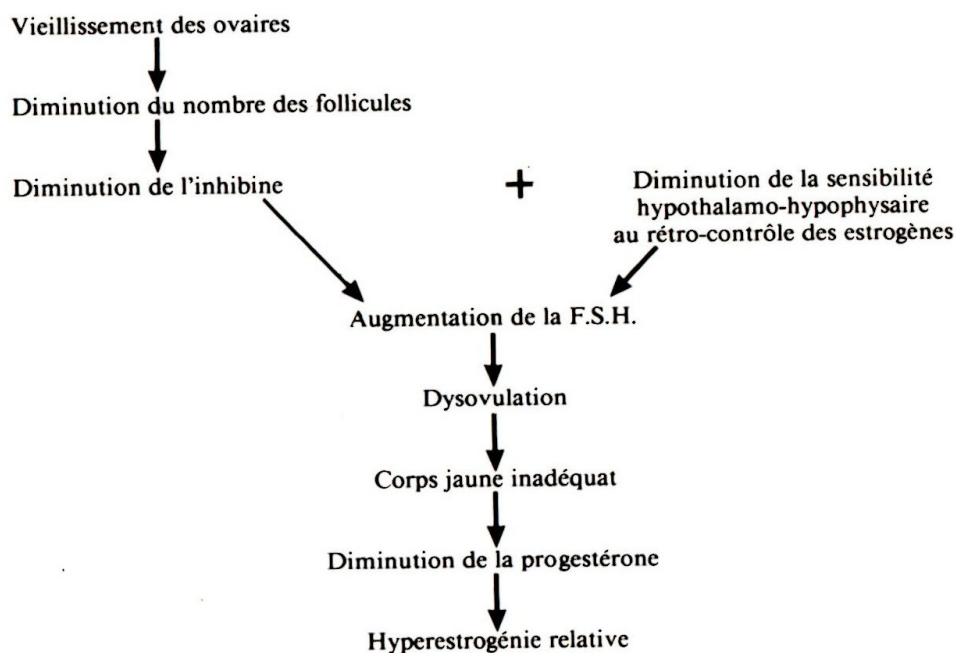


Illustration 1 : Physiopathologie de la péri-ménopause
(53)

Sur le plan clinique (19)

La péri-ménopause évolue en 2 périodes.

- La 1^{ère} phase : Elle est marquée par l'augmentation de la fréquence des cycles dysovulatoires et anovulatoires contrastant avec une sécrétion normale d'œstradiol, à l'origine :

- des troubles du cycle menstruel : raccourcissement de la durée des cycles, puis cycles longs et spanioménorrhée
- de survenue de métrorragies ou de ménorragies par hyperplasie ou desquamation anarchique de l'endomètre, conséquence de l'hyperœstrogénie relative
- de l'installation ou l'aggravation d'un syndrome pré-menstruel : prise de poids, gonflement abdominal et pelvien, mastodynie, troubles du caractère (nervosité, anxiété, irritabilité)
- des bouffées de chaleur d'apparition brutale, de survenue irrégulière

- La 2^e phase : Elle se caractérise par l'apparition de périodes d'hypoœstrogénie puis de carence œstrogénique de plus en plus longues, entraînant une spanioménorrhée et des bouffées de chaleur.

1.3.2. La ménopause confirmée

Sur le plan hormonal (19)

La période d'instabilité hormonale a disparu et les modifications endocriniennes sont plus marquées. Elles se traduisent par :

- une élévation des gonadostimulines par perte de réceptivité ovarienne et réduction importante du capital folliculaire. Cette élévation intéresse surtout la FSH (x10) et à un degré moindre la LH (x3). Les taux de FSH restent stables dans leur élévation alors que le taux de LH peut subir des variations chez le même sujet.
- une augmentation du taux de LH-RH, secondaire à l'effondrement du taux de l'œstradiol plasmatique qui joue un rôle freinateur.
- un effondrement du 17 β -œstradiol dont le taux est inférieur à 50 pg/ml.

La synthèse des androgènes (Δ 4-androstènedione et testostérone) persiste après la ménopause. Ils proviennent de la corticosurrénale et de l'ovaire (cellules de Berger) et subissent une aromatisation périphérique dans le tissu adipeux en œstrone (E1). C'est le seul œstrogène dont la synthèse persiste, il a un taux de 45 pg/ml.

Sur le plan clinique (19)

L'aménorrhée devient définitive. Le test aux progestatifs reste négatif et traduit un taux d'E2 inférieur à 50 pg/ml.

Il est classique de distinguer des ménopauses muettes et des ménopauses troublées suivant la présence ou l'absence de signes. Cette différence est probablement multifactorielle : environnement et niveau socio-culturel, mode de vie, tabagisme, obésité, conversion tissulaire d'androstènedione en œstrone.

1.4. Manifestations cliniques de la ménopause

Nous commençons volontairement par la description des troubles cliniques qui peuvent avoir un impact sur la sexualité de la femme.

1.4.1. Aménorrhée secondaire

Une aménorrhée secondaire est l'absence de menstruations depuis plus de trois mois chez une patiente antérieurement bien réglée.

A la ménopause, l'aménorrhée est définitive. La carence œstrogénique est complète. Cette aménorrhée ne répond pas au test aux progestatifs (17).

1.4.2. Bouffées de chaleur

Elles constituent le symptôme le plus représentatif de la ménopause, à tel point qu'elles en sont dans le langage courant quasiment le synonyme (20).

L'organisme maintient sa température constante en modifiant l'afflux de sang au niveau de la peau . Les œstrogènes interviennent dans ce mécanisme de régulation (21).

La privation œstrogénique, par modification du métabolisme des amines cérébrales (norépinéphrine surtout), est responsable de l'instabilité vasomotrice (22). On sait que de petites doses d'œstrogènes, trop faibles pour réduire par rétroaction la sécrétion exagérée des gonadotrophines, peuvent néanmoins supprimer cette manifestation. On sait également

que certaines substances à action anti-œstrogénique (comme le citrate de clomiphène) peuvent faire apparaître des bouffées de chaleur. De plus, il faut que l'organisme ait été habitué pendant longtemps à la présence des œstrogènes pour que leur disparition fasse apparaître ces troubles : alors que les bouffées de chaleur n'existent pas spontanément chez les malades atteintes de dysgénésie gonadique, elles apparaissent dès lors qu'un traitement œstrogénique substitutif est arrêté après avoir été prescrit plusieurs années. La bouffée de chaleur représente donc en fait la réaction des centres vasomoteurs centraux à la disparition des œstrogènes auxquels ils étaient depuis longtemps conditionnés.

Les bouffées de chaleur sont d'intensité variable. Au maximum, elles se traduisent par une sensation de chaleur intense, brutale et transitoire, accompagnée de rougeurs de la face et du tronc et de sueurs profuses (17). L'épisode peut durer de 2 à 5 min, et se terminer par des tremblements et des frissons (21). Elles sont essentiellement nocturnes et participent aux troubles du sommeil (17). Elles peuvent néanmoins survenir sans prévenir, à n'importe quel moment, constituant un véritable handicap social ou professionnel (déclenchement au milieu d'une réunion par exemple), ou d'une importante gêne personnelle (obligeant à se changer plusieurs fois par jour ou par nuit) (20). Elles sont aggravées par le moindre évènement intercurrent (stress, fatigue, énervement...). Ces épisodes peuvent être accompagnés de palpitations et d'anxiété, et peuvent nuire significativement à la qualité de vie. Ils peuvent même contribuer à causer ou augmenter des symptômes dépressifs (21) (23).

Dans la majorité des cas, les bouffées de chaleur persisteront pendant plus d'un an, mais elles peuvent durer jusqu'à 5 ou 10 ans.

1.4.3. Troubles génito-urinaires

Le vagin, l'utérus, la vessie contiennent de nombreux récepteurs aux œstrogènes. Ces organes sont très sensibles à l'environnement hormonal. Ils restent souples, humides, toniques tant que la sécrétion d'œstrogènes s'effectue (20).

A la ménopause, les troubles génito-urinaires liés à l'arrêt des œstrogènes sont fréquents puisqu'ils touchent à un degré variable les deux tiers des femmes. Mais nombre d'entre elles, mal informées, mettent encore sur le compte du vieillissement ce qui incombe en fait à la ménopause. Elles ont tendance à s'en accommoder et par pudeur hésitent souvent à en parler : le retentissement n'en est pas moins réel et l'inconfort engendré altère souvent leur sexualité et leur qualité de vie.

Une sexualité active et épanouie reste le meilleur traitement préventif de l'atrophie des organes génitaux. Un arrêt provisoire des activités sexuelles entraîne ou aggrave les symptômes et peut d'ailleurs rendre leur reprise ultérieure délicate.

1.4.3.1. Vulve et vagin

- Atrophie vulvo-vaginale (17) : amincissement des petites et grandes lèvres, rétrécissement de l'orifice vulvaire et de la lumière vaginale.

- Synéchies (24) : l'atrophie de l'épiderme entraîne la formation de synéchies (accolement de deux zones muqueuses qui se font face). Ces synéchies font partiellement disparaître le relief des petites lèvres et conduisent à un encapuchonnement du clitoris. Le diagnostic différentiel avec un lichen scléreux quiescent est parfois impossible.

- Sécheresse de la muqueuse vulvo-vaginale par diminution de la lubrification.
Lorsque les lipides de la couche cornée disparaissent, la fonction de barrière qu'ils assurent disparaît également et le tissu vulvaire perd de sa capacité à retenir l'eau (25) : il s'aplatit et s'amincit. Les sécrétions glandulaires connaissent également une baisse. Le prépuce du clitoris s'atrophie, exposant ainsi le gland à l'irritation que provoquent le contact sexuel, le contact avec les vêtements, le fait de demeurer assise de façon prolongée. La surface vaginale s'amincit, perd de son élasticité et devient plus friable.
La production de sécrétions s'amointrit et est différée au cours de la stimulation sexuelle. Celle-ci est plus longue à se déclencher en cas de rapport (environ 5 minutes au lieu de 30 secondes chez une jeune femme), contribuant à l'apparition de dyspareunies voire de micro blessures pouvant entraver la sexualité.

- Modifications de la flore endo-vaginale par acidification du pH vaginal : disparition de la flore de Döderlein, donc plus grande sensibilité aux infections (17).
Les cellules superficielles et intermédiaires de la muqueuse vaginale produisent du glycogène. Ce glycogène est hydrolysé par les lactobacilles (bacilles de Döderlein) pour produire l'acide lactique. Cela permet un maintien du pH inférieur à 5 (bactériostase physiologique).

La trophicité vaginale est hormono-dépendante. La disparition de l'imprégnation hormonale à la ménopause entraîne une atrophie vaginale donc une diminution voire une disparition de la couche des cellules intermédiaires et superficielles. L'épithélium est donc atrophique et pauvre en glycogène, le pH est supérieur à 4.5, il n'y a plus de flore vaginale, le vagin est colonisé par des micro-organismes cutanés et fécaux.

Effets d'un pH inférieur à 4.5 :

- facilité d'adhésion des lactobacilles à l'épithélium
- inhibition de l'adhérence des bactéries pathogènes à l'épithélium
- augmentation de l'action microbicide de l'acide lactique et du peroxyde d'hydrogène produit par certaines espèces de lactobacille et qui peut inhiber la croissance de micro-organismes

A la suite de rapports sexuels avec pénétration, les parois vaginales amincies et sèches peuvent saigner et devenir plus propices au développement d'infections, de démangeaisons et de vaginites.

1.4.3.2. Utérus

- Atrophie utérine : diminution du volume de l'utérus, involution d'éventuels fibromes et disparition progressive d'une éventuelle adénomyose.

- Atrophie endométriale, responsable de l'aménorrhée (26)

L'épaisseur de l'endomètre varie en fonction du nombre d'années écoulées depuis la ménopause :

- dans les 5 premières années : 2-3 mm
- de 5 à 13 ans : 1.8 mm
- à l'extrême, l'endomètre est atrophique, non mesurable

- Atrophie cervicale : elle s'accompagne d'une ascension de la jonction épithélium cylindrique - épithélium pavimenteux à l'intérieur du canal cervical, devenant en général inaccessible à la colposcopie, rendant parfois difficile la pratique d'un frottis au niveau de la zone de jonction. Le Lugol imprègne de moins en moins un épithélium devenant pauvre en glycogène. Le test au Lugol devient le plus souvent négatif (27).

Les culs de sacs vaginaux s'estompent, le col utérin ne se remarquant, dans les cas extrêmes, que par un orifice punctiforme au fond de la cavité vaginale (28).

- Modification de la position de l'utérus : anté ou rétroversé durant la période d'activité génitale, il tend à se mettre en position intermédiaire (26).
- Aspects échographiques de l'utérus ménopausique (26).
Dimensions échographiques de l'utérus à la ménopause :
 - Longueur : 35 à 65 mm
 - Épaisseur (diamètre antéro-postérieur) : 18 à 25 mm
 - Largeur (diamètre transverse) : 20 à 35 mm
 - Distance col - fond utérin : < 50-60 mm

1.4.3.3. Ovaires

Ils s'atrophient progressivement (29).

Leur étude est possible grâce à l'échographie :

- Début de ménopause :

En début de ménopause (2 à 3 ans), il peut exister une activité folliculaire résiduelle, voire même une véritable pathologie fonctionnelle de l'ovaire. Plusieurs études rétrospectives ont conclu qu'une lésion kystique uniloculaire à paroi fine de moins de 5 cm a toute chance d'être bénigne surtout si le doppler ne décèle aucun flux dans sa paroi. Ces petits kystes sont souvent de découverte fortuite, et peuvent correspondre à des petits kystes séreux, voire même à des kystes du parovaire visibles à côté des ovaires normaux.

- Ménopause tardive :

L'ovaire est atrophié, difficile à dissocier des anses intestinales. Son grand axe devient généralement inférieur à 2 cm et son volume inférieur à 3 cm³. Sa visualisation devient d'autant plus difficile qu'il est petit et homogène ne contenant pas de follicules.

En doppler, il n'y a habituellement aucune circulation intra-ovarienne, et lorsqu'un flux est enregistrable, il doit être à haute résistance.

La non visualisation d'un ou des deux ovaires est fréquente, et en l'absence de masse annexielle, elle peut être considérée comme normale.

1.4.3.4. Fonction urinaire

Démasquage fréquent d'une incontinence urinaire d'effort, éventuellement associée à un trouble de la statique pelvienne (prolapsus) (17). L'effet du vieillissement semble tout de même prédominant comparé à celui de la ménopause (30).

L'urètre voit l'ensemble de ses structures se modifier (31): diminution de l'épaisseur du muscle strié, hypertrophie du muscle lisse, disparition des riches anastomoses artérioveineuses sous muqueuses, atrophie de la muqueuse urétrale (qui dérive du sinus urogénital, œstrogéno-sensible), disparition des récepteurs α dans la musculature lisse.

Ces transformations vont conduire à un urètre moins souple, moins fonctionnel avec une pression de clôture au repos diminuée (les évaluations urodynamiques indiquent en moyenne une diminution de 30% de la pression de fermeture urétrale au repos et au stress).

Au niveau de la vessie, le tissu conjonctif augmente, le détrusor est peu à peu envahi par le collagène, l'épithélium s'atrophie, l'activité sympathique diminue alors que l'activité parasympathique augmente (31). Toutes ces modifications perturbent la contractilité et l'excitabilité du détrusor, ce qui favorise les infections urinaires à répétition et l'hyperactivité vésicale.

Au niveau du plancher pelvien, la diminution de la densité des fibres du muscle strié, l'aggravation de la neuropathie d'étirement, l'augmentation du collagène au sein du tissu musculaire vont entraîner une diminution de la tonicité et de la contractilité des muscles du plancher pelvien rendant ainsi moins efficace son rôle de soutien et de sphincter accessoire de la continence urinaire et anale (31).

Les symptômes du vieillissement uro-génital (31) :

- les infections urinaires à répétition :
Les modifications de l'épithélium vésical, associées au raccourcissement et à l'amincissement de l'urètre vont favoriser les infections urinaires à répétition, d'autant qu'existeront concomitamment des facteurs favorisant la rétention urinaire et l'augmentation du résidu post-mictionnel : prolapsus utéro-vaginal avec sa coudure urétrale et son bas-fond vésical qui se vide mal, sténose de l'urètre, hypo contractilité du détrusor.
- l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels (mictions plus fréquentes et urgences mictionnelles par diminution de la capacité vésicale) : ils représentent la première plainte dans la période post-ménopausique.

1.4.4. Troubles sexuels

La ménopause, si elle marque la fin de la période d'activité de la reproduction, ne signe pas le glas de la sexualité, mais il semble qu'elle l'affecte très régulièrement. Chez certaines femmes, la ménopause ne fait qu'aggraver des difficultés ou une indifférence sexuelle déjà préexistantes (20). Les causes des troubles sexuels sont anatomiques et physiologiques, mais aussi psychologiques.

Carence hormonale et baisse de la libido :

A la ménopause, des raisons hormonales interviennent au moins partiellement pour affecter la libido.

- La chute de l'œstradiol, le principal œstrogène, joue sur l'attractivité.
Par ailleurs, la carence œstrogénique est responsable d'un ensemble de facteurs d'inconfort qui peuvent aggraver le mal être et perturber ainsi la sexualité :
 - Bouffées de chaleur
 - Baisse de la sensibilité clitoridienne ou au contraire hypersensibilité
 - La diminution de la lubrification vaginale, responsable de sécheresse vulvo-vaginale puis de dyspareunie, rend les rapports difficiles à vivre ou à accepter.
 - Les troubles urinaires comme l'incontinence ne favorisent pas la recherche de rapports et peuvent renforcer l'évitement.

- La chute des androgènes diminue le désir : celui-ci est toutefois moins pulsionnel chez la femme mais en miroir, valorisée par l'attitude du partenaire. Le rôle de la testostérone dans les composantes de motivation et de satisfaction de la sexualité des femmes a souvent été démontré. Chez les femmes qui subissent une ovariectomie bilatérale, les concentrations de testostérone sérique diminuent d'environ 50% (32). Malgré une thérapie par œstrogènes, de nombreuses femmes chirurgicalement ménopausées ont montré une diminution du désir sexuel, d'activité sexuelle, du plaisir. Dans une étude sur les femmes ménopausées chirurgicalement, de fortes doses de testostérone ont été administrées, permettant une augmentation du désir sexuel, des fantasmes et de l'excitation, plus qu'avec le placebo ou les œstrogènes seuls (33)

- La baisse de la dopamine entraîne un désintérêt et une plus grande fatigabilité.

Causes psychologiques et baisse de libido (20):

Elles sont beaucoup plus importantes que les précédentes.

- La ménopause marque pour certaines femmes un arrêt brutal de leur sexualité car elles se mettent à douter et s'interrogent sur leur pouvoir de séduction : les modifications physiques qu'elles constatent leur occasionnent une perte d'estime de soi préjudiciable et bloquante. La simple idée de se dévêtir pour ou devant quelqu'un peut s'avérer difficile et stopper toute velléité de rapport.
- L'exacerbation de la sexualité chez d'autres femmes, le pendant du « démon de midi » des hommes, est plutôt liée à l'angoisse devant le vieillissement et la crainte de perte de séduction.
- La disponibilité sexuelle tend elle aussi à diminuer dans la moitié des cas pour des raisons familiales, sociales, professionnelles... tous facteurs qui ne favorisent pas « l'envie ».
- L'orgasme enfin plus lent à venir, moins intense et plus court, interfère également, même si le plaisir émotionnel, élément essentiel, reste inchangé : il faut donc un réajustement des rapports amoureux, un peu plus de patience du partenaire pour aider l'autre à aborder et à passer cette période délicate.

1.4.5. Modifications corporelles

Les modifications suivantes sont celles qui ont le plus d'impact sur l'image de soi.

1.4.5.1. Seins

Diminution de la taille et de la pigmentation des mamelons, associée à une perte de leur pouvoir érectile (27).

Atrophie du parenchyme avec disparition des lobules (27), involution progressive du système canaliculaire (une dilatation kystique des canaux persistants survient fréquemment (34).)

Le tissu conjonctif devient plus dense et homogène, avec altération des fibres élastiques et collagènes aboutissant à une ptose mammaire. Le sein de la femme ménopausée devient essentiellement constitué de tissu adipeux (35).

La glande mammaire s'atrophie mais le volume du sein ne diminue pas toujours, compensé par l'augmentation des tissus graisseux. Ainsi, il n'est pas rare, paradoxalement, d'observer une augmentation de la taille des seins après la ménopause, en raison de la prise de poids souvent observée à cette période de la vie d'une femme (36).

1.4.5.2. Poids

L'index de masse corporelle augmente après 50 ans (27) (19) . Ses causes sont multiples :

- diminution des dépenses énergétiques
- redistribution de la masse corporelle : la carence hormonale entraîne une augmentation de la lipogénèse abdominale avec une augmentation du nombre et de la taille des adipocytes abdominaux => modification de la répartition des graisses abdominales de type androïde (augmentation de la masse grasse tandis que la masse maigre diminue).
- la crise existentielle de la ménopause entraîne des conduites alimentaires erronées, responsables d'une augmentation de la ration calorique

1.4.5.3. Poils et cheveux (virilisation)

Les phanères sont réceptifs aux variations des stéroïdes (19) : œstrogènes, progestérone, androgènes.

A la ménopause, on observe (17) :

- une pilosité de type androgénique sur la lèvre supérieure, les joues (duvet)... par production inchangée des androgènes
- une diminution de la pilosité axillaire, pubienne (zones dépendantes des œstrogènes)
- des cheveux cassants et une diminution de la densité des cheveux voire une alopécie

1.4.5.4. Peau

La peau est le tissu de l'organisme qui, après l'utérus, contient le plus de récepteurs aux œstrogènes, tout particulièrement au niveau du visage (22) .

Le déficit en œstrogènes peut occasionner des transformations graduelles au niveau de la peau et du tissu de soutien.

La quantité de liquide intracellulaire diminue, ce qui provoque un amincissement des couches sous-cutanées, ainsi qu'une baisse d'activité des glandes sudoripares. La peau devient plus sensible à la température et à l'humidité, elle s'amincit et devient sèche (19).

Les œstrogènes contribuent à l'intégrité de la structure de soutien de la peau. Leur carence provoque une atrophie cutanée par modification du collagène et atrophie des glandes sébacées, ce qui entraîne accentuation des rides et perte de l'élasticité (17).

La peau peut également devenir grasse, ce qui avec une hypertrichose éventuelle, témoigne d'une hyperandrogénie relative (22).

Le vieillissement de la peau est multifactoriel (19) :

- Le vieillissement dermobiologique est accéléré par l'exposition solaire : c'est le vieillissement photo-induit dit actinique.
- Il est aggravé par l'exposition tabagique : c'est le vieillissement dit nicotinique.
- La carence œstrogénique de la ménopause entraîne une accélération du vieillissement : c'est le vieillissement hormonal. Dans une étude (37), les femmes ménopausées qui recevaient une substitution hormonale avaient une plus grande épaisseur de peau et un niveau de sébum plus élevé que les femmes non traitées. Cette étude suggère que le vieillissement hormonal existe et que l'atrophie cutanée peut être évitée avec un traitement hormonal substitutif.

1.4.6. Troubles psychiques

Leur fréquence est importante et une étude multicentrique, publiée par l'International Health Foundation, retrouve ces troubles chez 40% des patientes qui ont répondu au questionnaire (19).

Les symptômes habituellement rencontrés sont des troubles de l'émotivité, des anomalies du comportement (irritabilité...), une anxiété, des problèmes sexuels, une dépression, une asthénie, des troubles du sommeil (17).

La dépression (20) :

Dans certains cas, un état dépressif se manifeste avec perte d'envies, une grande tristesse voire une mélancolie, une apathie, un sentiment d'inutilité et un repli sur soi. Un désintérêt pour l'alimentation peut laisser place à une boulimie générale ou pour certains aliments. Une attirance pour l'alcool peut aussi se démasquer ou s'intensifier.

Les premiers signes d'alerte, même discrets, doivent attirer l'attention : troubles du sommeil, fatigue dès le réveil, non améliorée par le repos, sensation de ralentissement intellectuel avec difficultés de concentration ou dans la prise de décision, troubles de la mémoire... Tous ces signes, surtout s'ils sont récents, peuvent traduire un basculement vers la dépression.

On sait que dans la vie de la femme, le deuxième pic de fréquence des suicides s'étale entre 45 et 55 ans (22).

L'asthénie (20) :

Les femmes ménopausées se plaignent volontiers d'être exténuées, incapables du moindre effort : elles présentent une perte de tonus, ont moins d'envies, ont du mal à effectuer des tâches simples réalisées jusque là sans aucun problème, elles sont sans ressort, elles refusent d'entreprendre quoi que ce soit, s'isolent. Cette fatigue semble physique mais s'accompagne de signes psychiques (troubles de la mémoire, erreur de jugement) qui peuvent parfois faire craindre à l'entourage un début de démence. La carence en œstrogènes semble responsable de cette fatigue, les hormones ou les substances d'action apparentées (œstrogènes-like) jouent en effet un rôle « anti-fatigue » sur le cerveau.

Au contraire une hyperactivité avec, souvent, un retour sur des occupations passées peut s'observer et s'accompagner d'une agitation verbale ou d'un activisme social, artistique, politique, religieux...

Les troubles du sommeil (20):

Des nuits entières, parfois rythmées par les sueurs nocturnes, passées à méditer sur la vieillesse, la maladie, le conjoint, les enfants, le sens de la vie... entretiennent ou aggravent l'asthénie, l'anxiété et la dépression dans un cercle vicieux.

On se demande si les stéroïdes sexuels ont des effets pharmacologiques sur la thymie (22). Pour certains, la progestérone se comporterait comme un tranquillisant, alors que les œstrogènes auraient plutôt un effet antidépresseur. Il est certain toutefois que la privation œstrogénique et les phénomènes de vieillissement n'ont en général qu'une responsabilité limitée dans les manifestations psychologiques de la ménopause. Il s'agit le

plus souvent d'états antérieurs apparents ou cachés qui se révèlent à la faveur de la perturbation involutive, et du vécu psychologique de la ménopause.

Mode d'action des hormones sexuelles sur l'humeur (38) :

Les hormones sexuelles ont la capacité de se fixer à des récepteurs présents dans des régions du cerveau connues pour contrôler l'humeur, les émotions et le comportement : les récepteurs aux œstrogènes α (ER- α) sont notamment présents au niveau de l'hypothalamus, de l'hippocampe, des amygdales et du cortex cérébral, tandis que les récepteurs β (ER- β), moins nombreux, se distribuent surtout au niveau de l'hippocampe.

Les études animales ont montré que l'œstrogène contribue à augmenter l'activité de la tryptophane hydroxylase, impliquée dans la synthèse de la sérotonine, ou à accroître la densité des sites du transporteur de la sérotonine.

Dépression au cours de la transition ménopausique (38) :

L'association entre les troubles dépressifs et le statut ménopausique fait l'objet de controverses. En 2005, le National Institute of Health concluait à un degré d'évidence limité de l'association entre la transition ménopausique et les modifications de l'humeur chez la femme.

Des études épidémiologiques ont cependant montré que, comparée à la période reproductive, la transition ménopausique était associée à une prévalence plus élevée de la dépression, et ce, après ajustement sur les antécédents de dépression, les symptômes de la ménopause ou les troubles du sommeil.

Lors de la transition ménopausique, le risque de dépression est d'ailleurs fortement marqué chez les femmes présentant des troubles vasomoteurs. Outre l'altération de la qualité de vie liée à ces troubles, une physiopathologie hormonale commune à la dépression et aux troubles vasomoteurs a été suggérée, impliquant les fluctuations hormonales. L'augmentation du risque de dépression lors de la transition ménopausique a, dans un premier temps, été expliquée par une faible concentration d'œstrogènes circulants.

L'hypothèse selon laquelle les fluctuations hormonales, plus que la concentration réelle en différentes hormones, sont liées aux troubles de l'humeur est plus vraisemblable. Cette hypothèse est confortée par les travaux de Freeman et al., qui montrent que l'augmentation de la variabilité des taux d'E2, de FSH ou de LH est associée au risque de dépression.

Cependant, outre cette hypothèse hormonale, nous ne pouvons ignorer la complexité des modifications psychosociales ou cliniques (pathologies chroniques) en jeu au passage de la ménopause et pouvant être associée à la dépression.

1.4.7. Manifestations mixtes

Ce sont tous ces troubles fonctionnels que l'on peut retrouver à la ménopause, qui peuvent toucher tous les appareils, sous des formes variables d'une femme à une autre. Leur physiopathologie reste floue en dehors du fait qu'on ne retrouve pas de lésion organique sur l'appareil considéré (22).

Ces manifestations sont favorisées par l'instabilité du système neurovégétatif secondaire à la privation œstrogénique, mais semblent déterminées par des facteurs psychologiques.

Voici une liste (non exhaustive) que nous ne détaillerons pas : les appareils les plus volontiers touchés sont cardio-vasculaires (palpitations, douleurs thoraciques), digestifs (troubles hépato-vésiculaires et du transit), et gynécologiques (algies pelviennes, ou périnéales avec lésions de grattage, prurit vulvaire sine materia). On peut noter aussi des acroparesthésies des mains, myalgies, fourmillements et picotements des extrémités, arthralgies, asthénie, céphalées, sensation d'étouffement, impatiences (19).

Céphalées (20) :

Elles représentent un motif de consultation fréquent.

Il existe un lien entre hormones et céphalées mais les nombreux travaux sur ce sujet apportent des conclusions contradictoires.

La migraine débute souvent à la puberté et marque une recrudescence au moment des règles et de l'ovulation, elle disparaît pendant la grossesse pour réapparaître rapidement après l'accouchement. Elle a une évolution plus variable à la ménopause, disparaissant le plus souvent mais pouvant persister voire s'aggraver.

Les douleurs siègent au niveau de la tête et irradient volontiers vers la nuque et les trapèzes, où elles entraînent d'intenses contractures musculaires.

Douleurs rhumatismales (20) :

Les douleurs sont très fréquentes et sont interprétées comme un signe supplémentaire de vieillissement, ce qui peut déclencher, entretenir ou aggraver des symptômes anxio-dépressifs, qui à leur tour augmentent les douleurs. Elles peuvent siéger partout et toucher toutes les articulations. L'aggravation de toutes ces douleurs à la ménopause est peut être en rapport avec l'arrêt des œstrogènes qui, grâce à une structure chimique proche des stéroïdes, possèdent une petite activité anti-inflammatoire.

Déterminant parfois une cancérophobie ou des conduites hypocondriaques, ce sont surtout ces manifestations qui ont valu à la ménopause le qualificatif de maladie psychosomatique. Il faut toutefois se garder de l'excès contraire, et attribuer à la ménopause tous les troubles dont se plaignent les patientes. En l'absence de contre-indications et dans les cas difficiles, une épreuve thérapeutique œstro-progestative de quelques mois fera la part de la privation œstrogénique dans la responsabilité des manifestations alléguées.

1.4.8. Troubles du sommeil

Deux troubles du sommeil importants surviennent au cours de la ménopause (39): l'apnée du sommeil et l'insomnie (en dehors de l'insomnie d'origine psychologique décrite précédemment).

La fréquence de l'insomnie d'endormissement et de l'insomnie de maintien du sommeil connaît une hausse au cours de la péri-ménopause et de la ménopause.

Les modifications du profil hormonal affectent le sommeil. La progestérone semble exercer un effet anxiolytique ; toutefois, le mécanisme exact qui est à l'origine de cet effet demeure inexpliqué.

Il a été démontré que les œstrogènes entraînaient une diminution de la latence du sommeil, une diminution du nombre d'éveils nocturnes, un accroissement de la durée totale du sommeil et une diminution du nombre de réveils spontanés cycliques. Les œstrogènes exercent un effet important sur la température profonde du corps au cours du sommeil.

A la suite de la ménopause, la prévalence de l'apnée du sommeil connaît une hausse. Le gain pondéral fréquemment constaté à cette période et la diminution de la stimulation des centres respiratoires (attribuable à la perte de progestérone) pourraient être des raisons à l'origine des problèmes respiratoires pendant le sommeil après la ménopause.

1.4.9. Fonctions cognitives

Les stéroïdes ovariens influenceraient les processus cognitifs et affectifs et pourraient avoir des effets neuroprotecteurs (40).

Chez le rat, la plasticité neuronale, la réparation tissulaire après agression, sont affectés positivement par les œstrogènes (41). Des études ouvertes suggèrent qu'il en est de même chez la femme.

La perte de la production d'œstradiol chez les femmes ménopausées a des effets négatifs sur un certain nombre de systèmes de l'organisme, y compris le cerveau (42). Cette perte peut produire une détérioration significative des performances sur certaines tâches cognitives. L'administration d'œstradiol semble empêcher ces changements et améliorer les performances cognitives.

Dans des modèles animaux, l'œstradiol a des effets positifs significatifs sur les neurones cholinergiques du cerveau, et interagit avec des facteurs trophiques sur le développement et la plasticité neuronale.

La dégradation des fonctions cognitives porte notamment sur les capacités de mémorisation, les performances verbales, le raisonnement abstrait et l'attention (17).

Certains auteurs suggèrent que la baisse brutale des œstrogènes après la ménopause pourrait constituer un des facteurs de la plus grande prévalence de la maladie d'Alzheimer chez les femmes. Cette hypothèse est étayée par la dégradation des performances cognitives chez les femmes ménopausées. Même s'il est difficile de faire la part entre le rôle respectif de l'âge et de la ménopause dans l'apparition de ces perturbations, la diminution des performances à différents tests psychométriques observées chez des femmes jeunes après castration chimique par les agonistes du GnRH (43) ou après ménopause chirurgicale (44) plaide en faveur du rôle de la carence œstrogénique.

On peut également retenir le fait que dans une étude (45), des concentrations endogènes d'œstradiol effondrées ont été associées de manière significative à la prévalence de la maladie d'Alzheimer, les malades ayant 4 à 6 fois plus souvent des taux inférieurs à 20 pg/ml par rapport aux témoins.

Expérimentalement, chez le rat, la castration est à l'origine d'une baisse dramatique du nombre de synapses, en particulier au niveau de l'hippocampe, atteinte qui peut être réversible avec l'administration d'œstrogènes.

