Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 15 septembre 2016 à Poitiers
par Mademoiselle Violayne Girardeau

Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale : qu'en pensent les patientes ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. Merci pour vos cours de psychiatrie dont je garde un excellent souvenir. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Marion Albouy Llaty,

Vous me faites l'honneur de votre présence et de juger mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet,

Je te remercie de t'être intéressée à ce sujet et d'avoir bien voulu être ma directrice de thèse. Merci pour ton aide lors de toutes les étapes de ce travail, pour ta disponibilité et ton soutien. J'ai aussi beaucoup appris à tes côtés lors de mon stage. Je te remercie sincèrement pour tout cela !

A mes maîtres de stage

Qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet lors de mes stages libéraux d'internat et m'ont transmis chacun à leur manière un peu de leur savoir-faire et savoir-être.

A toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire

Sans vous ce travail n'aurait pas été possible ! Merci de votre aide précieuse.

A ma famille

Merci à mes parents qui chacun à leur manière ont été d'une aide précieuse à la réalisation de cette thèse, et qui m'épaulent depuis le début !

Merci à mon frère et Lucille, et ma sœur d'être là et de me soutenir ! Merci à la nouvelle venue Malia, qui m'a bien aidée à la fin avec ses interminables sourires de soutien !

Merci à ma belle-famille, j'ai de la chance de tous vous avoir à mes côtés !

A mes amis

Marie,

Merci pour toutes ces années passées ensemble et pour tout le soutien que l'on s'est données mutuellement. Merci pour cette belle amitié solide qui ne s'amenuise pas malgré la distance!

Caroline,

Quelle chance de s'être retrouvées ! Je crois que sans toi je ne serais jamais arrivée à finir cette thèse ! Merci pour ta présence et ton amitié !

Laure, Laurence, Adeline, et tous les amis de la fac, ainsi que les membres du 'forum',

Merci à tous d'être là, j'ai découvert non seulement des collègues aidants mais aussi et surtout des amis hors pair !

Marie Cécile,

Ma grande amie de toujours, merci pour ton amitié qui dépasse les frontières, et aux futurs moments que nous partagerons ensemble, ici ou outre atlantique !

Déborah, Pauline, Nelly, Maud, et mes amies d'enfance,

Merci pour votre présence, votre amitié est si précieuse pour moi.

A Guillaume,

Merci pour ton aide si précieuse et ton soutien au quotidien, tu m'as supporté, ce n'est pas rien! Merci d'être à mes côtés chaque jour qui passe, et vivement nos nouvelles aventures !

Merci à tous.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS 1

INTRODUCTION 2

METHODE 8

1 - Type d'étude 8

2 - Population étudiée 8

3 - Questionnaire 8

4 - Mode de recrutement 9

5 - Information et consentement 9

6 - Recueil des données 9

7 - Analyse des données 10

RESULTATS 11

1 -Taux de réponse 11

2 - Descriptif de l'échantillon étudié 11

2.1 - Données socio-économiques 11

2.2 - Données médicales 13

3 - Place de la sexualité dans la vie des femmes d'âge moyen 17

4 - Représentations et croyances sur la ménopause 18

5 - Troubles de la sexualité et recours ou non à un professionnel de santé 19

5.1 Troubles de la sexualité 19

5.2 Troubles de la sexualité et âge 21

5.3 - Troubles de la sexualité et statut socio-économique 21

5.4 - Troubles de la sexualité et santé générale 23

5.5 - Troubles de la sexualité et souffrance personnelle 24

5.6 - Troubles de la sexualité et répercussion sur la relation de couple 25

5.7 - Troubles de la sexualité et recours à un professionnel de santé 26

5.8 - Analyse de l'entretien avec un professionnel de santé 27

6 - Abord de la sexualité en soins primaires : qu'en pensent les femmes d'âge moyen ?.....30

6.1 - Sexualité et médecine 30

6.2 - Freins à l'abord du sujet de la sexualité en médecine générale 30

6.3 - Initiation du dialogue par le médecin généraliste 31

6.4 - Initiation du dialogue par le médecin généraliste et recours aux soins.....32

6.5 - Compétence du médecin généraliste en matière de sexualité.....33

6.6 - Commentaires des femmes.....33

DISCUSSION.....36

1 - Validité interne de l'étude.....36

1.1 - Analyse de la méthodologie et difficultés rencontrées 36

1.2 - Questionnaire.....37

1.3 - Limites et biais de l'étude.....38

2 - Validité externe : comparaison des résultats obtenus aux données de la littérature 39

2.1 - Représentativité de l'échantillon par rapport à la population étudiée.....39

2.2 - Pourquoi parler de sexualité en médecine générale ? 39

2.3 - Recours à un professionnel de santé pour des difficultés sexuelles.....43

2.4 - Avis des patientes d'âge moyen sur l'abord de la sexualité en soins primaires 45

CONCLUSION 47

BIBLIOGRAPHIE 48

ANNEXES 52

RESUME.....67

SERMENT.....68

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DSM V : cinquième édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders), le manuel diagnostique et statistique des maladies mentales de la société américaine de psychiatrie.

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

INTRODUCTION

La sexualité féminine est un phénomène intime et personnel extrêmement complexe où interagissent étroitement des composantes biologiques, physiques, psychologiques et socio-culturelles. Il n'existe de ce fait aucune normalité dans le contexte de la santé sexuelle.

Santé sexuelle – définition, représentations, et contexte actuel

La définition de la santé sexuelle selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été revue et complétée en 2000 : « la santé sexuelle devient l'expérience d'un processus continu de bien être psychique, physique et socio-culturel concernant la sexualité. »
Dans l'enquête « contexte de la sexualité en France » (enquête CSF) réalisée en 2006, 12000 personnes ont été interrogées (1). Les pratiques et les réactions sexuelles, le plaisir et les désaccords entre partenaires y ont été explorés à divers âges, ainsi que les représentations de la sexualité. Elle met en avant les nombreuses évolutions des perceptions en matière de sexualité ces dernières décennies, notamment en ce qui concerne le vieillissement sexuel. Une comparaison entre l'enquête de 1970 et celle de 2006 montre une augmentation importante de l'activité sexuelle des femmes de plus de 50 ans vivant en couple, (près de 90% en 2006 contre 50% en 1970).

Cependant les croyances restent bien ancrées dans la société actuelle, comme le montre l'enquête mondiale GSSAB(2005) sur les attitudes et les comportements sexuels (2). Dans les 28 pays de l'enquête, les personnes interrogées établissent un lien étroit entre les modifications biologiques liées au vieillissement et la perte de l'intérêt sexuel, avec, comme âge frontière, la ménopause chez la femme. Si dans l'imaginaire populaire la cinquantaine marque souvent un déclin de la sexualité féminine avec la ménopause, la réalité est en total décalage avec ces croyances. Le seuil du vieillissement biologique se situerait actuellement aux alentours de 75/80 ans (3). Il est désormais acquis qu'une sexualité saine et satisfaisante peut se prolonger toute au long de la vie et ne se termine nullement avec la fin de la procréation (4).

De plus, bien que nombre d'idées reçues et de stéréotypes persistent, les tabous qui entourent la sexualité ont tendance à diminuer et les femmes expriment d'avantage leur besoin d'une vie sexuelle active et épanouie :

- dans l'enquête CSF, 85,3 % des femmes interrogées considèrent la sexualité comme importante ou indispensable au bien-être. Parmi celles âgées de 50 à 69 ans, elles sont 72.3% à le penser (1) ;
- dans l'étude SWAN (2009) sur la santé des femmes américaines, 75% des femmes interrogées, d'âge moyen (42 -52 ans), pensent que la sexualité est modérément à extrêmement importante pour elles(5).

La sexualité est donc une composante importante dans la vie des femmes ; et est liée de façon étroite à leur qualité de vie. A tout âge, la santé sexuelle apparaît ainsi être un paramètre de bonne santé, constat soutenu par de nombreuses études dans la littérature. Nous citerons l'étude longitudinale récente STRIDE de 2009 qui a évalué la ménopause et ses effets sur la qualité de vie (6).

Modifications biologiques de la sexualité des femmes à la ménopause

Des modifications physiologiques de la réponse sexuelle, en lien avec la ménopause, ont été établies dans la littérature. En effet, la réaction sexuelle féminine comporte de multiples facettes (anatomiques, psychologiques, physiologiques, hormonales et sociales-interpersonnelles) (7). De nombreux systèmes sont sollicités. L'excitation sexuelle met en cause des facteurs neurologiques, sensoriels, cognitifs, hormonaux et génétiques : elle semble être tributaire d'une interaction entre le cerveau et une stimulation génitale locale. Les déterminants de la fonction sexuelle mettent donc en jeu des mécanismes centraux et périphériques. La réponse sexuelle comporte quatre phases : excitation, plateau, orgasme et résolution.

Pendant et après la ménopause, on observe ainsi une baisse des œstrogènes et de la testostérone, deux hormones qui exercent des effets sur la fonction sexuelle : dans les six mois suivant la dernière menstruation, on constate une baisse abrupte des taux d'œstrogènes, alors que la production d'androgènes (dont la testostérone) décline lentement avec l'âge.

L'hypo-œstrogénie se traduit par une atrophie urogénitale et une sécheresse vaginale qui peut entraîner un inconfort, et des douleurs pendant les rapports sexuels (8). Comme il existe une diminution de la lubrification vulvo-vaginale, on observe ainsi que davantage de temps est nécessaire pour la phase d'excitation et l'intensité de l'orgasme s'émousse (Annexe1).

Ces variations hormonales peuvent donc influencer la sexualité des femmes autour de la ménopause. Cependant les données de la littérature nous montrent que certaines femmes ignorent ces modifications physiologiques normales liées à l'hypo-œstrogénie et au vieillissement (9). Cela suggère un manque de sensibilisation sur le lien entre les changements hormonaux et la fonction sexuelle. Une meilleure offre de renseignements au sujet de ces modifications normales de la sexualité pourrait dissiper certaines des préoccupations qu'entretiennent les femmes.

Puissant effet des facteurs psycho-sociaux sur la sexualité des femmes d'âge moyen

Nous avons évoqué que la libido chez la femme se maintient jusqu'à un stade avancé du vieillissement. En fait, il apparaît même dans de nombreuses études que les changements affectant la sexualité à la période de la ménopause seraient plus liés à des facteurs relationnels et environnementaux qu'à des facteurs hormonaux ou à l'âge.

Ainsi le projet Midlife, une étude prospective de longue durée (438 femmes suivies sur 8 ans de 1991 à 1999), s'est intéressé à la santé des femmes de Melbourne. A partir d'une analyse par questionnaire, il a été étudié spécifiquement l'effet des hormones et des facteurs relationnels sur la fonction sexuelle pendant la transition ménopausique. Cette étude conclut que l'impact de l'activité sexuelle antérieure et l'aspect relationnel sont plus importants que les déterminants hormonaux pour le fonctionnement sexuel à la maturité (10). En effet ces années de transition ménopausiques coïncident souvent avec d'autres transitions sociales, tel que le départ des enfants de la maison ou le changement de partenaire. Par ailleurs le partenaire sexuel lui-même peut avoir ces propres problèmes sexuels à cette période…

De même, Hartmann et Philippsohn ont regroupé plusieurs études attestant de la complexité de la sexualité féminine qui va à l'encontre d'un modèle « simple » de la sexualité de la femme d'âge moyen, victime de son corps et des changements hormonaux. A l'inverse, ils démontrent que des facteurs tels que les événements stressants de la vie, les problèmes de santé mentale, sont des facteurs prédictifs plus significatifs de l'intérêt sexuel des femmes d'âge moyen que le statut de la ménopause elle-même (11).

Par ailleurs, l'état de santé général semble avoir un impact plus important sur le fonctionnement sexuel que le statut de la ménopause (12). Dans une étude américaine récente (2014) de cohorte transversale de 1997 femmes californiennes d'âge moyen de 60 ans, la satisfaction sexuelle globale apparaissait plus influencée par la multi morbidité que l'âge (13).

Nous voyons donc bien que la sexualité féminine est un phénomène complexe et dont la prise en charge doit elle-même être complète, ne pouvant se limiter au seul versant biologique.

Dysfonctions sexuelles et transition ménopausique

La période de la ménopause peut ainsi amener à des dysfonctions sexuelles d'origines variées. 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 ». La dernière version de 2013 du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales de la société américaine de psychiatrie* (DSM-V), répartit les problèmes sexuels féminins en trois groupes : le trouble de l'orgasme chez la femme, le trouble de l'intérêt et/ou de l'excitation sexuelle chez la femme et le trouble de la douleur génito-pelvienne et/ou de la douleur liée à la pénétration. Afin de poser le diagnostic, le DSM-V spécifie que les symptômes doivent avoir persisté pendant au moins 6 mois et ne doivent pas pouvoir être mieux expliqués par la présence de facteurs stressants significatifs, de médicaments ou d'un autre trouble médical. Les trois groupes se chevauchent souvent, une difficulté étant souvent liée à une autre.

La définition des dysfonctions sexuelles a été revue en 2000, où le critère de détresse personnelle y est ajouté(14). Ainsi les symptômes doivent être à l'origine d'une détresse significative sur le plan clinique. Et une intervention clinique ne sera justifiée que lorsque la patiente est troublée par un ou des aspects de sa fonction sexuelle.