Il n'est pas inintéressant également de noter que les premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer sont marqués par des troubles mnésiques en relation avec l'atteinte des neurones de l'hippocampe et de l'amygdale, zones particulièrement riches en récepteurs aux œstrogènes.

Des études ont montré que l'œstrogène accroît la densité dans le cerveau des récepteurs 2A de la sérotonine et de ses sites transporteurs (46). L'activation du récepteur 2A de la sérotonine est connue pour réduire la production de la protéine β -amyloïde, dont on pense qu'elle est la cause des lésions cérébrales dans la démence d'Alzheimer. Si l'œstrogène augmente l'activité du récepteur 2A de la sérotonine, ceci pourrait expliquer l'effet protecteur apparent de l'œstrogène sur l'apparition de la démence d'Alzheimer.

Les résultats des différentes études sont contradictoires.

Dans certaines études, les fonctions cognitives (mémoire, vigilance, raisonnement et énergie) étaient améliorées par le THS, uniquement chez les femmes souffrant de symptômes climateriques.

Dans d'autres études, les troubles cognitifs n'étaient pas améliorés par la prise de THS. En revanche, les femmes sous œstrogènes se plaignaient plus de troubles de mémoire que les femmes sous œstroprogestatifs.

Rozenbaum a analysé 9 études sur l'effet du THS chez les femmes déjà atteintes de démence : on notait une légère amélioration dans les formes peu évoluées.

Il semblerait que le THS ait un rôle protecteur dans l'apparition de la démence d'Alzheimer.

1.4.10. Risque osseux

L'ostéoporose est une complication redoutable de la ménopause. Elle est due à une accélération brutale du processus physiologique de déminéralisation osseuse liée au vieillissement (17).

L'ostéoporose post-ménopausique s'explique par :

- une stimulation de l'activité de résorption osseuse ostéoclastique
- une diminution de l'activité ostéoblastique (œstrogéno-sensible)
- une diminution de la synthèse en collagène de type I
- une diminution de l'absorption intestinale de calcium

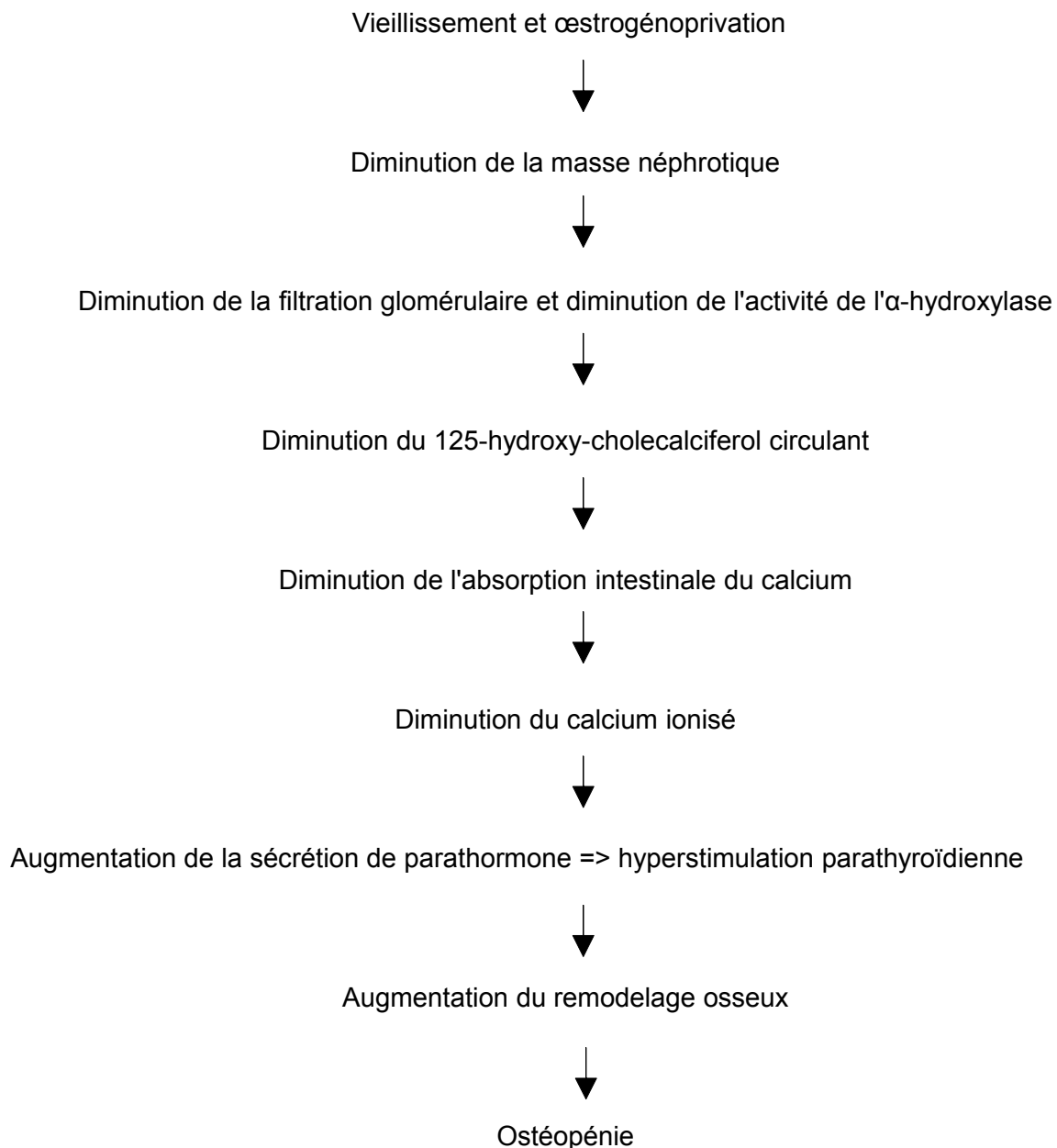
Chronologiquement, elle touche d'abord l'os trabéculaire (vertèbres, poignets). L'ostéoporose corticale (fémur) est plus tardive. En quelques années, elle expose la femme ménopausée au risque fracturaire.

Cette perte progressive de tissus osseux débute entre 20 et 30 ans et se poursuit jusqu'à la fin de la vie, selon une courbe de pente variable en fonction des individus. Cette courbe montre chez la plupart des femmes un ressaut à l'âge de la ménopause, après quoi elle évolue avec 10 ans d'avance sur celle de l'homme (22).

Lorsque la masse osseuse, évaluée à 25% au cours de l'enfance, tombe au dessous de 11%, le processus devient clinique par l'apparition de tassements vertébraux et de fractures spontanées.

La cessation de la fonction ovarienne accélère au moins momentanément le processus inexorable d'ostéopénie.

L'œstrogénoprivation s'ajoute au vieillissement physiologique, caractérisé notamment par une réduction de la masse néphrotique. Celle-ci a pour conséquence une diminution de la filtration glomérulaire, ainsi qu'une réduction de l'activité de l' α -hydroxylase, d'où diminution du 125-hydroxy-cholecalciférol circulant. Il s'ensuit une diminution de l'absorption intestinale du calcium avec l'âge, entraînant à son tour une chute du calcium ionisé responsable d'une augmentation de la sécrétion de parathormone. L'hyperstimulation parathyroïdienne provoque une augmentation du remodelage osseux, qui rend compte en partie de l'ostéopénie physiologique sénile par accumulation des déficits au niveau de chaque unité de remodelage. Cette ostéopénie s'explique également par le vieillissement ostéoblastique, par la réduction de l'absorption intestinale du calcium ainsi que par la diminution en vitamine D stockée dans l'organisme.



L'œstradiol a au contraire un effet protecteur vis-à-vis de l'ostéoporose. Il favorise l'absorption intestinale de calcium mais agit également au niveau de l'os lui-même, de deux manières :

- De façon indirecte : l'œstradiol interfère avec les hormones ayant une action directe sur les cellules du tissu osseux. Il facilite l'action de la calcitonine, qui elle-même inhibe la résorption ostéoclastique de l'os. Par ailleurs, l'œstradiol paraît à la fois diminuer la sensibilité de l'os à la résorption due à la parathormone et augmenter la sécrétion de celle-ci. Il s'ensuit une augmentation de la synthèse de vitamine D3 et une augmentation de l'absorption intestinale de calcium.
- De façon directe : le 17 β -œstradiol exerce un effet direct au niveau des ostéoblastes, qui possèdent des récepteurs spécifiques pour l'œstradiol, mais aussi pour la progestérone et les androgènes.

On conçoit qu'une carence œstrogénique soit susceptible de créer un déséquilibre accrétion / résorption osseuse avec élévation de la calcémie et de la calciurie. Le rôle préventif des œstrogènes sur l'ostéoporose et leur effet freinateur sur son évolution, sont actuellement établis. Toutes les études prospectives menées avec les méthodes les plus fiables s'accordent sur le fait que la thérapeutique œstrogénique est celle qui réduit le plus nettement la perte de densité osseuse.

1.4.11. Risque cardiovasculaire

Le problème est voisin de celui qui est posé par l'ostéoporose (22) : l'arrêt du fonctionnement ovarien semble accélérer l'évolution ou l'apparition de maladies cardiovasculaires chez la femme.

Il existe un pouvoir protecteur des œstrogènes endogènes vis-à-vis de l'artériosclérose, qui disparaît avec l'arrêt spontané ou chirurgical du fonctionnement ovarien. Les études prospectives à long terme actuellement disponibles établissent que l'œstrogénothérapie est un facteur de réduction du risque de morbidité cardio-vasculaire après la ménopause.

L'augmentation de l'incidence des maladies coronariennes chez la femme ménopausée est sous-tendue par un certain nombre de perturbations secondaires à la carence œstrogénique qui peuvent être regroupées en 2 grandes catégories (16):

- des perturbations métaboliques, qui touchent le métabolisme des lipides et des lipoprotéines, le métabolisme de l'insuline, la répartition des masses adipeuses ainsi que des perturbations de l'hémostase. (cf tableau)
- des altérations directes de la structure et de la réactivité de la paroi vasculaire, la carence œstrogénique diminuant la vaso-réactivité artérielle et favorisant la progression de l'athérosclérose. De plus, des modifications du système immuno-inflammatoire semblent également contribuer au développement de l'athérosclérose.
- enfin à ces effets artériels sont associées des altérations de la dynamique cardiaque.

Métabolisme des lipides et lipoprotéines	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation du cholestérol total et du LDL-cholestérol (et à un degré moindre du VLDL-cholestérol, de l'apoB et de la Lp(a)) - diminution du HDL-cholestérol - augmentation des triglycérides - augmentation de l'oxydation des LDL
Métabolisme des hydrates de carbone	- développement d'une résistance à l'insuline
Composition corporelle	- redistribution abdominale des masses adipeuses
Facteurs de l'hémostase	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation du fibrinogène - augmentation des facteurs V, VII, X, XI, XII - augmentation du PAI-1 (inhibiteur de l'activateur du plasminogène)
Facteurs vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - tendance à une augmentation de la pression artérielle systolique - augmentation de la rigidité artérielle

Tableau 1 : Principales modifications métaboliques et vasculaires consécutives à l'installation de la ménopause

1.4.12. Risque oncologique

1.4.12.1. Cancer de l'endomètre (19)

Au moment de la ménopause, l'endomètre présente une hétérogénéité importante comme l'ont bien montré les travaux de Archer :

- 65% atrophie endomètre
- 15% endomètre prolifératif
- 6% endomètre hyperplasique
- 0.8% adénocarcinome

Le très faible taux d'adénocarcinome ne justifie pas la réalisation systématique d'un examen histologique de l'endomètre avant la prescription d'un THS.

1.4.12.2. Cancer du col utérin (19)

S'il n'existe aucune influence de la ménopause vis-à-vis de ce cancer, la prescription d'un dépistage par frottis cervical doit se poursuivre jusqu'aux alentours de 65 ans.

1.4.12.3. Cancer de l'ovaire (19)

La ménopause et la carence hormonale ne semblent pas jouer un rôle dans sa survenue. Il faut cependant souligner le rôle protecteur des contraceptifs oraux et de la grossesse. Les stimulines hypophysaires sécrétées en période ménopausique pourraient peut être jouer un rôle promoteur de ce cancer.

1.4.12.4. Cancer du sein (19)

Son incidence est plus élevée en cas de ménopause tardive. A l'opposé il semble moins fréquent chez les femmes castrées avant 40 ans. Le rôle d'un déficit en progestérone semble probable.

1.4.13. Des manifestations cliniques peu connues

1.4.13.1. Muqueuse buccale et gingivale

Les muqueuses buccales et gingivales subissent la même atrophie (47), l'involution des acini des glandes salivaires principales entraîne une hyposialie (avec ses conséquences sur la pathologie bucco-dentaire, dont la principale et la plus fréquente est la gingivite érythémateuse).

Une étude (48) a montré que les femmes ménopausées sous traitement hormonal substitutif avaient moins de dents manquantes que les femmes ménopausées sans traitement.

1.4.13.2. Voix

Les troubles de la voix sont souvent méconnus et toucheraient une femme sur cinq, d'après des études effectuées sur des professionnelles du chant (20).

Le déséquilibre hormonal est responsable d'une déshydratation, d'une diminution de la souplesse des vaisseaux et d'une rigidité musculaire : une diminution du tonus, de l'élasticité de l'épithélium et du muscle strié est retrouvée au niveau des cordes vocales. Il est également signalé une diminution de l'intensité, une fatigue vocale, un registre pincé, une baisse de la fréquence avec perte des harmoniques, un dessèchement des cordes vocales.

1.4.13.3. Œil

Des modifications ophtalmiques sont constatées chez les femmes ménopausées (39). Ces modifications sont en grande partie attribuables au processus naturel du vieillissement mais aussi à des modifications du profil hormonal.

Il existe une relation entre de faibles taux sériques d'œstrogènes, la présence de symptômes ménopausiques et l'apparition de cataractes. Des récepteurs œstrogéniques ont été décelés dans le tissu oculaire. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir le recours à l'hormonothérapie aux fins de la prévention ou de la prise en charge de troubles oculaires.

2. Sexualité

2.1. Définition de la sexualité

Bien qu'elle ne soit pas indispensable à notre survie, puisqu'on ne meurt pas si on n'a plus de sexualité, elle conditionne pour une grande part notre accession au bonheur.

De la santé à la santé sexuelle :

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS 1946).

La définition de la santé par l'OMS n'a pas évolué depuis 1946. Ce n'est pas le cas de la définition de la santé sexuelle. En 1975, *«la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour»*. En 2000, *«la santé sexuelle est l'expérience de bien-être physique, psychologique, et socio-culturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement dans l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles encourageant le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et sociale... Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus...»*. Dans cette définition de 2000, la sexualité est devenue un facteur d'épanouissement individuel et social (14).

La sexualité est la rencontre de plusieurs dimensions humaines (14) :

- Une dimension physique : elle nécessite des appareils génitaux, mais plus globalement un organisme qui soit fonctionnel.
- Une dimension psychologique : une image et une estime de soi positive, une disponibilité à soi et à l'autre, l'équilibre dans la relation à son partenaire.
- Une dimension sociale : le regard de la société n'est pas toujours positif sur la sexualité des personnes plus âgées. La société pose les limites du normal et de l'anormal. Se conformer à la norme aide l'individu à se sentir sain, intégré dans un groupe, l'aidant à se confronter au regard d'autrui sans gêne ni honte.
- Une dimension culturelle : la question des valeurs tant spirituelles que culturelles peut être un frein à l'épanouissement sexuel.

La sexualité est une composante essentielle à l'épanouissement personnel, elle existe dès la naissance et active des prototypes sensori-moteurs, elle accompagne l'enfant au cours de sa maturation, elle est le fondement de la personnalité, elle préside aux transformations de l'adolescence, elle est le ferment de l'union et le garant de la pérennité du couple.

La sexualité est, par définition, un mode de reproduction qui sépare l'espèce en deux catégories, les mâles et les femelles. La sexualité n'est ni indispensable, ni obligatoire puisqu'une grande partie des espèces vivantes n'a pas de sexualité.

Premier paradoxe, premier témoin de sa complexité, la sexualité est à la fois ce qui nous sépare et ce qui nous unit. La sexualité est ainsi bien plus qu'un comportement, elle est un mode de pensée qui ne peut se réduire à une génitalité. La sexualité est fondamentalement apprise.

Les rituels amoureux et les codes de séduction font partie du patrimoine culturel au même titre que les valeurs morales ou historiques. La culture modèle ainsi notre sexualité en lui conférant une dimension relationnelle qui lui est propre. Le vecteur commun à toutes les dimensions de la sexualité humaine est assurément le langage (49).

Plusieurs facteurs apparaissent comme importants pour qu'un individu vive sa sexualité (14) :

- une bonne estime de soi, base fondamentale de la relation à soi et à l'autre
- une bonne image corporelle, qui a deux composantes : un corps dans lequel la personne se sent au mieux dans le regard de l'autre ; mais aussi un corps que l'individu a pu apprivoiser dans son évolution, faire sien dans son fonctionnement
- des capacités d'affirmation de soi permettant de définir besoins, attentes, limites sans entrer dans une conflictualité
- des habiletés communicationnelles, en particulier dans le domaine de la sexualité, mais aussi dans la capacité d'écoute des besoins et attentes du partenaire
- des capacités affectives qui regroupent l'ensemble des sentiments et émotions d'un individu et leur concrétisation dans la relation à l'autre
- des capacités imaginatives, qui vont alimenter un imaginaire érotique

2.2. Anatomie et physiologie de la sexualité

Chez la femme, les études physiologiques ont été peu nombreuses avant les années 2000 (50).

Les premières publications marquantes ont été celles d'Alfred Kinsey, en 1948 et 1953, avec des résultats épidémiologiques sur le comportement sexuel féminin et masculin, mais aussi une description des réactions sexuelles physiques et psychologiques.

En 1968, William Masters, gynécologue, et Virginia Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels. Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases, identiques à celles de l'homme : excitation, plateau, orgasme et résolution.

Helen Singer Kaplan a plus tard insisté sur l'acteur principal de la réponse sexuelle féminine, le désir, et a proposé trois phases, couramment reprises actuellement en médecine sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme.

Plus récemment, Rosemary Basson a proposé que ces trois phases de la réponse sexuelle féminine soient organisées non pas de manière linéaire, mais circulaire afin de prendre en compte les multiples interactions, notamment neuro-hormonales du cycle de la réponse sexuelle chez la femme.

Ces 3 modèles de la réaction sexuelle féminine seront détaillés plus loin.

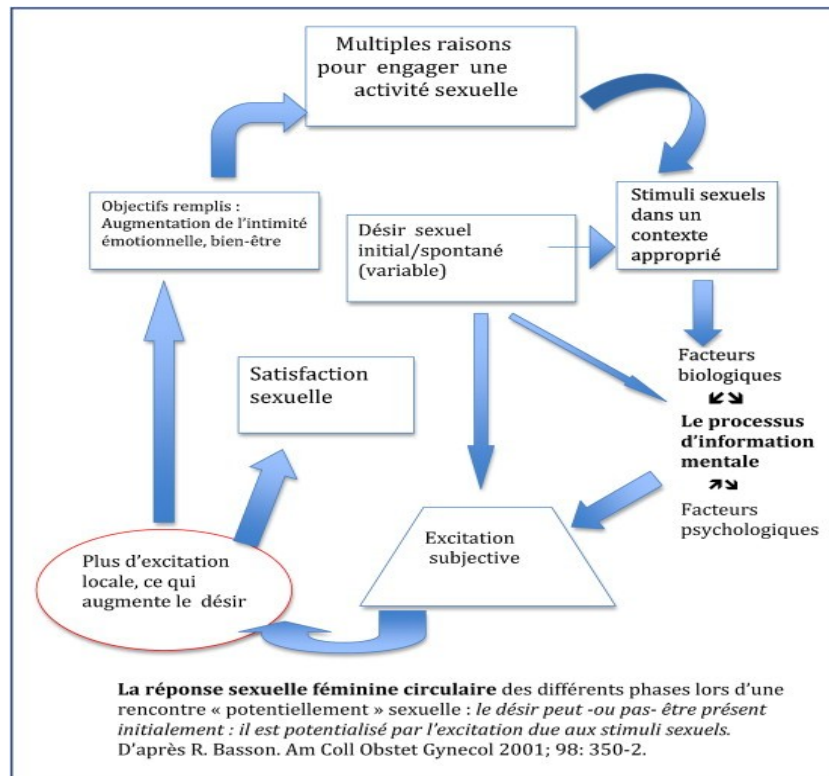


Illustration 2 : La réponse sexuelle féminine selon Basson

Les variations d'intensité du désir sexuel sont un facteur relationnel important dans un couple : plus le désir pour le ou la partenaire est important moins le sujet pense à mettre fin à la relation. Ainsi, si l'amour, qui peut être défini comme un sentiment d'intense affection et de désir d'union avec un être, est différent du désir sexuel, il existe des similitudes biochimiques et neuroendocriniennes mises en évidence par l'imagerie fonctionnelle cérébrale.

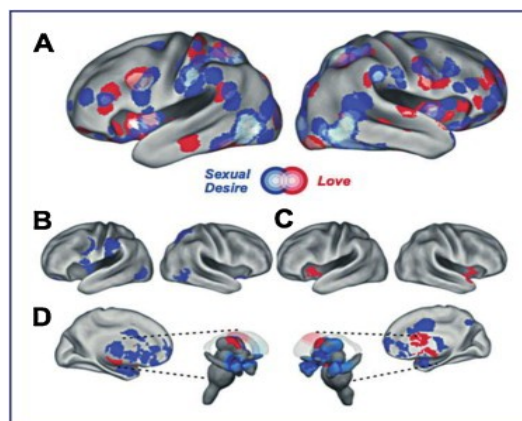


Illustration 3 : Régions cérébrales activées lors du désir sexuel (bleu) et de situations amoureuses (rouge) d'après Cacciopo et al

2.2.1. Contrôle cérébral de la réponse sexuelle

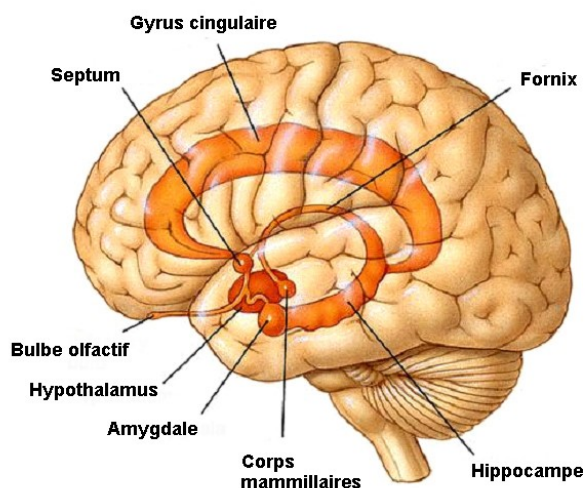


Illustration 4 : Système limbique

Le système limbique correspond au paléocortex : il comprend l'hypothalamus, le thalamus, le gyrus cingulaire antérieur, l'amygdale, les corps mammillaires et l'hippocampe.

Proche des lobes préfrontaux qui ont un rôle prédominant dans l'inhibition des instincts, le système limbique joue un rôle primordial dans l'initiation et le déroulement des comportements sexuels. Il initie la cascade des éléments neurovasculaires comprenant les réponses somatiques, génitales et les comportements adaptés. Le système limbique module la perception du désir et de l'excitation.

Le néocortex est lui aussi impliqué dans la réponse sexuelle en particulier dans l'intégration de la carte sensitive des stimuli sexuels.

Des zones d'hypermétabolisme, après stimulation de différentes zones érogènes chez la femme (clitoris, mamelon, vagin), ont été mises en évidence par l'IRM fonctionnelle. Ces zones (homonculus) sont situées au niveau du lobe paracentral ainsi qu'au niveau du noyau ventrolatéral du thalamus. Pour chacune des zones périphériques stimulées, la réponse intégrée au niveau cortical apparaît dans une zone spécifique mais toujours dans la région du lobe médian paracentral.

2.2.2. Voies nerveuses de l'excitation sexuelle

Ces voies sont superposables chez l'homme et la femme :

- un centre parasympathique sacré de S2 à S4, les axones empruntant les racines sacrées antérieures correspondantes pour participer au plexus hypogastrique inférieur (plexus pelvien) ;
- deux centres sympathiques thoracolombaires de T11 à L2 ;
- un centre somatique sacré de S2 à S4, les axones empruntant les racines sacrées antérieures correspondantes puis le nerf pudendal. Le nerf pudendal contient également des fibres nerveuses sensibles issues des organes génitaux externes.

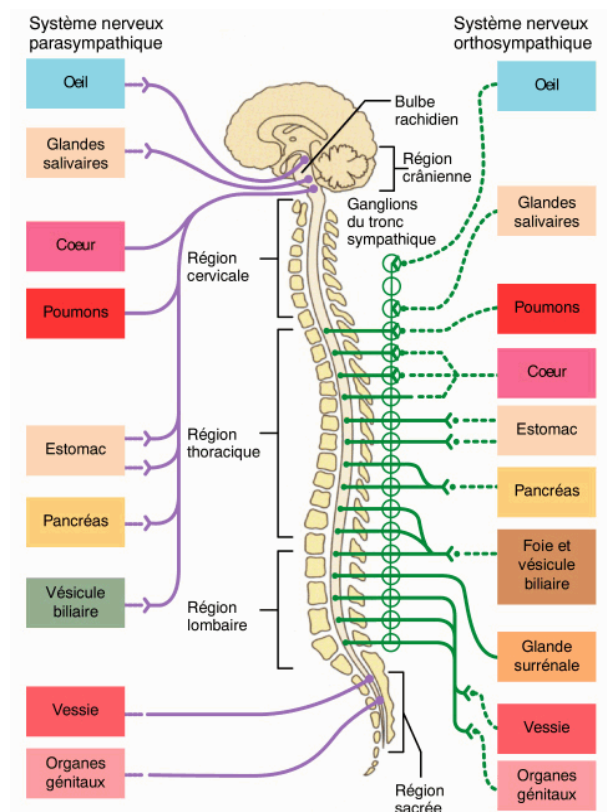


Illustration 5 : Système nerveux parasympathique et sympathique

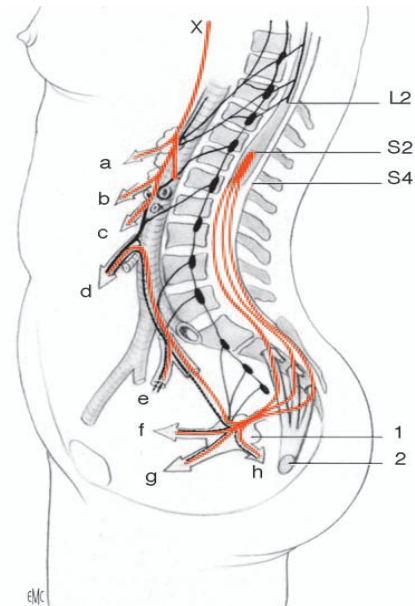


Illustration 6 : Systématisation de l'innervation pelvienne (en rouge : parasympathique, en noir : sympathique)

1 : plexus hypogastrique inférieur

2 : nerf pudendal

Le système nerveux autonome (parasympathique) contrôle la vascularisation pelvipérinéale (vulve, clitoris, vagin) et le tonus de la musculature lisse du vagin ; le nerf pudendal commande la contraction des muscles striés périnéaux.

2.2.3. Neuromédiateurs de la réponse sexuelle

2.2.2.1. Les neuromédiateurs périphériques

Ils sont libérés par les terminaisons nerveuses autonomes :

- l'acétylcholine,
- la noradrénaline,
- le *vasoactive intestinal peptide* (VIP),
- le monoxyde d'azote (NO),
- le neuropeptide Y,
- la substance P

2.2.2.2. Les neuromédiateurs centraux

Ils peuvent faciliter ou inhiber la réponse sexuelle féminine (Illustration 7).

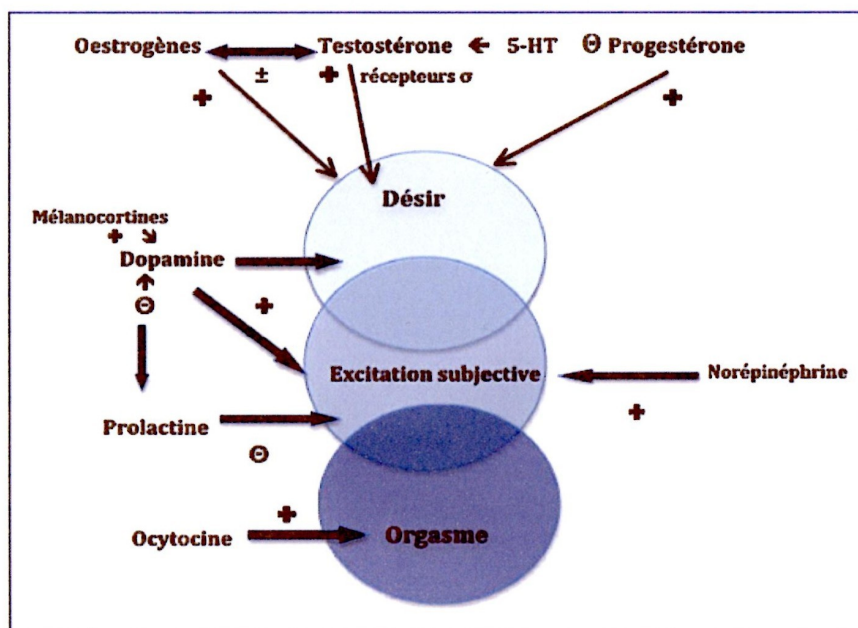


Illustration 7 : Effets centraux des neuromédiateurs et des hormones sur la réponse sexuelle féminine

– La dopamine :

Elle est impliquée dans le contrôle central de la réponse sexuelle :

- De façon directe : elle est facilitatrice du désir et de l'excitation (les projections dopaminergiques sont impliquées dans l'olfaction, la mémoire et les émotions). La dopamine intervient également dans le système de récompense en rapport avec la quête de plaisir. Les agonistes dopaminergiques augmentent les comportements sollicitant et menant à la copulation.

Une baisse de la libido a été corrélée à un taux bas de dopamine.

- De façon indirecte par l'intermédiaire de la prolactine. Elle freine la libération de la prolactine.

– La prolactine :

Elle influence négativement le désir sexuel féminin. Une concentration de prolactine trop élevée diminue l'intérêt sexuel.

Une augmentation de la prolactine post-orgasmique serait le signal d'une satisfaction du désir et exercerait ainsi un rétrocontrôle négatif sur l'activité sexuelle.

– L'ocytocine :

Elle augmente pendant la phase d'excitation et l'orgasme en fonction de l'intensité de celui-ci. L'ocytocine apporterait ainsi une sensation de satisfaction et de satiété après la relation sexuelle.

L'ocytocine est souvent présentée comme « l'hormone de la tendresse » car elle favorise le comportement affectueux dans les interactions non sexuelles.

– La sérotonine :

Elle est impliquée dans la régulation de l'humeur et donc dans les phénomènes d'anxiété et de dépression. Dans la région limbique, la sérotonine intervient dans le contrôle du plaisir et de la motivation.

Une augmentation de la sérotonine dans le système nerveux central diminuerait globalement l'activité sexuelle en diminuant le désir sexuel et en inhibant l'orgasme.

2.2.4. Les modulateurs stéroïdiens

– Les œstrogènes :

La principale forme d'œstrogènes est le 17β -œstradiol ou E2.

A l'étage central, les œstrogènes influenceraient la libido chez la femme en ayant un effet direct sur des neurones de l'hypothalamus.

En périphérie, les œstrogènes sensibilisent la peau qui est une structure clé pour les stimuli sexuels externes. Les œstrogènes exercent également un effet important sur la trophicité vaginale ainsi que sur la lubrification. La douleur liée à l'atrophie vaginale peut entraîner une anxiété et l'inhibition sexuelle chez chacun des partenaires.

Les œstrogènes jouent aussi un rôle dans la motivation sexuelle en éliminant les plaintes ménopausiques (bouffées de chaleur, transpiration) qui interfèrent souvent avec le bien-être et le désir d'avoir des relations sexuelles.

– La progestérone : Son rôle dans la réponse sexuelle féminine reste mal connu.

– La testostérone :

La testostérone est produite par l'ovaire (5 à 25 %), par la glande surrénale (5 à 25 %), mais surtout par conversion périphérique à partir de l'androstènedione (50 %).

La testostérone est présente chez la femme sous forme libre (2 %), liée à la SHBG (Sex hormon binding globulin) (66%) et liée à l'albumine (32%).

La testostérone libre plasmatique, bien qu'en faible quantité, est le principal modulateur androgénique chez la femme.

La testostérone exerce un rôle stimulant sur le désir sexuel par une action cérébrale notamment par le biais de récepteurs situés au niveau de l'aire préoptique médiane de l'hypothalamus et du système limbique. Une certaine proportion de testostérone est convertie en œstradiol dans le cerveau. Il est difficile de distinguer les effets propres de la testostérone et ceux de l'œstradiol sur le comportement sexuel féminin.

Chez la femme ménopausée, le désir et l'intérêt sexuel sont associés de façon positive aux taux plasmatiques de testostérone mais non à ceux d'œstrone ou d'œstradiol et de hauts niveaux de testostérone ont montré l'association la plus constante avec des relations sexuelles fréquentes.

Les œstrogènes joueraient donc un rôle positif sur la qualité de la relation sexuelle, les androgènes eux, sembleraient accroître nettement la motivation sexuelle.

2.2.5. La réponse sexuelle féminine

3 principaux modèles de cycle de la réponse sexuelle féminine ont été suggérés (51) :

- Masters et Johnson en 1966 ont développé un modèle linéaire en quatre phases de la réponse sexuelle, comprenant des phases d'excitation, plateau, orgasme, résolution. Cependant, le modèle suppose qu'une femme sexuellement fonctionnelle est toujours sensible à l'initiation sexuelle ou à la stimulation, et aucune importance n'est donnée au désir sexuel ou libido.
- Kaplan en 1979 a proposé un modèle en 3 étapes et a introduit le concept de désir dans les réponses sexuelles normales. Dans ce modèle, le désir conduit à l'excitation, puis plateau puis orgasme et résolution. Kaplan a fait ressortir le désir comme précurseur nécessaire au développement de l'excitation et de l'orgasme.
- Le modèle actuel le plus largement cité est celui de Basson qui conceptualise la réponse sexuelle féminine comme cyclique (Illustration 1). Selon Basson, les différentes phases de la réponse sexuelle se chevauchent, mais ne se suivent pas de manière séquentielle. Ce modèle intègre les composantes physiques et mentales. Basson suggère qu'une femme peut être l'instigatrice d'un contact physique ou être réceptive à l'initiation sexuelle, pour diverses raisons, comme le désir d'intimité.

Sable et Fisher ont constaté que nombre égal de femmes ont approuvé chaque modèle, ce qui suggère que la réponse sexuelle féminine est hétérogène.

2.2.5.1. Le désir

La première phase du désir correspond au désir «spontané» ou «inné» qui se construit sous l'influence des hormones dites «sexuelles» au niveau de l'hypothalamus. A ce niveau, les récepteurs aux œstrogènes, à la progestérone et aux androgènes contrôlent l'humeur et modulent la réponse sexuelle (51) (14) .

Ce cycle sexuel commence avec le développement d'une pensée sexuelle, un fantasme.

Un autre type de désir intervient pendant l'acte sexuel, il est secondaire à une excitation physique adéquate : c'est le désir réactif. Basson l'illustre bien dans son schéma de cycle de réponse sexuelle féminine (Illustration 1). La motivation sexuelle de la femme est plus complexe qu'une simple présence ou absence de désir. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son rapprochement émotionnel avec son partenaire, augmenter son bien-être et sa propre image. Il faut qu'elle se sente attirante, féminine, appréciée, aimée et/ou désirée.

Le désir sexuel est généré par des stimuli physiques / extérieurs (modalités sensorielles : toucher, vue, goût, odorat, ouïe) et des stimuli psychologiques / internes (fantasmes, mémoire...). Ceux-ci vont induire un sentiment de besoin ou une envie de partage de l'activité sexuelle avec l'objet du désir afin d'obtenir satisfaction. Cet état d'activité mentale sexuelle est influencé par l'humeur du moment et par les hormones qui agissent sur les différents stimuli en augmentant leur action ou en les inhibant.

2.2.5.2. L'excitation sexuelle

La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle :

- Activation du parasympathique permettant une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien
- Stimulation du sympathique permettant une augmentation du débit sanguin cardiaque et une augmentation de la vascularisation artérielle à destinée des muscles lisses et des organes génitaux.

Cette phase d'excitation sexuelle est corrélée à une activité corticale avec en retour une réponse adaptée. La phase d'excitation est caractérisée par un phénomène de lubrification vaginale, la congestion du clitoris et des petites lèvres, l'écartement des grandes lèvres. Cette phase fait intervenir un réflexe à point de départ médullaire.

Les zones érogènes primaires sont stimulées (petites lèvres, clitoris, unité neurovasculaire vaginale antérieure, seins...) et les informations sensibles génitales sont transmises via en particulier les nerfs pudendaux et la moelle pour être intégrées au niveau cortical.

Le recrutement des efférences parasympathiques empruntant les nerfs pelviens puis cavernaux entraîne l'engorgement du clitoris, des lèvres et du vagin. Cet engorgement va

permettre l'apparition de la lubrification correspondant à l'augmentation du transsudat issu de la vasodilatation des capillaires des parois du vagin. Ce phénomène est facilité en particulier par l'imprégnation du milieu local en œstradiol qui participe à la régulation des aquaporines et du NO essentiels à la production du transsudat.

Le vagin va prendre de l'expansion dans la partie profonde. Le volume du clitoris augmente légèrement, de même que la dimension des petites et grandes lèvres. L'utérus aussi augmente de volume et s'élève, ce qui agrandit l'espace dans la partie profonde du vagin. Les seins vont également être plus volumineux et les mamelons engorgés.

Ce stade peut durer de quelques minutes à plusieurs heures.

2.2.5.3. Le plateau

Après cette phase initiale, survient une phase de plateau, caractérisée par un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal sous l'effet de la contraction du levator ani (diaphragme pelvien), réalisant une ballonnisation.

Le plateau dure entre 1 et 3 min et correspond à une excitation élevée.

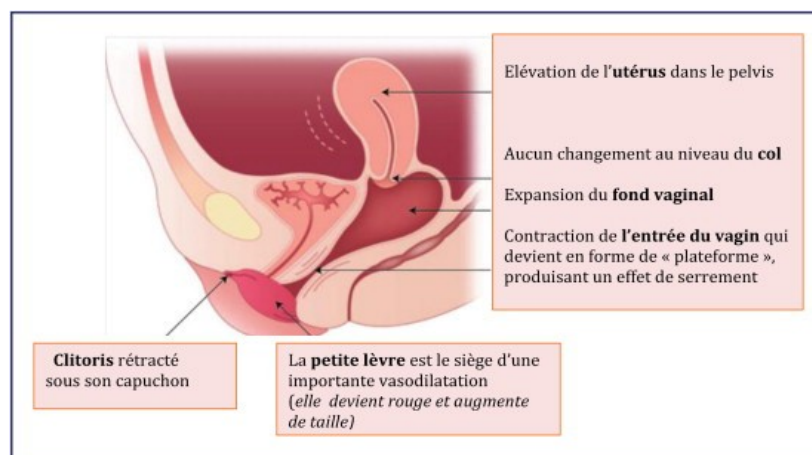


Illustration 8 : L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït d'après l'illustration de John Yanson

2.2.5.4. L'orgasme

L'orgasme est un processus neuro-psycho-physiologique complexe marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle. Il survient lorsque l'excitation est à son

maximum. La stimulation doit être maintenue jusqu'à l'orgasme car contrairement à l'homme, la femme n'a pas de point de non-retour et un arrêt de la stimulation entraîne une retombée de l'excitation.

C'est le plus court des stades et il dure généralement quelques secondes.

L'orgasme se traduit par une forte activation de certaines aires cérébrales accompagnée d'un ensemble de réponses physiologiques périphériques. La sensation de plaisir intense inhérente à l'orgasme, en partie subjective, est générée dans les zones cérébrales activées.

Au niveau périphérique, le réflexe bulbocaverneux entraîne des contractions rythmiques des muscles du diaphragme périnéal. Elles sont involontaires et vont moduler la durée et l'intensité de l'orgasme. Ces contractions chez la femme permettraient peut-être la sécrétion de glandes para-urétrales, avec une sensation de plaisir et un maintien de la lubrification. L'orgasme se caractérise par 8 à 10 contractions rythmiques et saccadées des muscles pelvipérinéaux (sphincter urétral externe et anal, musculature lisse du vagin et de l'utérus synchronisées avec les contractions des muscles striés pelvipérinéaux), une activation plus ou moins prononcée du système nerveux autonome et une tension musculaire généralisée. Les premières contractions sont plus intenses, elles vont en s'éspaçant et en diminuant d'intensité.

Des modifications physiologiques systémiques témoignant d'une activation du système nerveux sympathique peuvent être observées au moment de l'orgasme. La pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire sont augmentées. Des rougeurs cutanées, des réactions sudatoires et une érection des mamelons sont parfois notées. Le seuil de douleur est accru de manière significative lors de l'orgasme mais la sensibilité non nociceptive est inchangée.

Sur le plan hormonal, l'orgasme s'accompagne d'une augmentation aiguë des taux sanguins des neurohormones ocytocine et prolactine.

L'orgasme atteint par stimulation clitoridienne seule se ressent de façon plus focalisée, plus intense, plus vive et plus satisfaisante physiquement.

L'orgasme coïtal est plus diffus, plus long et plus satisfaisant psychologiquement.

2.2.5.5. La résolution

La résolution se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale. Pendant cette phase, la femme a une sensation de satisfaction et d'euphorie. Cette courbe se différencie de celle chez l'homme par la possibilité d'orgasmes répétés à quelques secondes les uns des autres et par une absence de période réfractaire.

2.3. Les dysfonctions sexuelles féminines

L'OMS définit la dysfonction sexuelle féminine comme étant «*les divers facteurs qui empêchent une femme de participer à une relation sexuelle de la façon dont elle souhaiterait le faire*».

Au moyen de critères diagnostiques, le DSM-5 (2013) répartit les problèmes sexuels féminins en trois groupes :

- troubles de l'intérêt / de l'excitation sexuelle
- trouble de l'orgasme
- trouble de la douleur génito-pelvienne / de la douleur liée à la pénétration

Aux fins du diagnostic, le DSM-5 spécifie que les symptômes doivent avoir persisté pendant au moins 6 mois et avoir été à l'origine d'une détresse significative sur le plan clinique. De plus, la dysfonction sexuelle ne doit pas pouvoir être mieux expliquée par la présence de facteurs stressants significatifs, de médicaments, ou d'un autre trouble médical.

Basson a avancé que les femmes entreprennent ou acceptent des activités sexuelles pour diverses raisons, souvent dans le but de renforcer l'intimité affective avec le ou la partenaire. Elle suppose que, chez certaines femmes, les pensées ou les fantasmes pourraient être initialement absents, mais que la stimulation sexuelle dans un contexte approprié pourrait mener à l'excitation et au plaisir subjectifs, et donc au désir sexuel. Ce cycle peut être modulé par l'intimité de la relation, le bien-être affectif de la femme, le sentiment de confiance en soi sur le plan sexuel et la libido initiale. D'autres facteurs (comme la fatigue, la dépression, les médicaments, l'image corporelle et la diminution des taux d'androgènes, de thyroxine et de cortisol dans la circulation) peuvent également moduler la réaction.

2.3.1. Trouble du désir

Désir sexuel hypoactif / trouble de l'intérêt sexuel

Sont absentes ou diminuées :

- les sensations d'intérêt ou de désir sexuel
- les pensées sexuelles et / ou les fantasmes
- les motivations à essayer d'être excitée

2.3.2. Troubles de l'excitation

2.3.2.1. Trouble de l'excitation sexuelle génitale

- Absence totale ou diminution de l'excitation sexuelle génitale (diminution des sensations, gonflement vulvaire ou lubrification vaginale minimales quelque soit le type de stimulation sexuelle) et diminution des sensations par les caresses sexuelles
- La sensation d'excitation sexuelle psychique, en réponse à des stimulations sexuelles, persiste.

2.3.2.2. Trouble de l'excitation sexuelle subjective

- Absence ou diminution de sensations psychiques de l'excitation sexuelle quelque soit le type d'excitation
- La lubrification vaginale et les autres signes persistent.

2.3.2.3. Trouble mixte de l'excitation sexuelle

Absence ou diminution notable des sensations psychiques d'excitation et de plaisir sexuel, associée à l'absence ou la diminution des manifestations d'excitation sexuelle génitale, quelque soit le type de stimulations sexuelles.

2.3.3. Troubles de l'orgasme

- Difficulté à obtenir un orgasme
- Intensité des sensations orgasmiques nettement diminuée
- Peut être l'un ou l'autre, permanent ou situationnel

2.3.4. Troubles algiques

2.3.4.1. Dyspareunies

Douleurs persistantes ou récurrentes lors des tentatives de pénétrations complètes ou incomplètes et / ou au cours de la pénétration elle-même.

La ménopause en sera la cause par l'atrophie vulvo-vaginale et la sécheresse vaginale.

3 types :

- superficielles ou d'intromission : plutôt à composante psychique
- de «présence» : à composante organique ou dues à un défaut de lubrification
- dyspareunies profondes, balistiques ou de choc : plutôt d'étiologie organique

2.3.4.2. Vaginisme

Impossibilité à permettre la pénétration vaginale malgré le désir exprimé de le faire :

- évitement phobique
- contraction involontaire et invincible des muscles releveurs de l'anus et adducteurs
- anticipation / crainte de la douleur

La plupart des femmes atteintes de vaginisme restent excitables et orgasmiques (par stimulation clitoridienne) et sont donc réceptives aux initiatives sexuelles de leur partenaire ou à initier un rapport sexuel.

2.4. Les modifications de la sexualité à la ménopause

La réponse sexuelle évolue avec l'âge (14).

Que deviennent notre désir et notre plaisir lorsque nous vieillissons ? Jeunes, nous sommes incapables d'imaginer la sexualité de nos parents ou de nos grands-parents. Nous évitons d'évoquer ces questions qui pourtant viendront se poser à nous inéluctablement avec le passage du temps.

2.4.1. Évolution anatomique

Zones anatomiques	Jeunes femmes	Femmes plus âgées
Seins	- érection du mamelon - augmentation de la taille, engorgement aréolaire, rougissement pré-orgasmique	- même érection - diminution de l'intensité de la réaction
Érubescence sexuelle	- réponse épidermique vasocongestive	- diminution
Myotonie	- accroissement de la tension musculaire	- diminution de la réponse
Appareil urinaire	- dilatation minimale du méat urinaire au cours de l'orgasme	- le méat reste béant lors d'un orgasme de grande intensité ou lors d'orgasmes répétés
Rectum	- contractions du sphincter rectal lors de l'orgasme	- diminution de la réponse
Clitoris	- sensibilité bien développée	- mêmes réactions
Grandes lèvres	- épaissement, séparation et élévation par suite de l'augmentation de la tension sexuelle	- diminution de la réponse
Petites lèvres	- épaissement vasocongestif, changement de couleur du rouge vif au bourgogne avant l'orgasme	- affaiblissement de l'épaississement et diminution d'intensité des changements de couleurs
Glande de Bartholin	- faibles sécrétions de la muqueuse lors de la phase de plateau	- diminution de la réponse
Vagin	- parois nettement striées, la lubrification vaginale survient entre 10 et 30 secondes après la stimulation - engorgement de la partie externe du vagin lors du plateau, rétrécissement du vagin - contractions : 5 à 6 au cours de l'orgasme - affaissement lent de la portion dilatée du vagin lors de la résolution	- parois minces comme du papier, le vagin se raccourcit et ses possibilités d'expansion diminuent la lubrification, cela peut pendre 1 à 3 minutes - l'engorgement est plus faible, mais le rétrécissement toujours présent - diminution du nombre de contractions - affaissement rapide
Utérus	- soulèvement de l'utérus lors de l'excitation et du plateau - contractions : 3 à 5 lors de l'orgasme	- réaction différée et élévation moins forte - diminution du nombre de contractions

Tableau 2 : Évolution anatomique des organes impliqués dans la sexualité

2.4.2. Évolution des réactions sexuelles

2.4.2.1. La phase d'excitation

La lubrification diminue et demande plus de temps. Selon Laumann (52), 27% des femmes entre 50 et 59 ans affirment avoir éprouvé des difficultés de lubrification sexuelle. Donc un grand nombre de femmes gardent une lubrification vaginale après la ménopause si leur excitation sexuelle est suffisante.

En fait, il existe deux types de lubrification :

- l'une correspond à l'humidité naturelle des muqueuses. Elle est sensible au taux d'œstrogènes circulant dans le sang. C'est cette lubrification qui est donc affectée à la ménopause.
- L'autre lubrification est celle qui apparaît lors de l'excitation sexuelle. Elle ne dépend pas des hormones, mais du degré d'excitation et de la qualité des artères. Elle fonctionne donc toujours après la ménopause mais elle a tendance à se ralentir.

Le degré de congestion génitale (réponse réflexe qui survient, en quelques secondes, après un stimulus érotique) est très pauvrement corrélé avec le niveau d'excitation psychique. Cependant, cette congestion est importante pour le confort de la pénétration et pour la sensibilité des organes génitaux. Cette réponse génitale peut être interrompue à la ménopause par carence œstrogénique. En effet, cette dernière réduit la vascularisation et la vasodilatation, par la baisse du NO bio-disponible (neurotransmetteur majeur au niveau du clitoris), et par la baisse du VIP (neurotransmetteur majeur au niveau génital).

2.4.2.2. La phase de plateau

La dilatation du vagin est limitée. Ses parois s'amincissent considérablement et expliquent l'irritation mécanique de la vessie et de l'urètre lors du va-et-vient du pénis, source de mictions impérieuses post-coïtales, voire de brûlures mictionnelles. Comme les petites lèvres peuvent rétrécir, il se peut que le clitoris, moins protégé, devienne plus sensible, irritable et endolori.

2.4.2.3. La phase de l'orgasme

Elle est plus courte. Le nombre de contractions diminue.

2.4.2.4. La phase de résolution

Il y a une baisse rapide de l'excitation.

2.4.3. Facteurs non hormonaux influençant la sexualité à la ménopause

La sexualité après la ménopause a longtemps été un sujet tabou. Aujourd'hui, on sait que la vitalité sexuelle peut être entretenue très longtemps après l'âge de la ménopause. Un bon épanouissement sexuel dépend de multiples facteurs.

La ménopause peut perturber l'intérêt pour la sexualité et la satisfaction de la sexualité selon 3 facteurs :

- physiques
- psychologiques
- sociaux et familiaux

Les facteurs psychosociaux sont des facteurs déterminants de la fonction sexuelle au moins égaux sinon plus importants que la fonction ovarienne (51). Les émotions et les sentiments pour le partenaire et le bien être émotionnel général ont été identifiés comme les plus forts prédicteurs de la santé sexuelle.

La disponibilité d'un partenaire, le comportement sexuel précédent, la qualité des relations, la santé physique et psychologique sont des paramètres importants qui affectent la sexualité des femmes d'âge mûr.

2.4.3.1. Facteurs physiques

La ménopause et ses modifications corporelles contraignent la femme à penser son corps autrement. Elle peut entraîner une perte d'identité et de repères, une perte du sentiment d'être désirable, une perte de confiance et d'estime de soi. L'altération de l'image corporelle est un important facteur de limitation de la sexualité.

Dans notre société qui privilégie de façon obsédante minceur et jeunesse, la silhouette qui s'alourdit et la déformation de l'image corporelle renvoyée sans complaisance par le miroir ou le regard des autres peuvent engendrer un véritable complexe avec sentiments dépressifs (53).

Une femme qui n'aime plus son corps ne s'aimera pas elle-même, ne se sentira plus désirable, et son état d'esprit ne sera pas propice à une sexualité épanouie. Le préjudice esthétique de la ménopause, associé à l'idée de la perte du pouvoir de séduction, est certainement le phénomène le plus redouté à la cinquantaine.

2.4.3.2. Facteurs psychologiques

– Personnalité / biographie

La vie sexuelle après la ménopause dépend, pour beaucoup, de ce qu'elle a été auparavant. Une femme qui n'a jamais été très intéressée par la sexualité a ainsi peu de chances de l'améliorer après la ménopause. Au contraire, celle qui a toujours bénéficié d'une sexualité satisfaisante a toutes ses chances, avec une aide médicale si nécessaire, de la préserver bien au delà de la cinquantaine.

Les femmes avec une sexualité assez pauvre peuvent ne pas souffrir de cette situation. La signification pour chaque femme de son intimité sexuelle est un modulateur important de la réponse sexuelle et de la qualité de la satisfaction associée à la réponse physique (54).

– Relation à soi, à l'autre

Parler de sexualité revient à envisager une continuité dans l'estime de soi, et cette estime de soi ne se conçoit en général en vieillissant, que si l'on reste inséré, si l'on est convaincu d'être utile et intéressant pour soi, les autres et la société (55).

– Anxiété / dépression

L'état affectif peut perturber la sexualité. La dépression est un facteur important de perte de libido et l'anxiété a une influence importante sur la réduction de la fréquence des relations. Plusieurs facteurs peuvent accroître le risque de dépression chez les femmes à cette époque de leur vie : les pertes telles que la mort ou la maladie des parents proches, les enfants qui quittent la maison et les divers stress de la vie quotidienne ajoutés à des problèmes de santé comme l'apparition de maladies chroniques (55). La lassitude physique et psychique rend le corps moins enclin et moins sensible aux activités sexuelles (14).

– Perception / image de la ménopause

Il n'existerait qu'une faible association entre la dysfonction sexuelle et le statut de ménopause. Le principal prédicteur signifiant d'une diminution du désir sexuel se retrouve chez la femme qui croit que la diminution du désir sexuel est lié à la ménopause.

Dennerstein (56), puis Avis (57) ont évalué l'impact de la ménopause sur la sexualité. Dans l'étude d'Avis, la ménopause était associée de façon importante à plusieurs paramètres de la fonction sexuelle, notamment la baisse du désir sexuel, la croyance que l'intérêt vis-à-vis de l'activité sexuelle diminue avec l'âge et une réduction de l'excitation, comparativement à celle ressentie à la quarantaine.

L'anticipation du déclin du désir sexuel comme une conséquence inévitable de la ménopause est un facteur prédisposant à la diminution du désir.

Les effets négatifs signalés sur la sexualité sont plus probablement dus aux représentations négatives de la sexualité à la ménopause que les effets biologiques ou hormonaux (58). L'effet de la ménopause à ce point dans la vie des femmes peut donc être plus symbolique que biologique, exprimée comme une forme d'anticipation de la vieillesse.

2.4.3.3. Facteurs sociaux : religion, culture et sexualité

Religion :

Dans notre société, la place de la religion catholique a pu être prépondérante. La sexualité a été enracinée dans l'idée de la procréation. Il n'était donc pas licite d'avoir une sexualité et, d'autant plus pour les femmes, si la procréation n'était plus possible. La sexualité ne pouvait s'inscrire que dans le cadre du mariage, le «devoir conjugal». Le plaisir sexuel évoquait la luxure dans une société européenne marquée par le péché originel (14).

Société :

Les représentations et les conditionnements sociaux ont une place prépondérante dans le fonctionnement des individus. Les normes sociales, qui sont souvent implicites, vont déterminer ce qui est un comportement normal et attendu (14).

La peur des conséquences du vieillissement est vraisemblablement un moteur important des représentations négatives.

Les médias ont une influence importante dans notre société. Les publicitaires sont majoritairement recrutés parmi les jeunes gens, dont la vision de la sexualité des seniors est celle qu'ils imaginent de leurs parents ou grands-parents, c'est à dire aucune...

Cinq grandes croyances ont été identifiées par Felstein (59) pour justifier que la sexualité est l'apanage des jeunes gens :

- la sexualité sert à la procréation et se limite donc à ceux qui sont en âge de procréer
- la tension sexuelle se manifeste en réponse à l'attrait physique, qui n'est plus présent à partir d'un certain âge
- la tension sexuelle, qui est maximale chez les jeunes gens, disparaît presque totalement à partir d'un certain âge
- on aime quand on est jeune et la sexualité est en lien avec l'amour
- le niveau de fonctionnement optimal est atteint pendant la jeunesse, alors que le temps de la vieillesse est celui des incapacités.

Notre occident contemporain, à la différence de nombreuses autres cultures, n'est pas encore bienveillant à l'égard de la vieillesse. La vie humaine y est conçue comme une progression vers un apogée puis un déclin précédant la fin. Pour retarder la chute, il est donc suggéré de rester éternellement jeune. Ce désir d'une société homogène et sans âge aboutit nécessairement à la négation de la vieillesse conçue comme forcément pathologique (60).

La culture occidentale moderne continue de nier aux personnes plus âgées les mêmes possibilités qu'aux plus jeunes d'exprimer leur sexualité (61).

Malgré des progrès certains, il faudra probablement encore quelques générations pour que les préjugés s'évanouissent et que l'image d'une vieillesse asexuée disparaisse (60).

Avec l'arrivée massive, autour de la cinquantaine, de la génération des baby-boomers qui furent en leur temps des pionniers de la libération sexuelle, nous vivons actuellement une période de transition pouvant conduire à de profonds changements.

2.4.3.4. Facteurs familiaux

Les enfants partis vivre leur vie, mari et femme vont se retrouver seuls.

Une femme qui aura consacré l'essentiel de sa vie à élever ses enfants pourra parfois se sentir injustement devenue inutile socialement après leur départ, mais elle aura aussi pour la première fois le temps de s'occuper d'elle même (53).

Les conflits conjugaux peuvent aussi avoir un impact sur la sexualité du couple (62). Parallèlement, il faut signaler que chez le compagnon du même âge existe aussi souvent une certaine diminution du désir (14).

La sexualité après 50 ans peut être affectée par les changements physiques individuels ainsi que les changements physiques du vieillissement du partenaire (33). Ainsi, les troubles sexuels de l'homme peuvent avoir un impact sur la sexualité de la femme, indépendamment de la ménopause (55) (63).

La monotonie d'une relation de longue date pourrait contribuer à la diminution de l'activité sexuelle chez les personnes plus âgées. Pour certaines femmes, la ménopause est un prétexte pour cesser une activité qui ne les intéressait plus depuis longtemps.

A cette période de la vie survient également la maladie ou la perte des proches, les divers problèmes de santé de la femme... toutes ces épreuves qui ne favorisent pas l'envie d'une sexualité.

Dennerstein : « de mes trente ans de recherche sur ce sujet, je peux conclure que les stéroïdes ont des effets subtils mais importants sur la fonction sexuelle. Mais ces effets peuvent être totalement invisibles, s'il existe des facteurs psychosociaux puissants, comme une nouvelle relation amoureuse ou des attentes antérieures fortes pour de nouveaux investissements dans cette période de leur vie. »

Deuxième partie : L'étude

1. Matériel et méthode

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale.

1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact de la ménopause sur la sexualité de la femme.

L'hypothèse de travail est que les modifications physiologiques de la ménopause ont un impact négatif sur la sexualité de la femme.

L'objectif secondaire de l'étude est d'évaluer l'attente de la femme quant à l'abord du sujet par son médecin traitant (aurait-elle souhaité que son médecin traitant aborde la question de la sexualité autour de la ménopause ?).

1.3. Population de l'étude, recueil des données.

Les sujets étaient des femmes, âgées de 45 à 70 ans, ménopausées.

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire remis à des médecins généralistes et destiné à leurs patientes, ou directement à des patientes de mon entourage ou que j'ai rencontré au cours de mes stages.

Les médecins généralistes devaient sélectionner dans leur patientèle des femmes âgées de 50 à 70 ans, ménopausées, et ayant potentiellement une activité sexuelle (pour être en capacité de répondre au questionnaire).

375 questionnaires ont été distribués :

- 349 questionnaires ont été distribués à 35 médecins généralistes de la Haute-Vienne, Corrèze, Creuse, Dordogne.
- 20 questionnaires ont été distribués directement à des patientes hospitalisées au SSR de la Chênaie à Verneuil sur Vienne (Haute-Vienne), lors de mon stage de 5e semestre.
- 3 questionnaires ont été distribués à mon entourage à Orléans (Loiret).
- 3 questionnaires ont été distribués à l'entourage d'une amie à Limoges (Haute-Vienne).

Le choix des médecins généralistes s'est basé en premier lieu sur la liste des maîtres de stages universitaires disponible sur le forum de l'AIMGL, inscrits pour les choix de stage ambulatoire des internes.

26 médecins ont été contactés, ils ont tous accepté de participer.

Par la suite, des questionnaires ont également été envoyés à :

- 2 médecins généralistes que je connaissais personnellement
- 3 confrères de ma directrice de thèse
- 3 confrères de mon référent lors de mon stage au SSR de la Chênaie
- 1 médecin généraliste conseillé par un médecin à qui j'avais déjà envoyé des questionnaires

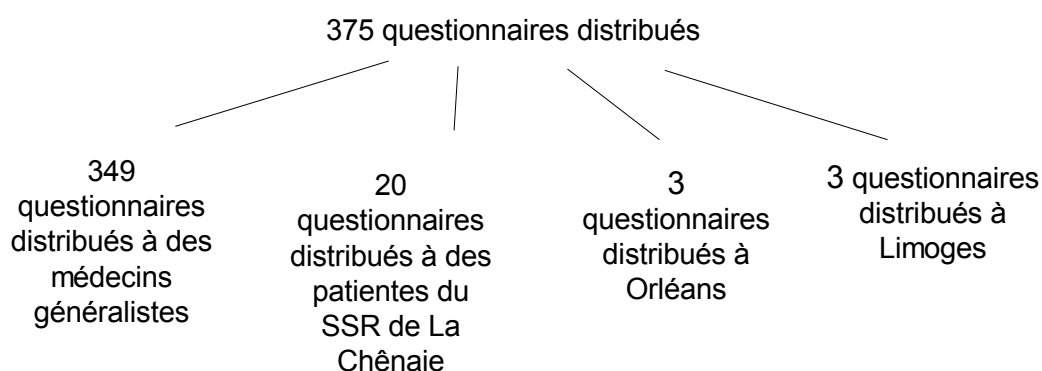


Illustration 9 : Répartition des questionnaires distribués

Le recueil des données :

Selon la localité des médecins, les questionnaires ont été :

- envoyés par courrier, avec enveloppe pré-timbrée pour le retour
- apportés directement au cabinet et récupérés en mains propres

Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre (cf annexe) expliquant le but et l'intérêt de l'étude, ainsi que les modalités du recueil des données :

- les patientes devaient être ménopausées, avoir entre 50 et 70 ans, et potentiellement une activité sexuelle
- le questionnaire devait être remis par le médecin, accompagné d'une enveloppe à mon nom

- le questionnaire était strictement anonyme et le médecin devait le préciser à sa patiente
- les patientes pouvaient y répondre tranquillement à leur domicile, le remettre dans l'enveloppe fournie pour plus de discrétion, et le déposer au cabinet
- en aucun cas le médecin ne devait poser les questions directement à sa patiente

Le questionnaire remis aux patientes (cf annexe) comportait :

- une introduction pour me présenter, expliquer le but de l'étude, rappeler que le questionnaire était anonyme et les modalités de retour.
- une première partie permettant la description de la population d'étude : âge, département, présence d'un conjoint, d'enfants, âge de début de la ménopause.
- une deuxième partie axée sur le vécu de la ménopause (impact sur la féminité, sentiment de libération, changements corporels et impact sur la sexualité, sentiment d'être désirable, sentiment de vieillesse).
- une troisième partie axée sur les troubles de la sexualité (désir, fréquence des rapports sexuels, dyspareunie, plaisir, orgasme).
- une quatrième partie axée sur les signes cliniques de la ménopause et leur éventuel impact sur la sexualité (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, troubles de l'humeur).
- une cinquième partie axée sur la recherche de solutions et l'abord du sujet par le médecin traitant.
- enfin, une zone était libre pour permettre aux patientes d'inscrire d'éventuels commentaires.

Le questionnaire était construit avec :

- des questions ouvertes (âge, département, âge de début de ménopause)
- des questions fermées avec réponse OUI / NON

La distribution des questionnaires s'est déroulée de Septembre 2014 à Mars 2015 (soit environ 7 mois).

1.4. Analyse des données

La clôture du recueil des questionnaires a été faite le 8 Juin 2015 (soit 9 mois après le début de la distribution des questionnaires).

152 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de participation de 40,53%.

Tous les questionnaires recueillis ont été inclus dans l'étude.

1.5. Méthode de recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été effectuées :

- sur Internet à l'aide de moteurs de recherches bibliographiques de données scientifiques : Cismef, Pubmed, BDSP. Les principaux mots-clés utilisés pour les recherches étaient « hot flushes », « sexuality and menopause », « dyspareunia », « sexuality and old people ».
- à la bibliothèque universitaire de santé de Limoges : consultation d'ouvrages, thèses, mémoires... sur la ménopause, la sexologie, la sexualité des personnes âgées.

Des recherches ont également été effectuées sur Internet et dans des ouvrages et photocopiés personnels pour les données théoriques concernant la physiopathologie et les signes cliniques de la ménopause (ouvrages à destination des étudiants en médecine, le sujet de la ménopause faisant partie des items au programme de l'Examen National Classant).

J'ai recueilli des informations sur la sexualité lors d'un entretien avec la sexologue Dr Ternisien d'Ouille.

J'ai utilisé également certaines données que l'on m'a enseignées au cours de mon DU « Contraception, Sexualité, IVG ».

Toutes les données bibliographiques recueillies ont été sauvegardées et organisées à l'aide du logiciel de gestion de référence Zotero.

1.6. Analyse statistique

Les données recueillies ont été présentées sous forme de tableur Excel :

- les âges et numéros de département ont été inscrits tels quels.
- les non-réponses ont été notées « 0 ».
- les réponses NON ont été notées « 1 ».
- les réponses OUI ont été notées « 2 ».
- pour les questions dépendantes les unes des autres :
exemple : «depuis la ménopause, souffrez-vous des changements qu'a pu subir votre corps? Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité?», les absences de réponse à la deuxième question lorsqu'a été répondu NON à la première correspondait dans le tableur à une case laissée vide.

Les analyses statistiques ont été effectuées grâce à l'aide du Dr François Dalmay, ingénieur d'études au laboratoire de biostatistique de la Faculté de Limoges.

Le seuil de significativité statistique retenu est $p < 0,05$.

2. Résultats

2.1. Population de l'étude

2.1.1. Les médecins qui ont transmis les questionnaires

2.1.1.1. Descriptif global

- 35 médecins ont été sélectionnés (18 hommes, 17 femmes)
- 349 questionnaires ont été distribués : 180 à des médecins homme (soit 51,57% des questionnaires), 169 à des médecins femme (soit 48,42% des questionnaires)
- J'ai reçu 130 réponses : 32 réponses de médecins homme (soit 24,6% des réponses), 98 réponses de médecins femme (soit 75,38% des réponses)
- Chez les médecins homme : 32 réponses sur 180 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 17,78%.
- Chez les médecins femme : 98 réponses sur 169 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 57,99%.
- Au total, 130 réponses sur 349 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 37,25%.