Le constat de la littérature est le suivant : les dysfonctions sexuelles sont fréquentes autour de la ménopause :

- Gracia et Al, qui ont étudié les relations entre sexualité et hormones pendant la transition ménopausique indiquent que les femmes ménopausées apparaissent avoir 2.3 fois plus de risque de présenter une dysfonction sexuelle que les autres (15) ;
- dans l'enquête CSF on peut lire que l'absence ou l'insuffisance de désir augmente nettement après 50 ans ;
- aux États-Unis, *le National Social Life, Health and Aging Project* (2007) a attesté l'existence d'une baisse de l'activité sexuelle au fil de l'âge chez un échantillon de 1500 femmes âgées de 57 à 85 ans : 62% des femmes âgées de 57 à 64 ans, 39% des femmes âgées de 65 à 74 ans, ont signalé avoir connu des activités sexuelles avec un

partenaire au cours de l'année précédente ; lors de cette étude 50% des femmes sexuellement actives ont connu au moins un problème sexuel : une faible libido (signalé par 43% des femmes), une diminution de la lubrification vaginale (39%), ou l'anorgasmie (34%) (16).

- Dans une enquête menée en 2008 dans 6 pays européens sur 1805 femmes ménopausées (tranche d'âge 50/60 ans), un tiers (34%) ont eu une baisse de la libido, tandis que la moitié (53%) ont noté un désintéressement pour les activités sexuelles, même si la majorité de l'échantillon (71%) a déclaré qu'il était important de maintenir une vie sexuelle active (17).

Santé sexuelle et médecine générale

Les difficultés d'ordre sexuel sont donc fréquentes autour de la ménopause, dues à une interaction complexe de facteurs individuels. La sexualité y est influencée par le vieillissement ainsi que par la fonction et les expériences sexuelles précédentes. La présence d'un ou d'une partenaire, le fonctionnement sexuel chez ce dernier ou cette dernière, les aspects culturels propres à la patiente, la santé mentale et physique, le stress, le statut socio-économique, l'utilisation de médicaments et de drogues, l'incontinence urinaire et les modifications de la fonction hormonale sont autant de facteurs qui affectent la fonction sexuelle à cette période de la vie. Ainsi les problèmes peuvent résulter d'une incompréhension, d'un problème de communication avec le partenaire ou bien révéler une réelle dysfonction sexuelle.

L'écoute empathique est un des éléments clés d'une évaluation adéquate des troubles sexuels dont peut souffrir la femme. Cette écoute permet de préciser les causes du problème, qui sont bien souvent multifactorielles (8). Il y a donc un intérêt pour le médecin de premier recours à évoquer avec ses patientes d'âge moyen le sujet de la sexualité. Le but étant de répondre à leurs besoins dans ce domaine, soit par lui-même, soit en les orientant vers un confrère en fonction de l'évaluation de la situation.

Le paradoxe, souvent mis en évidence par la littérature, est qu'à cette période de la vie où les difficultés sexuelles sont plus fréquentes, les femmes en parlent peu à leur médecin. Et pourtant il est prouvé que c'est autour de la cinquantaine que les problèmes sexuels s'avèrent les plus troublants pour la femme. Le sondage PRESIDE (2008) mené auprès de plus de 31 000 femmes américaines de plus de 18 ans avait pour but d'évaluer la prévalence des problèmes sexuels, et la prévalence de la détresse personnelle associée à ses troubles :

- il apparaît que les femmes âgées de 45 à 64 ans étaient celles chez qui la détresse présentait la plus forte prévalence sur l'échelle *Female Sexual Distress Scale* (prévalence globale 14.8%, libido 12.3%, excitation 7.5% et orgasme 5.7%) ;
- mais seulement 33% d'entre elles ont cherché à obtenir des soins formels (18).

Toujours aux États-Unis, dans le *National Social Life, Health and Aging Project,* en dépit d'une forte prévalence des dysfonctions sexuelles seulement 22% des femmes ont déclaré avoir discuté de relations sexuelles avec un médecin depuis l'âge de 50 ans (16).

Enfin cette étude quantitative en 2009 par questionnaire en ligne au royaume uni donne les résultats suivants :

- 41.6% des femmes en péri-ménopause et 22.2% des femmes post ménopausées (sur un échantillon de 2527 femmes ayant répondu au questionnaire) ont déclaré une baisse de la libido ayant été source de détresse personnelle ;
- respectivement 23% et 35% d'entre elles en ont discuté avec un professionnel de santé (19).

Selon cette dernière étude, une vie sexuelle active était jugée importante, mais beaucoup de femmes n'ont pas cherché d'aide pour des problèmes de baisse de libido en période de transition ménopausique. Pour beaucoup, les changements vaginaux ont contribué à leurs symptômes. L'étude concluait ainsi que les professionnels de santé doivent poser des questions directes appropriées à toutes les femmes, lors de consultations de routine, en particulier dans le cadre de l'évaluation de la ménopause.

Ainsi plusieurs études attestent que les difficultés sont fréquentes mais que les femmes en parlent peu à un médecin. Et, dans la mesure où la sexualité des femmes est un phénomène complexe mais qui nécessite une approche globale, nous sommes en droit de nous interroger sur le rôle du médecin généraliste dans sa prise en charge.

Dans une thèse soutenue en 2014 portant sur la manière d'aborder le sujet de la sexualité en médecine générale, l'auteur évoque que pour parler de sexualité avec son médecin, il faut que la patiente ressente un trouble s'y rapportant (20). Or il apparaît que la ménopause, pour diverses raisons déjà évoquées ici, est un moment charnière dans la vie d'une femme, moment où les dysfonctions sexuelles sont fréquentes et méritent d'être recherchées. L'auteur met alors en avant dans son étude qualitative l'absence de sollicitation de la part des médecins auprès de leurs patientes sur le sujet.

Une revue de la littérature récente (2009) avait pour but d'évaluer la prévalence des problèmes sexuels à la ménopause (21). Elle soulignait que la ménopause est toujours le moment « idéal » pour aborder le sujet de la qualité de vie sexuelle. Étant donné qu'il existe un degré élevé de comorbidité parmi les symptômes sexuels à la ménopause, il est important de dépister rapidement ces troubles, afin d'établir une prise en charge appropriée et d'éviter « l'effet domino ».

Pour autant une question reste en suspens et mérite d'être développée : les femmes d'âge moyen peuvent ne pas être prêtes à aborder d'elles-mêmes le sujet de leur sexualité, mais apprécieraient-elles d'être interrogées à ce sujet par leur médecin traitant ? Quelles sont les raisons pour lesquelles leurs difficultés sont si peu évoquées au cours d'une consultation de médecine générale ?

Dans la littérature, peu d'études ont spécifiquement demandé l'avis des femmes autour de la période de la ménopause.

Notre question de recherche est donc la suivante :

Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale : qu'en pensent les patientes ?

Objectif principal :
Identifier, pour le médecin généraliste, les attentes des femmes autour de la ménopause en matière de sexualité.

Objectif secondaire :
Identifier la place du médecin de premier recours dans le dépistage et la prise en charge des problématiques liées à la santé sexuelle des femmes d'âge moyen.

METHODE

1 - Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive, réalisée à partir d'un questionnaire.

2 - Population étudiée

La population ciblée se compose de patientes aux alentours de la ménopause qui consultent en médecine générale en France, les personnes concernées peuvent donc être ménopausées ou non.
Critères d'inclusion :

- patiente âgée de 50 à 70 ans, consultant seule en médecine générale.

Critères d'exclusion :

- patiente qui consulte en étant accompagnée ;
- âge < 50 ans ou >70 ans.

Critère de jugement principal : avis des patientes sur l'abord du sujet de la sexualité par leur médecin généraliste.

3 - Questionnaire

Le questionnaire a été réalisé via l'outil électronique Google Form. (Annexe 4).

La plupart des questions sont des questions fermées, afin de faciliter l'analyse ; deux questions seulement restent ouvertes afin de laisser aux femmes la possibilité de s'exprimer.

Le questionnaire comporte 28 questions réparties sur 4 items :

- un premier item (questions 1 à 5) explore les représentations des femmes en matière de sexualité et la place de cette dernière dans leur vie actuelle ;
- un deuxième item (questions 6 à 14) interroge sur la présence ou non de difficultés sexuelles et le recours ou non à un professionnel de santé ;
- un troisième item (questions 15 à 18) cible les attentes des patientes de la part de leur médecin généraliste ainsi que les freins à l'abord du sujet en consultation ;
- un dernier item (questions 19 à 30) aborde les antécédents des patientes et leurs caractéristiques socio-économiques.

Modalités d'envoi :

- le choix a été fait d'envoyer le questionnaire via internet en recueillant les adresses électroniques des patientes ;
- cependant dans la population étudiée, certaines patientes ne maîtrisaient pas l'utilisation d'internet, le questionnaire leur a alors été envoyé par voie postale avec une enveloppe pré-timbrée pour en faciliter le retour.

4 - Mode de recrutement

Le recrutement des patientes s'est fait par voie directe en consultation. J'ai moi-même recueilli la majorité de l'échantillon et je me suis fait aidée par trois autres médecins généralistes remplaçantes dans un deuxième temps de façon à optimiser le nombre de réponses et diversifier le lieu des recrutements.

Lieu de recherche :

- en tant que médecin généraliste remplaçante j'ai recruté les patientes dans les quatre cabinets où je remplace habituellement dans le département des Yvelines ;
- mes consœurs ont, elles, recruté des patientes dans les cabinets où elles remplacent respectivement : dans les départements des Yvelines, de la Vienne et de la Charente maritime ;
- nous étions donc quatre femmes médecins généralistes remplaçantes de moins de trente ans et nous remplacions des médecins hommes ou femmes, de tranche d'âge variée (40/68 ans) ;
- au total nous remplacions 12 médecins différents, dont les cabinets étaient situés en ville pour la majorité (recrutement principal dans les Yvelines).

5 - Information et consentement

En fin de consultation, nous proposions à la patiente de participer à notre étude, en expliquant les modalités et en insistant sur le respect de l'anonymat et la base du volontariat.

Nous tenions aussi à disposition des patientes une feuille explicative que l'on pouvait leur distribuer si elles le souhaitaient (annexe 3).

Enfin, après information, le consentement oral des patientes était recueilli.

6 - Recueil des données

Si la patiente était d'accord pour participer, nous recueillions alors soit son adresse électronique, soit son adresse postale selon ses préférences.
Le questionnaire était ensuite envoyé selon l'une ou l'autre des modalités.
Les données ont été collectées du 20/01/2016 au 29/05/2016.

7 - Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été collectées dans un tableau Excel, puis analysées grâce au même logiciel et au site internet de calcul de statistiques en ligne Biostatgv.
L'analyse statistique des données qualitatives a été réalisée en utilisant principalement le test du Chi2 et le risque de première espèce alpha a été choisi égal à 5%. Lorsque les effectifs étaient trop petits (<5) nous avons eu alors recours au test de Fisher.

RESULTATS

1 -Taux de réponse

Pour cette étude, 125 patientes ont accepté de participer et de laisser leurs coordonnées. 80 ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse a donc été de 64%. Deux réponses ont été exclues de l'échantillon en raison de l'âge indiqué dans le questionnaire : inférieur à 50 ans. **L'échantillon était donc constitué de 78 femmes.**

2 - Descriptif de l'échantillon étudié

2.1 - DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

2.1.1 Age au moment de l'étude

- **La moyenne d'âge de l'échantillon était de 59.3 ans ;**
- 46 femmes avaient entre 50 et 60 ans au moment de l'étude ;
- 32 femmes avaient entre 61 et 70 ans.

2.1.2 - Statut relationnel au moment de l'étude

- **54 femmes soit 69.2% étaient mariées (28.2%) ou en couple (41%)**
- 11 femmes soit 14,1% étaient divorcées
- 7 femmes soit 9,0% étaient célibataires
- 6 femmes soit 7,7% étaient veuves

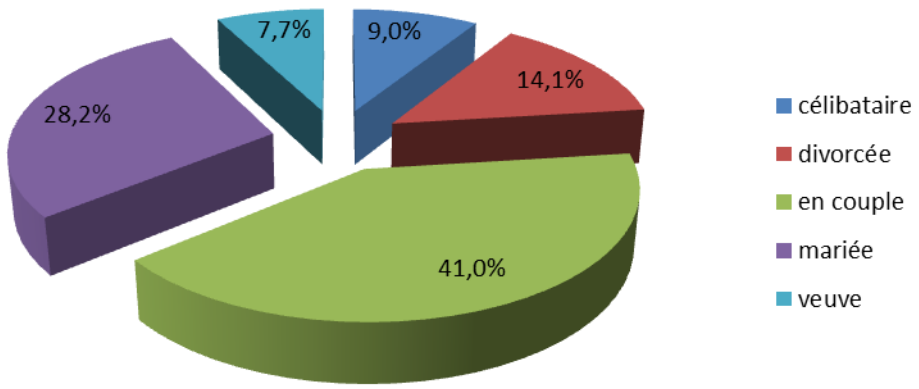


Figure 1 : *Statut marital*

2.1.3 – Enfants

- **71 femmes avaient des enfants, soit 91% ;**
- 7 femmes n'avaient pas d'enfants, soit 9%.

2.1.4 - Situation professionnelle

- **48 femmes étaient actives, soit 61.5% ;**
- 30 femmes étaient inactives, soit 38.5%, dont 27 étaient retraitées (34.6%) ;
- Parmi les femmes ayant une activité professionnelle :
    - **27 femmes étaient employées, soit 56.2% ;**
    - 16 femmes étaient cadres, soit 33.3% ;
    - 3 femmes exerçaient une profession libérale, soit 6.2% ;
    - 1 femme était artisan, commerçant, chef d'entreprise, soit 2.15% ;
    - 1 était ouvrière non qualifié, soit 2.15%.

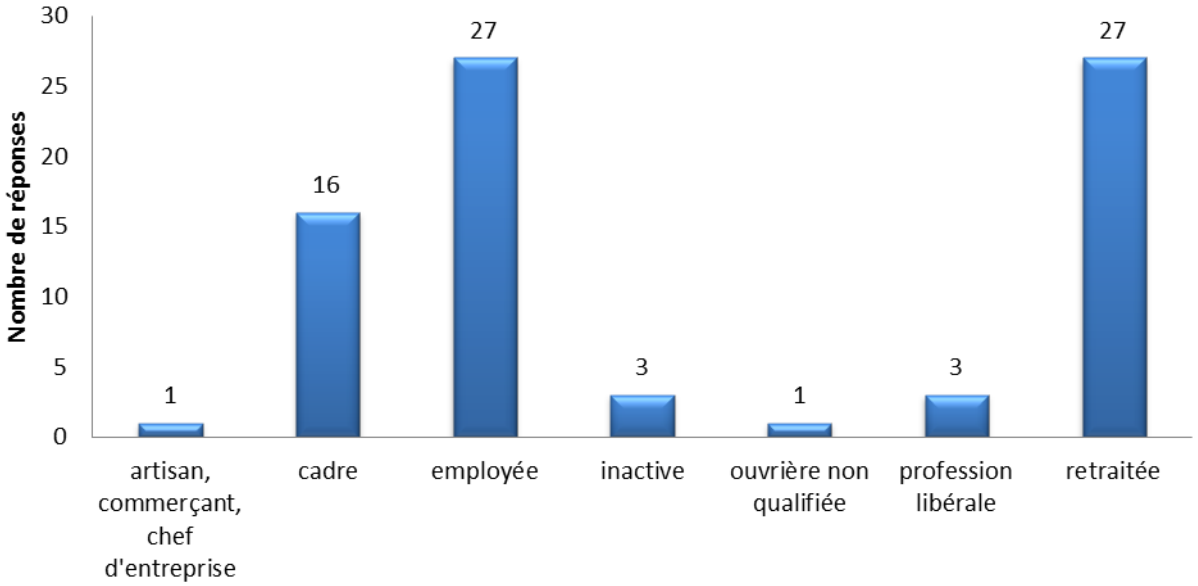


Figure 2 : *Situation professionnelle (taille de l'échantillon = 78 réponses)*

2.2 - DONNEES MEDICALES

2.2.1 - Statut ménopausique

- **66 femmes étaient ménopausées au moment de l'étude, soit 84,6% ;**
- 12 femmes n'étaient pas ménopausées, soit 15,4%.

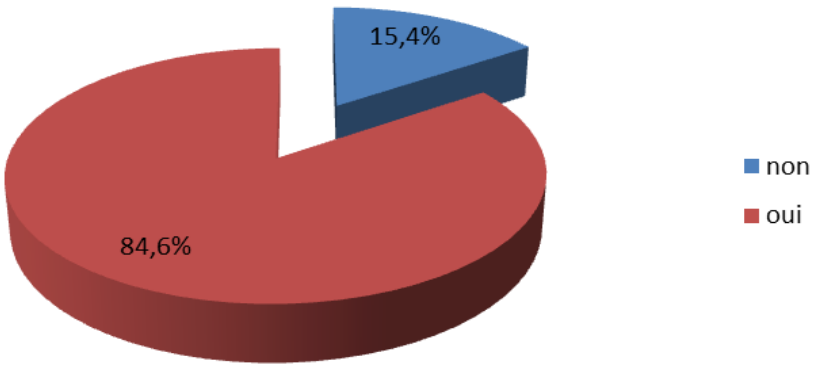


Figure 3 : *Statut ménopausique*

2.2.2 Age de début de ménopause

- **L'âge moyen de la ménopause dans notre échantillon était de 51.9 ans** ;
- L'âge minimum était de 33 ans, l'âge maximum de 60 ans.

2.2.3 - Antécédents médicaux

A la question : *« Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux pour une maladie chronique? » :*

- **43 femmes ont répondu non, soit 55.1 % ;**
- 35 femmes ont répondu oui, soit 44,9%.

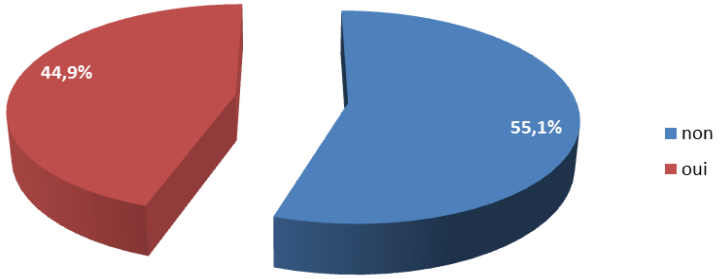


Figure 4 *: Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux pour une maladie chronique ?*

Les problèmes médicaux actuels étaient répartis comme suit :

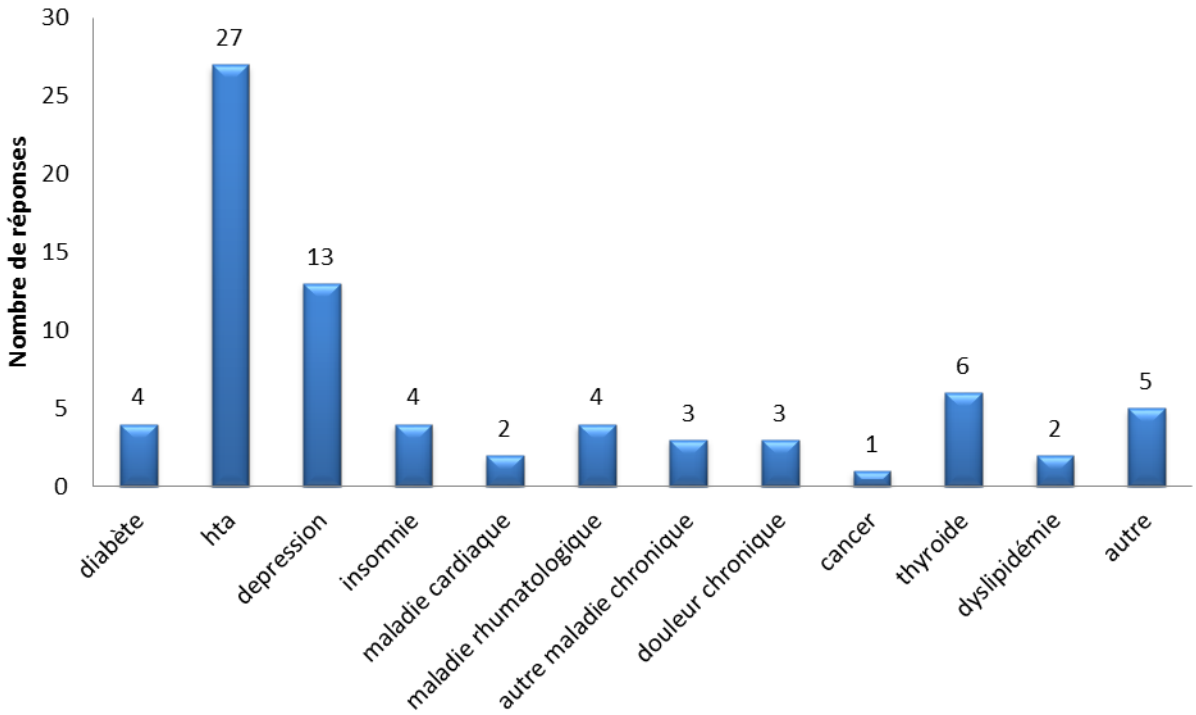


Figure 5 *: Si oui pour quel type de maladie ?*

2.2.4 - Antécédents chirurgicaux gynécologiques

A la question *« avez-vous des antécédents chirurgicaux gynécologiques ? »* :

- **53 femmes ont répondu non, soit 67,9%** ;
- 25 femmes ont répondu oui, soit 32,1%.

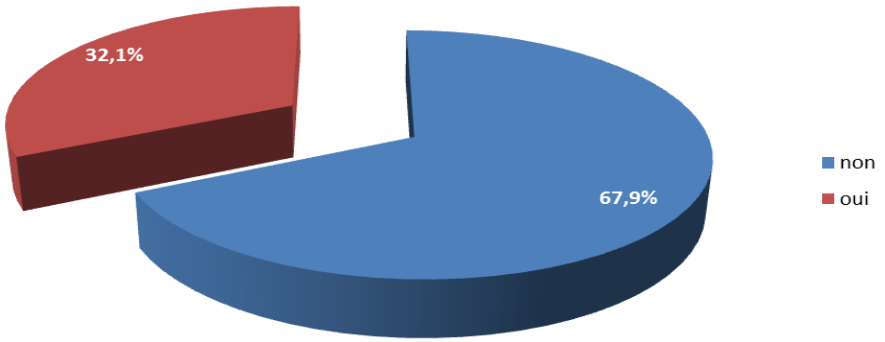


Figure 6 *: Avez-vous des antécédents chirurgicaux gynécologiques ?*

Les antécédents décrits par les 25 femmes ayant répondu oui sont présentés dans le tableau ci-dessous (tableau1).

ANTECEDENT	EFFECTIF
Hysterectomie	5
Ovariectomie	2
Atteinte des seins	4
Conisation col utérin	3
Fibrome(s)	3
Fausse couche / Grossesse extra utérine	2
Césarienne	5
Kyste ovarien/utérin	4
Curetage	2
Ligature des trompes	2
Chirurgie endomètre	2
Cancer utérus	2

Tableau 1 : *Antécédents chirurgicaux gynécologiques cités par les femmes N= 25*

2.2.5 – Consommation de toxiques

Consommation de tabac :

- **68 femmes étaient non fumeuses, soit 87,2% ;**
- 10 femmes étaient tabagiques actives, soit 12,8%.

Consommation d'alcool régulière (>2 verres par jour) :

- **76 femmes ont répondu non, soit 97,4%** ;
- 2 femmes ont répondu oui, soit 2,6%.

2.2.6 - Fréquence de consultation chez le médecin généraliste

A la question *« combien de fois dans l'année précédente avez-vous consulté votre médecin généraliste ? » :*

- **55 femmes ont répondu entre 1 et 5 fois, soit 70.5% ;**
- 17 femmes ont répondu entre 5 et 10 fois, soit 21.8% ;
- 3 femmes ont répondu plus de 10 fois, soit 3,85% ;
- 3 femmes ont répondu aucune fois, soit 3,85%.

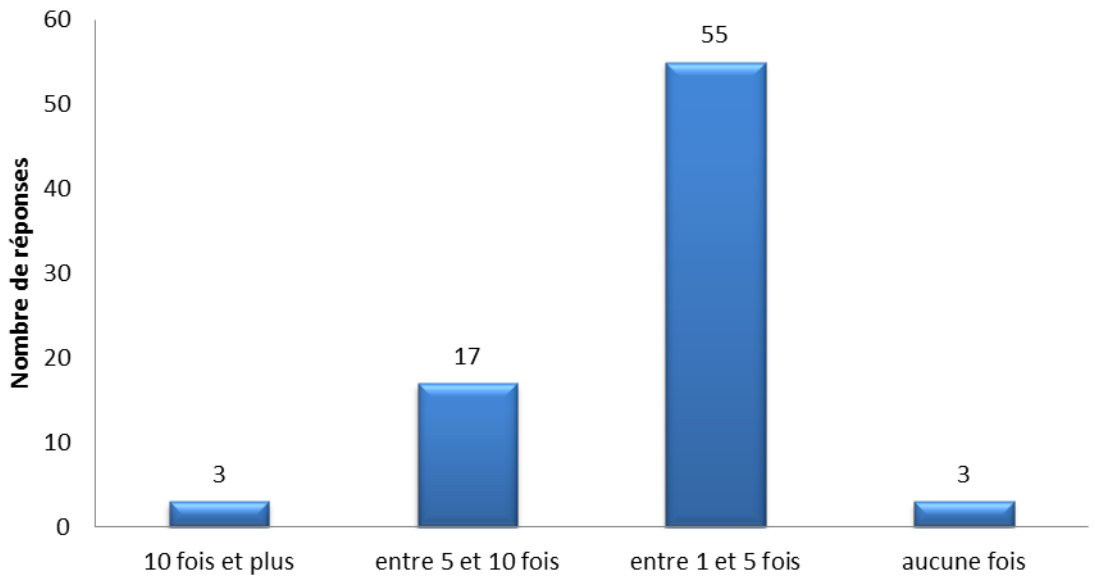


Figure 7 : *Combien de fois dans l'année précédente avez-vous consulté votre médecin généraliste ? (taille de l'échantillon = 78 réponses)*

3 - Place de la sexualité dans la vie des femmes d'âge moyen

A la question *« Selon vous, la sexualité pour votre équilibre personnel est... »* :

- **45 femmes ont répondu qu'elle est importante, soit 57,7% ;**
- 8 femmes ont répondu qu'elle est indispensable, soit 10,3% ;
- 25 femmes ont répondu qu'elle n'est pas très importante, soit 32% ;
- Aucune femme n'a répondu qu'elle n'était pas du tout importante.

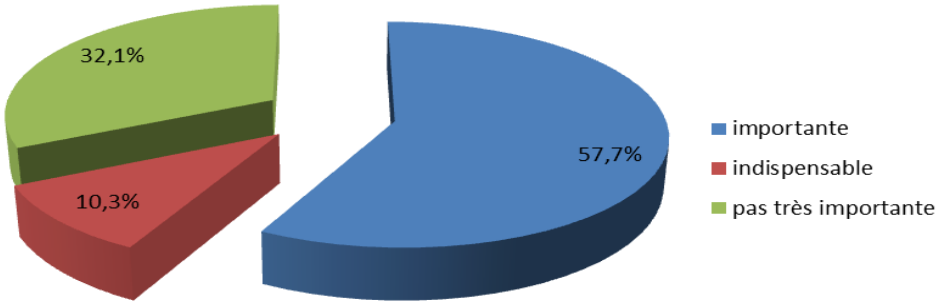


Figure 8 : *Selon vous, la sexualité pour votre équilibre personnel est … ?*

Dans notre étude, 68% des femmes interrogées considèrent donc que la sexualité est importante ou indispensable à leur équilibre personnel.