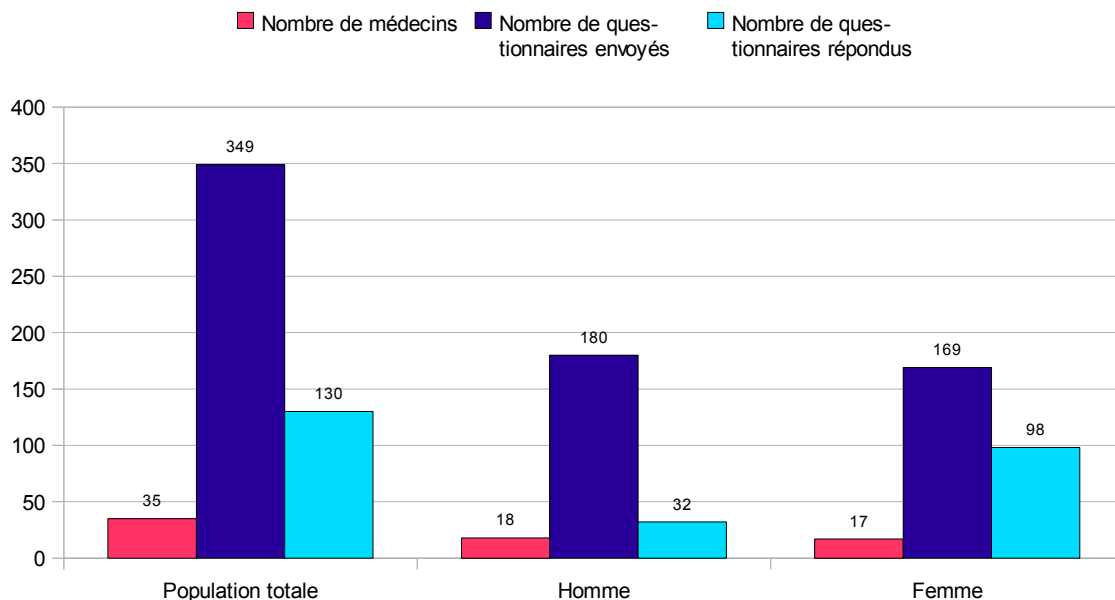


Illustration 10 : Descriptif de la population médicale par sexe

NB :

- 14 médecins sur 35 (soit 40% des médecins) ne m'ont renvoyé aucun questionnaire (9 hommes, 5 femmes).
- 12 médecins sur 35 (soit 34,28% des médecins) m'ont renvoyé au moins la moitié des questionnaires (1 homme, 11 femmes).

2.1.1.2. Descriptif par département

Haute-Vienne :

- 20 médecins ont été sélectionnés (8 hommes, 12 femmes)
- 206 questionnaires ont été distribués : 97 à des médecins homme (soit 47,09% des questionnaires), 109 à des médecins femme (soit 52,9% des questionnaires).
- J'ai reçu 86 réponses : 24 réponses de médecins homme (soit 27,9% des réponses) et 62 réponses de médecins femme (soit 72,09% des réponses).
- Chez les médecins homme : 24 réponses sur 97 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 24,74%.
- Chez les médecins femme : 62 réponses sur 109 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 56,88%.
- Au total : 86 réponses sur 206 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 41,74%.

NB :

- 6 médecins sur 20 (soit 30% des médecins) ne m'ont renvoyé aucun questionnaire (4 hommes, 2 femmes).
- 8 médecins sur 20 (soit 40% des médecins) m'ont renvoyé au moins la moitié des questionnaires (1 homme, 7 femmes)

Corrèze :

- 8 médecins ont été sélectionnés (5 hommes, 3 femmes)
- 73 questionnaires ont été distribués : 33 à des médecins homme (soit 45,2% des questionnaires), 40 à des médecins femme (soit 54,79% des questionnaires).
- J'ai reçu 24 réponses : 1 réponse d'un médecin homme (soit 4,34% des réponses), 23 réponses de médecins femme (soit 95,83% des réponses).
- Chez les médecins homme : 1 réponse sur 33 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 3,03%.
- Chez les médecins femme : 23 réponses sur 40 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 57,5%

- Au total : 24 réponses sur 73 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 32,88%.

NB :

- 5 médecins sur 8 (soit 62,5% des médecins) ne m'ont renvoyé aucun questionnaire (4 hommes, 1 femme).
- 2 médecins sur 8 (soit 25% des médecins) m'ont renvoyé au moins la moitié des questionnaires (2 femmes).

Creuse :

- 5 médecins ont été sélectionnés (4 hommes, 1 femme)
- 50 questionnaires ont été distribués : 40 à des médecins homme (soit 80% des questionnaires), 10 à un médecin femme (soit 20% des questionnaires)
- J'ai reçu 8 réponses : 3 réponses de médecins homme (soit 37,5% des réponses), 5 réponses du médecin femme (soit 62,5% des réponses).
- Chez les médecins homme : 3 réponses sur 40 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 7,5%.
- Chez le médecin femme : 5 réponses sur 10 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 50%.
- Au total : 8 réponses sur 50 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 16 %.

NB :

- 3 médecins sur 5 (soit 60% des médecins) ne m'ont renvoyé aucun questionnaire (3 hommes).
- 1 médecin sur 5 (soit 20% des médecins) m'a renvoyé au moins la moitié des questionnaires (1 femme).

Dordogne :

- 2 médecins ont été sélectionnés (1 homme, 1 femme)
- 20 questionnaires ont été distribués : 10 à un médecin homme (soit 50% des questionnaires), 10 à un médecin femme (soit 50% des questionnaires).
- J'ai reçu 12 réponses : 4 réponses du médecin homme (soit 33,33% des réponses), 8 réponses du médecin femme (soit 66,67% des réponses).
- Chez le médecin homme : 4 réponses sur 10 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 40 %.
- Chez le médecin femme : 8 réponses sur 10 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 80%.

- Au total : 12 réponses sur 20 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 60%.

NB :

- 1 médecin sur 2 (soit 50% des médecins) m'a renvoyé au moins la moitié des questionnaires (1 femme).

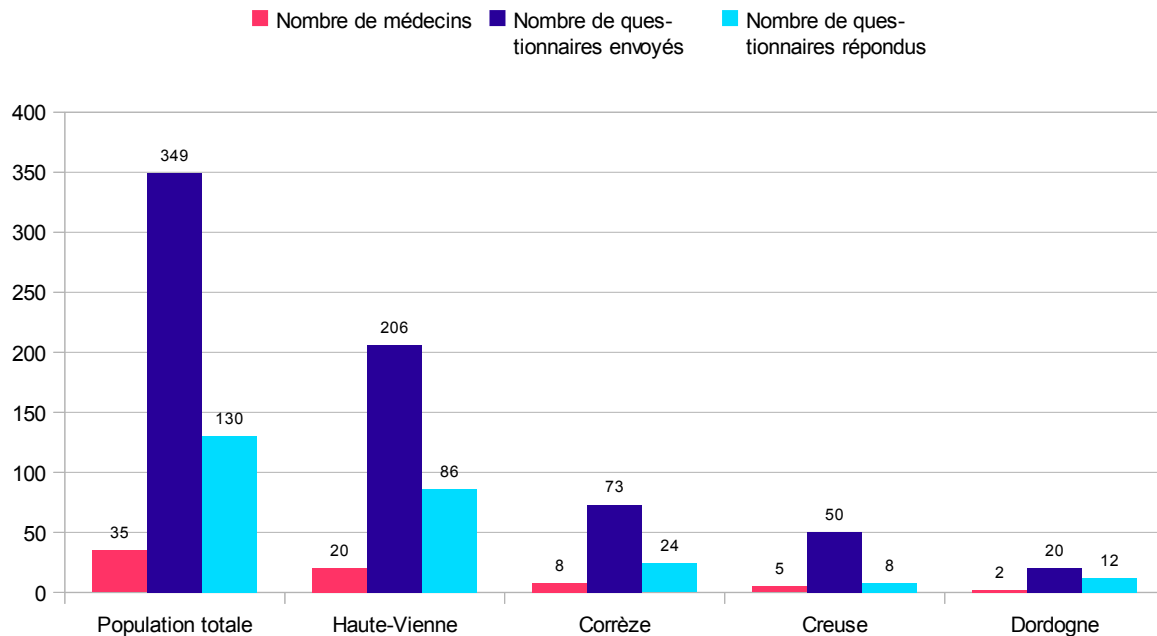


Illustration 11 : Descriptif de la population médicale par département

2.1.1.3. Descriptif selon la zone d'activité

Selon la définition de l'INSEE pour le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 :

- commune rurale si moins de 2000 habitants
- commune urbaine si plus de 2000 habitants

Population totale :

- 14 médecins exerçaient dans une commune rurale, soit 40% des médecins (9 hommes, 5 femmes)
- 21 médecins exerçaient dans une commune urbaine, soit 60% des médecins (9 hommes, 12 femmes)
dont 13 médecins exerçant dans une commune de plus de 10 000 habitants, soit 37,14% des médecins (5 hommes, 8 femmes)

- Zone rurale : 133 questionnaires envoyés, 39 réponses, soit un taux de réponse de 29,32%.
- Zone urbaine : 216 questionnaires envoyés, 91 réponses, soit un taux de réponse de 42,13%.

Haute-Vienne :

- 2 médecins ruraux : 20 questionnaires envoyés, 3 réponses, soit un taux de réponse de 15%.
- 18 médecins urbains : 186 questionnaires envoyés, 83 réponses, soit un taux de réponse de 44,62%.

Corrèze :

- 5 médecins ruraux : 53 questionnaires envoyés, 16 réponses, soit un taux de réponse de 30,19%.
- 2 médecins urbains : 20 questionnaires envoyés, 8 réponses, soit un taux de réponse de 40%.

Creuse :

- 4 médecins ruraux : 40 questionnaires envoyés, 8 réponses, soit un taux de réponse de 20%.
- 1 médecin urbain : 10 questionnaires envoyés, 0 réponse, soit un taux de réponse de 0%.

Dordogne :

- 2 médecins ruraux : 20 questionnaires envoyés, 12 réponses, soit un taux de réponse de 60%.
- pas de médecin urbain

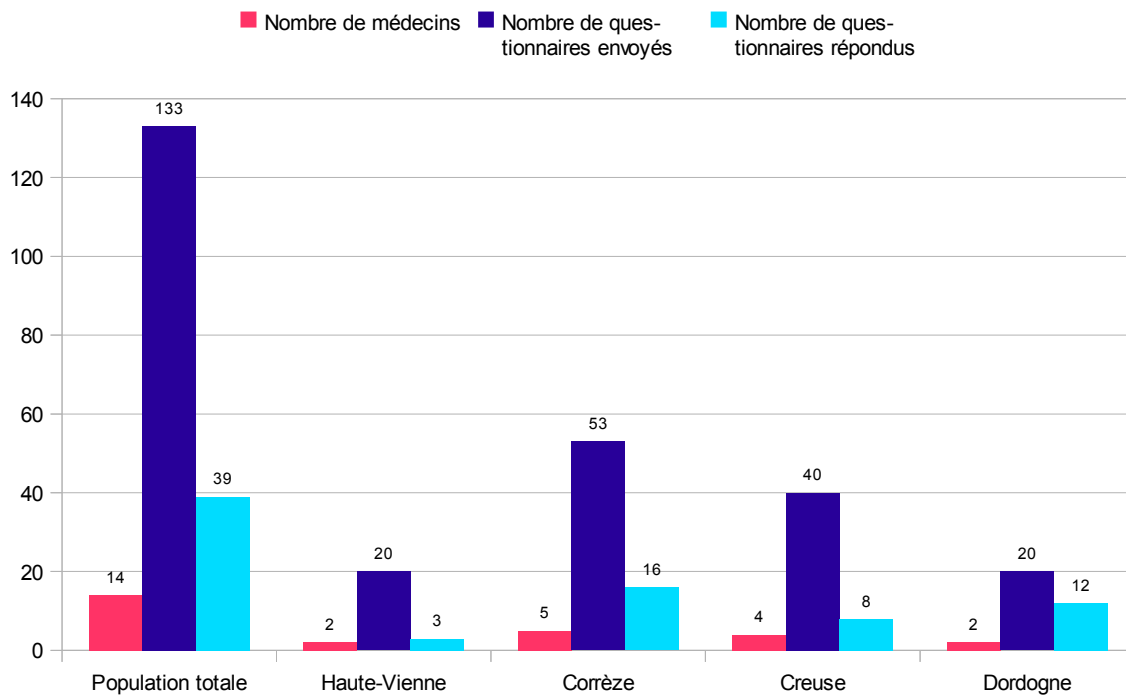


Illustration 12 : Exercice rural

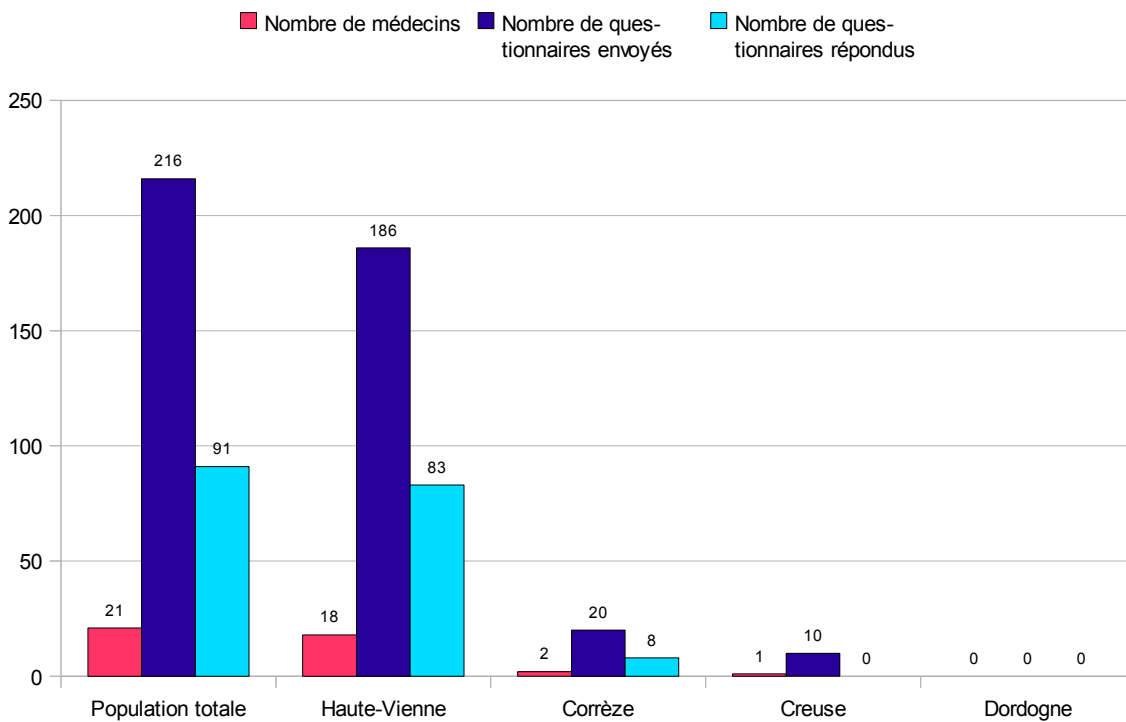


Illustration 13 : Exercice urbain

2.1.2. Les femmes qui ont répondu aux questionnaires

Au total, 375 questionnaires ont été distribués.

152 femmes ont répondu.

J'ai étudié la population de femmes selon deux groupes d'âge : les 45-59 ans et les 60-70 ans.

79 femmes avaient entre 45 et 59 ans, soit 51,97 %.

73 femmes avaient entre 60 et 70 ans, soit 48,03 %.

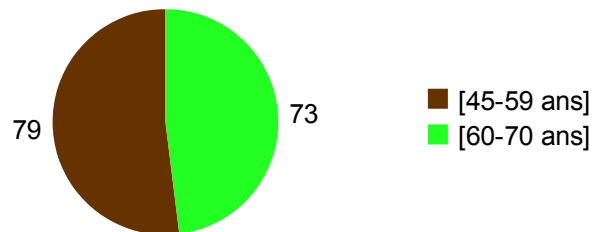


Illustration 14 : Répartition de la population selon les deux groupes d'âge

2.1.2.1. Âge au moment de l'étude

La moyenne d'âge était de 59,61 ans, la médiane était 59 ans.

L'âge minimum était de 45 ans, l'âge maximum de 70 ans.

2.1.2.2. Âge de début de ménopause

La moyenne était de 50,03 ans, la médiane était 50 ans.

L'âge minimum était de 37 ans, l'âge maximum de 58 ans.

3 femmes n'ont pas répondu.

2.1.2.3. Département d'origine

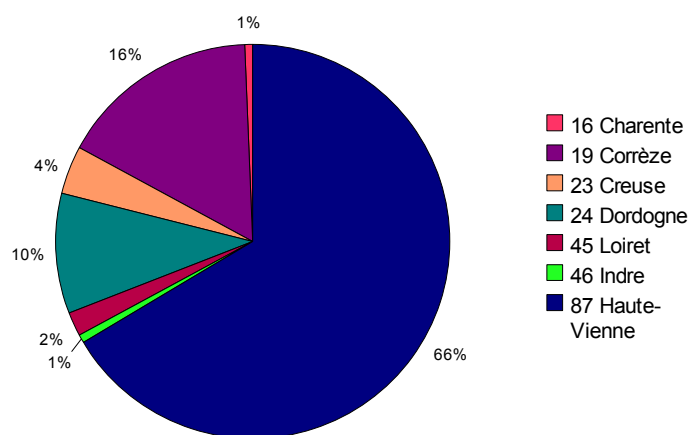


Illustration 15 : Répartition de la population totale selon leur département d'origine

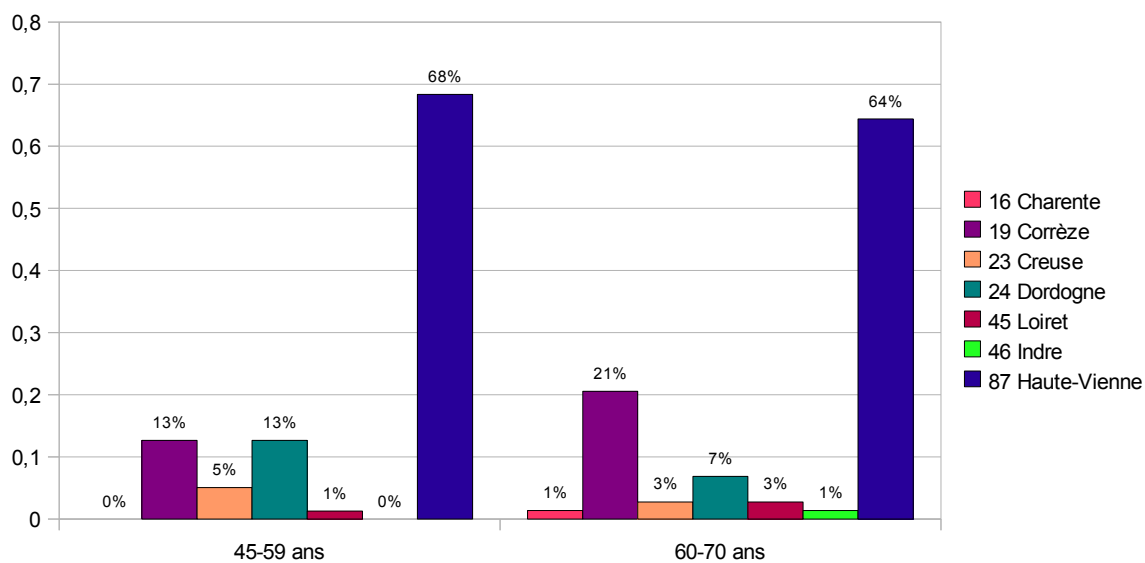


Illustration 16 : Répartition de la population par groupe d'âge selon leur département d'origine

2.1.2.4. Présence d'un conjoint

Population totale :

- 1 femme n'a pas répondu.
- 20 femmes n'avaient pas de conjoint, soit 13,16%.
- 131 femmes avaient un conjoint, soit 86,18%.

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 9 ont répondu NON, soit 11,39%
- 69 ont répondu OUI, soit 87,34%

60-70 ans :

- 11 ont répondu NON, soit 15,07%
- 62 ont répondu OUI, soit 84,93%

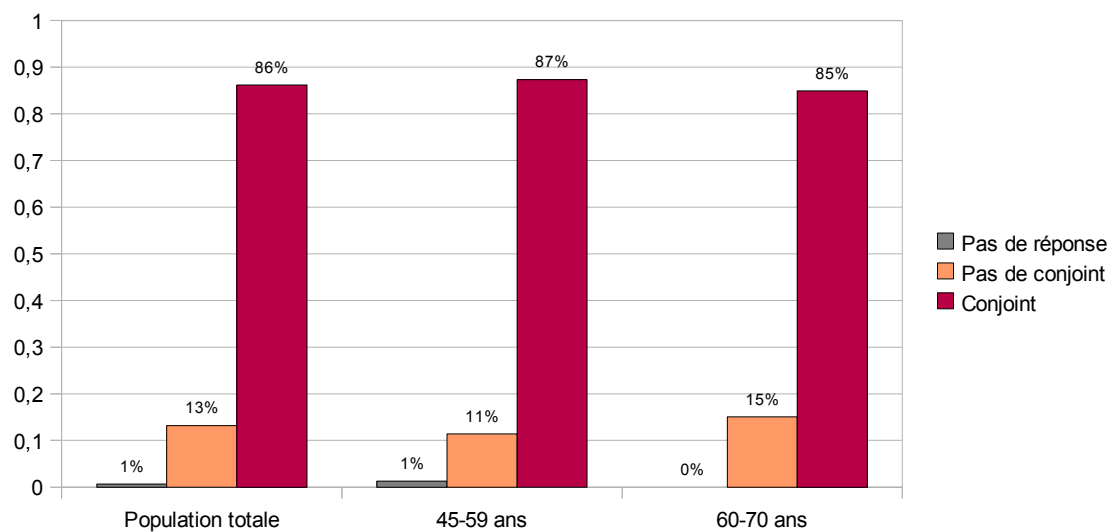


Illustration 17 : Conjoint

2.1.2.5. Enfants

Population totale :

- 16 femmes n'avaient pas d'enfant, soit 10,53%
- 136 femmes avaient des enfants , soit 89,47%

45-59 ans :

- 7 ont répondu NON, soit 8,86%
- 72 ont répondu OUI, soit 91,14%

60-70 ans :

- 9 ont répondu NON, soit 12,33%
- 64 ont répondu OUI, soit 87,67%

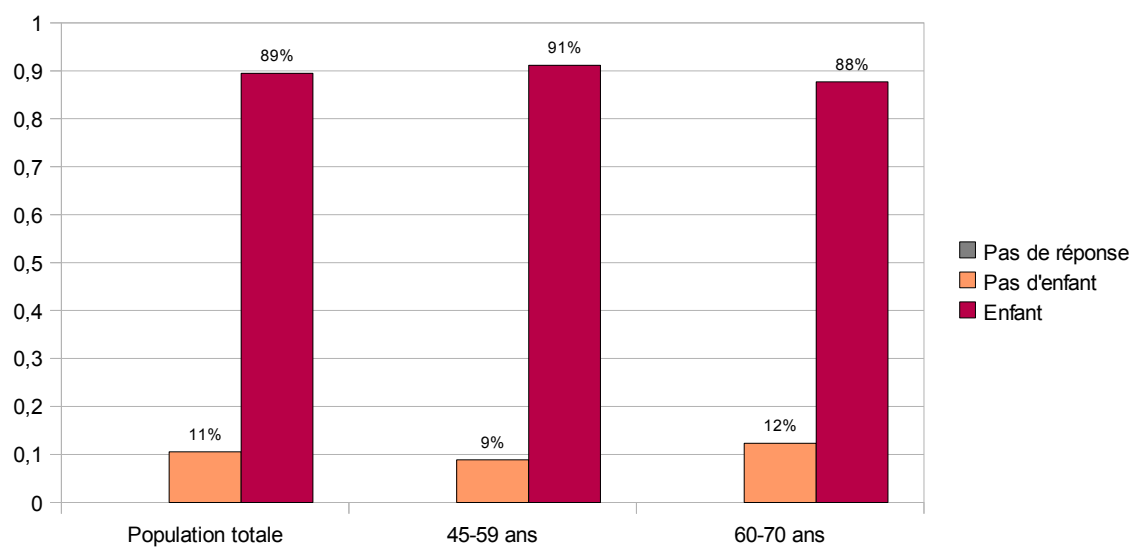


Illustration 18 : Enfants

2.2. Vécu de la ménopause

2.2.1. Impact sur la féminité

A la question « Avez-vous l'impression que la ménopause a eu un impact sur votre féminité ? » :

Population totale :

- 2 femmes n'ont pas répondu
- 95 femmes ont répondu NON, soit 62,50%
- 55 femmes ont répondu OUI, soit 36,18%

45-59 ans :

- 46 ont répondu NON, soit 58,23%
- 33 ont répondu OUI, soit 41,77%

60-70 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 49 ont répondu NON, soit 67,12%
- 22 ont répondu OUI, soit 30,14%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,1711$)

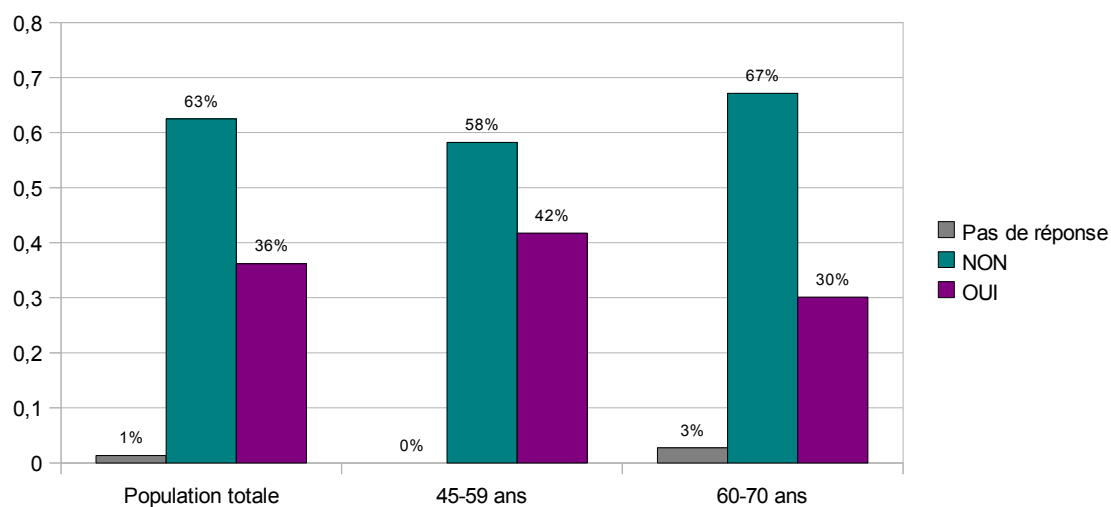


Illustration 19 : Impact sur la féminité

2.2.2. Sentiment de libération

A la question « *Diriez-vous que la ménopause est une libération (arrêt des règles, rapports sexuels sans risque de grossesse, etc...) ?* » :

Population totale :

- 2 femmes n'ont pas répondu
- 48 femmes ont répondu NON, soit 31,58%
- 102 femmes ont répondu OUI, soit 67,11%

45-59 ans :

- 30 ont répondu NON, soit 37,97%
- 49 ont répondu OUI, soit 62,03%

60-70 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 18 ont répondu NON, soit 24,66%
- 53 ont répondu OUI, soit 72,60%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0980$)

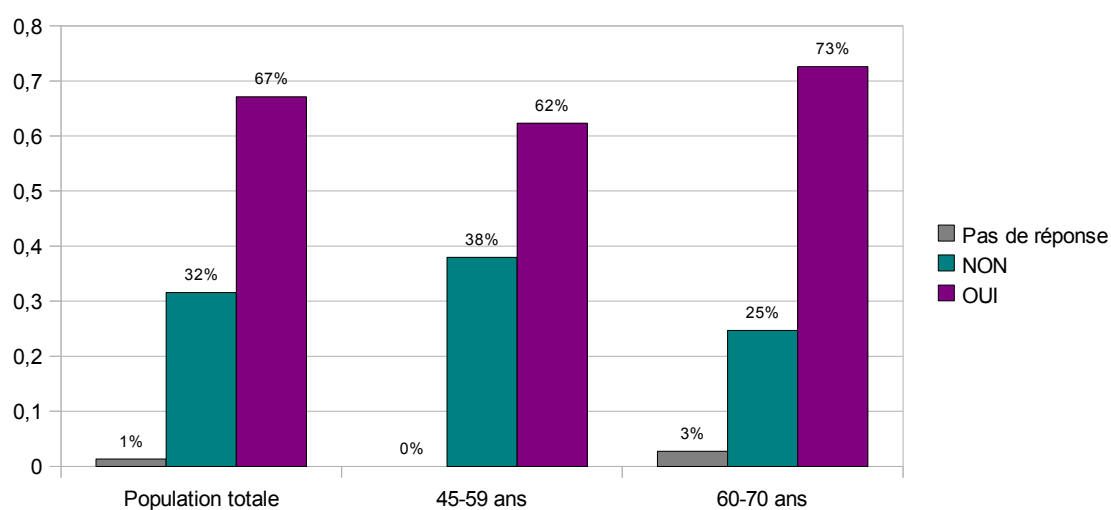


Illustration 20 : Sentiment de libération

2.2.3. Souffrance vis-à-vis des changements corporels et impact sur la sexualité

A la question « Depuis la ménopause, souffrez-vous des changements qu'a pu subir votre corps (poitrine, peau sèche, rides, prise de poids, etc...) ? » :

Population totale :

- 4 femmes n'ont pas répondu
- 46 femmes ont répondu NON, soit 30,26%
- 102 femmes ont répondu OUI, soit 67,11%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 24 ont répondu NON, soit 30,38%
- 54 ont répondu OUI, soit 68,35%

60-70 ans :

- 3 n'ont pas répondu
- 22 ont répondu NON, soit 30,14 %
- 48 ont répondu OUI, soit 65,75%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,9310$)

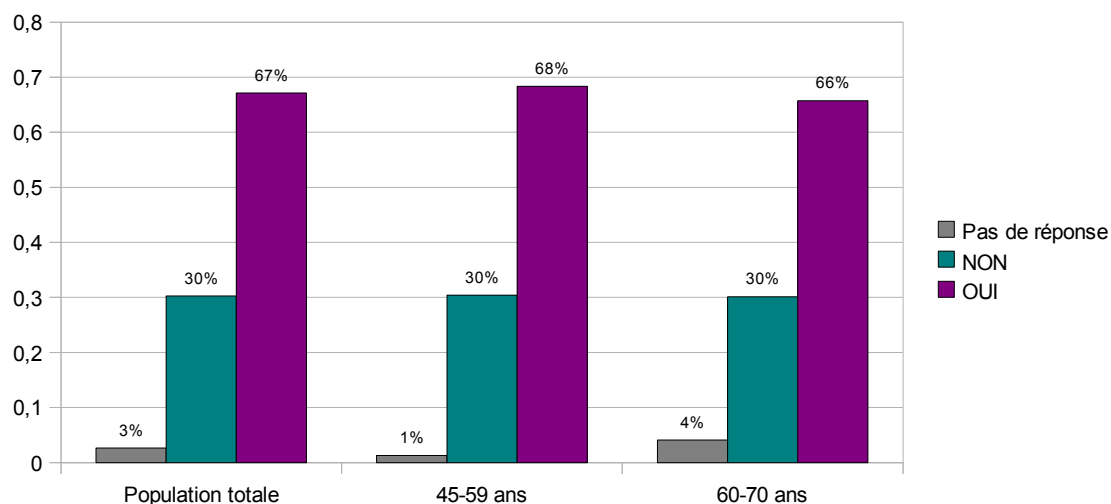


Illustration 21 : Souffrance vis-à-vis des changements corporels

A la question « Si OUI, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? » :

Population totale :

- 4 femmes n'ont pas répondu
- 36 femmes ont répondu NON, soit 35,29%
- 62 femmes ont répondu OUI, soit 60,78%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 16 ont répondu NON, soit 29,63%
- 37 ont répondu OUI, soit 68,52%

60-70 ans :

- 3 n'ont pas répondu
- 20 ont répondu NON, soit 41,67%
- 25 ont répondu OUI, soit 52,08%

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,1446$).