A la question *« Etes-vous satisfaite de votre vie sexuelle actuelle ? »* :

- **42 femmes ont répondu *« assez satisfaite »*, soit 53,8%**
- 21 ont répondu *« peu satisfaite »,* soit 26,9% ;
- 8 femmes ont répondu *« très satisfaite »*, soit 10,3% ;
- 7 femmes ont répondu *« pas satisfaite »*, soit 9,0%.

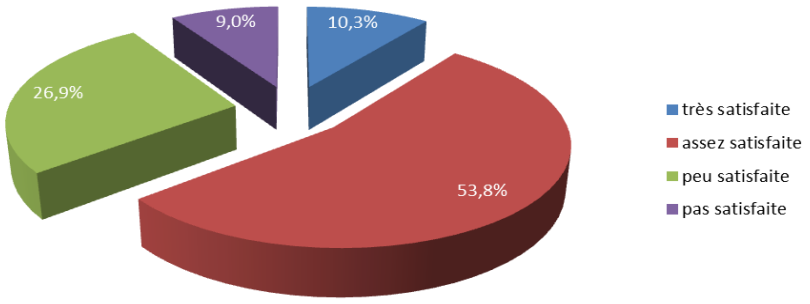


Figure 9 : *Etes-vous satisfaite de votre vie sexuelle actuelle ?*

Dans notre étude, 64,1% des femmes se disaient très ou assez satisfaites de leur vie sexuelle actuelle.

4 - Représentations et croyances sur la ménopause

Nous avons aussi cherché à savoir quel était le regard porté par les femmes sur la ménopause et son influence éventuelle sur la sexualité.

Ainsi, à la question « *Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence physique sur la sexualité ?* »

- **35 femmes ont répondu *« oui, plutôt négative »*, soit 44,9%**
- 31 femmes ont répondu *« non »*, soit 39.7%.
- 12 femmes ont répondu *« oui, plutôt positive »*, soit 15,4% ;

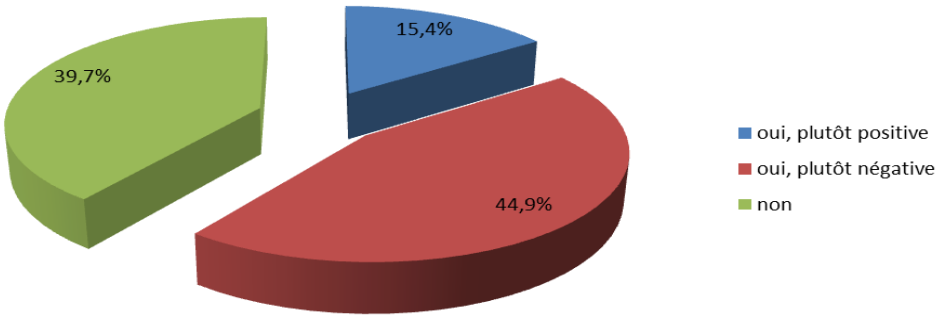


Figure 10 : *Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence physique sur la sexualité ?*

A la question *« Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence psychologique sur la sexualité? »*

- 39 femmes ont répondu *« non »*, soit 50,0%.
- **29 femmes ont répondu *« oui, plutôt négative »*, soit 37,2%**
- 10 femmes ont répondu *« oui, plutôt positive »*, soit 12,8% ;

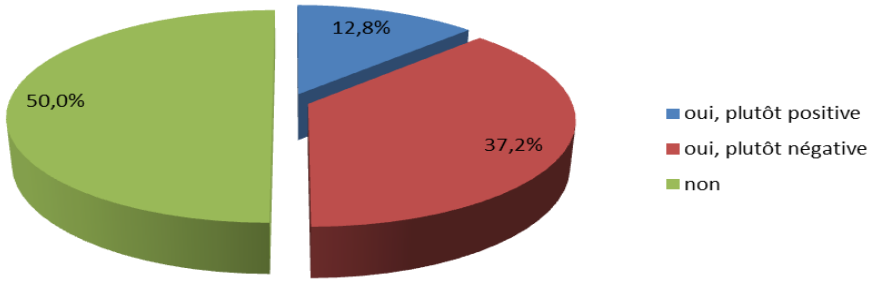


Figure 11 : *Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence psychologique sur la sexualité ?*

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans les réponses des femmes ménopausées et non ménopausées de l'étude, sur les deux questions (influence physique et psychologique).

28 femmes sur 78 ont répondu « oui plutôt négative » aux deux questions (influence psychologique et physique), soit 35.9%.

Dans notre étude, 35.9% des femmes pensaient que la ménopause a une influence physique et psychologique négative sur la sexualité.

5 - Troubles de la sexualité et recours ou non à un professionnel de santé

5.1 Troubles de la sexualite

A la question *« Avez-vous déjà ressenti ou ressentez-vous encore un ou plusieurs des troubles sexuels suivants* au cours des 12 derniers mois »* :

- **54 femmes ont répondu *«oui»*, soit 69,2% ;**
- 24 femmes ont répondu *«non »*, soit 30,8%.

** les troubles sexuels regroupent : une baisse du désir sexuel, un manque d'intérêt pour les activités sexuelles, des douleurs pendant les rapports sexuels, des difficultés à atteindre l'orgasme, une sécheresse vaginale, des difficultés sexuelles liées au conjoint (troubles de l'érection…), ou tout autre trouble que vous considérez comme en lien avec votre sexualité.*

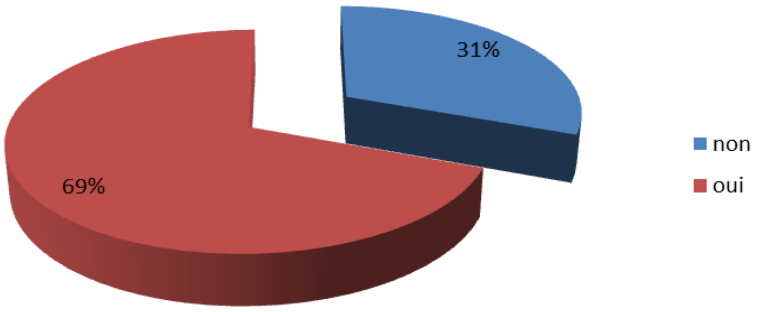


Figure 12 : *Avez-vous déjà ressenti ou ressentez-vous encore un ou plusieurs des troubles sexuels suivants * au cours des 12 derniers mois ?*

Les troubles sexuels les plus cités (figure 13) étaient, par ordre de fréquence : une baisse de désir sexuel (63%), une sécheresse vaginale (51,9%), des difficultés sexuelles liées au conjoint (35,2%), des douleurs pendant les rapports sexuels (33,3%). 25,9% des femmes ont déclaré un manque d'intérêt pour les activités sexuelles et /ou des difficultés à atteindre l'orgasme.

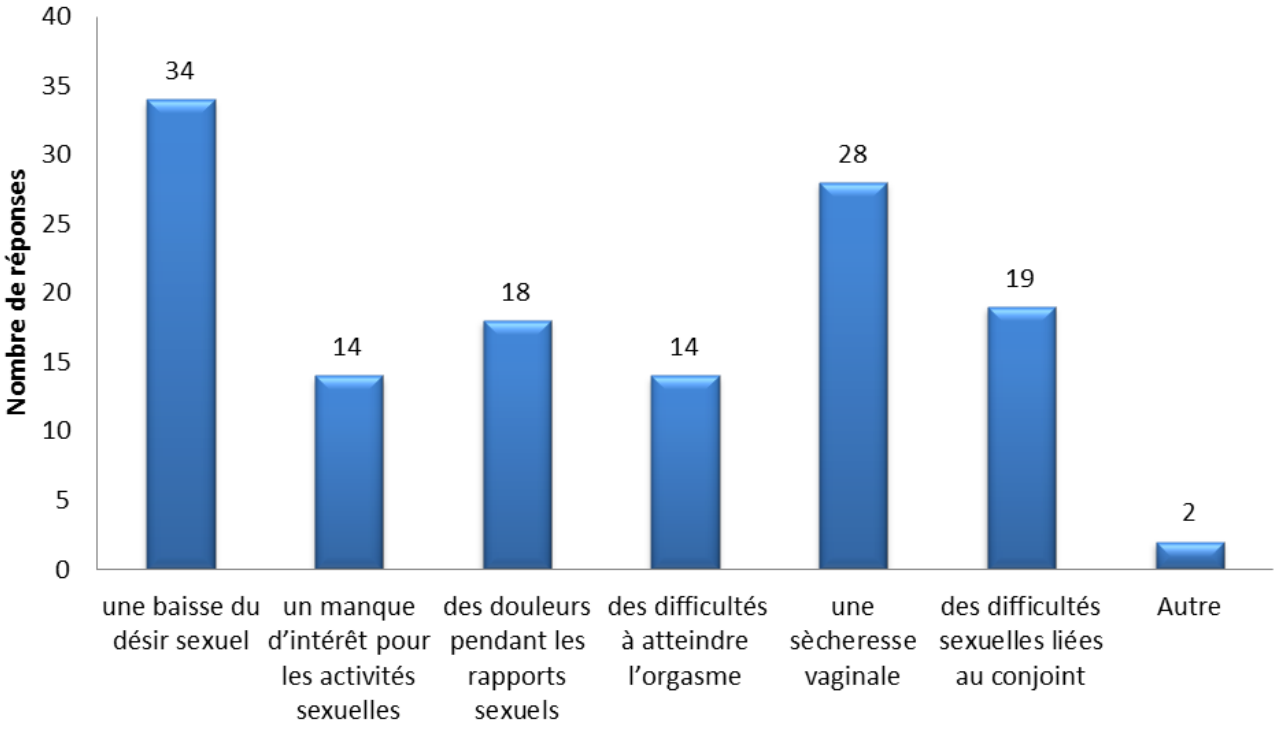


Figure 13 : *Troubles sexuels ressentis au cours des 12 derniers mois*

Parmi les 54 patientes ayant ressenti un ou plusieurs troubles sexuels dans les 12 derniers mois :

- 9 ont ressenti un seul trouble sexuel, soit 16,7% ;
- **24 ont ressenti deux troubles, soit 44,4%** ;
- 14 ont ressenti trois troubles, soit 26% ;
- 6 ont ressenti quatre troubles, soit 11,1% ;
- une a ressenti 5 troubles, soit 1,8%.

La majorité des femmes ayant des troubles de leur sexualité (45 sur 54, soit 83,3%) ont déclaré avoir ressenti plusieurs troubles au cours des 12 derniers mois.

5.2 TROUBLES DE LA SEXUALITE ET AGE

73,9% des femmes dont l'âge se situe entre 50 et 60 ans (34 femmes sur 46) ont signalé des problèmes sexuels dans les 12 derniers mois, contre 62,5% des femmes dont l'âge est situé entre 61 et 70 ans, (20 femmes sur 32). La différence n'était pas statistiquement significative (p= 0,2827).

		Age ≤ 60 ans		
		OUI : N (%)	**NON** : N (%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI** N (%)	**34** ***(73.9%)***	**20** ***(62.5%)***	**54**
	NON : N (%)	12 *(26.1%)*	12 *(37.5%)*	**24**
	Total	**46**	**32**	**78**

P=*0.2827*

Tableau 2 : *Troubles de la sexualité et âge*

5.3 - TROUBLES DE LA SEXUALITE ET STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

5.3.1 - Troubles de la sexualité et statut relationnel

79,6% des femmes qui se déclarent mariées ou en couple (43 femmes sur 54) ont signalé des problèmes sexuels dans les 12 derniers mois, contre 45,8 % des femmes célibataires (11 femmes sur 24).La différence était statistiquement significative (p=0,0028).

		Célibataire, divorcée ou veuve		
		OUI : N(%)	**NON** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI** : N (%)	**11** ***(45.8%)***	**43** ***(79.6%)***	**54**
	NON : N (%)	**13** ***(54.2%)***	**11** ***(20.4%)***	**24**
	Total	**24**	**54**	**78**

P=0.0028

Tableau 3 *: Troubles sexuels et statut relationnel*

Les problèmes sexuels étaient plus fréquents chez les femmes en couple au moment de l'étude en comparaison avec les femmes célibataires.

5.3.2 - Troubles de la sexualité et statut professionnel

63% des femmes retraitées de l'échantillon (17 sur 27) ont signalé des problèmes sexuels dans les 12 derniers mois contre 70,8% des femmes en activité (34 sur 48). La différence n'était pas significative (p=0,4831).

		Statut d'activité		
		En activité : N(%)	**Retraitée** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI : N (%)**	**34** ***(70.8%)***	**17** ***(63%)***	**51**
	NON : N (%)	14 *(29.2%)*	10 *(37%)*	**24**
	Total	**48**	**27**	**75***

P = 0.4831

*l'échantillon est réduit à 75, les 3 patientes en inactivité mais non retraitées ayant été retirées pour l'analyse.

Tableau 4 *: Troubles de la sexualité et statut d'activité*

Parmi les femmes en activité, 70,4% des employées (19 sur 27) ont signalé des problèmes sexuels dans les 12 derniers mois contre 68,75% des cadres (11 sur 16). La différence n'était pas significative (p=0,911).

		Catégorie socio-professionnelle		
		Cadre : N(%)	**Employée** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI : N (%)**	**11 *(68.75%)***	**19 *(70.4%)***	**30**
	NON : N (%)	5 *(31.25%)*	8 *(29.6%)*	**13**
	Total	**16**	**27**	**43**

P=0.911

Tableau 5 : *troubles de la sexualité et catégorie socio- professionnelle*

5.4 - TROUBLES DE LA SEXUALITE ET SANTE GENERALE

5.4.1 - Troubles de la sexualité et statut ménopausique

69,7% des femmes ménopausées de l'échantillon (46 femmes sur 66) ont signalé des problèmes sexuels au cours des 12 derniers mois, contre 66,7% des femmes non ménopausées (8 femmes sur 12). La différence n'était pas significative (p=1).

		Ménopause		
		OUI : N(%)	**NON** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI** : N (%)	**46 *(69.7%)***	**8 *(66.7%)***	**54**
	NON : N (%)	20 *(30.3%)*	4 *(33.3%)*	**24**
	Total	**66**	**12**	**78**

P=1, test de Fisher

Tableau 6 : T*roubles sexuels et statut ménopausique*

Les problèmes sexuels n'étaient pas plus fréquents au moment de l'étude chez les femmes ménopausées en comparaison avec les femmes non ménopausées

5.4.2 - Troubles de la sexualité et problèmes de santé chroniques

88,6% des femmes qui prenaient un traitement médicamenteux pour une maladie chronique au moment de l'étude (31 femmes sur 35) ont signalé des problèmes sexuels au cours des 12 derniers mois, contre 53,5% des femmes qui n'en prenaient pas (23 femmes sur 43). La différence était statistiquement significative (p= 0,0011).

		Traitement médicamenteux		
		OUI : N(%)	**NON** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI : N(%)**	**31 *(88.6%)***	**23 *(53.5%)***	**54**
	NON : N (%)	4 *(11.4%)*	20 *(46.5%)*	**24**
	Total	**35**	**43**	**78**

P=0.0011, test de Fisher

Tableau 7 : *Troubles sexuels et prise de traitement pour une maladie chronique*

Les troubles sexuels étaient plus fréquents chez les femmes qui suivaient un traitement médicamenteux pour une maladie chronique, en comparaison avec celles qui n'en suivaient pas.

5.4.3 - Troubles de la sexualité et antécédents gynécologiques

64% des femmes qui avaient des antécédents chirurgicaux gynécologiques (16 femmes sur 25) ont signalé des problèmes sexuels au cours des 12 derniers mois, contre 71,7% des femmes (38 femmes sur 53) qui n'en avaient pas. La différence n'était pas significative (p=0,4918) :

		Antécédents gynécologiques		
		OUI : N(%)	**NON** : N(%)	**Total**
Troubles sexuels	**OUI** : N(%)	**16 *(64%)***	**38 *(71.7%)***	**54**
	NON : N (%)	9 *(36%)*	15 *(28.3%)*	**24**
	Total	**25**	**53**	**78**

P=0.4918

Tableau 8 : *Troubles sexuels et antécédents chirurgicaux gynécologiques*

5.5 - Troubles de la sexualite et souffrance personnelle

A la question *« un ou plusieurs de ces troubles ont-ils été source de souffrance personnelle ?»* :

- **33 femmes sur 54 ont répondu *« non »*, soit 61,1% ;**
- 21 femmes sur 54 ont répondu *« oui »*, soit 38,9%.

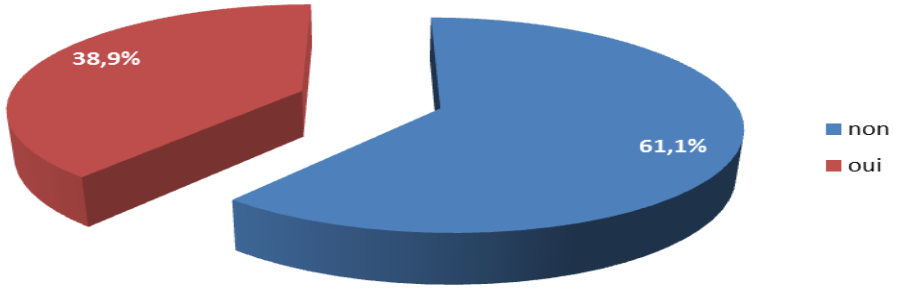


Figure 14 : *Un ou plusieurs de ces troubles ont-ils été source de souffrance personnelle ?*

5.6 - TROUBLES DE LA SEXUALITE ET REPERCUSSION SUR LA RELATION DE COUPLE

A la question *« Cela a-t-il eu des répercussions sur votre relation avec le(s) partenaire(s) sexuel(s)? »* :

- **35 femmes sur 54 ont répondu *« non »*, soit 64,8%**
- 16 femmes sur 54 ont répondu *« oui »,* soit 29,6%
- 3 patientes n'avaient pas de partenaire sexuel, soit 5,6%

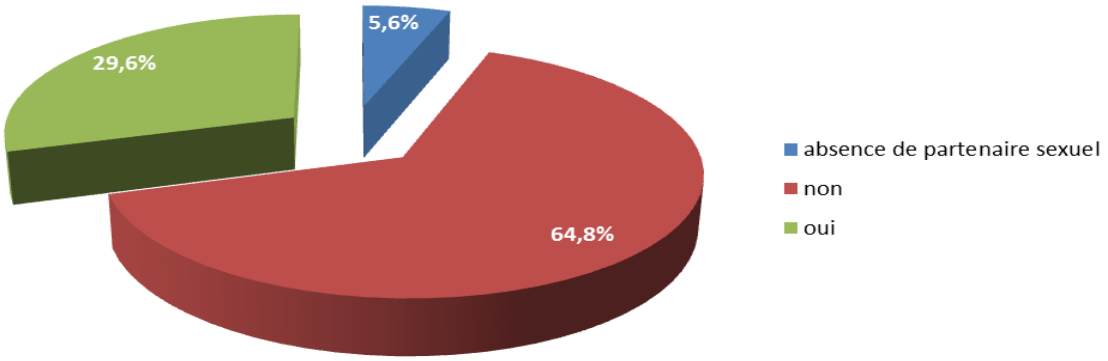


Figure 15 : *Cela a-t-il eu des répercussions sur votre relation avec le(s) partenaire(s) sexuel(s)?*

5.7 - TROUBLES DE LA SEXUALITE ET RECOURS A UN PROFESSIONNEL DE SANTE

5.7.1 - Recours à un professionnel de santé

A la question *« Avez-vous discuté de ce(s) trouble(s) avec un médecin ? »* :

- **35 femmes sur 54 ont répondu *«non »*, soit 64,8%**
- 19 femmes sur 54 ont répondu *« oui »*, soit 35,2%

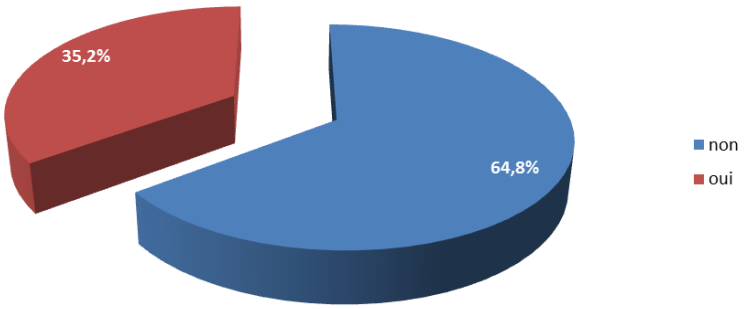


Figure 16 : *Avez-vous discuté de ce(s) trouble(s) avec un médecin ?*

5.7.2 - Souffrance personnelle et recours aux soins

57,1% des femmes ayant ressenti des troubles sexuels sources de souffrance personnelle (12 femmes sur 21) en avaient discuté avec un médecin, contre 21,2% des femmes qui ne ressentait pas de souffrance vis-à-vis de ces troubles (7 femmes sur 33).La différence était statistiquement significative (p= 0,0070).

		Souffrance personnelle		
		OUI : N (%)	**NON** : N (%)	**Total**
Recours aux soins	**OUI** : N (%)	**12 (57.1%)**	**7 (21.2%)**	**19**
	NON : N (%)	9 (42.9%)	26 (78.8%)	**35**
	Total	**21**	**33**	**54**

P=0.0070

Tableau 9 : *Souffrance personnelle et recours aux soins*

Le recours à un médecin était plus fréquent quand les troubles sexuels étaient associés à une souffrance personnelle.

5.7.3 - Répercussion sur la relation de couple et recours aux soins

50% des femmes ayant ressenti des troubles sexuels avec une répercussion sur la relation de couple (8 femmes sur 16) en avaient discuté avec un médecin, contre 25,7% des femmes pour lesquels les troubles sexuels n'avaient pas eu de répercussion sur le couple (9 femmes sur 35). Toutefois la différence retrouvée n'était pas statistiquement significative (p=0,0878).

		Répercussion des troubles sur le partenaire		
		OUI : N (%)	**NON** : N (%)	**Total**
Recours aux soins	**OUI** : N (%)	**8 (50%)**	**9 (25.7%)**	**17**
	NON : N (%)	8 (50%)	26 (74.3%)	**34**
	Total	**16**	**35**	**51***

P=0.0878

**total échantillon sur 51, 3 femmes ayant été exclues car n'avaient pas de partenaire*

Tableau 10 : *Répercussion sur la relation de couple et recours aux soins*

5.8 - ANALYSE DE L'ENTRETIEN AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE

5.8.1 - Quels professionnels de santé sont visés ?

A la question *« avec quel médecin avez-vous discuté de ces troubles ? »* :

- **12 femmes sur 19 ont répondu *« avec un médecin gynécologue »*, soit 63,2% ;**
- 5 femmes sur 19 ont répondu *« avec mon médecin traitant »,* soit 26,3% ;
- 2 femmes sur 19 ont répondu *« avec un médecin généraliste remplaçant »*, soit 10,5% ;
- aucune femme sur les 19 qui en avaient discuté avec un médecin ne s'était adressée à un médecin psychiatre, ou un médecin sexologue, ou un autre médecin spécialiste.

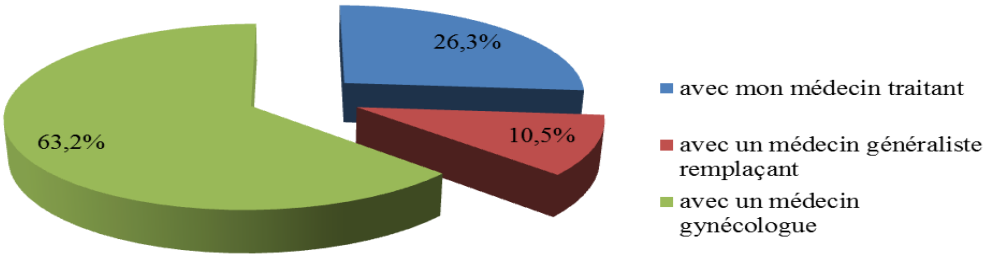


Figure 17 : *Avec quel médecin en avez-vous discuté ?*

5.8.2 - Initiation du dialogue

A la question *« Qui a été à l'initiative de la discussion ? »* :

- **17 femmes sur 19 ont répondu qu'elles avaient elles même initié la discussion, soit 89,5% ;**
- 2 femmes sur 19 ont répondu que le médecin avait initié la discussion, soit 10,5%.

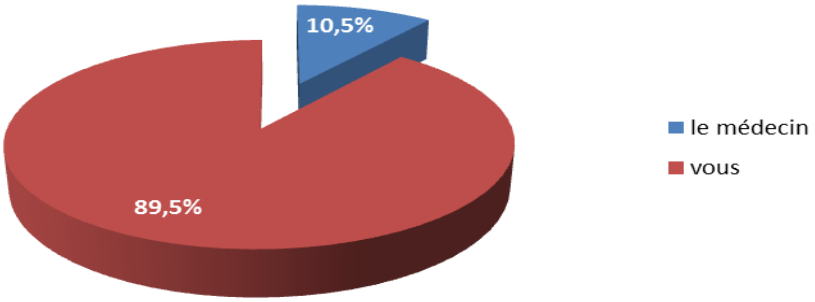


Figure 18 : *Qui a été à l'initiative de la discussion ?*

5.8.3 - Satisfaction de l'entretien

A la question *« Etes-vous satisfaite de la réponse obtenue ? »* :

- **12 femmes sur 19 ont répondu *« assez satisfaite »*, soit 63,2%**
- 4 femmes sur 19 ont répondu *« très satisfaite »*, soit 21,1% ;
- 2 femmes sur 19 ont répondu *« peu satisfaite »*, soit 10,5% ;
- 1 femme sur 19 a répondu *« pas du tout satisfaite »,* soit 5,3%.

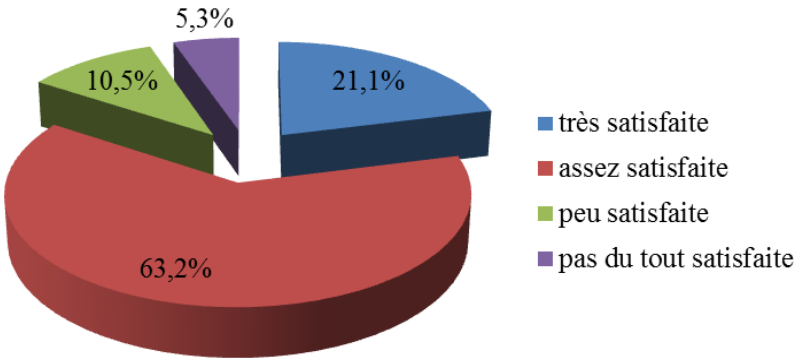


Figure 19 : *Etes-vous satisfaite de la réponse obtenue ?*

La majorité des femmes ayant répondu (16 sur 19, soit 84,3%) était plutôt satisfaite de cet échange avec le médecin.