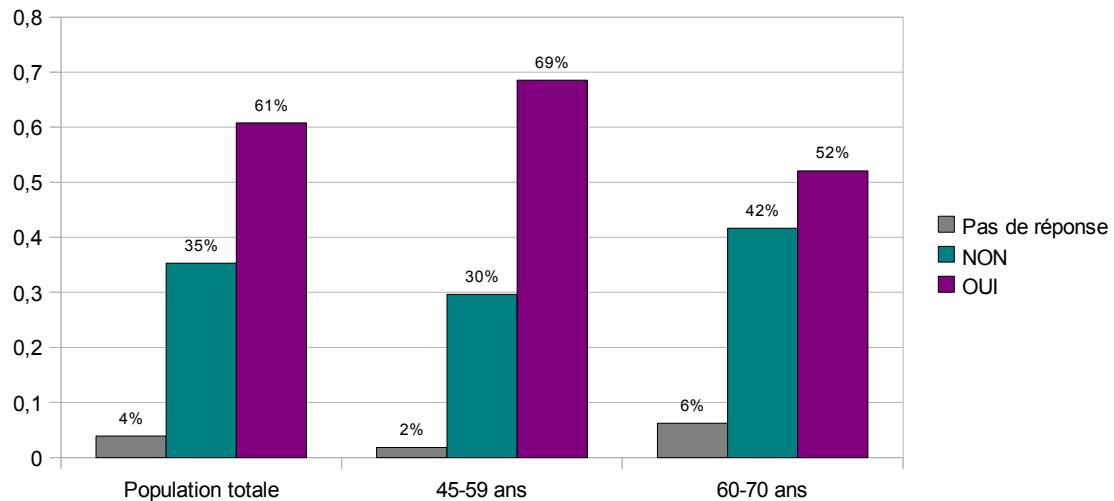


Illustration 22 : Impact des changements corporels sur la sexualité

2.2.4. Sentiment d'être moins désirable

A la question « Depuis la ménopause, vous sentez-vous moins désirable ? » :

Population totale :

- 5 femmes n'ont pas répondu
- 96 femmes ont répondu NON, soit 63,16%
- 51 femmes ont répondu OUI , soit 33,55%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 50 ont répondu NON, soit 63,29%
- 28 ont répondu OUI , soit 35,44%

60-70 ans :

- 4 n'ont pas répondu
- 46 ont répondu NON, soit 63,01%
- 23 ont répondu OUI , soit 31,51%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,7445$)

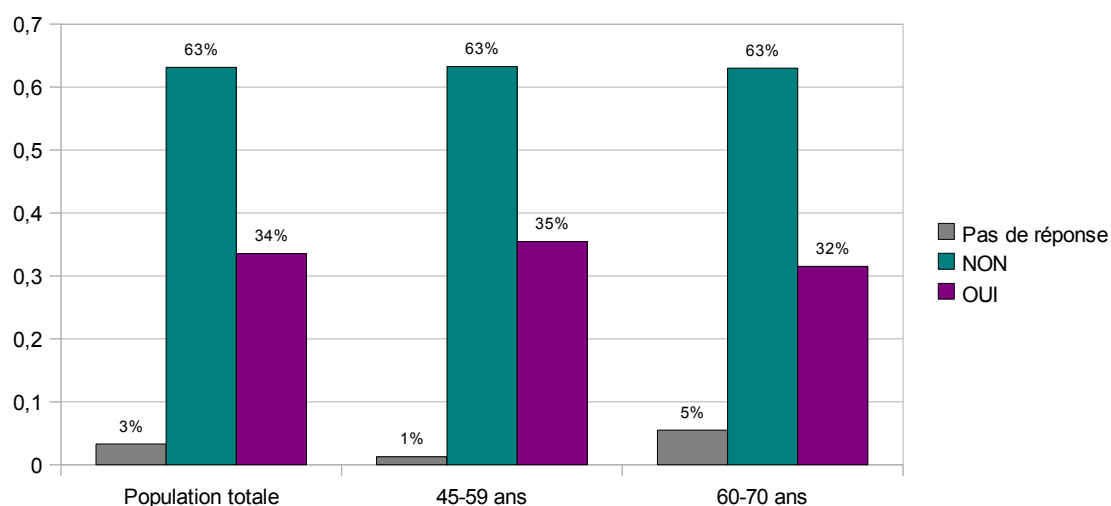


Illustration 23 : Sentiment d'être moins désirable

2.2.5. Ménopause synonyme de vieillesse

A la question « *Diriez-vous que la ménopause est synonyme de vieillesse ?* » :

Population totale :

- 1 femme n'a pas répondu
- 90 femmes ont répondu NON, soit 59,21%
- 61 femmes ont répondu OUI, soit 40,13%

45-59 ans :

- 43 ont répondu NON, soit 54,43%
- 36 ont répondu OUI , soit 45,57%

60-70 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 47 ont répondu NON, soit 64,38%
- 25 ont répondu OUI , soit 34,25%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,1749$)

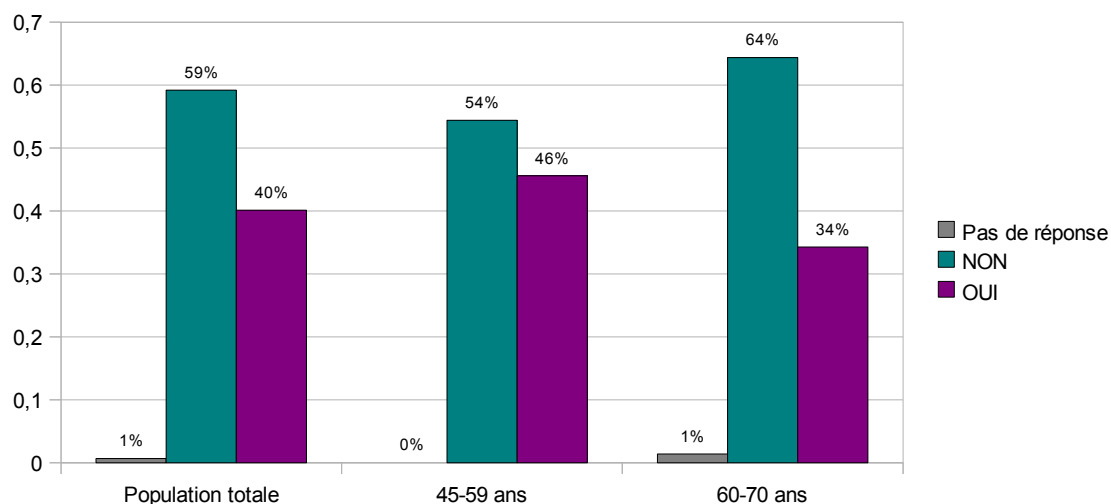


Illustration 24 : Ménopause synonyme de vieillesse

2.3. Troubles de la sexualité

2.3.1. Désir

A la question « Depuis la ménopause, avez-vous toujours envie de faire l'amour, ressentez-vous toujours du désir vis-à-vis de votre conjoint ? » :

Population totale :

- 11 femmes n'ont pas répondu
- 49 femmes ont répondu NON, soit 32,24%
- 92 femmes ont répondu OUI, soit 60,53%

45-59 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 30 ont répondu NON, soit 37,97%
- 47 ont répondu OUI , soit 59,49%

60-70 ans :

- 9 n'ont pas répondu
- 19 ont répondu NON, soit 26,03%
- 45 ont répondu OUI , soit 61,64%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,2496$)

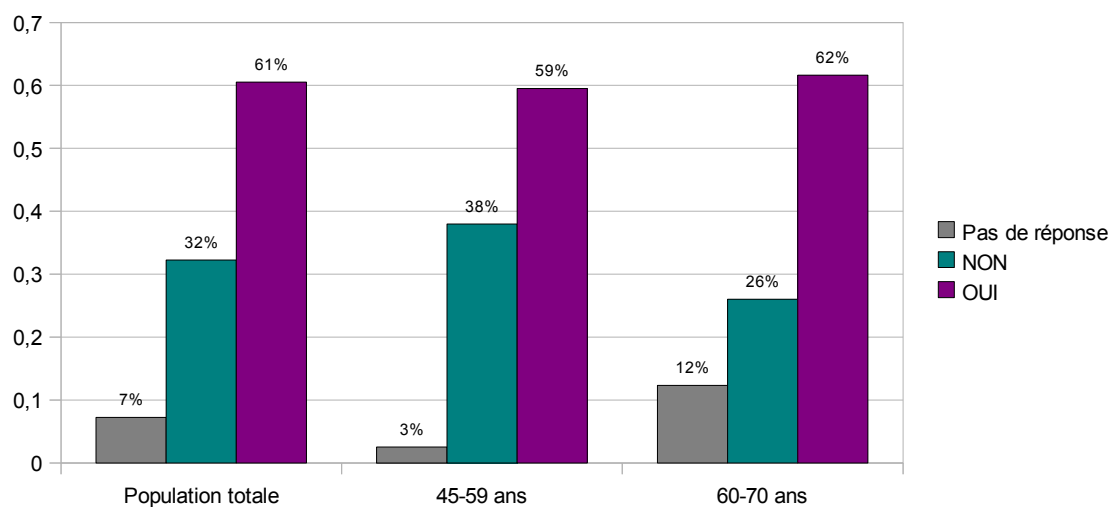


Illustration 25 : Désir / envie de rapports

2.3.2. Fréquence des rapports

A la question « Depuis la ménopause, la fréquence de vos rapports sexuels a-t-elle diminué ? » :

Population totale :

- 9 femmes n'ont pas répondu
- 35 femmes ont répondu NON, soit 23,03%
- 108 femmes ont répondu OUI, soit 71,05%

45-59 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 20 ont répondu NON, soit 25,32%
- 57 ont répondu OUI , soit 72,15%

60-70 ans :

- 7 n'ont pas répondu
- 15 ont répondu NON, soit 20,55%
- 51 ont répondu OUI , soit 69,86%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,6526$)

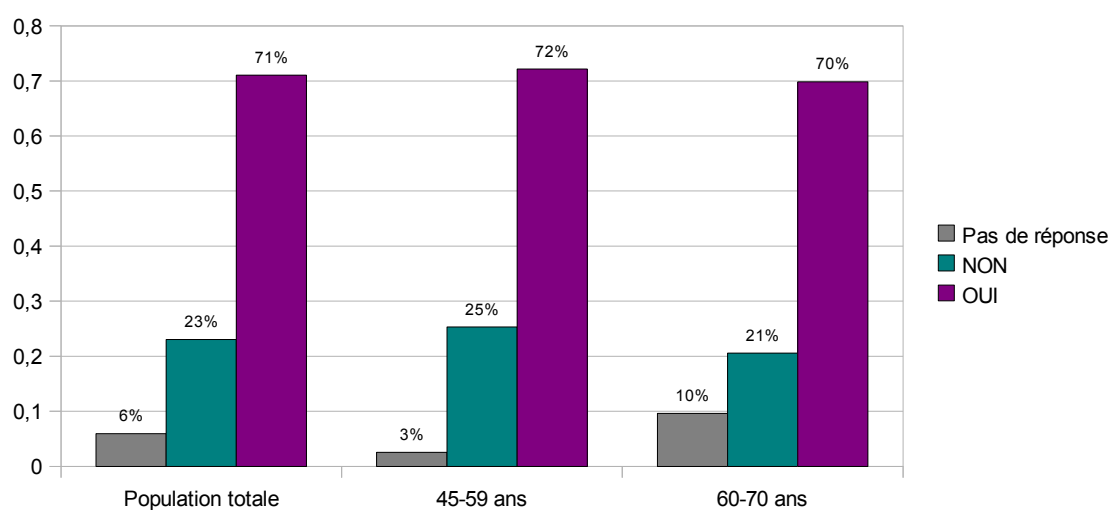


Illustration 26 : Diminution de la fréquence des rapports

2.3.3. Sécheresse vaginale

A la question « Depuis la ménopause, souffrez-vous de sécheresse vaginale (diminution des pertes, rougeur, irritations...) ? » :

Population totale :

- 5 femmes n'ont pas répondu
- 58 femmes ont répondu NON, soit 38,16%
- 89 femmes ont répondu OUI, soit 58,55%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 36 ont répondu NON, soit 45,57%
- 42 ont répondu OUI, soit 53,16%

60-70 ans :

- 4 n'ont pas répondu
- 22 ont répondu NON, soit 30,14%
- 47 ont répondu OUI, soit 64,38%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0773$)

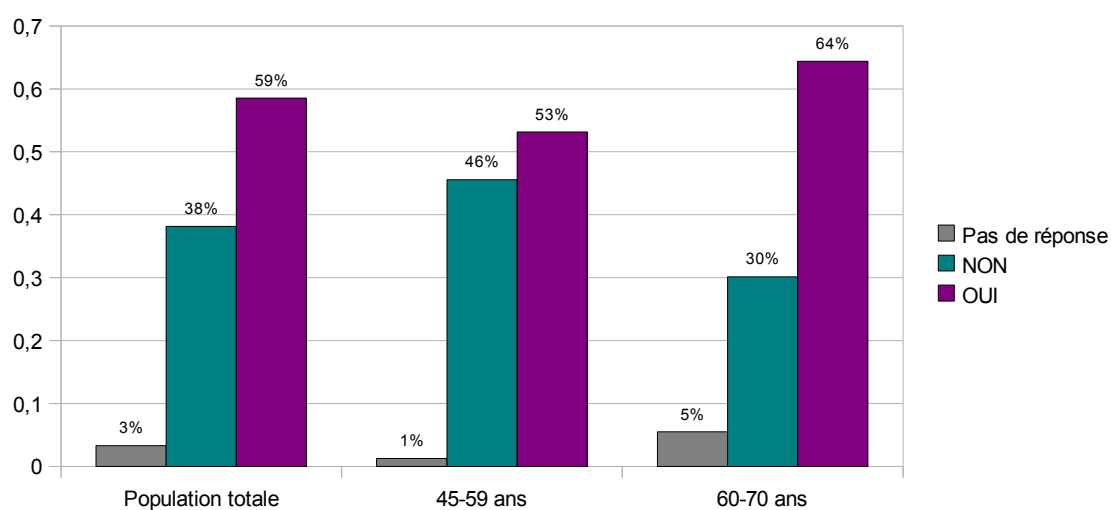


Illustration 27 : Sécheresse vaginale

A la question « Si OUI, est-ce que cela vous gêne lors des rapports sexuels ? » :

Population totale :

- 1 femme n'a pas répondu
- 17 femmes ont répondu NON, soit 19,10%
- 71 femmes ont répondu OUI, soit 79,78%

45-59 ans :

- 9 ont répondu NON, soit 21,43%
- 33 ont répondu OUI , soit 78,57%

60-70 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 8 ont répondu NON, soit 17,02%
- 38 ont répondu OUI , soit 80,85%

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,6318).

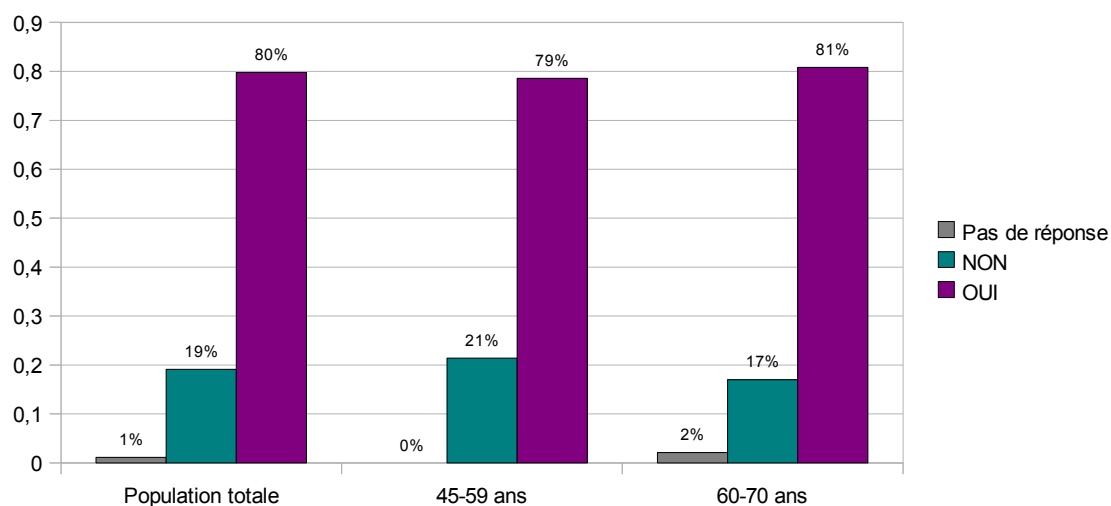


Illustration 28 : Sécheresse vaginale gênante lors des rapports

2.3.4. Plaisir ressenti lors des caresses

A la question « Depuis la ménopause, ressentez-vous toujours le même plaisir lorsque votre partenaire vous caresse ? » :

Population totale :

- 10 femmes n'ont pas répondu
- 48 femmes ont répondu NON, soit 31,58%
- 94 femmes ont répondu OUI, soit 61,84%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 33 ont répondu NON, soit 41,77%
- 45 ont répondu OUI , soit 56,96%

60-70 ans :

- 9 n'ont pas répondu
- 15 ont répondu NON, soit 20,55%
- 49 ont répondu OUI , soit 67,12%

Différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0180$)

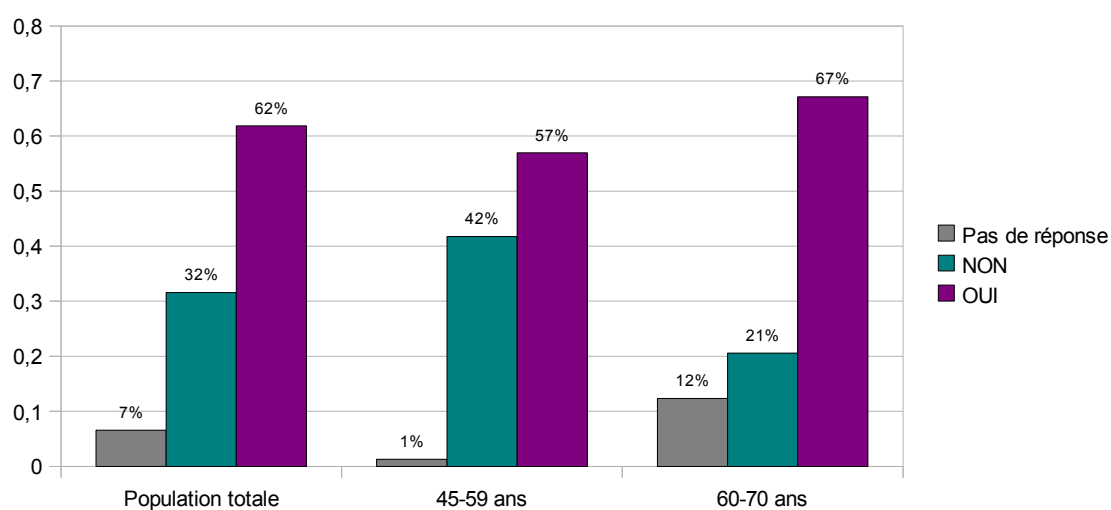


Illustration 29 : Plaisir ressenti lors des caresses

2.3.5. Trouble de l'orgasme

A la question « Depuis la ménopause, avez-vous l'impression de parvenir moins facilement à l'orgasme ? » :

Population totale :

- 11 femmes n'ont pas répondu
- 66 femmes ont répondu NON, soit 43,42%
- 75 femmes ont répondu OUI, soit 49,34%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 42 ont répondu NON, soit 53,16%
- 36 ont répondu OUI , soit 45,57%

60-70 ans :

- 10 n'ont pas répondu
- 24 ont répondu NON, soit 32,88%
- 39 ont répondu OUI , soit 53,42%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0624$)

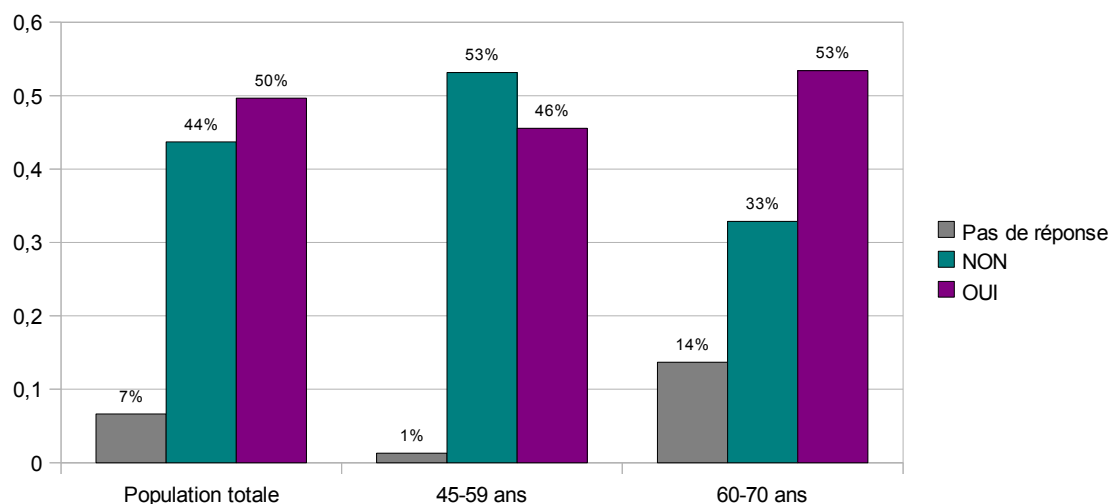


Illustration 30 : Trouble de l'orgasme

2.3.6. Rapports entre les différents troubles sexuels

2.3.6.1. Désir vs fréquence des rapports

Parmi les femmes qui ont répondu NON à la question « depuis la ménopause, avez-vous toujours envie de faire l'amour, ressentez-vous toujours du désir vis-à-vis de votre conjoint? » (N=49), 46 soit 93,88% ont répondu OUI à la question « la fréquence de vos rapports sexuels a-t-elle diminué? » contre 3 soit 6,12% qui ont répondu NON. ($p < 0,0001$)

=> Parmi les femmes qui ressentaient moins de désir, 93% ont vu la fréquence de leurs rapports sexuels diminuer.

		Envie de rapports / désir		
		NON : N (%)	OUI : N (%)	Total
Diminution de la fréquence des rapports sexuels	NON : N (%)	3 (6,12)	32	35
	OUI : N (%)	46 (93,88)	58	104
	Total	49	90	139
		P < 0,0001		

Tableau 3 : Désir vs fréquence des rapports

2.3.6.2. Sécheresse vaginale vs plaisir ressenti lors des caresses

Parmi les femmes qui ont répondu OUI à la question « depuis la ménopause, souffrez-vous de sécheresse vaginale? » (N=87), 37 soit 42,53% ont répondu NON à la question « depuis la ménopause, ressentez-vous toujours le même plaisir lorsque votre partenaire vous caresse? » contre 50 soit 57,47% qui ont répondu OUI. ($p < 0,0057$)

=> Parmi les femmes qui souffrent de sécheresse vaginale, 42,53% ressentent moins de plaisir lorsque leur partenaire les caresse.

		Sécheresse vaginale		
		NON : N (%)	OUI : N (%)	Total
Plaisir lors des caresses	NON : N (%)	11 (20,00)	37 (42,53)	48
	OUI : N (%)	44 (80,00)	50 (57,47)	94
	Total	55	87	142
		P = 0,0057		

Tableau 4 : Sécheresse vaginale vs plaisir ressenti lors des caresses

2.3.6.3. Sécheresse vaginale vs trouble de l'orgasme

Parmi les femmes qui ont répondu OUI à la question « depuis la ménopause, souffrez-vous de sécheresse vaginale? » (N=85), 58 soit 68,24% ont répondu OUI à la question « depuis la ménopause, avez-vous l'impression de parvenir moins facilement à l'orgasme? » contre 27 soit 31,76% qui ont répondu NON. (p<0,0001)

=> **Parmi les femmes qui souffrent de sécheresse vaginale, 68,24% ont l'impression de parvenir moins facilement à l'orgasme.**

		Sécheresse vaginale		
		NON : N (%)	OUI : N (%)	Total
Trouble de l'orgasme	NON : N (%)	39 (69,64)	27 (31,76)	66
	OUI : N (%)	17 (30,36)	58 (68,24)	75
	Total	56	85	141
		P < 0,0001		

Tableau 5 : Sécheresse vaginale vs trouble de l'orgasme

2.4. Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité

2.4.1. Bouffées de chaleur

A la question « Depuis la ménopause, avez-vous des bouffées de chaleur ? » :

Population totale :

- 3 femmes n'ont pas répondu
- 39 femmes ont répondu NON, soit 25,66%
- 110 femmes ont répondu OUI, soit 72,37%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 16 ont répondu NON, soit 20,25%
- 62 ont répondu OUI , soit 78,48%

60-70 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 23 ont répondu NON, soit 31,51%
- 48 ont répondu OUI , soit 65,75%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0994$)

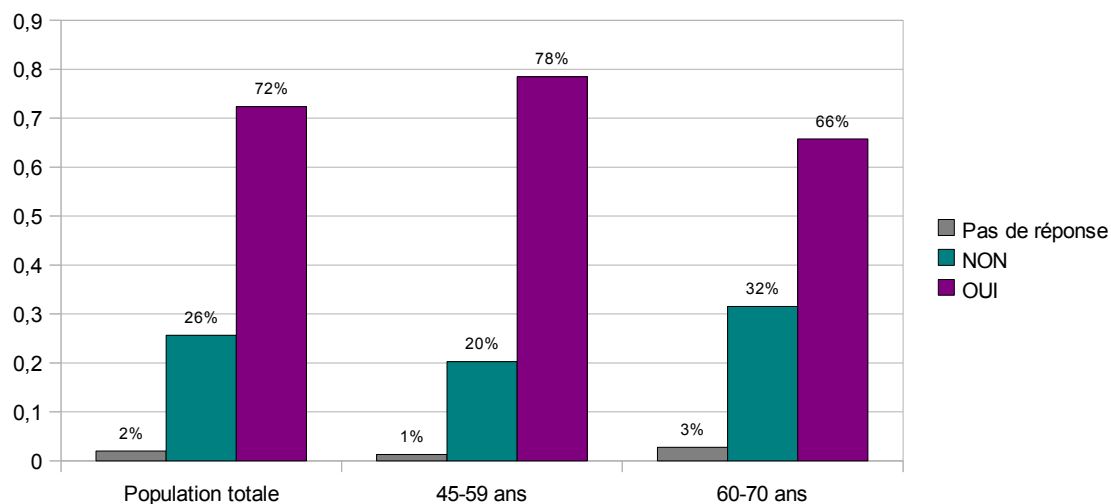


Illustration 31 : Bouffées de chaleur

A la question « Si OUI, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? » :

Population totale :

- 5 femmes n'ont pas répondu
- 64 femmes ont répondu NON, soit 58,18%
- 41 femmes ont répondu OUI, soit 37,27%

45-59 ans :

- 37 ont répondu NON, soit 59,68%
- 25 ont répondu OUI , soit 40,32%

60-70 ans :

- 5 n'ont pas répondu
- 27 ont répondu NON, soit 56,25%
- 16 ont répondu OUI , soit 33,33%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,7478$)

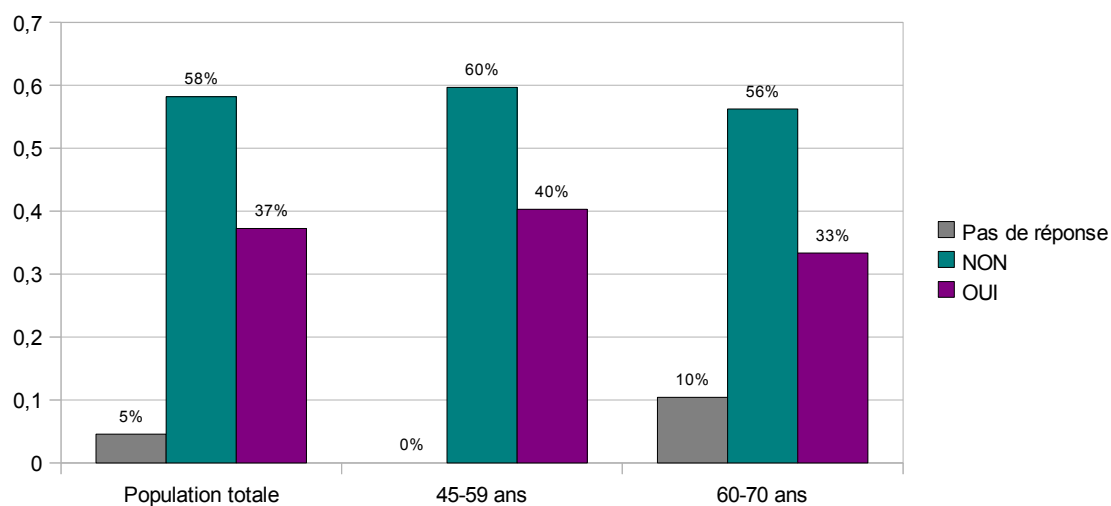


Illustration 32 : Impact des bouffées de chaleur sur la sexualité

2.4.2. Troubles du sommeil

A la question « Depuis la ménopause, avez-vous des troubles du sommeil (difficulté à vous endormir, réveils fréquents dans la nuit...) ? » :

Population totale :

- 6 femmes n'ont pas répondu
- 43 femmes ont répondu NON, soit 28,29%
- 103 femmes ont répondu OUI, soit 67,76%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 20 ont répondu NON, soit 25,32%
- 58 ont répondu OUI , soit 73,42%

60-70 ans :

- 5 n'ont pas répondu
- 23 ont répondu NON, soit 31,51%
- 45 ont répondu OUI , soit 61,64%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,2793$)

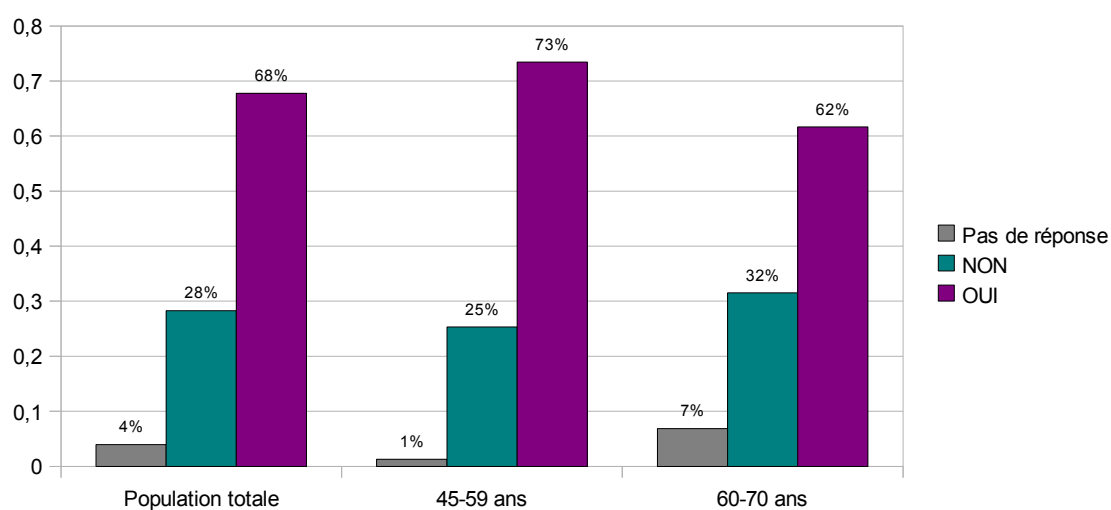


Illustration 33 : Troubles du sommeil

A la question « Si OUI, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? » :

Population totale :

- 5 femmes n'ont pas répondu
- 55 femmes ont répondu NON, soit 53,40%
- 43 femmes ont répondu OUI, soit 41,75%

45-59 ans :

- 29 ont répondu NON, soit 50%
- 29 ont répondu OUI , soit 50%

60-70 ans :

- 5 n'ont pas répondu
- 26 ont répondu NON, soit 57,78%
- 14 ont répondu OUI , soit 31,11%

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,1414$)

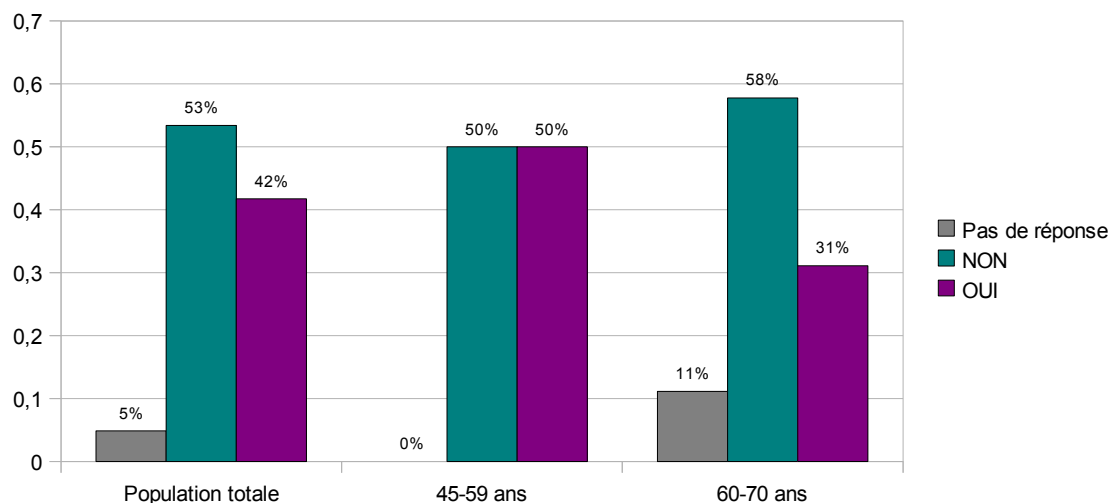


Illustration 34 : Impact des troubles du sommeil sur la sexualité

2.4.3. Troubles de l'humeur

A la question « Depuis la ménopause, avez-vous des sautes d'humeur ou vous sentez-vous plus irritable ? » :

Population totale :

- 7 femmes n'ont pas répondu
- 58 femmes ont répondu NON, soit 38,16%
- 87 femmes ont répondu OUI, soit 57,24%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 28 ont répondu NON, soit 35,44%
- 50 ont répondu OUI , soit 63,29%

60-70 ans :

- 6 n'ont pas répondu
- 30 ont répondu NON, soit 41,10%
- 37 ont répondu OUI , soit 50,68%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,2766$)

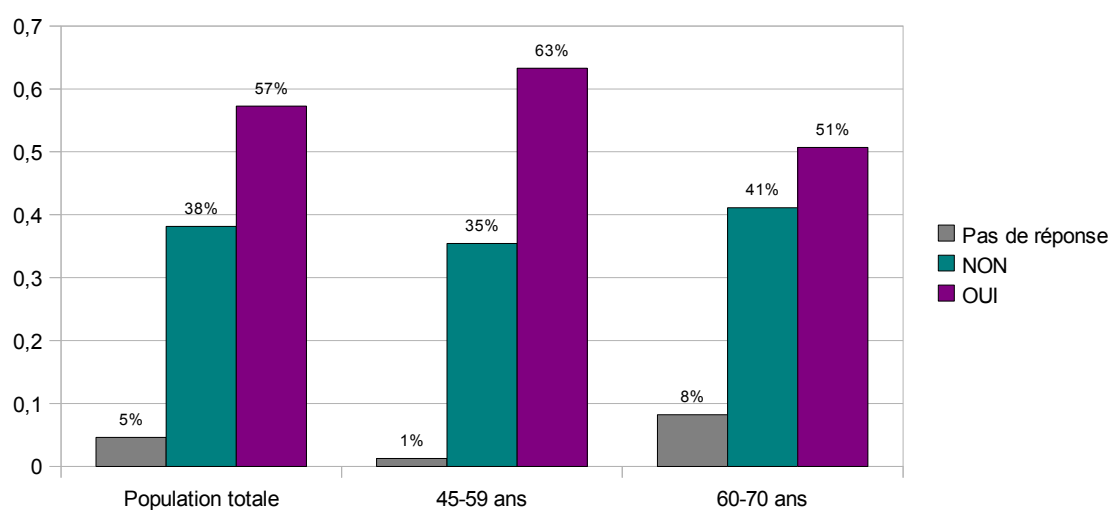


Illustration 35 : Troubles de l'humeur

A la question « Si OUI, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? » :

Population totale :

- 4 femmes n'ont pas répondu
- 30 femmes ont répondu NON, soit 34,48 %
- 53 femmes ont répondu OUI, soit 60,92%

45-59 ans :

- 18 ont répondu NON, soit 36%
- 32 ont répondu OUI , soit 64%

60-70 ans :

- 4 n'ont pas répondu
- 12 ont répondu NON, soit 32,43%
- 21 ont répondu OUI , soit 56,76%

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,9731$)