Une question ouverte interrogeait ensuite les femmes sur les raisons de leur satisfaction ou non de cet échange avec le médecin. 15 patientes ont répondu, les causes d'insatisfaction et de satisfaction ont été regroupées par thèmes :

- Causes de satisfaction :
  - Echange de qualité : évoqué par 4 femmes *« Bonne écoute », « Mon sujet a été accueilli dans un climat de confiance et de détente », « Echange franc et simple », « Echange pour moi très positif »* ;
  - Echange thérapeutique : évoqué par deux femmes *« En en parlant on se vide de ce problème », « Ca m'a fait du bien d'en parler »* ;
  - Compétence du médecin qui est de bon conseil et trouve des solutions adaptées : cité par 5 femmes *« Elle a tout de suite cerné mes problèmes à ce niveau », « Le médecin a apporté un conseil devenu solution à ce problème », « La gynéco m'a donné un traitement que je suis plus ou moins..... mais qui m'a soulagée », « Le médecin a répondu à nos questions et donner des solutions au problème »* ;
  - Réassurance : cité par une femme *« J'ai été rassurée sur la légitimité de mon désir »*.

- Causes d'insatisfaction :
  - Manque de disponibilité du médecin : 1 patiente était assez satisfaite mais évoquait un *« Manque de temps pour parler plus longuement »* ;
  - Absence de solutions trouvées : 2 patientes n'ont évoqué *« Aucune solution efficace pour le moment », « Parce qu'il n'existe pas de remèdes vraiment efficaces »*.

6 - Abord de la sexualité en soins primaires : qu'en pensent les femmes d'âge moyen ?

6.1 - SEXUALITE ET MEDECINE

A la question *« De manière générale, avez-vous déjà discuté de sexualité avec un médecin au cours des 12 derniers mois? »* :

- **55 femmes sur 78 ont répondu *« jamais »*, soit 70,5% ;**
- 15 femmes ont répondu *« oui, une fois »*, soit 19,2% ;
- 8 femmes ont répondu *« oui, plusieurs fois »*, soit 10,3%.

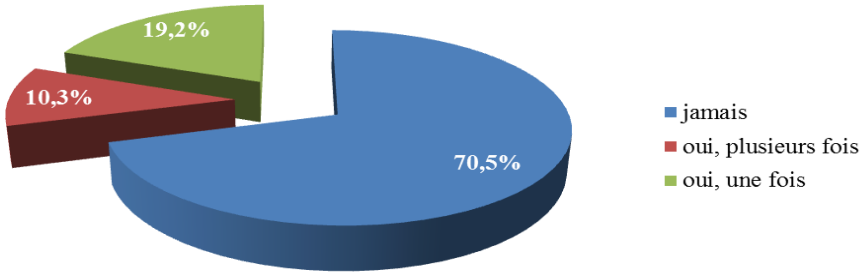


Figure 20 : *De manière générale, avez-vous déjà discuté de sexualité avec un médecin au cours des 12 derniers mois?*

6.2 - FREINS A L'ABORD DU SUJET DE LA SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE

A la question *« Quelles seraient vos réticences à parler de sexualité avec un médecin généraliste ? »,* les femmes avaient le choix entre 7 propositions, et une case libre, plusieurs réponses étaient possibles.

Les réponses sont présentées ci-dessous des plus citées au moins citées :

- 36 femmes sur 78 ont répondu *« la pudeur (la sexualité est considérée comme trop intime pour être abordée avec un professionnel de santé) »*, soit **46.2%** ;
- 32 femmes ont répondu *« l'absence de sollicitation de la part du médecin »*, soit **41%** ;
- 25 femmes ont répondu *« le manque de temps et/ou de disponibilité du médecin »*, soit **32,1%** ;
- 19 femmes ont répondu *« le sexe opposé du médecin »*, soit **24,4%** ;
- 6 femmes ont répondu *« l'excès de proximité du médecin »*, soit **7,7%** ;

- 5 femmes ont répondu *« la différence d'âge avec le médecin »*, soit **6,4%** ;
- 4 femmes ont répondu *« la peur du jugement »*, soit **5,1%** ;
- 4 femmes ont cité d'autres freins, soit **5,1%**. Parmi elles, deux ont évoqué une absence de besoin, une considère que son *« problème relève plus du psychologue que du généraliste »*, et une évoque *« n'avoir jamais eu l'occasion d'en parler »*.

Par ailleurs 4 femmes ont exprimé n'avoir aucune réticence à aborder le sujet avec leur médecin, soit 5,1%.

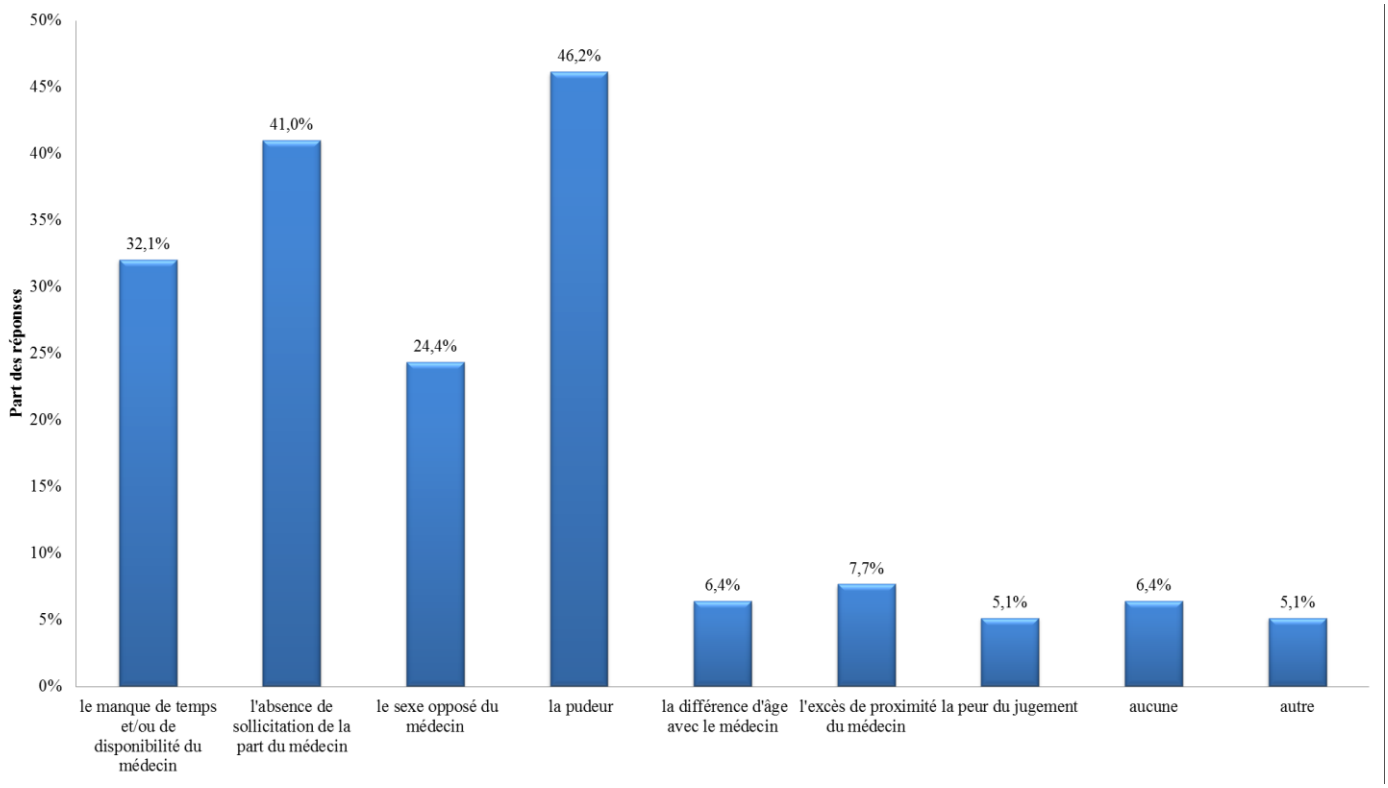


Figure 21 : *Quelles seraient vos réticences à parler de sexualité avec un médecin généraliste ?*

6.3 - INITIATION DU DIALOGUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

A la question *« Aimeriez-vous que votre médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité, au cours d'une consultation de routine ? »* :

- **46 femmes sur 78 ont répondu *« oui »*, soit 59% ;**
- 32 femmes sur 78 ont répondu *« non »*, soit 41%.

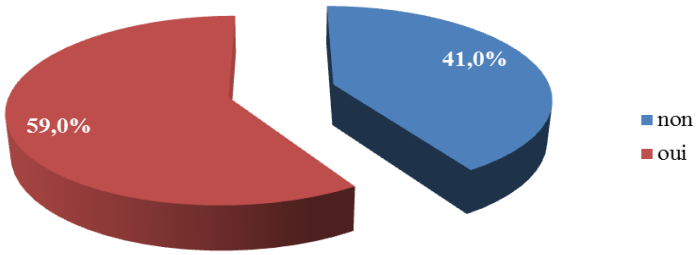


Figure 21 : *Aimeriez-vous que votre médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité, au cours d'une consultation de routine ?*

Plus de la moitié des femmes interrogées dans notre étude (59%), apprécieraient que leur médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité en consultation.

6.4 - INITIATION DU DIALOGUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE ET RECOURS AUX SOINS

Parmi les femmes n'ayant pas évoqué leurs troubles sexuels avec un médecin (N=35), 20 femmes, soit 57,1% d'entre elles, apprécieraient que leur médecin initie le dialogue sur la sexualité en consultation, contre 15, soit 42,9%, qui ne le souhaite pas. La différence était statistiquement significative (p=0,0165).

		Recours aux soins		
		OUI : N (%)	**NON** : N (%)	**Total**
Initiation du dialogue par le médecin	OUI : N (%)	17 (89.5%)	**20 (57.1%)**	**37**
	NON : N (%)	2 (10.5%)	**15 (42.9%)**	**17**
	Total	**19**	**35**	**54**

P=0.0165

Tableau 11 : *Initiation du dialogue par le médecin généraliste et recours aux soins*

Parmi les femmes n'ayant pas évoqué leurs troubles sexuels avec un médecin, plus de la moitié d'entre elles apprécieraient que leur médecin initie le dialogue sur la sexualité en consultation.

6.5 - COMPETENCE DU MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE SEXUALITE

A la question *« "Mon médecin généraliste est compétent pour répondre à mes interrogations en matière de sexualité" Etes-vous d'accord avec cela? »* :

- **44 femmes ont répondu *« plutôt d'accord »*, soit 56,4% ;**
- 17 femmes ont répondu *« tout à fait d'accord »*, soit 21,8% ;
- 14 ont répondu *« plutôt pas d'accord »*, soit 17,9% ;
- 3 ont répondu *« pas du tout d'accord »*, soit 3,8%.

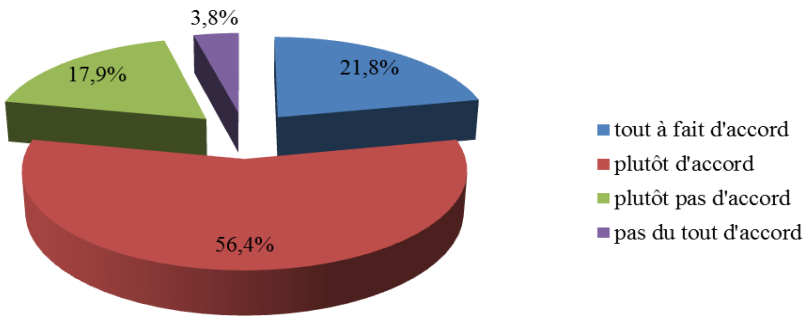


Figure 22 : « *Mon médecin généraliste est compétent pour répondre à mes interrogations en matière de sexualité » Etes-vous d'accord avec cela?*

La majorité de l'échantillon (61 femmes, soit 78.2%), pense que leur médecin généraliste est compétent dans le domaine de la santé sexuelle.

6.6 - COMMENTAIRES DES FEMMES

Une dernière question proposait aux femmes de laisser des commentaires en lien avec le sujet. Nous avons regroupé les réponses en thème, des plus abordés au moins abordés. 20 femmes sur 78 ont laissé des commentaires.