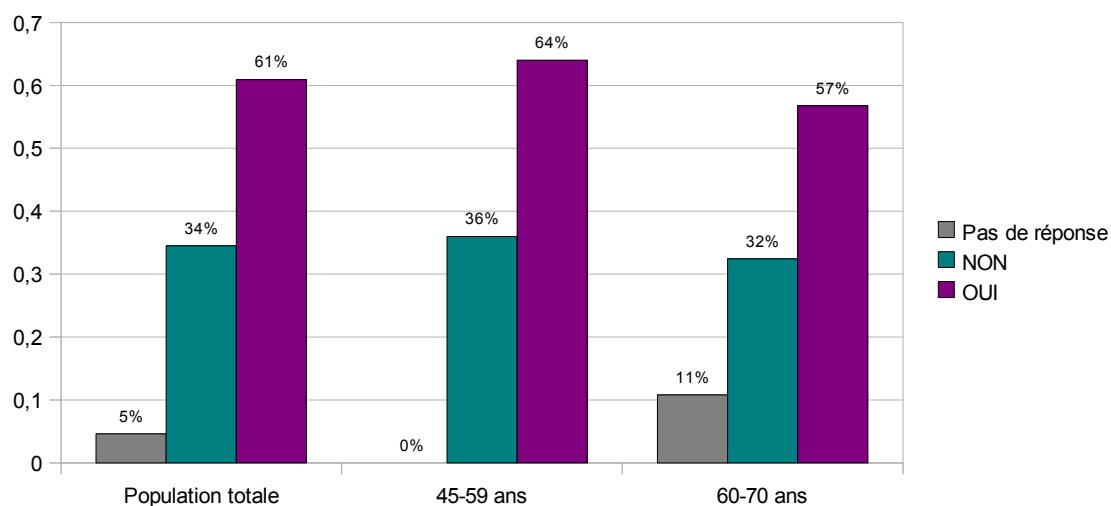


Illustration 36 : Impact des troubles de l'humeur sur la sexualité

2.4.4. Dépression

A la question « Depuis la ménopause, vous sentez-vous plus souvent déprimée ? » :

Population totale :

- 4 femmes n'ont pas répondu
- 88 femmes ont répondu NON, soit 57,89%
- 60 femmes ont répondu OUI, soit 39,47%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 39 ont répondu NON, soit 49,37%
- 39 ont répondu OUI , soit 49,37%

60-70 ans :

- 3 n'ont pas répondu
- 49 ont répondu NON, soit 67,12%
- 21 ont répondu OUI , soit 28,77%

Différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,0134$)

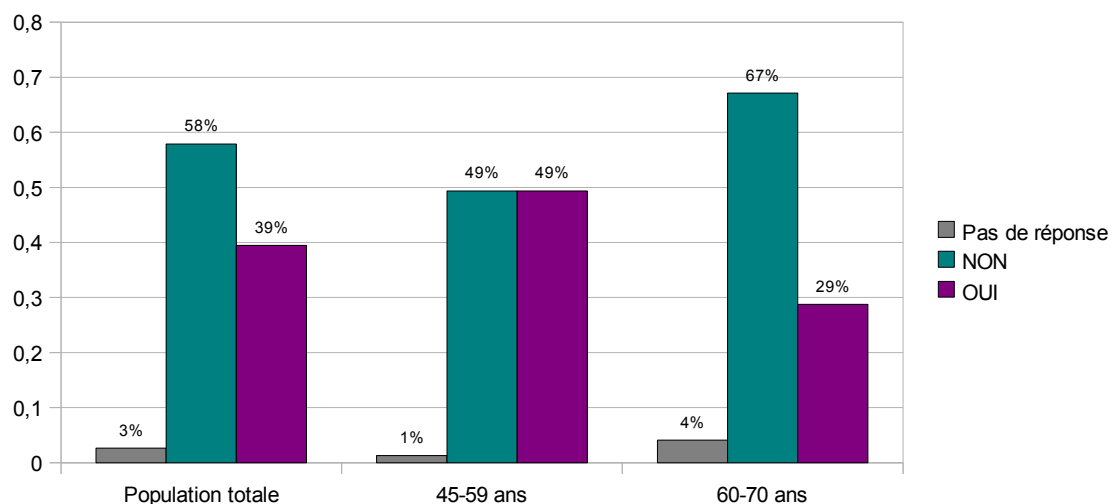


Illustration 37 : Dépression

A la question « Si OUI, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? » :

Population totale :

- 2 femmes n'ont pas répondu
- 13 femmes ont répondu NON, soit 21,67%
- 45 femmes ont répondu OUI, soit 75%

45-59 ans :

- 9 ont répondu NON, soit 23,08%
- 30 ont répondu OUI , soit 76,92%

60-70 ans :

- 2 n'ont pas répondu
- 4 ont répondu NON, soit 19,05%
- 15 ont répondu OUI , soit 71,43%

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,8623)

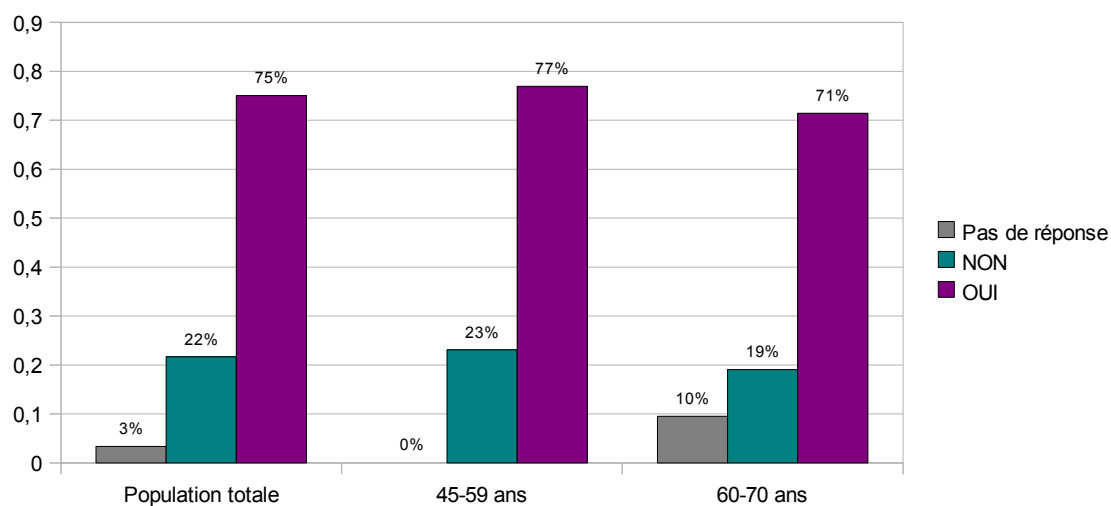


Illustration 38 : Impact de la dépression sur la sexualité

2.5. Recherche de solutions, abord du sujet par le médecin traitant

2.5.1. Recherche de solutions

A la question « Avez-vous essayé de trouver des solutions pour améliorer les troubles liés à la ménopause ? » :

Population totale :

- 5 femmes n'ont pas répondu
- 71 femmes ont répondu NON, soit 46,71%
- 76 femmes ont répondu OUI, soit 50%

45-59 ans :

- 34 ont répondu NON, soit 43,04%
- 45 ont répondu OUI , soit 56,96%

60-70 ans :

- 5 n'ont pas répondu
- 37 ont répondu NON, soit 50,68%
- 31 ont répondu OUI , soit 42,47%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,16881$)

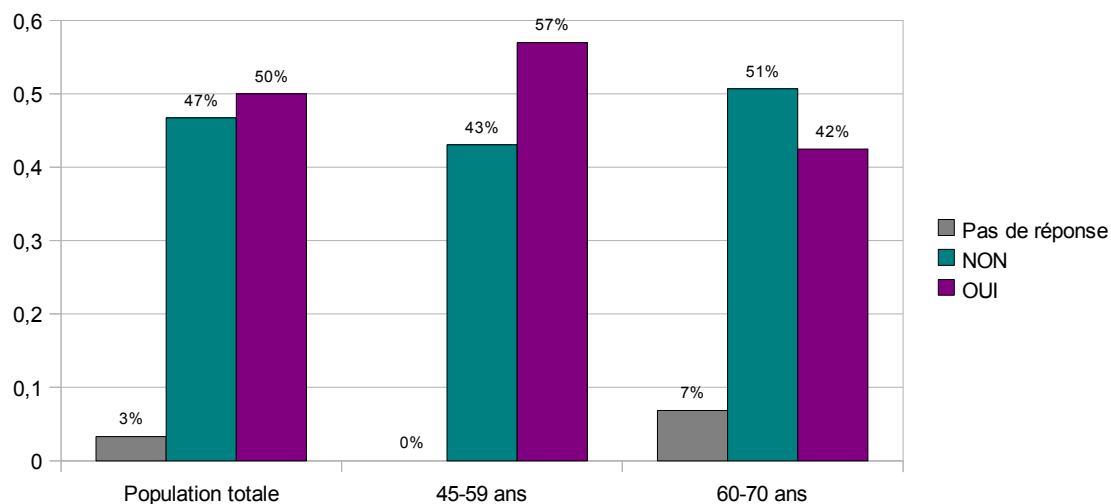


Illustration 39 : Recherche de solutions

2.5.2. Consultation d'un médecin

A la question « Avez-vous consulté un médecin pour cela ? » :

Population totale :

- 6 femmes n'ont pas répondu
- 74 femmes ont répondu NON, soit 48,68%
- 72 femmes ont répondu OUI, soit 47,37%

45-59 ans :

- 38 ont répondu NON, soit 48,10%
- 41 ont répondu OUI , soit 51,90%

60-70 ans :

- 6 n'ont pas répondu
- 36 ont répondu NON, soit 49,32%
- 31 ont répondu OUI , soit 42,47%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,4977$)

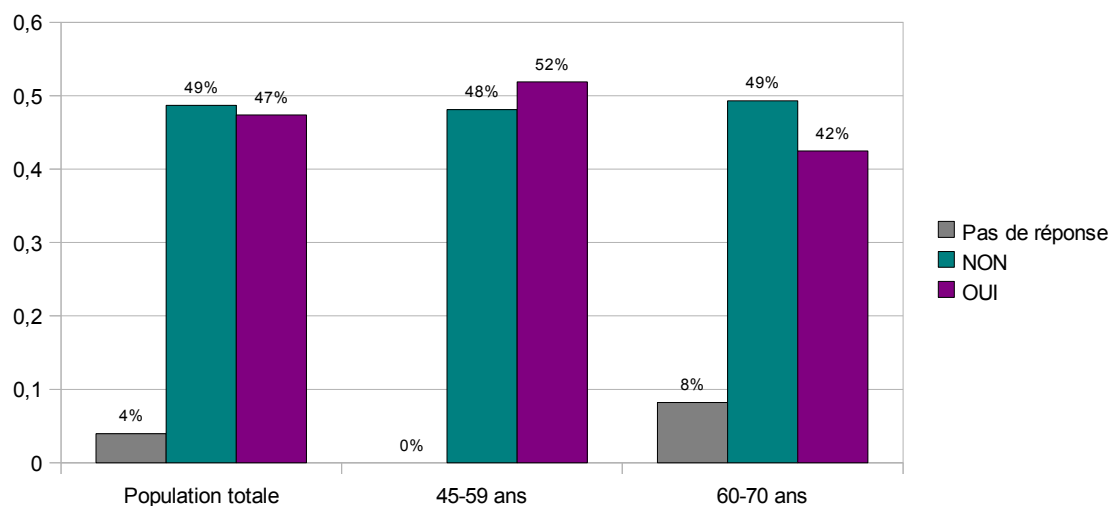


Illustration 40 : Consultation d'un médecin

2.5.3. Abord du sujet par le médecin traitant

A la question « *Votre médecin traitant a-t-il abordé ce sujet avec vous ?* » :

Population totale :

- 8 femmes n'ont pas répondu
- 82 femmes ont répondu NON, soit 53,95%
- 62 femmes ont répondu OUI, soit 40,79%

45-59 ans :

- 1 n'a pas répondu
- 41 ont répondu NON, soit 51,90%
- 37 ont répondu OUI , soit 46,84%

60-70 ans :

- 7 n'ont pas répondu
- 41 ont répondu NON, soit 56,16%
- 25 ont répondu OUI , soit 34,25%

Pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,2485$)

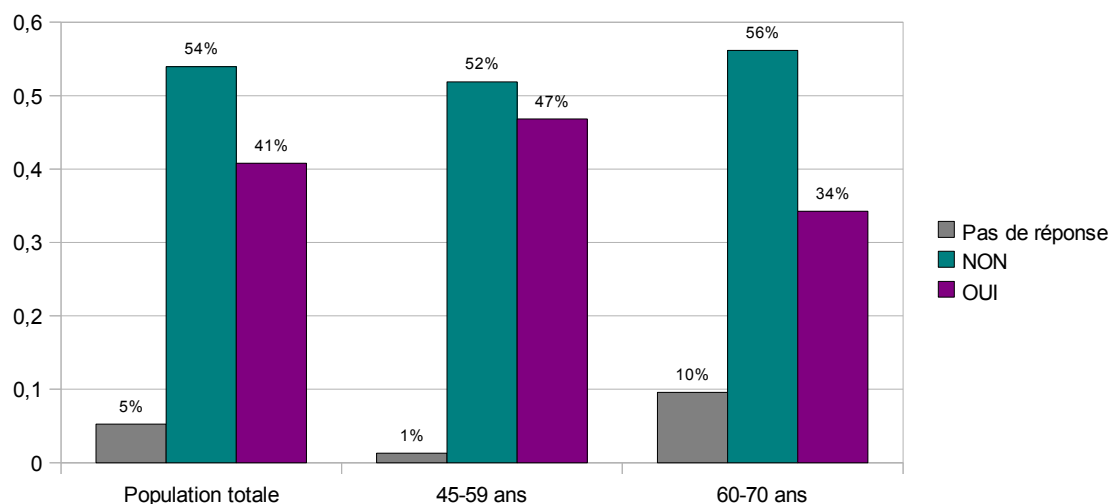


Illustration 41 : Sujet abordé par le médecin traitant

A la question « Si NON, auriez-vous souhaité ou souhaiteriez-vous qu'il le fasse ? » :

Population totale :

- 8 femmes n'ont pas répondu
- 48 femmes ont répondu NON, soit 58,54%
- 26 femmes ont répondu OUI, soit 31,71%

45-59 ans :

- 4 n'ont pas répondu
- 23 ont répondu NON, soit 56,10 %
- 14 ont répondu OUI, soit 34,15 %

60-70 ans :

- 4 n'ont pas répondu
- 25 ont répondu NON, soit 60,98 %
- 12 ont répondu OUI, soit 29,27 %

Pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,7899)

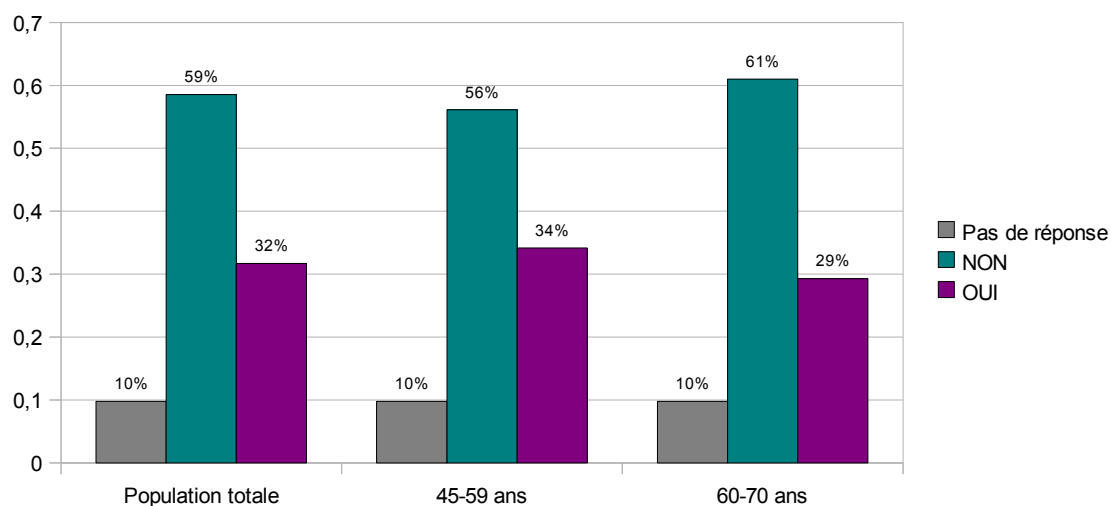


Illustration 42 : Souhait que le médecin traitant aborde le sujet

3. Discussion

3.1. Biais de l'étude

3.1.1. Questionnaires

- Le mode de recueil des questionnaires nécessitait :
 - que le médecin contacté accepte de participer
 - que le médecin pense à proposer le questionnaire à ses patientes
 - que la patiente accepte d'y répondre
 - que la patiente pense à ramener le questionnaire au cabinet médical
 - que le médecin ne perde pas les questionnaires récupérés...

- Le questionnaire devait être adapté à toutes les femmes. Celui-ci a été élaboré avec un langage simple et testé sur plusieurs femmes de mon entourage avant d'être distribué.

- Formulation des questions
Le terme « conjoint » a souvent été critiqué : les femmes comprenaient « époux », alors que le terme conjoint signifiait « partenaire », fixe ou non...
Par ailleurs, plusieurs femmes ont critiqué le fait que les réponses n'étaient pas assez nuancées, et auraient souhaité notamment des « peut-être » ou « parfois ». De plus, concernant les signes cliniques de la ménopause, plusieurs femmes m'ont annoté leur réponse d'un « oui mais plus maintenant ».

3.1.2. Médecins

- Biais de sélection :
Certains médecins m'ont expliqué ne pas avoir donné le questionnaire de manière systématique, notamment lorsque les femmes (ou leur mari) avaient des problèmes de santé ou lorsque le motif de la consultation ne le permettait pas (problème psychologique par exemple).
Par ailleurs, il fallait que le médecin se sente à l'aise avec l'idée d'aborder le sujet de la sexualité, afin de pouvoir proposer le questionnaire à sa patiente.

- Biais de recrutement :

Les médecins n'ont pas toujours respecté la consigne « patientes susceptibles d'avoir une sexualité » (donc patientes ayant un partenaire sexuel, conjoint ou non). Des questionnaires ont été distribués à des patientes célibataires depuis de nombreuses années ou veuves, qui se sont senties en difficulté pour répondre aux questions. Il est compréhensible que les médecins n'aient pas demandé à leurs patientes l'état de leur vie affective et sexuelle avant de leur donner les questionnaires, mais certaines réponses sont donc biaisées.

3.1.3. Patientes

- Biais de non réponse :

Étonnamment, les taux de non réponse les plus importants étaient pour les questions « avez-vous un conjoint » (13%) et « avez-vous des enfants » (11%).

Dans le reste de l'étude, le taux de non réponse n'a pas été supérieur à 7%, ce qui est satisfaisant pour l'analyse des résultats.

- Biais de mémorisation :

Certaines femmes ont pu oublier ce qu'elles ont ressenti lors des premières années de leur ménopause, surtout dans le groupe 60-70 ans. Cependant, la grande majorité des questions ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes d'âge.

- Biais de valorisation :

Bien que le questionnaire soit anonyme, certaines patientes ont pu répondre aux questions dans l'optique de se valoriser ou de décrire un comportement idéal.

3.1.4. Biais sociologique

Cette étude a été menée en France, en majorité dans le Limousin. Les résultats auraient été certainement très différents si l'étude avait été réalisée dans d'autres pays car, comme nous allons le voir dans cette discussion, l'impact socio-culturel a une importance majeure dans le vécu de la ménopause, notamment la sexualité.

3.2. Les médecins qui ont transmis les questionnaires

Les questionnaires ont été distribués en proportion similaire entre médecins homme et médecins femme. J'ai eu beaucoup plus de retours venant des médecins femme. Cela vient certainement du fait que les médecins homme se sont sentis plus en difficulté dans l'abord de ce sujet avec leurs patientes. En effet, donner le questionnaire à une patiente sous entendait aborder le thème de la sexualité, certains médecins ne sont pas à l'aise avec ce sujet, d'autant plus pour en parler avec un patient du sexe opposé. Cette question sera abordée plus loin dans la discussion.

Le taux de réponse était très variable entre les départements (63 % pour la Corrèze, 60 % pour la Dordogne, 42 % pour la Haute-Vienne, 16 % pour la Creuse).

Il y a eu également une différence selon le secteur d'activité des médecins (42 % de réponses en zone urbaine, 29 % en zone rurale).

3.3. Les femmes qui ont répondu aux questionnaires

La proportion de femmes dans les deux groupes d'âge était similaire (52 % chez les 45-59 ans, 48 % chez les 60-70 ans).

Il y avait une forte disparité selon leur département d'origine, mais cela a peu d'impact sur les résultats.

L'âge moyen de début de la ménopause était de 50 ans, ce qui correspond à l'âge moyen retrouvé dans la population française, européenne et mondiale (27) (64) (65) (66).

La majorité des femmes avaient un conjoint (86%), ce qui sous-entend la possibilité d'avoir une sexualité, critère important pour permettre de répondre au questionnaire.

La majorité des femmes avaient des enfants (89%). Comme nous l'avons vu, les modifications de la cellule familiale au moment de la ménopause peut avoir une influence sur le vécu de la ménopause. Cela a donc pu avoir un impact sur les réponses au questionnaire.

Cette période de la vie correspond à une mutation de l'environnement familial et social : les enfants sont grands et prennent leur envol, ils se marient, c'est aussi l'âge de la retraite pour certains, naissance des petits enfants et passage vers le statut de grand-mère. Ces mutations engendrent donc un panel de sentiments.

Certaines femmes qui arrivent aujourd'hui à la cinquantaine se sont mariées jeunes et ont eu des enfants rapidement. Certaines se sont consacrées exclusivement à leur rôle de mère, un rôle auquel les avait préparées leur propre mère, leur éducation, les traditions. Elles se sont investies dans ce rôle maternel. Puis les enfants ont grandi, sont allés vivre leur vie, parfois loin de la cellule familiale. Ces femmes peuvent ressentir un sentiment injuste mais angoissant d'inutilité et se sentiront dévalorisées.

De la même façon, une femme qui aura eu une carrière professionnelle pourra ressentir un sentiment de dévalorisation par la perte de la reconnaissance qu'elle pouvait avoir lorsqu'elle travaillait.

Les auteurs anglo-saxons qui ont bien étudié les modifications familiales et leurs incidences appellent les troubles psychologiques de la ménopause le syndrome du « nid vide » « empty nest syndrom ». Au contraire, des études ont montré que les femmes qui ont encore des enfants à la maison ou qui exercent une activité professionnelle à la cinquantaine sont relativement protégées des troubles fonctionnels de la ménopause. L'inaction, l'ennui, sont de redoutables ennemis lors de cette période difficile.

Par ailleurs, il peut exister un sentiment de soulagement grâce au départ des enfants ou au passage à la retraite. Les femmes ont plus de temps et peuvent se recentrer sur elles-mêmes.

Les naissances des petits enfants peuvent aussi les combler et les épanouir mais c'est aussi, parfois, un dur retour à la réalité de l'âge qui avance.

La cinquantaine peut correspondre également à un moment de la vie durant lequel la femme peut avoir à assurer les éventuels soins de santé de ses parents / conjoint / membres de la famille mais aussi se soigner personnellement en cas de problèmes de santé.

Une patiente m'a écrit en commentaire qu'elle avait eu une mastectomie pour cancer du sein, ce qui lui posait plus de problèmes d'ordre sexuel que la ménopause elle-même. Une autre avait subi une cure de prolapsus, ce qui a engendré « beaucoup de difficultés à me sentir à nouveau une femme, je n'ai plus d'envies sexuelles, plus d'orgasmes, plus de plaisir ».

Le climat conjugal peut, lui aussi, se modifier. C'est souvent la première fois, depuis leur union, que mari et femme vont se retrouver seuls, face à face, sans les enfants. C'est l'occasion pour beaucoup de couples de se renforcer et d'entamer, unis, ce troisième et dernier grand tiers de leur vie.

D'autre part, les cycles disparus, l'angoisse permanente de la grossesse non désirée, véritable « épée de Damoclès » suspendue au dessus de la sexualité féminine va disparaître

et, enfin, les rapports pourront être entrepris sans crainte, l'esprit pourra se consacrer uniquement à la relation sexuelle et affective.

Le renforcement du couple et la libération de l'angoisse de la grossesse non désirée devraient jouer en faveur d'une meilleure relation conjugale et donc, sexuelle.

Mais pour certains couples, à l'heure du bilan de la cinquantaine, les tensions conjugales, refoulées tant qu'existe une relation affective privilégiée avec les enfants, peuvent se démasquer. Attentives aux moindres modifications physiques, les femmes redoutent, plus que tout, le préjudice esthétique de la ménopause auquel elles attribuent, souvent à tort, la désaffection relative de leur compagnon.

Les conflits conjugaux peuvent avoir un impact sur la sexualité du couple. Sarrel et al montrent qu'il y a une prévalence élevée entre les difficultés sexuelles et les problèmes de couple. Osborn et al montrent que le dysfonctionnement sexuel est significativement associé à l'âge et à une perte d'harmonie dans le couple (62).

De même, des troubles sexuels chez le partenaire auront un impact sur la sexualité de la femme, indépendamment de la ménopause.

Dans de nombreuses études (55), notamment celle de Lindau et al (67) et celle de Thomas et al (68), la diminution de la fréquence d'activité sexuelle des femmes était dans la plupart des cas causée par la perte de la capacité sexuelle du partenaire masculin.

L'étude de Chevret et al (63) a été faite sur des couples selon 2 groupes en fonction des dysfonctions érectiles de l'homme. Les femmes du groupe contrôle (sans dysfonction érectile) avaient des indices de satisfaction plus élevés pour leur propre vie sexuelle et leur désir sexuel que les femmes du groupe avec dysfonction érectile.

Par ailleurs, le manque de partenaire et le statut marital jouent un rôle dans la sexualité : L'étude de Thompson et al (69) a montré que les femmes mariées ou vivant une relation intime avaient des taux plus élevés d'activité sexuelle que les femmes qui ne vivaient pas une telle relation. Les femmes qui n'avaient pas d'activité sexuelle récente ont cité « manque d'un partenaire » le plus souvent. Trompeter (70), Dennerstein (71) et Lindau (67) sont arrivés aux mêmes conclusions dans leurs études. Les femmes sont moins sexuellement actives que les hommes, mais elles manquent plus souvent de partenaire. Cela peut s'expliquer par des éléments sociologiques (les hommes se marient souvent avec des femmes plus jeunes) et démographiques (mortalité plus précoce chez l'homme) (67) (72) (73).

L'enquête de l'INSEE et de l'INED sur « le contexte de la sexualité en France » paru en mars 2007 montre que pour les femmes de 60 à 69 ans, 70 % des premiers partenaires

étaient ou sont devenus des conjoints (14). Deux tendances se juxtaposent : une longévité des couples qui augmente et un nombre de divorces qui ne cesse d'augmenter, avec une progression des divorces essentiellement chez les quinquagénaires. Selon les chiffres de l'INED, en France, le pourcentage des divorces chez les personnes de 60 ans et plus a fortement augmenté au cours de la dernière décennie.

Même si en chiffres absolus le nombre de divorces reste encore faible, une tendance semble se dessiner et l'on peut penser que l'arrivée des baby-boomers, qui ont connu la révolution sexuelle, accentue ce mécanisme. La sexualité a été et reste un élément d'épanouissement personnel. Un article de la revue américaine Newsweek parle de l'arrivée d'une nouvelle classe : les single-boomers. Ils sont divorcés, séparés, célibataires, veufs ou veuves. Ils ont la soixantaine et n'ont pas l'intention de rester seuls. Ils fréquentent les salles de sport, les clubs de danse, se branchent sur les sites de rencontre sur internet, tout cela pour fonder un nouveau couple, retrouver un nouveau partenaire. Dans la même enquête, l'AARP montrait que 75 % des femmes quinquagénaires se remettent en couple. Après la séparation, 54 % des femmes disent avoir une vie sexuelle active une fois remariées.

Plusieurs femmes m'ont écrit des commentaires concernant la relation avec leur partenaire et son impact sur leur sexualité, plus que la ménopause elle-même :

- « La ménopause ne veut pas dire arrêt de la sexualité, par contre notre historique de vie de couple peut conduire ou non à une sexualité épanouie ou l'absence de sexualité. Dès lors qu'il y a eu ou qu'il y a dialogue dans le couple, la sexualité a toute sa place et n'est plus un sujet tabou et c'est pour moi l'aboutissement de deux êtres qui s'aiment, se respectent, se donnent de la tendresse, qui prennent soin et avancent ensemble sur le même chemin. Cela, pour ma part, n'a pas été le cas. Je viens de me séparer de mon conjoint. Mes réponses auraient sûrement été différentes si ma vie de couple avait été différente... »
- « Ce n'est pas la ménopause qui agit sur la fréquence des relations sexuelles mais simplement le fait de vieillir, d'être un peu « blasée » et d'avoir moins de désir surtout quand vous avez le même partenaire depuis 35 ans ou plus, c'est la réalité je pense pour tout le monde. »
- « La sexualité du conjoint a également un impact sur les notions de désir / d'envie. »
- « Sexualité : cela dépend du conjoint ! »
- « Ma ménopause a coïncidé avec une rupture amoureuse qui m'avait bouleversée. Après cela je n'ai plus eu de relations sexuelles et amoureuses et n'en éprouve plus le besoin. Mais qu'est-ce qui a engendré cet état, la rupture ou la ménopause ou les deux à la fois ? »

- « La durée de vie avec le même partenaire a une importance primordiale sur le désir et la fréquence des rapports, avec ou sans ménopause ! »
- « Le partenaire lui-même vieillit et subit des changements de comportement »
- « La ménopause a sans doute des conséquences sur la sexualité mais dans une vie de couple longue, elle n'est qu'un facteur. La routine et la vie quotidienne ont leur part aussi, quelle que soit la période de la vie. Il peut y avoir un regain de rapports hors du cadre quotidien, par exemple en vacances... »

3.4. Vécu de la ménopause

La ménopause est une réalité biologique, commune à toutes les femmes, marquée par des changements hormonaux et des modifications corporelles, soumise aux légendes et mythes culturels, largement influencée par les convictions sociales, les attentes et les stéréotypes. Elle représente un événement hautement symbolique vécu selon les femmes comme une libération, un soulagement ou comme un traumatisme, et au maximum comme une perte, perte de la jeunesse et de la féminité. En fonction des sociétés, la ménopause peut être valorisée ou dévalorisée (74).

Si la ménopause était due uniquement à des changements hormonaux, alors l'expérience de la ménopause serait beaucoup plus homogène (75).

Theisen & al en 1993 envisageaient la ménopause selon deux approches (76) :

- Dans l'approche « biomédicale », la ménopause était vécue comme une maladie dont les symptômes majeurs étaient les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, auxquelles étaient associés d'autres troubles psychologiques ou physiques (céphalées, insomnie, irritabilité, prise de poids...). Cette approche serait surtout vécue dans nos pays industrialisés.
- L'approche « socioculturelle » décrivait la ménopause comme un phénomène naturel de la vie d'une femme. Ce schéma serait plus fréquent dans les pays non industrialisés où la ménopause marque une évolution du statut social.

La réalité biologique qui est la même pour toutes les femmes ne peut à elle seule rendre compte de la réalité clinique ; les réalités psychologiques personnelles interfèrent grandement pour dessiner des tableaux différents (77).

Les manifestations individuelles de la ménopause dépendent largement de la personnalité de la femme et de son histoire psychologique antérieure. Benedek en 1950 et Dolto en 1989 ont avancé cette idée dans leurs écrits.

Chaque femme vivra ce moment avec une différente intensité de sentiments et d'états d'âme, en raison de son caractère et de son histoire. Si elle est capable d'affronter les changements et si elle est suffisamment forte pour être optimiste et réaliste, elle fera cela d'une manière différente contrairement à une femme fragile et pessimiste.

Une enquête en France (77) portant sur 1120 femmes âgées de 30 à 64 ans a permis de montrer une fréquence plus grande, au début de la ménopause, de :

- troubles du caractère : nervosité, irritabilité, perte de confiance en soi
- troubles cognitifs : perte de mémoire, difficultés de concentration
- troubles sexuels : baisse du désir, dyspareunie, sécheresse vaginale
- troubles dépressifs et anxieux : indécision, sentiment d'indignité

Les femmes ayant des perspectives plus positives ou optimistes sur la ménopause (par exemple, celles qui estiment que la ménopause n'est pas une maladie mais une partie du processus normal de vieillissement) semblent mieux tolérer les symptômes et moins susceptibles d'utiliser des traitements. En revanche, une évaluation pessimiste de la ménopause semble être associée à une augmentation du nombre de symptômes (78) (75).

Des études anthropologiques prouvent clairement que la signification attribuée à la ménopause est socialement construite et que dans les sociétés qui accordent un statut plus élevé et un nouveau rôle dans la société à la femme post-ménopausée, la symptomatologie apparaît moins étendue et moins préjudiciable (55) (79).

Beaucoup de femmes ont des perceptions neutres de la ménopause ou la perçoivent comme une expérience positive car elle permet de soulager les inquiétudes de la menstruation, l'arrêt de la contraception, et la liberté sexuelle accrue. Les femmes qui accordent une priorité élevée à la fertilité sont enclines à avoir des attitudes plus négatives envers la ménopause, d'autant plus si elles atteignent la ménopause avant d'avoir eu le nombre d'enfants qu'elles désiraient. Cela peut se produire dans les cultures qui valorisent les femmes en terme de capacité à procréer. En comparaison, les sociétés occidentales qui ne donnent pas nécessairement une grande importance à la procréation, donnent souvent une grande valeur à la jeunesse. Par conséquent, dans ces sociétés, les signes de la ménopause montrant une progression de l'âge, de la perte de la jeunesse, combinés à la perte de l'attractivité sexuelle, peuvent conduire à des attitudes négatives à l'égard de la ménopause (75).

3.4.1. Impact sur la féminité, changements corporels, sentiment d'être désirable

Dans notre étude, presque deux tiers des femmes interrogées ont eu l'impression que la ménopause avait un impact sur leur féminité.

Presque un tiers des femmes interrogées ont déclaré souffrir des changements corporels. Les femmes du groupe 45-59 ans ressentaient plus un impact sur leur sexualité que celles du groupe 60-70 ans.

Seul un tiers des femmes se sentaient moins désirables depuis la ménopause.