- Freins culturels et personnels à l'abord du sujet de la sexualité

5 femmes ont évoqué les tabous persistants et l'aspect délicat du sujet *: « Il faudrait oser consulter des médecins spécialisés en sexologie », « La sexualité était un sujet tabou à la maison », « Il existe toujours dans notre société des réticences à évoquer la sexualité des "seniors" surtout celle des femmes », « La sexualité féminine devrait être abordée plus facilement. » « Elle reste un tabou », « La sexualité est un sujet qui reste encore assez délicat à aborder avec un médecin quel qu'il soit ».*

- Sujet délicat qui nécessite pour être abordé une relation de confiance entre médecin et patient

5 femmes ont évoqué ce thème : *« Evidemment, la confiance joue un rôle important ! », « Mon médecin traitant est une femme et je n'aurais pas de réticence à aborder ce sujet avec elle en cas de besoin », « Mon médecin généraliste a une écoute normale et concernée, de plus c'est une femme », « Il est nécessaire que le patient soit mis en confiance ».*

- Sujet considéré par les femmes comme étant plus du domaine du gynécologue

4 femmes l'ont évoqué, comme cette patiente *« Je préfère aborder le sujet de la sexualité avec ma gynécologue car je trouve que c'est en lien avec le suivi gynécologique ».* Une autre pointe le manque de gynécologues : *« Il fut question d'arrêter l'exercice des gynécologues ... je trouverais cela dommage car c'est chez eux, il me semble, que l'on peut parler justement de sexualité ».*

- Pour parler de sexualité, il faut que la patiente considère les changements de la sexualité comme un problème pour elle, ou bien que ceux-ci aient des conséquences sur la vie de couple

3 femmes ont évoqué le sujet dont cette patiente : *« Le manque d'envie me parait normal et sans aucune conséquence sur notre vie de couple. Nos rapports, bien que peu fréquents, sont tout à fait satisfaisants ».*

- La sexualité, une histoire de couple

Pour 3 femmes, parler de sexualité nécessite au préalable d'avoir une vie de couple, comme cette patiente : *« La sexualité (quel que soit l'âge des partenaires) se vit à deux».* Une autre femme évoque par ailleurs précisément les difficultés sexuelles liées au conjoint à la même période *« On parle peu de l'homme avec les soucis d'érection ».*

- Parler des modifications physiologiques du corps avant la ménopause, afin de prévenir les éventuelles difficultés

3 femmes évoquent la nécessité pour elles d'aborder avec leur médecin le sujet de la sexualité et des changements intervenants à la ménopause, en amont de celle-ci, comme l'explique cette femme *« J'aurai aimé que mon médecin prenne du temps pour me parler du processus de la ménopause. C'est toujours évoqué mais on ne sait pas à quoi s'attendre exactement. On n'est préparé à rien et on se pose beaucoup de questions ».*

- Un sujet à évoquer plus souvent :

Deux femmes expliquent que la sexualité est pour elles un sujet important à aborder en médecine générale *: « Il faut absolument libérer la parole et intégrer les questions concernant la sexualité avec les médecins généralistes », « Le sujet est rarement abordé et pourtant mérite de l'être ».*

- Frein à l'abord de la sexualité en soins primaires : le manque de temps

Deux femmes ont évoqué ce thème, comme cette patiente : *« Et puis les généralistes ont déjà assez à faire sans pratiquer encore en plus un examen gynécologique».*

- Autres commentaires

Deux femmes évoquent leurs difficultés liées à la ménopause et à la pré-ménopause, dont cette patiente *« Le plus pénible dans la pré-ménopause sont les bouffées de chaleur ».* Une femme pointe du doigt la complexité de la sexualité féminine : *« La façon de remédier à ces problèmes est tellement différente d'une personne à une autre, que c'est très dur apparemment de trouver des solutions... ».* Une autre évoque le lien entre sexualité et problèmes médicaux, en nous parlant des changements corporels qu'a entraîné son cancer du sein.

DISCUSSION

1 - Validité interne de l'étude

1.1 - ANALYSE DE LA METHODOLOGIE ET DIFFICULTES RENCONTREES

1.1.1 - Type d'étude

Notre choix s'est porté sur une étude quantitative avec la réalisation d'un auto questionnaire écrit. L'intérêt était de pouvoir toucher un public féminin plus large et plus diversifié, en comparaison à ce que nous aurions pu retrouver dans une enquête qualitative par entretiens directs.

1.1.2 - Choix de la population étudiée

Nous avons voulu interroger les femmes d'âge moyen, autour de la ménopause, car la littérature nous a appris qu'à cette période de la vie les difficultés d'ordre sexuel sont plus fréquentes et mériteraient d'être recherchées. Cependant la tranche d'âge fut difficile à déterminer.

Nos réflexions furent notamment basées sur deux constats :

- la ménopause survient le plus souvent entre 45 et 55 ans(22) ;
- contrairement aux bouffées de chaleur qui ont tendance à s'atténuer quelques années après la ménopause, la sécheresse vaginale peut persister bien après et avoir des conséquences sur la sexualité des femmes(8).

Finalement nous avons décidé d'interroger les femmes âgées de 50 à 70 ans, en tenant compte des réflexions ci-dessus, et de la possibilité de comparer notre échantillon à l'échantillon de l'enquête CSF réalisée en France.

1.2 - QUESTIONNAIRE

1.2.1 - Type de questionnaire et mode de diffusion

Un auto-questionnaire écrit a été envoyé, par voie postale ou par internet. La raison principale de ce choix était de pouvoir aborder plus facilement des questions intimes. En effet la patiente pouvait ainsi répondre quand elle le voulait et où elle le voulait au questionnaire, et prendre le temps de la réflexion.

Nous avons privilégié, lorsque cela était possible, l'envoi électronique, pour des raisons de facilité d'utilisation et d'analyse, ainsi que pour garantir l'anonymat. Cependant dans notre population étudiée certaines patientes ne maitrisaient pas l'utilisation d'internet, nous leur avons alors proposé de leur envoyer le questionnaire par voie postale, avec une enveloppe timbrée pour faciliter le retour.

1.2.2 - Elaboration du questionnaire

La plupart des questions étaient fermées afin de faciliter l'analyse. Bien que le questionnaire ait été testé sur plusieurs personnes avant sa diffusion, nous avons remarqué des imperfections. Ainsi, une des réponses possibles à la question 5 était imprécise. En effet, lorsque nous demandions aux femmes si elles avaient déjà discuté de sexualité avec un médecin au cours des 12 derniers mois, les réponses possibles comprenaient *« oui, une fois »*, *« oui, plusieurs fois »* ou *« jamais »*. La réponse *« jamais »* était source de confusion, les femmes ayant pu comprendre *« jamais pendant les 12 derniers mois »*, ou *« jamais au cours de leur vie »*.

Nous aurions pu également préciser la question 16, en ajoutant par exemple *« si le contexte s'y prête »* à *« aimeriez-vous que votre médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité, au cours d'une consultation de routine ? ».*

Par ailleurs dans la question 11, lorsque nous demandons avec quel médecin les femmes ont-elles discuté de leurs troubles, beaucoup en avait discuté avec leur gynécologue. Il aurait été intéressant de demander à toutes les femmes si elles bénéficiaient d'un suivi régulier chez un gynécologue, afin de voir la proportion de celles qui en avaient discuté parmi celles qui étaient suivies.

Enfin nous n'avons pas demandé aux femmes si elles avaient une vie sexuelle active, ce qui constitue un biais de confusion (cf chapitre suivant).

1.3 - LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

1.3.1 - Biais de sélection

Nous devions proposer l'étude à toute patiente dont l'âge était situé entre 50 et 70 ans, qui consultait seule. Cependant lors d'une urgence médicale ou psychologique, il n'était pas possible de soumettre le questionnaire. Il nous est aussi arrivé d'oublier de proposer notre étude à une patiente qui rentrait dans les critères. Tout cela constitue plusieurs biais de sélection.

Il existe certainement un autre biais concernant le recrutement, en effet la majorité de l'échantillon a été recruté par l'enquêteur principal dans les Yvelines, ce qui peut fausser la représentativité de l'échantillon à l'échelle de la population Française.

Nous avions également un biais de non réponse. En effet certaines patientes pouvaient accepter plus facilement de participer à l'enquête car elles se sentaient très concernées par le sujet de l'étude (patiente qui souffrait de troubles sexuels, par exemple).

1.3.2 - Biais d'information

Les données étant déclaratives, des biais d'information ont pu être observés. Un biais de mémorisation est notamment possible, les femmes ne pouvant plus se rappeler de leurs troubles dans les 12 derniers mois. De plus, bien que le questionnaire soit anonyme, certaines femmes ont pu répondre aux questions dans le but de se valoriser ou de décrire un comportement idéal, c'est un biais de prévarication.

1.3.3 - Biais de confusion

L'analyse des troubles sexuels des femmes en fonction du statut relationnel comportait un facteur de confusion. Nous ne savions pas en effet si les femmes qui ne vivaient pas en couple avaient une vie sexuelle active.

1.3.4 – Puissance de l'étude

La puissance de l'étude pouvait être atteinte par le faible nombre de patientes que nous avons inclues (78 femmes). Cependant l'échantillon était plutôt représentatif de la population étudiée, nous en discutons dans le chapitre suivant.

2 - Validité externe : comparaison des résultats obtenus aux données de la littérature

2.1 - REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON PAR RAPPORT A LA POPULATION ETUDIEE

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 59,3 ans, ce qui se rapproche de la moyenne d'âge de notre population étudiée (femme âgée entre 50 et 70 ans) qui est de 60 ans. 69,2% des femmes étaient mariées ou en couple au moment de l'étude, ce qui est similaire aux chiffres de l'INSEE qui en 2006 recense en France 68% des femmes de 50 à 69 ans vivant en couple (23). Nous remarquons un taux de femmes divorcées non négligeables (14,1%) dans notre étude ainsi que de femmes veuves (7,7%) et célibataires (9%), mais des taux semblables sont retrouvés dans la population générale des femmes de 50 à 69 ans (source INSEE 2012).

Sur le plan professionnel, 61,5% des femmes étaient actives et 34,6% étaient retraitées : nous pouvions nous attendre à une telle proportion de femmes retraitées, l'âge moyen de départ à la retraite étant de 62,8 ans pour les françaises en 2015 selon le CNAV(24). Parmi les femmes en activité les employées étaient la catégorie socio professionnelle la plus représentée dans notre étude, ce qui correspond à la population générale (source INSEE 2012).

Ces résultats corroborent les données de la littérature qui suggèrent qu'à cette période de la vie les transitions sociales peuvent être nombreuses. De plus, la majorité des femmes avaient des enfants (91%), comme dans les enquêtes retrouvées sur les femmes du même âge (25). Ces enfants pouvaient être en âge de quitter la maison, ce qui engendre également des modifications de l'environnement familial. Concernant le statut hormonal, 84,6% des femmes dans notre étude étaient ménopausées. L'âge moyen du début de la ménopause était de 51,9 ans, ce qui correspond à l'âge moyen retrouvé dans la population Française et mondiale (27) (27) (28).

Enfin, environ 2/3 de l'échantillon (70,5%) avait consulté son médecin généraliste entre 1 et 5 fois dans l'année précédente, et 21,8% entre 5 et 10 fois. La fréquence de consultation était donc plutôt semblable entre les femmes, ce qui évite un facteur de confusion pour l'analyse des résultats qui concernent l'abord de la sexualité en consultation.

2.2 - POURQUOI PARLER DE SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE ?

Plusieurs questions avaient pour but d'étoffer notre sujet de recherche : y-a-t-il un intérêt à discuter de sexualité avec nos patientes et pourquoi ?

2.2.1 - La sexualité est importante au bien être des femmes

Dans notre étude, 68% des femmes interrogées considèrent que la sexualité est importante ou indispensable à leur équilibre personnel. Une proportion similaire à celle retrouvée dans l'enquête CSF pour la même tranche d'âge (1) et chez les femmes américaines (5). Cela confirme ce lien étroit entre santé sexuelle et qualité de vie, déjà évoqué dans la littérature (3) (6).

Dupras se réfère, lui, au concept de « qualité de vie sexuelle », dans lequel est pris en compte le bien être bio-sexuel, psycho-sexuel et socio-sexuel (30). La santé sexuelle apparait ainsi comme un paramètre important pour une bonne santé générale et il semble donc légitime d'évoquer le sujet en médecine générale au même titre que d'autres actions préventives.

2.2.2 - Représentations négatives de l'effet de la ménopause sur la sexualité

Les femmes interrogées sont nombreuses à penser que la ménopause a une influence plutôt négative sur la sexualité. En effet, 35.9% d'entre elles pensent que la ménopause a une influence physique et psychologique négative sur la sexualité. Dans une étude suédoise publiée en 2000, la moitié des femmes interrogées, en péri ou en post-ménopause, avaient une attitude neutre ou négative au regard de la ménopause(31).
Ces résultats sont à mettre en relation avec les aspects sociétaux, la ménopause étant toujours perçue par certains comme une forme d'anticipation de la vieillesse. Ce constat est aussi partagé par cette autre étude récente (2013) menée dans les pays nordiques : leurs résultats suggèrent que les effets négatifs signalés sur la sexualité sont plus probablement dus à l'anticipation ou à des représentations négatives de la sexualité à la ménopause qu'à des effets biologiques ou hormonaux(32).

Il paraît alors nécessaire de transmettre une information claire à nos patientes en pré-ménopause, pour lutter contre les croyances et les idées reçues, et apaiser leurs craintes. Une femme évoque cela en commentaire *« J'aurais aimé que mon médecin prenne du temps pour me parler du processus de la ménopause. C'est toujours évoqué mais on ne sait pas à quoi s'attendre exactement. On n'est préparé à rien et on se pose beaucoup de questions. »*.

2.2.3 - Degré de satisfaction vis-à-vis de leur sexualité actuelle

Les femmes de notre échantillon sont 64,1% à être très ou assez satisfaites de leur vie sexuelle actuelle. Un chiffre plus faible que celui retrouvé dans l'enquête CSF, puisqu'elles se déclarent 85,7% à être satisfaites (1). Cette différence peut s'expliquer par le biais de sélection que nous avons évoqué précédemment, les patientes qui ont plus de difficultés ayant peut être répondu plus facilement au questionnaire.

Dans une étude canadienne où environ 500 personnes ont été interrogées sur internet, près du quart estiment que leur vie sexuelle s'est améliorée depuis l'âge de 50 ans (9). De même dans une récente étude qualitative(2015), beaucoup de femmes avaient signalé une augmentation du désir sexuel après la ménopause(33). Dans une étude américaine de 2012

portant sur des femmes d'âge moyen de 67 ans, 2/3 des femmes sexuellement actives étaient satisfaites de leur vie sexuelle(34).