Une femme m'a écrit : « Parmi les points négatifs de la ménopause il y a surtout une modification de la silhouette. Pour ma part je n'avais pas du tout de ventre et depuis quelques temps il s'arrondit, bien que je pratique une activité physique. » Une autre a dit : « A la ménopause, le corps change et nous l'acceptons mal. »

Dans l'étude de Delanoë en 1999, 67% des femmes considéraient les règles comme un signe de féminité. L'importance de l'apparence esthétique était remarquée par 71% des femmes et 73% se trouvaient aussi séduisantes qu'avant. 21% estimaient qu'elles étaient moins séduisantes et qu'elles risquaient de l'être de moins en moins (62). Les plus de 50 ans se soucient de leur apparence. D'après l'étude de Trudel et al (15), 94 % des femmes seniors achètent des crèmes de beauté et 48 % des soins anti-rides.

Dans l'étude Wasow et Loeb (80), l'altération de l'image corporelle est citée par 78 % des femmes comme raison d'une absence de sexualité.

Le corps change et ces modifications sont parfois mal acceptées et donnent aux femmes une impression d'enlaidissement. Certaines sont fragilisées par cette transformation de l'enveloppe corporelle et se confrontent avec difficulté au regard d'autrui. Le pouvoir de séduction peut alors être remis en question.

Par ailleurs, l'identité féminine est définie, pour certaines femmes, par la notion de fécondité et par le rôle maternel. L'arrêt de cette fécondité peut alors engendrer un sentiment de dévalorisation et peut être ressenti comme une atteinte à la féminité.

A la perte de la fécondité sont liés les fantasmes de risque de virilisation, fantasmes nourris par les modifications morphologiques associées à la ménopause et qui renvoient à la

femme une image corporelle souvent décevante. La ménopause peut ainsi se passer sous le signe d'une humiliation narcissique (77).

Bloch a émis l'hypothèse que l'image du corps et l'amour-propre sont les principaux facteurs contribuant à la sévérité des symptômes de la ménopause.

3.4.2. Sentiment de libération ?

Dans notre étude, presque deux tiers des femmes interrogées ont perçu la ménopause comme une libération.

Dans l'étude de Delanoë en 1999, pour 73% des femmes interrogées, l'arrêt des règles était considéré comme satisfaisant (62). 23% des femmes interrogées considéraient l'arrêt de la fécondité comme une libération. 32% des femmes considéraient cela comme à la fois une libération et à la fois une source de regrets. Seules 3% des femmes regrettaient la perte de la fécondité.

L'arrêt des règles à la ménopause est souvent relaté comme un confort. Pour certaines femmes, c'est une libération, elles sont soulagées de ne plus avoir la contrainte des menstruations.

Une femme m'a écrit : « A la ménopause, j'ai ressenti une véritable libération. Mes règles étaient toujours assez pénibles et même douloureuses et je me suis attardée seulement à cet aspect. »

Pour d'autres elle sera difficilement acceptée en raison de la valeur purificatrice qu'elles accordent à la menstruation (2).

La menstruation est surtout la preuve que la femme est biologiquement vivante. La cessation des règles signifie la fin de la fonction de reproduction (77).

Pour certaines femmes, ne plus risquer d'être enceinte représente un avantage considérable. Il n'y a plus à se soucier d'une fertilité embarrassante pour la sexualité.

Mais l'arrêt de la fertilité peut s'apparenter à une perte symbolique, elle est parfois vécue comme la conclusion d'une vie antérieure où la femme pouvait devenir mère. Une possible frustration peut être engendrée.

L'arrêt de la fertilité peut donc revêtir un aspect pratique et confortable avec l'interruption de la contraception mais il met aussi un terme à l'éventuel désir d'enfant.

Dans les cultures traditionnelles, l'impossibilité de procréer sera souvent ressentie par la femme comme une atteinte au rôle privilégié de mère. La définition de la vie de la femme

s'est souvent confondue avec sa période de fécondité et de maternité. Ainsi, en Papouasie, l'homme peut renvoyer ses vieilles épouses dans leurs familles, car « elles mangent trop et parlent trop » et « ne servent plus à rien » (76).

Toutefois, la perte de la fonction capitale de procréation est souvent compensée par l'accession à un statut social privilégié (77). La fin de la fertilité s'accompagne d'une valorisation du statut de la femme et de nouvelles libertés. Ainsi, dans nombre de sociétés islamiques et africaines, la ménopause sera vécue avec moins de symptômes physiologiques et psychologiques (72). Autre exemple, en Chine, les femmes ménopausées sont plus appréciées socialement et deviennent plus considérées par leurs maris car le fait de ne plus procréer est vécu comme une libération vis à vis du pouvoir politique.

Dans certaines cultures, les menstruations sont considérées comme impures, ainsi leur cessation peut correspondre à un meilleur statut au sein de la communauté (75). Par exemple, en Inde, la femme ménopausée peut participer aux cérémonies religieuses dont elle était préalablement exclue car les règles, le « sang impur », ont disparues (77). Les femmes originaires du Sri Lanka sont confinées dans une pièce de la maison, à l'abri des regards masculins, pendant leurs menstruations. La disparition des règles est vécue comme une libération (76).

Les femmes Mayas au Mexique attendent avec impatience leur infertilité. Délivrées de la peur de grossesses non désirées, elles ont une meilleure sexualité avec leur mari. L'âge confère plus de pouvoir et de respect et leur statut s'élève quand leurs fils se marient et fondent leur propre famille. La belle-mère a alors position d'autorité comme chef de famille étendue (2). Les femmes Mayas considèrent la ménopause comme une étape de la vie libre de tabous et de restrictions (79). Elles sont confrontées à des restrictions très strictes lors de leurs menstruations (75).

3.4.3. Ménopause synonyme de vieillesse ?

Dans notre étude, 40 % des femmes interrogées pensaient que la ménopause est synonyme de vieillesse.

Dans l'étude de Delanoë, 36% des femmes pensaient que la femme ménopausée est femme de maturité, et 20% considéraient la femme ménopausée comme « une vieille dame » ou « une grand-mère » (62).

Ce vieillissement est accepté de façon neutre par certaines, avec angoisse par d'autres. Enfin, quelques-unes notent un aspect positif : elles sont plus respectées. C'est le cas dans de nombreuses cultures traditionnelles. Par exemple, les femmes Mohaves d'Amérique du Nord peuvent, après la ménopause, entrer en compétition avec les hommes et devenir des personnages importants de la tribu, dépositaires de sages conseils (76). Dans le Pacifique nord, les femmes ménopausées sont éligibles à des fonctions spécifiques au sein de la communauté : sages femmes, guérisseuses, initiatrices, religieuses ou marieuses (76). Les indiens d'Amérique considèrent la ménopause comme une expérience positive, les femmes ménopausées sont considérées comme des femmes de sagesse au sein de leur communauté (75). La femme musulmane acquiert généralement plus de dignité et de vie autonome, c'est souvent la partie la plus agréable de sa vie, moins soumise aux caprices de l'homme et investie de plus d'autorité sur les autres femmes. Elle accède à une position honorable et la fin des tabous attachés à la fonction féminine, le droit de sortir dévoilée, l'accès aux cultes, aux rites et aux objets sacrés (77).

Certaines femmes associent le mot ménopause au mot vieillesse comme si la ménopause était le point de départ de la vieillesse. Plusieurs expressions équivalentes ont été employées comme « la fin de la jeunesse », « la dernière étape », « la fin d'un cycle de vie », « le commencement du vieillissement et du non-retour » (77).

Ailleurs, le vieillissement sera synonyme de perte de séduction, de baisse de productivité et de diminution de prestige. Ces connotations négatives vont influencer la façon dont les manifestations climatiques sont perçues et interprétées (55).

3.5. La sexualité après 50 ans

3.5.1. Évolution de la sexualité avec l'âge

De nombreuses études ont montré une diminution de l'activité sexuelle avec l'âge (69) (67) (72) (73) (51) (81). Pour autant, la sexualité à un âge avancé ne cesse pas. Ainsi, dans l'étude Pfizer Global Study portant sur plus de 26 000 personnes et qui avait pour but d'évaluer l'importance du sexe et de l'intimité chez les hommes et les femmes âgés de 40 à 80 ans dans 29 pays :

- A l'énoncé « les gens d'âge mûr ont cessé d'avoir des rapports sexuels », 58 % des femmes étaient en désaccord (14)

- A savoir si elles avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année, 64 % des femmes ont répondu oui (73 % des 57-64 ans, 53 % des 64-75 ans, 26 % des 75-85 ans dans l'étude de Lindau (67))
- En réponse à la question sur la fréquence de l'activité sexuelle au cours de l'année précédente, 51 % des femmes ont répondu au moins 1 fois par semaine (23 % dans l'étude de Lindau (67), 50 % dans l'étude de Thomas et al (68))

La sexualité chez les plus de 50 ans a même augmenté depuis plusieurs décennies : on peut rappeler l'évolution de la sexualité retrouvée dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » citée en introduction. De même, dans l'étude de Beckman et al (82) en Suède portant sur 1506 personnes, la quantité et la qualité des expériences sexuelles se sont améliorées sur une période de 30 ans. Le pourcentage de personnes âgées ayant toujours des rapports sexuels à 70 ans a augmenté. Chez les femmes mariées, le taux de femmes ayant eu des relations sexuelles au cours de la dernière année est passé de 38 % à 56 %.

L'intérêt que portent les plus de 50 ans à la sexualité est important, comme le montrent plusieurs études (67) (82) (72) (83) (60). Dans l'étude SWAN par exemple (reprise par Magon et al (51)), 75% des femmes d'âge moyen ont rapporté que le sexe était modérément à extrêmement important pour elles (63 % dans l'étude Pfizer (14)).

Concernant la satisfaction sexuelle, elle n'est pas nécessairement liée à l'âge ou au niveau d'activité sexuelle, comme le montre l'étude de Thompson et al (69) ou l'étude de Trompeter et al (70). Les niveaux d'activité sexuelle variaient considérablement selon les groupes d'âge alors que la satisfaction sexuelle variait peu. Les femmes qui n'étaient pas sexuellement actives ont atteint une satisfaction sexuelle par le toucher, les caresses, ou d'autres intimités qui se sont développées au cours d'une longue relation.

3.5.2. Causes de la diminution d'activité sexuelle après 50 ans

Manque d'intérêt :

Dans l'étude de Lindau et al (67), les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer un manque d'intérêt comme une des raisons de l'inactivité sexuelle. Le manque d'intérêt pour le sexe a été cité par 43 % des femmes. Dans l'étude de Mouchamps et al (55), 60 à 70% des femmes manifestaient un déclin de leur intérêt pour la sexualité, significatif de la pré à la post ménopause.

Manque de partenaire et problème sexuel chez le partenaire, comme vu précédemment

État de la sexualité antérieure :

L'attrait exercé par la sexualité dans la seconde moitié de la vie dépend pour l'essentiel de l'importance de la sexualité dans les jeunes années (72). Cela a été démontré dans l'étude de Dennerstein et Hayes (71).

État de santé :

La sexualité est étroitement liée à la santé. L'étude de Trompeter et al (70) montre que les personnes en bonne santé physique sont plus susceptibles d'être actives sexuellement et qu'une santé émotionnelle ou physique médiocre ou la présence d'une maladie chronique a été associée à l'inactivité sexuelle. De même, des dysfonctions sexuelles sont plus fréquemment retrouvées chez les femmes qui ont évalué leur santé comme étant passable ou mauvaise, comme le montre l'étude de Lindau et al (67) et celle de Laumann (52).

3.5.3. Les troubles sexuels

L'étude SWAN citée par Ambler et al (33) montre une grande variabilité dans les symptômes sexuels ressentis à la ménopause selon les différentes cultures. Ainsi, les femmes noires ont rapporté une fréquence plus élevée de rapports sexuels que les femmes blanches. Les femmes hispaniques ont signalé un plaisir et une excitation physique inférieure. Les femmes chinoises et japonaises ont rapporté plus de douleur et moins de désir et d'excitation que les femmes blanches.

Dans cette étude, la prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes était estimée entre 25 et 63% selon les pays. La prévalence chez les femmes ménopausées était encore plus élevée avec des taux entre 68 et 86,5% (43 % dans l'enquête de Laumann (52) (avec une souffrance exprimée par 30 à 50% des femmes), 50 % pour Lindau et al (67)). Néanmoins, 77% des femmes ont indiqué une satisfaction sexuelle avec leur partenaire.

Andersen et al (84) ont étudié les problèmes sexuels pendant la ménopause sur quatre continents. La prévalence des troubles sexuels variait de 25,9% à 45%.

La sexualité de la femme ménopausée varie dans une mesure non négligeable selon que la société associe ou non la fin de la fertilité à la fin de la sexualité (72).

Dans la société marocaine, la ménopause signe la mort sociale et personnelle de la femme. Une femme qui ne saigne plus est morte sexuellement et celle qui continue le coït au delà de cette limite est considérée comme folle. Ainsi, dans une étude marocaine, 82% des femmes interrogées refusaient la sexualité, 71% étaient dégoûtées par les rapports sexuels (76).

Dans une enquête Cochrane citée par Dennerstein (85):

- les femmes rapportaient plus de problèmes sexuels que les hommes (résultat retrouvé dans l'enquête d'Ambler et al : 43 % chez les femmes, 31 % chez les hommes)
- la fréquence de dysfonctions sexuelles rapportées par les femmes âgées était élevée
- la prévalence des symptômes physiques variait considérablement selon les études (2 à 15%)
- la prévalence d'un désir sexuel abaissé était plus importante que celle des dyspareunies
- de nombreux facteurs psychosociaux paraissaient améliorer ces problèmes : histoire sexuelle antérieure satisfaisante, bonne santé physique et mentale, mariage, bonne relation conjugale, bon niveau social et d'éducation, attitude positive au sujet de la ménopause.

Une enquête en France portant sur 1120 femmes âgées de 30 à 64 ans (77) a montré que les troubles sexuels étaient significativement plus élevés chez les femmes mariées, multipares, sans profession, peu scolarisées.

Dans l'étude d'Avis et al (57), les facteurs tels que la santé, l'état matrimonial (ou nouveau partenaire), la santé mentale, et le tabagisme ont eu un impact plus important sur le fonctionnement sexuel des femmes que le statut de la ménopause.

Des résultats contraires ont été trouvés dans l'étude de Ringa et al (58) : elle a montré que les femmes ne diffèrent pas selon le statut ménopausique pour l'activité sexuelle, les pratiques, le dysfonctionnement ou la satisfaction. Elles ont attribué une importance égale à la sexualité.

3.5.3.1. Désir

Dans notre étude, pour 60 % des femmes interrogées, la ménopause a eu peu d'impact sur leur désir, leur envie d'avoir des rapports sexuels avec leur conjoint.

Les résultats de l'étude menée à Melbourne par Dennerstein montrent que pour 62% des femmes interrogées, il n'y avait pas de changement dans le désir de l'autre. 31% des femmes révélaient au bout de 12 mois un déclin du désir sexuel. Pour 7% d'entre elles, ce désir n'existait plus (62).

Au Danemark, l'étude de Lene et Eplov montre que dans le groupe des 45-66 ans, il existait une certaine stabilité du désir sexuel car 47% des femmes ne percevaient pas de changement de leur désir au cours des 5 années de l'étude.

Pongsatha et al (86) et Magon et al (51) ont montré une diminution des pensées sexuelles / fantasmes, et du désir sexuel après la ménopause.

L'étude de Nappi et Nijland (84) a montré une grande variabilité dans la fréquence de la diminution de la libido : 48% au Royaume-Uni, 43% aux Pays-Bas, 35% en France, 33% en Allemagne, 32% en Italie, 21% en Suisse.

3.5.3.2. Fréquence des rapports sexuels

Dans notre étude, la fréquence des rapports sexuels a diminué pour un tiers des femmes après la ménopause.

La diminution du désir a eu un impact important sur la fréquence des rapports : parmi les femmes qui ressentaient moins de désir, 93% ont vu la fréquence de leurs rapports sexuels diminuer.

Une diminution de la fréquence sexuelle a été également retrouvée dans l'étude d'Ambler et al (33), Pongsatha et al (86), Magon et al (51).

3.5.3.3. Sécheresse vaginale

Dans notre étude, 60 % des femmes interrogées déclaraient souffrir de sécheresse vaginale, avec un impact majeur (80%) lors des rapports sexuels.

L'inconfort vaginal diminue la qualité de vie chez les femmes ménopausées et leurs partenaires (87). La lubrification insuffisante pendant les rapports sexuels associée à une atrophie vaginale conduit souvent à des dyspareunies, qui peuvent entraîner une perte de désir sexuel et empêcher les femmes d'engager ou de répondre à l'activité sexuelle. Il existe une association entre l'atrophie vulvovaginale et la dysfonction sexuelle féminine.

Dans l'étude CLOSER, l'inconfort vaginal était la cause de l'évitement de la sexualité (58%), la perte de la libido (64%), la douleur lors des rapports (64%). Environ 30% des femmes ont évoqué l'inconfort vaginal comme raison pour laquelle elles ont cessé d'avoir des rapports sexuels (88). L'inconfort vaginal avait un impact émotionnel et physique négatif sur les femmes ménopausées et leurs partenaires. 28% des femmes n'avaient pas parlé à leurs partenaires de l'inconfort vaginal, principalement parce qu'elles pensaient que « c'était juste une partie naturelle du vieillissement » (52%), ou en raison de « l'embarras » (21%) (89). Les hommes qui avaient des partenaires qui ont évité des relations intimes ont reconnu que l'inquiétude à propos de rapports sexuels douloureux était la principale raison (87). Éviter l'intimité en raison de l'inconfort vaginal a été signalé par 69% des femmes. 18% des femmes considéraient que l'inconfort vaginal avait créé une distance émotionnelle entre elles et leurs partenaires (90).

Dans les études de Kingsberg et al (91), Lindau et al (67), Thomas et al (68), la sécheresse vaginale a touché respectivement 55 %, 39 % et 50 % des femmes. La dyspareunie était mentionnée respectivement par 44 %, 17 % et 10 % des femmes. La sécheresse vaginale a affecté le plaisir sexuel dans 59%, 32 % et 29 % des cas.

3.5.3.4. Plaisir ressenti lors des caresses

Dans notre étude, pour 60 % des femmes interrogées, la ménopause n'a pas eu d'impact sur le plaisir ressenti lors des caresses de leur partenaire. Ce plaisir était altéré lorsque les patientes souffraient de sécheresse vaginale : parmi les femmes qui souffraient de sécheresse vaginale, 43% ressentait moins de plaisir lorsque leur partenaire les caresse.

3.5.3.5. Orgasme

Dans notre étude, près de la moitié des femmes interrogées ont déclaré parvenir moins facilement à l'orgasme depuis la ménopause. Parmi les femmes qui souffraient de sécheresse vaginale, 68% avaient l'impression de parvenir moins facilement à l'orgasme.

Dans l'étude d'Ambler et al (33), selon les pays de l'étude, 18 à 41% des femmes avaient des difficultés à atteindre l'orgasme. L'étude de Lindau et al (67) a retrouvé des troubles de l'orgasme chez 34 % des femmes.

3.6. Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité

Dans notre étude, les symptômes les plus fréquemment rencontrés depuis la ménopause étaient :

- bouffées de chaleur : 72%
- diminution de la fréquence des rapports sexuels : 71%
- troubles du sommeil : 68%
- souffrance vis-à-vis des changements corporels : 67%
- sécheresse vaginale : 59%
- troubles de l'humeur : 57%
- troubles de l'orgasme : 49%

Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude The CLOSER (87), avec des variations entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud. Respectivement :

- sécheresse vaginale : 74% / 73 %
- bouffées de chaleur : 67% / 70 %
- sueurs nocturnes : 61% / 52 %
- perturbations du sommeil : 52% / 47 %
- douleurs vaginales au toucher ou lors des rapports sexuels : 42% (Europe du Nord)
- gain de poids : 41% / 57 %
- sautes d'humeur : 48 % (Europe du Sud)

Par ailleurs, dans notre étude, la ménopause a eu un impact modéré sur les troubles suivants :

- sentiment de vieillesse : 40%
- symptômes dépressifs : 40%
- impact sur la féminité : 36%
- sentiment d'être moins désirable : 34%
- troubles du désir : 32%
- diminution du plaisir ressenti lors des caresses : 32%

Les symptômes qui ont eu le plus d'impact sur la sexualité étaient :

- sécheresse vaginale : 80%
- symptômes dépressifs : 75%
- troubles de l'humeur : 61%
- changements corporels : 61%
- troubles du sommeil : 68%
- bouffées de chaleur : 37%

Une étude du CNGOF (6) a montré la prévalence chez les femmes ménopausées des signes suivants :

- Bouffées vasomotrices : elles touchaient 79 % des femmes.
- Humeur dépressive : 23 %
- Troubles du sommeil : 45 %
- Difficultés sexuelles : 42 à 88 %
- Symptomatologie vaginale : sécheresse vaginale gênante 47 %
- Symptomatologie urinaire : 14 %
- Symptomatologie somatique : douleurs articulaires 41 à 57 %

3.6.1. Bouffées de chaleur

Dans notre étude, deux tiers des femmes ont déclaré souffrir de bouffées de chaleur depuis la ménopause. Cette souffrance était plus importante chez les 45-59 ans (78%). Les bouffées de chaleur ont eu un impact modéré sur la sexualité (chez un tiers des femmes interrogées).

Dans l'étude d'Ayers et al (92), les symptômes les plus fréquemment rapportés par les femmes étaient les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, qui touchaient environ 70% des femmes en Europe et en Amérique du Nord. Les femmes avec des attitudes plus négatives à l'égard de la ménopause et les femmes qui présentaient une humeur dépressive avaient une fréquence plus élevée de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes.

La prévalence des symptômes vasomoteurs varie considérablement entre les cultures et les pays. Par exemple, les symptômes vasomoteurs ne sont pas aussi largement rapportés dans les pays tels que l'Inde, le Japon, la Chine (92). Une étude montre que 0 % des femmes mayas au Mexique, 18 % des femmes chinoises, 70 % des femmes américaines mentionnaient des bouffées de chaleur (93).

Les femmes japonaises n'ont pas de terme pour désigner le concept de bouffées de chaleur. Le mot japonais pour la transition de la quarantaine, *konenki*, a une connotation sociale plutôt que biologique. *Konenki* est considéré comme « une maladie de luxe » souffert par les femmes qui ont trop peu à faire. La forte éthique du travail dans la société japonaise couplée avec une certaine attitude moraliste peut influencer les femmes et les rendre moins susceptibles de se plaindre de l'inconfort physique associé avec *konenki* (79).

3.6.2. Troubles du sommeil

Dans notre étude, presque deux tiers des femmes ont déclaré avoir des troubles du sommeil depuis la ménopause. Ces troubles ont eu un impact modéré sur leur sexualité (42%).

3.6.3. Troubles de l'humeur

Dans notre étude, 57 % des femmes interrogées souffraient de troubles de l'humeur depuis la ménopause et cela a eu un impact sur la sexualité pour 60 % d'entre elles.

3.6.4. Dépression

Dans notre étude, les symptômes dépressifs n'étaient présents que chez 40 % des femmes interrogées, mais pour 75 % de ces femmes, cela avait un impact sur la sexualité.

3.7. Recherche de solutions et abord du sujet par le médecin traitant

Environ la moitié des femmes ont essayé de trouver des solutions pour améliorer les troubles liés à la ménopause et ont consulté un médecin pour cela (gynécologue ou médecin traitant).

Certaines femmes ont décrit les traitements qu'elles ont pris :

– Traitement hormonal substitutif :

Il a surtout été efficace sur les bouffées de chaleur et les troubles sexuels. Pour certaines, les troubles sont réapparus après l'arrêt du THS, notamment la sécheresse vaginale.

– Traitements locaux :

Les traitements locaux comme la colpotrophine ont été régulièrement cités.

Ceux-ci ont eu un effet bénéfique sur la sécheresse vaginale.

Une femme m'a dit « ce traitement a été bénéfique pour notre couple ».

Certaines femmes ont utilisé des lubrifiants avant les rapports sexuels.

– Automédication :

Traitements à base de soja (Phitosoya), homéopathie, phytothérapie, huiles essentielles.

Pour certaines ces traitements ont été efficaces, pour d'autres pas du tout.

– Enfin, une femme écrit «les médecins m'ont proposé des solutions mais je n'ai pas souhaité prendre un quelconque traitement car bien que ce soit très désagréable, ce n'est pas une maladie ! »

Pour 40% des femmes seulement, le médecin traitant a abordé le sujet de la ménopause et de la sexualité avec elles. Parmi les 54% dont le médecin traitant n'a pas abordé le sujet, un tiers des femmes auraient souhaité qu'il le fasse.

Voici les commentaires de certaines patientes :

- « Je pense qu'il faut se préparer psychologiquement à la ménopause pour qu'elle se passe bien, d'où l'importance d'en parler. Je pense que c'est un sujet tabou pour certaines femmes et dès que les symptômes arrivent, elles sont surprises, ne comprennent pas ce qui leur arrive. D'où l'intérêt de rencontrer un bon généraliste qui prenne le temps de discuter et de rassurer ses patientes !! »
- « On se croirait au temps de mes parents. Le sujet n'est jamais abordé. On rencontre plein de problèmes que l'on doit résoudre à sa façon. Internet est là alors les gens se débrouillent seuls devant l'écran. Le généraliste n'a plus le temps aujourd'hui de se consacrer à tout ! »
- « Mon médecin généraliste ne m'a pas apporté de réponses. Donc, je vis avec mes bouffées de chaleur qui peuvent être très désagréables. »
- « Il est difficile d'aborder avec les médecins le sujet de la ménopause... alors la sexualité !!! »

D'après l'étude de Metz et Seifert (94), 84 % des patientes désirent que leur médecin prenne l'initiative de poser des questions sur la sexualité ou sur les inquiétudes liées à leur sexualité. 34 % des femmes relatent que leur médecin traitant n'a jamais abordé la sexualité.

Certains praticiens sont gênés pour aborder les problèmes de sexualité avec leurs patientes. Ils peuvent avoir peur de se sentir en position de voyeur, d'aborder un domaine qui n'est pas de leur ressort.

Parfois, c'est la patiente elle-même qui n'ose pas aborder le sujet. Mon entretien avec le Dr Ternisien D'Ouille, sexologue à Limoges, m'a appris que certaines femmes ont plus de facilité à aborder le sujet de la sexualité avec un remplaçant plutôt qu'avec leur médecin traitant, car elle ont une relation plus intime avec lui.

De nombreuses études ont montré que si la question n'est pas abordée par le praticien, les patientes ont du mal à en parler (14) , elles attendent que ce soit leur médecin qui en parle (1). En cas de difficulté sexuelle, les patientes interrogées parleraient en premier à leur partenaire, en 2^e à un ami proche, en 3^e à leur médecin.

D'après l'étude de Lindau (67), la vie sexuelle est peu évoquée lors de l'entretien patient / médecin. Les raisons de cette mauvaise communication seraient :

- réticence des patients et des médecins pour initier ces discussions
- différence de sexe et d'âge entre les patients et leur médecin
- attitudes sociales négatives sur la sexualité des femmes aux âges avancés

D'après A. Giami dans « la spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité » (95) :

- Certains médecins évoquent le manque de temps
- D'autres n'abordent pas ces questions avec leurs patientes dans la mesure où celles-ci ne les abordent pas elles-mêmes et n'expriment pas de demande à ce sujet.
- Certains considèrent que c'est une violation de l'intimité et de la pudeur de la personne.
- L'absence de formation est considérée comme la cause principale attribuée à cette situation et qui génère l'ignorance, l'absence d'intérêt et la gêne.
- Certains médecins considèrent que la sexualité relève principalement d'une approche psychologique, ils se sentent autorisés à exclure ce domaine du champ de la médecine générale.
- Ce n'est pas tant la dimension génitale ou sexuelle des organes ou des pathologies qui sont en cause, c'est plutôt les risques d'érotisation de la relation médecin-patient à travers certains actes cliniques.
- Adresser une patiente à un correspondant considéré comme plus compétent ou plus spécialisé constitue une stratégie d'évitement relative. Par contre, renouveler une prescription reste facilement acceptable et réalisable.

La nouvelle image des femmes, éduquées, détentrices de leurs corps, actrices de leur vie et de leur sexualité chamboule la fameuse relation « médecin-malade » (62). A la ménopause, le médecin doit convaincre sa patiente qu'elle n'est atteinte d'aucun mal incurable mais qu'elle vit une nouvelle étape de sa vie, inéluctable, pour laquelle certaines conséquences ont une solution médicale. Le praticien « guérisseur » laisse la place au médecin « accompagnateur », rôle moins glorifiant, mais peut-être porteur d'une meilleure adhésion au traitement.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les modifications physiologiques de la ménopause ont un impact sur la sexualité de la femme. Les résultats sont en corrélation avec ceux des autres études retrouvées dans la littérature, et concluent à un impact relativement négatif, ce qui affirme notre hypothèse de départ.

Mais cette étude a également montré que la ménopause n'est qu'un facteur parmi d'autres pouvant altérer la sexualité à cette période de la vie. En effet, l'environnement socio-culturel de la femme a un impact important.

Nous avons pu constater que les modifications de la cellule familiale à la cinquantaine (départ des enfants notamment), les pertes, les problèmes de santé, la retraite... pouvaient influencer la manière dont la femme va vivre sa ménopause, mais aussi sa sexualité.

La symbolique de la ménopause (perte de la fécondité, vieillesse...) qui revêt des spécificités interpersonnelles mais aussi interculturelles peut également avoir un impact sur la sexualité de la femme.

Par ailleurs, de nombreuses femmes ont évoqué le fait que leur sexualité dépendait de leur conjoint. A la cinquantaine, les hommes subissent également de nombreux changements, notamment hormonaux : ceux-ci peuvent entraîner une baisse de la libido et une dysfonction érectile, des modifications corporelles, une asthénie et des troubles de l'humeur, ce qui définit l'andropause. Ils connaissent les mêmes modifications de leur environnement socio-familial que les femmes, mais les vivent-ils de la même façon ? Qu'en est-il de leur sexualité à cette période de leur vie ? Il pourrait être intéressant de mener une étude parallèle, afin de voir si les modifications physiologiques de l'andropause ont un impact sur la sexualité de l'homme.

Une telle étude serait certainement plus complexe à entreprendre en raison de la difficulté qu'éprouvent souvent les hommes à parler de leur intimité. Si les femmes, du moins dans notre société, sont habituées à parler de leur ménopause et parfois de sexualité entre elles, il n'en est pas de même pour les hommes, plus pudiques. Le Docteur Ternisien D'Ouille, sexologue à Limoges, m'a expliqué que les hommes qu'elle recevait en consultation avaient plus de facilité à parler de leurs problèmes sexuels avec elle, plutôt qu'avec un médecin homme, en raison d'une forme de « compétitivité » qui pouvait exister

entre hommes. Une étude sur la sexualité des hommes devra certainement prendre en compte un biais de valorisation, les hommes ressentant souvent une honte quant à d'éventuelles dysfonctions sexuelles, qui les conduiraient à décrire un comportement idéal dans leurs réponses.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'attente de la femme quant à l'abord du sujet par son médecin traitant. Pour 60% des femmes, le médecin traitant n'a pas abordé ce sujet, et la moitié aurait souhaité qu'il le fasse.

Les médecins se sentent souvent en difficulté à l'idée d'aborder le sujet de la sexualité avec leur patientes. Or, de nombreuses femmes éprouvent le besoin que ceux-ci en parlent avec elles. Cette question serait intéressante à étudier d'avantage, du point de vue des médecins et des patientes, car l'approche centrée patient, la relation et la communication, sont des compétences fondamentales de la médecine générale.

Il serait notamment intéressant de développer les causes du manque de communication par rapport à la sexualité. Est-ce parce qu'ils ne savent pas faire ou parce qu'ils n'osent pas ? Souhaiteraient-ils des outils, des formations pour les aider ? Ces questions pourraient faire l'objet d'une prochaine étude.

Bibliographie

1. BERDAH S. Freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes l'utilisant au-delà de la durée préconisée. Thèse de doctorat en médecine. Paris 7 : Université de Paris Diderot, 2010, 183 p. [En ligne]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3520_THESE-BERDAH.pdf. [consulté le 03-05-15]
2. GINDRE J. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal. Thèse de doctorat en médecine. Lyon-R.T.H. Laennec : Université Claude Bernard - Lyon 1, 2009, 175 p. [En ligne]. Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_GINDRE_Jeanne_1277364856011.pdf. [consulté le 03-05-15]
3. DREES. L'état de santé de la population en France, 2015. [En ligne]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf [consulté le 23-05-15]
4. INSEE. - Population - Bilan démographique 2014 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France métropolitaine [En ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm. [consulté le 23-03-15]
5. INSEE. - Population - Bilan démographique 2014 - Espérance de vie [En ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3d.htm. [consulté le 23-03-15]
6. CNGOF- Le syndrome climatérique et la qualité de vie, 2010 [En ligne]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_513_letombe.pdf. [consulté le 03-05-15]
7. Réunion de la Société Française de Pharmacologie (n°1, 1997, Marseille). Pourquoi la ménopause est-elle devenue un problème de santé publique ? In: Thérapie, Royaume-Uni, EDP Sciences, 1998, p. 49-59.
8. DREES. La santé des femmes en France, 2013 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er834.pdf>. [consulté le 23-05-15]
9. COLSON M.H. Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. Gérontologie et société, n°140, 2012, p.109-130.
10. ANRS. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France », mars 2007 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.anrs.fr/content/download/483/3662/file/DP%2013%20mars%2007%20-%20Premiers%20r%C3%A9sultats%20de%20l%5C%27enqu%C3%AAt%20CSF.pdf>. [consulté le 06-05-15]
11. BREWER S. Intimate Relations: Living and Loving in Later Life. London : Age Concern Books, 2004, 160 p.
12. KOMISARUK BR, WHIPPLE B. The suppression of pain by genital stimulation in females. Annual Review of Sex Research, 2012, 6, 1, p.151-86.
13. VINCENT L. Comment devient-on amoureux ? Paris : Odile Jacob, 2006, 191 p.
14. RIBES G. Sexualité et vieillissement. Chronique Sociale, 2014, 144 p.

15. TRUDEL G, TURGEON L, PICHE L. Marital and sexual aspects of old age. *Sex and Relationship Therapy*, 2000,15, 4, p.381-406.
16. AMLFC. Baisse du désir sexuel et péri-ménopause, 2006 [En ligne]. Disponible sur : http://medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/55_poly_1_menopause.pdf. [consulté le 23-03-15]
17. COURBIERE B, CARCOPINO X. Gynécologie-Obstétrique. Paris: Vernazobres-Gregg, 2010, 573p. (Médecine KB)
18. CNGOF. Dosages hormonaux en péri-ménopause : mythe ou nécessité ? 2002 [En ligne]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2002_gm_121_quereux.pdf. [consulté le 26-06-15]
19. BLANC B., HEIM M., ROSSI D. Ménopause et andropause, Item 55, Timone, Faculté Médecine Marseille, 2005 [En ligne]. Disponible sur : <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item55/Item55.htm#> [consulté le 23-03-15]
20. LESKENS V. Bien vivre sa ménopause et prévenir l'ostéoporose, 2011 [En ligne]. Disponible sur : http://www.eibe-formation.com/pdf/Memoire_veronique_leskens.pdf. [consulté le 23-03-15]
21. DESAULNIERS G. La ménopause. Gynecomedic, 2010 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.gynecomedic.com/php/menopause.php> [consulté le 23-03-15]
22. Les manifestations liées à la privation estrogénique, Gyneweb. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.gyneweb.fr/Sources/menopause/jce/privation.htm>. [consulté le 23-03-15]
23. XU H, THURSTON RC, MATTHEWS KA et al. Are hot flashes associated with sleep disturbance during midlife? *Maturitas*, 2012, 71, 1, p.34-8.
24. GEMVI : MOYAL-BARRACCO M. La vulve à la ménopause, variations physiologiques en image, 2010. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.gemvi.org/congres-session-33.php>. [consulté le 03-05-15]
25. JOGC. Prise en charge de la ménopause. [En ligne]. Disponible sur : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/09/gui311CPG1505Frev.pdf>. [consulté le 26-06-15]
26. SALIOU A-H. Echographie de la ménopause, 2008 2009, CHU Brest. [En ligne]. Disponible sur : <http://umvf.cerimes.fr/media/ressMereEnfant/ECH/gynec06/c01/index.htm>. [consulté le 26-06-15]
27. La ménopause, Gynécologie, Item 55 [En ligne]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, CHUPS Jussieu. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.15.html>. [consulté le 23-03-15]
28. CNGOF, campus cerimes. Ménopause, Gynécologie, Item 55, 2011 [En ligne]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf>. [consulté le 23-03-15]

29. La ménopause, DIU échographie Strasbourg [En ligne]. Disponible sur : <http://diuecho.chru-strasbourg.fr/claroline/backends/download.php?url=L2NvdXJzX0RJVV8yMDEzLTlwMTQvMTFfy2hhcDA4X29rLnBkZg%3D%3D&cidReset=true&cidReq=LILLE>. [consulté le 23-03-15]
30. VALENTINI FA, MARTI BG, ROBAIN G, NELSON PP. De la ménopause jusqu'au grand âge, pourquoi demande-t-on un bilan urodynamique ? Quelle information obtient-on ? Pelvi-Périnéologie, 2011, 6, 1, p.35-41.
31. PIGNE A. Homonothérapie et vieillissement uro-génital [En ligne]. Les JTA, 1996 . Disponible sur : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=499. [consulté le 23-03-15]
32. NAPPI RE, ALBANI F, SANTAMARIA V, et al. Menopause and sexual desire : the role of testosterone. Menopause Int, 2010, 16, 4, p.162-168.
33. AMBLER DR, BIEBER EJ, DIAMOND MP. Sexual Function in Elderly Women : A Review of Current Literature. Rev Obstet Gynecol, 2012, 5, 1, p.16-27.
34. Le sein, Histologie [En ligne]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, CHUPS Jussieu. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/POLY.Chp.6.3.2.html>. [consulté le 26-06-15]
35. PAYRE B. Identification de nouvelles cibles du Tamoxifène impliquées dans son activité pharmacologique. Thèse de doctorat d'université. Toulouse : Université de Toulouse, 2008, 190p. [En ligne]. Disponible sur : http://thesesups.univ-tlse.fr/422/1/Payre_Bruno.pdf. [consulté le 26-06-15]
36. Anatomie de la glande mammaire [En ligne]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/glandemammaire/site/html/cours.pdf>
37. CALLENS A, VAILLANT L, LECOMTE P, et al. Does hormonal skin aging exist? A study of the influence of different hormone therapy regimens on the skin of postmenopausal women using non-invasive measurement techniques. Dermatol Basel Switz., 1996, 193, 4, p.289-294.
38. PERQUIER F. Facteurs hormonaux et anthropométriques associés à la dépression chez la femme en post-ménopause : Résultats de la cohorte E3N. Thèse de doctorat d'université. Paris-Sud : Université de Paris-Sud, 2014, 253 p. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ed-sante-publique.u-psud.fr/images/these_pdf/perquier2014.pdf. [consulté le 23-03-15]
39. JOGC. Conférence canadienne de consensus sur la ménopause, 2006. [En ligne]. Disponible sur : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/171F-CONS-Fevrier2006.pdf>. [consulté le 26-06-15]
40. PARIS JJ, WALF AA, FRYE CA. Cognitive performance of middle-aged female rats is influenced by capacity to metabolize progesterone in the prefrontal cortex and hippocampus. Brain Res., 2011, 1379, p.149-163.
41. La ménopause, Endocrinologie, Item 55 [En ligne]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, CHUPS Jussieu. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/POLY.Chp.15.3.html>. [consulté le 23-03-15]

42. MAKI PM, FREEMAN EW, GREENDALE GA, et al. Summary of the NIA-sponsored Conference on Depressive Symptoms and Cognitive Complaints in the Menopausal Transition. *Menopause N Y N*, 2010, 17, 4, p.815-822.
43. SHERWIN BB, TULANDI T. « Add-back » estrogen reverses cognitive deficits induced by a gonadotropin-releasing hormone agonist in women with leiomyomata uteri. *J Clin Endocrinol Metab*, 1996, 81, 7, p.2545-2549.
44. SHERWIN BB. Estrogen and/or androgen replacement therapy and cognitive functioning in surgically menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 1988, 13, 4, p.345-357.
45. MANLY JJ, MERCHANT CA, JACOBS DM, et al. Endogenous estrogen levels and Alzheimer's disease among postmenopausal women. *Neurology*, 2000, 54, 4, p.833-837.
46. FINK G. Hormones sexuelles, humeur, état mental et mémoire [En ligne]. Société de NeuroEndocrinologie, 2013. Disponible sur : <http://www.societe-neuroendocrinologie.fr/Breves/06-Hormones-sexuelles-humeur-etat-mental-et-memoire>. [consulté le 23-03-15]
47. GARCIA C. La ménopausée au cabinet dentaire [En ligne]. 2004. Disponible sur : <http://www.homeoint.org/seror/odonto/garciamenopause.htm>. [consulté le 26-06-15]
48. VIALE-GARRONE A, TAVITIAN P, TARDIVO D, et al. Relationship between menopause and tooth loss. *Odonto-Stomatol Trop Trop Dent J.*, 2013, 36, 144, p.56-64.
49. Ministère de l'éducation Nationale. L'éducation à la sexualité au collège et au lycée - guide du formateur - 2008 [En ligne]. Disponible sur : http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/68/2/education_sexualite_112682.pdf. [consulté le 10-08-15]
50. COUR F. F, DROUPY S., FAIX A., et al. Anatomie et physiologie de la sexualité. [En ligne]. Association Française d'Urologie. 2013. Disponible sur : <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/anatomie-et-physiologie-de-la-sexualite.html>. [consulté le 15-04-15]
51. MAGON N, CHAUHAN M, MALIK S, et al. Sexuality in midlife : Where the passion goes? *J -Life Health.*, 2012, 3, 2, p.61-65.
52. LAUMANN EO, PAIK A, ROSEN RC. Sexual dysfunction in the United States : prevalence and predictors. *JAMA.*, 1999, 281, 6, p.537-544.
53. TAURELLE R., TAMBORINI A. La ménopause. 2e éd. Paris : Masson, 1997, 230 p. (Abrégés)
54. Ménopause, une nouvelle sexualité ? Réalités en gynécologie-obstétrique, 2012 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.performances-medicales.com/gyneco/encours/161/04.pdf>. [consulté le 15-04-15]
55. MOUCHAMPS E., GASPARD U. La problématique du désir sexuel chez la femme ménopausée : une évaluation succincte [En ligne]. *JGYN*, 1999. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/113799>. [consulté le 03-05-15]
56. DENNERSTEIN L, DUDLEY EC, HOPPER JL, et al. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*, 1997, 26, 2, p.83-93.

57. AVIS NE, STELLATO R, CRAWFORD S, et al. Is there an association between menopause status and sexual functioning ? *Menopause N Y N.*, 2000, 7, 5, p.297-309.
58. RINGA V, DITER K, LABORDE C, et al. Women's sexuality : from aging to social representations. *J Sex Med.*, 2013, 10, 10, p.2399-2408.
59. FELSTEIN I. *Sex in Later Life*. Harmondsworth : Penguin Books Ltd, 1973, 144 p. (Pelican)
60. GANEM G. La sexualité des seniors [En ligne]. Association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité, 2002. Disponible sur : <http://www.adirs.org/v4/data/sexualite/seniors.asp>. [consulté le 10-03-15]
61. DEACON S, MINICHELLO V, PLUMMER D. Sexuality and Older People : Revisiting the Assumptions. *Educ Gerontol*, 1995, 21, 5, p.497-513.
62. UCL, RESO. Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause ? [En ligne]. Disponible sur : <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos42.pdf>. [consulté le 03-05-15]
63. CHEVRET M, JAUDINOT E, SULLIVAN K, et al. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners : assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *J Sex Marital Ther.*, 2004, 30, 3, p.157-172.
64. Menopause basics - womenshealth.gov [En ligne]. Disponible sur : <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-basics/index.html>. [consulté le 18-07-15]
65. La ménopause, item 55 (médecine ups-tlse) [En ligne]. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/55_poly_1_menopause.pdf. [consulté le 18-07-15]
66. OMS. Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 [En ligne]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_fre.pdf. [consulté le 18-07-15]
67. LINDAU ST, SCHUMM LP, LAUMANN EO, et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med.*, 2007, 357, 8, p.762-774.
68. THOMAS HM, BRYCE CL, NESS RB, et al. Dyspareunia is Associated with Decreased Frequency of Intercourse in the Menopausal Transition. *Menopause N Y N.*, 2011, 18, 2, p.152-157.
69. THOMPSON WK, CHARO L, VAHIA IV, et al. Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *J Am Geriatr Soc.*, 2011, 59, 8, p.1503-1508.
70. TROMPETER SE, BETTENCOURT R, BARRET-CONNOR E. Sexual Activity and Satisfaction in Healthy Community-dwelling Older Women. *Am J Med.*, 2012, 125, 1, p.37-43.e1.
71. DENNERSTEIN L, HAYES RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. *J Sex Med.*, 2005, 2 Suppl 3, p.118-132.

72. HORNUNG R. La sexualité des personnes âgées : Vieillir et jouir sans rougir [En ligne]. Disponible sur : <http://www.arte.tv/fr/la-sexualite-des-personnes-agees/1391772.CmC=1393846.html>. [consulté le 08-03-15]
73. N Elgl J Med. Une étude sur la sexualité et la santé des patients âgés aux Etats-Unis, 2007 [En ligne]. Disponible sur : http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/biblio_com/2008_general_p42_sujetage.pdf. [consulté le 10-03-15]
74. HAFFANI, RIDHA, TRABELSI, et al. Sexualité et ménopause, 5e Congrès National de Médecine Interne, Tunis [En ligne]. Société tunisienne de médecine interne. 2002. Disponible sur : <http://www.stmi.org.tn/docs/Vcongres/menophaffani.htm>. [consulté le 03-05-15]
75. JONES EK, JURGENSON JR, KATZENELLENBOGEN JM, et al. Menopause and the influence of culture : another gap for Indigenous Australian women? BMC Womens Health., 2012, 12, p.43.
76. BERCIER S. Qualité de vie, caractéristiques socio-démographiques et réalisation d'examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS. Thèse de doctorat en médecine. Créteil : Université Paris Val de Marne, 2003, 143 p. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.urml-idf.org/upload/these/bercier.pdf>. [consulté le 03-05-15]
77. DOUKI, NACEF, BOUZID, et al. Les conséquences psychosociales de la ménopause : réalités, symboles et mythes [En ligne]. Société tunisienne de médecine interne. Disponible sur : <http://www.stmi.org.tn/docs/Vcongres/menopdouki.htm>. [consulté le 03-05-15]
78. IM E-O, LEE B, CHEE W, et al. Menopausal Symptoms Among Four Major Ethnic Groups in the U.S. West J Nurs Res., 2010, 32, 4, p.540-565.
79. COLLINS A. Sociocultural Issues in Menopause. In : LOBO RA, CROSIGNANI PG, PAOLETTI R, et al. Women's Health and Menopause. Springer US, 2002, p.339-344 (Medical Science Symposia Series, 17)
80. WASOW M, LOEB MB. Sexuality in nursing homes. J Am Geriatr Soc., 1979, 27, 2, p.73-79.
81. CALL V, SPRECHER S, SCHWARTZ P. The Incidence and Frequency of Marital Sex in a National Sample. J Marriage Fam., 1995, 57, 3, p.639.
82. BECKMAN N, WAERN M, GUSTAFSON D, and al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds : cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ, 2008, p.337.
83. WOLOSKI-WRUBLE AC, OLIEL Y, LEEFSMA M, and al. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. J Sex Med., 2010, 7, 7, p.2401-2410.
84. ANDERSON D, SIEVERT LL, MELBY MK, and al. Methods used in cross-cultural comparisons of sexual symptoms and their determinants. Maturitas, 2011, 70, 2, p.135-140.
85. DENNERSTEIN L, RANDOLPH J, TAFFE J, and al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril., 2002, 77, p.42-48.

86. PONGSATHA S, MORAKOT N, CHAOVISITSAREE S. Sexual in menopausal women comparing perimenopausal and postmenopausal women. J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet., 2012, 95, 12, p.1489-1494.
87. NAPPI RE, MATTSON L-Å, LACHOWSKY M, and al. The CLOSER survey : Impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. Maturitas, 2013, 75, 4, p.373-379.
88. SIMON JA, NAPPI RE, KINGSBERG SA, and al. Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey : emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. Menopause N Y N. 2014, 21, 2, p.137-142.
89. NAPPI RE, KINGSBERG S, MAAMARI R, and al. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEX and Relationships) survey : implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. J Sex Med. 2013, 10, 9, p.2232-2241.
90. DOMONEY C, CURRIE H, PANAY N, and al. The CLOSER survey : impact of postmenopausal vaginal discomfort on women and male partners in the UK. Menopause Int., 2013, 19, 2, p.69-76.
91. KINGSBERG S, WYSOCKI S, MAGNUS L, and al. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women : findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. J Sex Med., 2013, 10, 7, p.1790-1799.
92. AYERS B, FORSHAW M, HUNTER MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience : A systematic review. Maturitas, 2010, 65, 1, p.28-36.
93. KOWALSEK I, ROTTE D, BANZ C, and al. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Maturitas, 2005, 51, 3, p.227-235.
94. METZ ME, SEIFERT MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. J Sex Marital Ther., 1990, 16, 2, p.79-88.
95. GIAMI A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité [En ligne]. Academia.edu. 2010. Disponible sur: http://www.academia.edu/4781235/La_sp%C3%A9cialisation_informelle_des_m%C3%A9decins_g%C3%A9n%C3%A9ralistes_l_abord_de_la_sexualit%C3%A9. [consulté le 03-05-15]

Table des matières

Remerciements.....	9
Droits d’auteurs.....	12
Liste des abréviations.....	13
Plan.....	14
Introduction.....	20
 <u>Première partie : La théorie</u>	
1.Définition et clinique de la ménopause.....	26
1.1.Définition de la ménopause.....	26
1.2.Diagnostic de la ménopause	27
1.3.Rappels physiologiques.....	28
1.3.1.La péri-ménopause.....	28
1.3.2.La ménopause confirmée.....	30
1.4.Manifestations cliniques de la ménopause.....	31
1.4.1.Aménorrhée secondaire.....	31
1.4.2.Bouffées de chaleur.....	31
1.4.3.Troubles génito-urinaires.....	32
1.4.3.1.Vulve et vagin.....	33
1.4.3.2.Utérus.....	34
1.4.3.3.Ovaires.....	35
1.4.3.4.Fonction urinaire.....	36
1.4.4.Troubles sexuels.....	37
1.4.5.Modifications corporelles.....	38
1.4.5.1.Seins.....	38
1.4.5.2.Poids.....	39
1.4.5.3.Poils et cheveux (virilisation).....	39
1.4.5.4.Peau.....	40
1.4.6.Troubles psychiques.....	40

1.4.7. Manifestations mixtes.....	43
1.4.8. Troubles du sommeil.....	44
1.4.9. Fonctions cognitives.....	44
1.4.10. Risque osseux.....	46
1.4.11. Risque cardiovasculaire.....	48
1.4.12. Risque oncologique.....	50
1.4.12.1. Cancer de l'endomètre (19).....	50
1.4.12.2. Cancer du col utérin (19).....	50
1.4.12.3. Cancer de l'ovaire (19).....	50
1.4.12.4. Cancer du sein (19).....	50
1.4.13. Des manifestations cliniques peu connues.....	51
1.4.13.1. Muqueuse buccale et gingivale.....	51
1.4.13.2. Voix.....	51
1.4.13.3. Œil.....	51
2. Sexualité.....	52
2.1. Définition de la sexualité.....	52
2.2. Anatomie et physiologie de la sexualité.....	54
2.2.1. Contrôle cérébral de la réponse sexuelle.....	56
2.2.2. Voies nerveuses de l'excitation sexuelle.....	57
2.2.3. Neuromédiateurs de la réponse sexuelle.....	58
2.2.2.1. Les neuromédiateurs périphériques.....	58
2.2.2.2. Les neuromédiateurs centraux.....	58
2.2.4. Les modulateurs stéroïdiens.....	60
2.2.5. La réponse sexuelle féminine.....	61
2.2.5.1. Le désir.....	61
2.2.5.2. L'excitation sexuelle.....	62
2.2.5.3. Le plateau.....	63
2.2.5.4. L'orgasme.....	63
2.2.5.5. La résolution.....	64
2.3. Les dysfonctions sexuelles féminines.....	65
2.3.1. Trouble du désir.....	65
2.3.2. Troubles de l'excitation.....	66
2.3.2.1. Trouble de l'excitation sexuelle génitale.....	66
2.3.2.2. Trouble de l'excitation sexuelle subjective.....	66
2.3.2.3. Trouble mixte de l'excitation sexuelle.....	66
2.3.3. Troubles de l'orgasme.....	66

2.3.4.Troubles algiques.....	66
2.3.4.1.Dyspareunies.....	66
2.3.4.2.Vaginisme.....	67
2.4.Les modifications de la sexualité à la ménopause.....	67
2.4.1.Évolution anatomique.....	68
2.4.2.Évolution des réactions sexuelles.....	69
2.4.2.1.La phase d'excitation.....	69
2.4.2.2.La phase de plateau.....	69
2.4.2.3.La phase de l'orgasme.....	69
2.4.2.4.La phase de résolution.....	70
2.4.3.Facteurs non hormonaux influençant la sexualité à la ménopause.....	70
2.4.3.1.Facteurs physiques.....	70
2.4.3.2.Facteurs psychologiques.....	71
2.4.3.3.Facteurs sociaux : religion, culture et sexualité.....	72
2.4.3.4.Facteurs familiaux.....	74

Deuxième partie : L'étude

1.Matériel et méthode.....	76
1.1.Type d'étude.....	76
1.2.Objectifs de l'étude.....	76
1.3.Population de l'étude, recueil des données.....	76
1.4.Analyse des données.....	79
1.5.Méthode de recherche bibliographique.....	79
1.6.Analyse statistique.....	80
2.Résultats.....	81
2.1.Population de l'étude.....	81
2.1.1.Les médecins qui ont transmis les questionnaires.....	81
2.1.1.1.Descriptif global.....	81
2.1.1.2.Descriptif par département.....	82
2.1.1.3.Descriptif selon la zone d'activité.....	84
2.1.2.Les femmes qui ont répondu aux questionnaires.....	87
2.1.2.1.Age au moment de l'étude.....	87
2.1.2.2.Age de début de ménopause.....	87
2.1.2.3.Département d'origine.....	88

2.1.2.4.Présence d'un conjoint.....	89
2.1.2.5.Enfants.....	90
2.2.Vécu de la ménopause.....	91
2.2.1.Impact sur la féminité.....	91
2.2.2.Sentiment de libération.....	92
2.2.3.Souffrance vis-à-vis des changements corporels et impact sur la sexualité.....	93
2.2.4.Sentiment d'être moins désirable.....	95
2.2.5.Ménopause synonyme de vieillesse.....	96
2.3.Troubles de la sexualité.....	97
2.3.1.Désir.....	97
2.3.2.Fréquence des rapports.....	98
2.3.3.Sécheresse vaginale.....	99
2.3.4.Plaisir ressenti lors des caresses.....	101
2.3.5.Trouble de l'orgasme.....	102
2.3.6.Rapports entre les différents troubles sexuels.....	103
2.3.6.1.Désir vs fréquence des rapports.....	103
2.3.6.2.Sécheresse vaginale vs plaisir ressenti lors des caresses.....	103
2.3.6.3.Sécheresse vaginale vs trouble de l'orgasme.....	104
2.4.Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité.....	105
2.4.1.Bouffées de chaleur.....	105
2.4.2.Troubles du sommeil.....	107
2.4.3.Troubles de l'humeur.....	109
2.4.4.Dépression.....	111
2.5.Recherche de solutions, abord du sujet par le médecin traitant.....	113
2.5.1.Recherche de solutions.....	113
2.5.2.Consultation d'un médecin.....	114
2.5.3.Abord du sujet par le médecin traitant.....	115
3.Discussion.....	117
3.1.Biais de l'étude.....	117
3.1.1.Questionnaires.....	117
3.1.2.Médecins.....	117
3.1.3.Patientes.....	118
3.1.4.Biais sociologique.....	118
3.2.Les médecins qui ont transmis les questionnaires.....	119
3.3.Les femmes qui ont répondu aux questionnaires.....	119
3.4.Vécu de la ménopause.....	123

3.4.1. Impact sur la féminité, changements corporels, sentiment d'être désirable.....	125
3.4.2. Sentiment de libération ?.....	126
3.4.3. Ménopause synonyme de vieillesse ?.....	127
3.5. La sexualité après 50 ans.....	128
3.5.1. Évolution de la sexualité avec l'âge.....	128
3.5.2. Causes de la diminution d'activité sexuelle après 50 ans.....	129
3.5.3. Les troubles sexuels.....	130
3.5.3.1. Désir.....	132
3.5.3.2. Fréquence des rapports sexuels.....	132
3.5.3.3. Sécheresse vaginale.....	132
3.5.3.4. Plaisir ressenti lors des caresses.....	133
3.5.3.5. Orgasme.....	134
3.6. Signes cliniques de la ménopause et impact sur la sexualité.....	134
3.6.1. Bouffées de chaleur.....	135
3.6.2. Troubles du sommeil.....	136
3.6.3. Troubles de l'humeur.....	136
3.6.4. Dépression.....	136
3.7. Recherche de solutions et abord du sujet par le médecin traitant.....	137
Conclusion.....	140
Bibliographie.....	142
Table des annexes.....	154
Annexe 1. Questionnaire remis aux patientes.....	155
Annexe 2. Lettre accompagnant les questionnaires, remis aux médecins.....	158
Table des illustrations.....	159
Index des tableaux.....	160
Serment d'Hippocrate.....	161

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaires remis aux patientes

Annexe 2 : Lettre accompagnant les questionnaires, remis aux médecins

Annexe 1. Questionnaire remis aux patientes

Bonjour,

Dans le cadre de ma **thèse de médecine générale**, je vous sollicite par le biais de ce questionnaire, afin de recueillir des informations me permettant de répondre à la question « **Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme?** » .

Ce questionnaire remis par votre médecin est **strictement anonyme** et ne vous prendra pas plus de 5 minutes. Une fois terminé, glissez-le dans l'enveloppe fournie et remettez-le au secrétariat du cabinet médical. Je serai la seule à y avoir accès.

Merci pour votre aide.

Anne-Laure PETIT

1ère partie

- 1) **Quel âge avez-vous ?**
..... ans
- 2) **Dans quel département vivez-vous ?**
.....
- 3) **Avez-vous un conjoint ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 4) **Avez-vous des enfants ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 5) **A quel âge a débuté votre ménopause ?**
..... ans

2e partie

- 1) **Avez-vous l'impression que la ménopause a eu un impact sur votre féminité ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 2) **Diriez-vous que la ménopause est une libération (arrêt des règles, rapports sexuels sans risque de grossesse, etc...) ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 3) **Depuis la ménopause, souffrez-vous des changements qu'a pu subir votre corps (poitrine, peau sèche, rides, prise de poids, etc...) ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 4) **Depuis la ménopause, vous sentez-vous moins désirable ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON
- 5) **Diriez-vous que la ménopause est synonyme de vieillesse ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

3e partie

- 1) **Depuis la ménopause, avez-vous toujours envie de faire l'amour, ressentez-vous toujours du désir vis à vis de votre conjoint ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 2) **Depuis la ménopause, la fréquence de vos rapports sexuels a-t-elle diminué ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 3) **Depuis la ménopause, souffrez-vous de sécheresse vaginale (diminution des pertes, rougeur, irritations...)?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Si oui, est-ce que cela vous gêne lors des rapports sexuels ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 4) **Depuis la ménopause, ressentez-vous toujours le même plaisir lorsque votre partenaire vous caresse ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 5) **Depuis la ménopause, avez-vous l'impression de parvenir moins facilement à l'orgasme ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

4e partie

- 1) **Depuis la ménopause, avez-vous des bouffées de chaleur ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 2) **Depuis la ménopause, avez-vous des troubles du sommeil (difficulté à vous endormir, réveils fréquents dans la nuit...)?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 3) **Depuis la ménopause, avez-vous des sautes d'humeur ou vous sentez-vous plus irritable ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON

- 4) **Depuis la ménopause, vous sentez-vous plus souvent déprimée ?** (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Si oui, avez-vous le sentiment que cela a un impact sur votre sexualité ? (entourez la bonne réponse)
OUI NON

Annexe 2. Lettre accompagnant les questionnaires, remis aux médecins

Bonjour,

Interne en 3^e année du DES de **médecine générale** au CHU de Limoges, je prépare une **thèse** sur le thème de la sexualité chez la femme ménopausée. Cette thèse a pour but de répondre à la question « **les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ?** ».

Pour cette étude, j'ai élaboré un **questionnaire** et je sollicite des **médecins généralistes** afin qu'ils les distribuent à leurs patientes.

Je vous remercie par avance d'avoir accepté d'y participer.

Modalités du recueil :

- Les patientes doivent être **ménopausées**, avoir entre **50 et 70 ans**, et potentiellement une activité sexuelle (sinon elles ne pourront répondre au questionnaire).
- Le questionnaire est **remis par le médecin**, accompagné d'une **enveloppe** à mon nom. (Si pour votre organisation il est plus simple que ce soit votre secrétaire qui le distribue, merci de lui expliquer ces étapes afin qu'à son tour elle puisse donner les informations nécessaires à la patiente).
- Le questionnaire est strictement **anonyme**, il est important de le rappeler aux patientes car certaines sont dans un premier temps réticentes à l'annonce du sujet !
- Les patientes peuvent y **répondre tranquillement à leur domicile**, le remettre dans l'**enveloppe** fournie pour plus de discrétion, et le **déposer au cabinet** (secrétariat ou boîte aux lettres).
- J'aimerais avoir récupéré les questionnaires au maximum fin Avril 2015.
- Selon votre localité, je viendrai les récupérer au cabinet ou je vous laisserai une enveloppe et des timbres afin de me les renvoyer.

Merci pour votre aide !

Anne-Laure PETIT

Mes coordonnées :

..... rue..... 87000 LIMOGES

06-.....

.....@.....

Table des illustrations

Illustration 1 : Physiopathologie de la péri-ménopause.....	29
Illustration 2 : La réponse sexuelle féminine selon R. Basson.....	55
Illustration 3 : Régions cérébrales activées lors du désir sexuel et de situations amoureuses	55
Illustration 4 : Système limbique.....	56
Illustration 5 : Système nerveux parasympathique et sympathique.....	57
Illustration 6 : Systématisation de l'innervation pelvienne.....	57
Illustration 7 : Effets centraux des neuromédiateurs et des hormones sur la réponse sexuelle féminine.....	58
Illustration 8 : L'expansion du vagin et l'élévation de l'utérus pendant le coït.....	63
Illustration 9 : Répartition des questionnaires distribués.....	77
Illustration 10 : Descriptif de la population médicale par sexe.....	81
Illustration 11 : Descriptif de la population médicale par département.....	84
Illustration 12 : Exercice rural.....	86
Illustration 13 : Exercice urbain.....	86
Illustration 14 : Répartition de la population selon les deux groupes d'âge.....	87
Illustration 15 : Répartition de la population totale selon leur département d'origine.....	88
Illustration 16 : Répartition de la population par groupe d'âge selon leur département d'origine.....	88
Illustration 17 : Conjoint.....	89
Illustration 18 : Enfants.....	90
Illustration 19 : Impact sur la féminité.....	91
Illustration 20 : Sentiment de libération.....	92
Illustration 21 : Souffrance vis-à-vis des changements corporels.....	93
Illustration 22 : Impact des changements corporels sur la sexualité.....	94
Illustration 23 : Sentiment d'être moins désirable.....	95
Illustration 24 : Ménopause synonyme de vieillesse.....	96
Illustration 25 : Désir / envie de rapports.....	97
Illustration 26 : Diminution de la fréquence des rapports.....	98
Illustration 27 : Sécheresse vaginale.....	99
Illustration 28 : Sécheresse vaginale gênante lors des rapports.....	100
Illustration 29 : Plaisir ressenti lors des caresses.....	101
Illustration 30 : Trouble de l'orgasme.....	102
Illustration 31 : Bouffées de chaleur.....	105
Illustration 32 : Impact des bouffées de chaleur sur la sexualité.....	106
Illustration 33 : Troubles du sommeil.....	107
Illustration 34 : Impact des troubles du sommeil sur la sexualité.....	108
Illustration 35 : Troubles de l'humeur.....	109
Illustration 36 : Impact des troubles de l'humeur sur la sexualité.....	110
Illustration 37 : Dépression.....	111
Illustration 38 : Impact de la dépression sur la sexualité.....	112
Illustration 39 : Recherche de solutions.....	113
Illustration 40 : Consultation d'un médecin.....	114
Illustration 41 : Sujet abordé par le médecin traitant.....	115
Illustration 42 : Souhait que le médecin traitant aborde le sujet.....	116

Index des tableaux

Tableau 1 : Principales modifications métaboliques et vasculaires consécutives à l'installation de la ménopause.....	49
Tableau 2 : Évolution anatomique des organes impliqués dans la sexualité.....	68
Tableau 3 : Désir vs fréquence des rapports.....	103
Tableau 4 : Sécheresse vaginale vs plaisir ressenti lors des caresses.....	104
Tableau 5 : Sécheresse vaginale vs trouble de l'orgasme.....	104

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ?

Résumé :

La sexualité est désormais un axe majeur de la recherche médicale, mais il existe peu d'études sur l'activité sexuelle des femmes ménopausées. Dans la littérature, la sexualité semble diminuer après la ménopause. Le but de l'étude était d'évaluer l'impact des modifications physiologiques de la ménopause sur la sexualité de la femme. Les sujets étaient des femmes, âgées de 45 à 70 ans, ménopausées. Les données étaient recueillies par questionnaires (375 distribués à 35 médecins généralistes du Limousin et destinés à leurs patientes, 26 donnés directement à des patientes). 152 questionnaires ont été recueillis. Les symptômes qui ont eu le plus d'impact sur la sexualité étaient : sécheresse vaginale 80%, dépression 75%, troubles de l'humeur 61%, changements corporels 61%, troubles du sommeil 68%, bouffées de chaleur 37%. Parmi les femmes qui souffraient de sécheresse vaginale, 43% ressentaient moins de plaisir lors des caresses de leur partenaire et 68% parvenaient moins facilement à l'orgasme. Pour 71% la fréquence des rapports sexuels a diminué. Pour 60% des femmes le sujet n'a pas été abordé par leur médecin traitant, 32% auraient souhaité qu'il le fasse. La ménopause n'est qu'un facteur parmi d'autres pouvant altérer la sexualité à cette période de la vie. L'environnement socio-familial (départ des enfants, pertes, relations avec le conjoint, retraite), et culturel comme la symbolique de la ménopause (arrêt des règles, perte de la fécondité, vieillesse, évolution du statut social) ont un impact important. Les médecins éprouvent souvent des difficultés à aborder le sujet de la sexualité en consultation.

Mots-clés : sexualité et ménopause, manifestations cliniques de la ménopause, sexualité et vieillissement, culture et ménopause.

Does the physiological changes of menopause have an impact on the woman's sexuality ?

Abstract :

Sexuality is now a major focus of medical research, but there are few studies on the sexual activity of postmenopausal women. In literature, sexuality seems to decrease after menopause. The purpose of the study was to assess the impact of physiological changes of menopause on woman's sexuality. The subjects were postmenopausal women, aged 45 to 70 years. Data were collected by questionnaire (375 distributed to 35 Gps in Limousin, for their patients, 26 given directly to patients). 152 questionnaires were collected. Symptoms that have had the most impact on sexuality were: vaginal dryness 80%, 75% depression, mood disorders 61%, body changes 61%, sleep disorders 68%, hot flushes 37%. Among women who suffer from vaginal dryness, 43% felt less pleasure in the caresses of their partner and 68% reached less easily orgasm. For 71% the frequency of sex decreased. For 60% of women the topic was not addressed by their doctor, 32% would have liked him to. Menopause is only one factor among others that could affect sexuality in this period of life. The social and family environment (children leaving home, loss, relationships with spouse, retirement, health), and cultural as symbolic of menopause (cessation of menstruation, loss of fertility, aging, social status change) have a significant impact . Doctors often find it difficult to broach the subject of sexuality in consultation.

Keywords : Menopause and sexuality, dyspareunia, hot flushes, sexuality and old people, menopause and sociocultural issues.