Les femmes de plus de 50 ans semblent donc avoir une vie sexuelle épanouie pour une bonne part d'entre elles. Cependant dans notre enquête environ un tiers (35,9%) des femmes estimaient être peu ou pas satisfaites de leur vie sexuelle actuelle. Or, nous l'avons vu, la pratique de contacts sexuels satisfaisants améliore la qualité de vie au fil de l'âge.

2.2.4 - Prévalence importante des troubles et facteurs associés

Dans notre échantillon, 69,2% des femmes interrogées déclaraient avoir ressenti un ou plusieurs troubles sexuels dans les 12 derniers mois. La baisse du désir sexuel (63%) et la sécheresse vaginale (51.9%) étaient les troubles les plus cités. Par ailleurs, ces troubles étaient associés à une souffrance personnelle chez 38,9% d'entre elles. La majorité des femmes interrogées (83.3%) cumulait plusieurs difficultés sexuelles.

Ces résultats sont concordants avec la littérature qui retrouve une prévalence élevée des troubles sexuels à cette période de la vie, avec des chiffres qui varient selon les études :

- selon un article de la revue Prescrire de 2004, entre 30 et 60% des femmes post ménopausées se plaignent de symptômes liées à une sécheresse vaginale qui ont un retentissement sur la vie sexuelle de plus de la moitié d'entre elles (22).
- selon les directives de 2014 de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), la baisse de la libido constituait un problème sexuel courant chez les femmes ayant passé la quarantaine, elle se manifestait jusqu'à 40% des cas; toutefois, seulement 12% des femmes ménopausées en seraient personnellement incommodées (7).
- la SOGC évoque aussi qu'une atrophie vaginale se manifesterait chez environ 50% des canadiennes dans les 3 ans qui suivent la ménopause.
- nous l'avons vu en introduction, le *National Social Life, Health and Aging Project*, une étude américaine de grande ampleur, retrouvait aussi une fréquence élevée des troubles sexuels : en effet 50% des femmes sexuellement actives avaient connu au moins un problème sexuel(16).
- en Europe, dans cette enquête menée dans 6 pays européens chez des femmes âgées de 50 à 60 ans, 1/3 des femmes ont eu une baisse de la libido et la moitié a noté un désintéressement pour les activités sexuelles (17).
- enfin dans l'enquête CSF, la baisse de désir sexuel augmente nettement après 50 ans ; ainsi lorsque les femmes âgées de 50 à 69 ans étaient interrogées sur une insuffisance ou absence de désir dans les 12 derniers mois, 21,1% d'entre elles ont répondu *« rarement »*, 37,4% *« parfois »*, et 10,1% *« souvent »* (1).

Nous avons cherché à savoir quels étaient les facteurs associés à ces troubles de la fonction sexuelle à cette période de la vie.

Le vieillissement influence la fonction sexuelle, cependant dans notre étude nous n'avons pas trouvé de différence significative en terme de prévalence des troubles sexuels chez les femmes âgées de 50 à 60 ans, en comparaison avec celles âgées de 61 à 70 ans (73,9% vs 62,5%). La ménopause n'était pas non plus associée à une fréquence accrue de troubles sexuels, contrairement à ce qui est retrouvé dans plusieurs études (35) (36) (15).

Nous n'avons également pas retrouvé de différence significative de la fréquence des troubles sexuels chez les femmes actives et retraitées, ni entre les femmes cadres et les employées, alors que la littérature évoque que le statut socio-économique peut influencer la fonction sexuelle des femmes (37). De manière plus large, plusieurs études attestent que nombre de facteurs socio environnementaux peuvent avoir un impact sur la sexualité des femmes d'âge moyen : le statut du partenaire, le départ des enfants de la maison, l'entourage amical…(37) (38) (39) (6).

Dans notre enquête les problèmes sexuels apparaissaient plus fréquents chez les femmes en couple que chez les femmes célibataires (79,6% vs 45,8%). Ce résultat peut sembler attendu mais d'interprétation délicate puisque les femmes en couple sont davantage susceptibles d'avoir une vie sexuelle active et donc d'avoir des difficultés sexuelles pendant les rapports. Cependant, on peut tout de même remarquer que la sexualité féminine s'envisage encore peu comme une expérience individuelle. Ainsi l'enquête CSF pointe également ce phénomène, en évoquant que les femmes en France continuent à donner sens à leur sexualité principalement dans un cadre relationnel, celui dans lequel peut être envisagé la procréation.

Dans une thèse récente sur l'abord du sujet de la sexualité en médecine générale, l'auteur atteste de la difficulté à discuter de sexualité avec les femmes en dehors du couple (20). Plusieurs commentaires dans notre questionnaire allaient en ce sens, notamment celui de cette femme *« la sexualité (quel que soit l'âge des partenaires) se vit à deux»*. Nous comprenons alors que si la sexualité s'inscrit pour les femmes principalement dans le domaine conjugal, la perte ou les difficultés sexuelles du conjoint sont des facteurs qui influencent la sexualité féminine.

Dans notre étude, les troubles sexuels étaient plus fréquents chez les femmes qui suivaient un traitement médicamenteux pour une maladie chronique en comparaison avec celles qui n'en suivaient pas (88,6% vs 53,5%). Plusieurs autres études font état de données similaires. Ainsi Copeland et Brown ont montré que les dysfonctions sexuelles étaient plus fréquentes chez les femmes diabétiques d'âge moyen et plus âgées (40) ; même constat dans une étude récente tunisienne(41). La dépression et ses traitements apparaissent aussi dans la littérature comme liés à l'insatisfaction sexuelle et les dysfonctions sexuelles féminines(42) (43). Une étude californienne citée en introduction concluait que la satisfaction sexuelle globale des femmes était même plus influencée par les problèmes de santé chronique que l'âge (13).
Or près de la moitié des femmes interrogées dans notre enquête suivaient un traitement médicamenteux régulier pour une maladie chronique. Un simple renouvellement d'ordonnance peut ainsi être l'occasion pour le médecin d'aborder les éventuels effets indésirables des traitements sur la fonction sexuelle des femmes.

La littérature a également retrouvé que les troubles sexuels étaient plus fréquents chez les femmes ayant des antécédents gynécologiques, ce que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude(18). Cette différence peut s'expliquer par le fait que nous n'ayons pas hiérarchisé les antécédents gynécologiques (une fausse couche ou une césarienne n'ayant pas le même impact qu'une chirurgie lourde pelvienne).

Notre étude a donc confirmé que les difficultés sexuelles chez les femmes autour de la ménopause étaient fréquentes et que de nombreux facteurs intervenaient dans ces perturbations, qu'ils soient relationnels, médicaux, psychologiques…(44). Or, tous ces facteurs qui peuvent nuire à la qualité de vie, sont fréquemment abordés en consultation auprès d'un médecin généraliste, dont l'un des rôles est de veiller au bien-être de ses patients. Il revient alors à ce dernier de saisir l'occasion et d'évoquer avec ces patientes leur vie sexuelle avec tact.

2.3 - RECOURS A UN PROFESSIONNEL DE SANTE POUR DES DIFFICULTES SEXUELLES

Bien que les troubles soient fréquents, notre enquête a également confirmé que les femmes en parlaient peu puisque seulement 1/3 des femmes interrogées (35,2%) a fait appel à un médecin. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni des études portant sur des femmes en pré ou en post ménopause font apparaître un taux similaire de consultations chez un médecin(18) (19). Leiblum et Bachmann ont retrouvé des chiffres également concordants dans une ancienne étude de 1983 sur l'atrophie vaginale(8). En Espagne une étude publiée en 2005 rapporte que la baisse du désir sexuel chez les femmes ménopausées en dépit d'une prévalence élevée n'était l'objet d'une consultation que dans 7% des cas (45).

Dans l'enquête CSF, c'est le cumul de difficultés qui semble motiver une consultation chez un professionnel de santé ; ainsi 21% des femmes âgées de 18 à 69 ans qui cumulent souvent ou parfois trois difficultés (rapport douloureux, insuffisance de désir, difficultés d'orgasme) déclarent avoir consulté un professionnel à cette occasion.

Dans une thèse soutenue en 2015 portant sur l'influence de la ménopause sur la sexualité des femmes, environ la moitié des femmes interrogées avaient consulté un médecin pour les difficultés liées à la ménopause retentissant sur leur vie sexuelle (25).
Enfin dans l'étude mondiale sur les attitudes et comportements sexuels moins de 19% des femmes avait sollicité leur médecin (2).

Le recours aux soins était plus fréquent dans notre étude lorsque les troubles étaient associés à une souffrance personnelle (57,1% vs 21,2%). De même les femmes avaient tendance à en discuter plus facilement lorsqu'il y avait une répercussion des troubles sur le partenaire (50% vs 25,7%). Cependant cette dernière différence n'était pas statistiquement significative, cela pouvait s'expliquer par le petit échantillon. Cela nous confirme que la sexualité féminine reste un phénomène complexe dont l'approche reste différente d'une personne à une autre. Ainsi la perception des difficultés de la fonction sexuelle renvoie

nécessairement à la place que la sexualité occupe dans la vie des personnes : une baisse du désir sexuel pourra être un réel problème pour une femme, tandis qu'une autre n'en souffrira nullement et aucune prise en charge ne sera alors requise. D'où l'importance d'interroger les femmes sur leur degré de satisfaction vis-à-vis de leur vie sexuelle actuelle, comme l'évoque une revue de la littérature américaine récente (2015) et les résultats de notre questionnaire(46). Rappelons également que les représentations de la sexualité varient considérablement selon la culture des femmes (47).

Dans notre enquête, les femmes avaient majoritairement discuté de leurs troubles avec un gynécologue (63,2%). Seules 26,3% d'entre elles en avaient discuté avec leur médecin traitant.

Dans l'enquête CSF les femmes s'adressaient elles aussi préférentiellement à leur gynécologue, tout comme les femmes américaines (1) (48) .Cependant le manque actuel de gynécologues médicaux en France peine à être comblé (68 postes sont disponibles sur toute la France aux ECN 2016) et beaucoup de femmes éprouvent des difficultés à avoir un rendez-vous (49). Le médecin généraliste doit donc aussi être en mesure de répondre aux interrogations des femmes dans le domaine de la sexualité. Et nous l'avons évoqué, cela fait partie de ses missions, dans le cadre de la prise en charge globale des individus.

La grande majorité des femmes de notre échantillon qui ont eu recours aux soins avaient initié elle-même la conversation (89,5%). Une enquête publiée en 2009 portant sur les troubles de la sexualité féminine rapporte des chiffres semblables puisque dans 80% des cas la patiente avait initié la conversation avec le médecin (50). Dans une autre étude américaine de la même année, portant sur les femmes ménopausées souffrant de sécheresse vaginale, seulement 7% d'entre elles ont déclaré que c'était leur médecin qui avait initié la conversation sur le sujet (51).

Par ailleurs, les femmes de notre étude étaient aussi nombreuses (84,3%) à être satisfaites de cet échange avec le médecin. Les raisons évoquées étaient multiples, cependant le dialogue semble prendre une part importante dans leur satisfaction. Ainsi deux femmes évoquent un « échange thérapeutique » : *« En en parlant on se vide de ce problème », « Ca m'a fait du bien d'en parler »*.
Cette notion se retrouve dans la littérature : April et Bitzer expliquent que, selon eux, dans de nombreux cas le dialogue constitue une partie intégrante du traitement (52).

2.4 - AVIS DES PATIENTES D'AGE MOYEN SUR L'ABORD DE LA SEXUALITE EN SOINS PRIMAIRES

Les résultats de notre étude montrent que 70,5% des femmes interrogées n'ont jamais discuté de sexualité avec un professionnel de santé ; une proportion similaire est retrouvée aux Etats-Unis chez les femmes de plus de 50 ans (16). **Pourtant, toujours selon notre étude, plus de la moitié d'entre elles (59%) aimerait que leur médecin traitant prenne l'initiative de parler de ce sujet au cours d'une consultation de routine**. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'enquête mondiale GSSAB ou 41% des femmes âgées de 40 à 80 ans aimeraient que le professionnel de santé initie la conversation sur le sujet de la sexualité (2). **De plus, notre étude démontre aussi que parmi les femmes ayant des troubles de la sexualité et qui n'en n'ont pas parlé à un professionnel, 57% d'entre elles auraient apprécié que leur médecin généraliste évoque le sujet**. Nos résultats suggèrent donc que les préoccupations d'ordre sexuel des femmes à cette période de la vie sont nombreuses et qu'elles souhaitent échanger sur cela avec leur médecin traitant.

Dans une étude britannique ancienne (1997), une majorité (70%) des hommes et femmes interrogés considèrent que la sexualité est un sujet approprié à discuter avec leur médecin traitant, pourtant seulement 2% d'entre eux l'avait fait(53).

Enfin, selon notre étude, les femmes pensent en majorité (78,2%) que leur médecin généraliste est compétent dans le domaine de la santé sexuelle.

Cependant les femmes présentent certaines réticences à aborder le sujet de la sexualité avec leur médecin traitant. La raison la plus invoquée par les patientes de notre échantillon est la pudeur (46,2%), la sexualité étant souvent considérée comme un sujet trop intime pour être abordée librement avec un professionnel de santé.

Cette réticence est légitime pour discuter d'un sujet aussi délicat : nous comprenons ainsi l'intérêt d'établir une relation de qualité avec nos patientes. Mais, dans un climat de confiance, le frein peut être levé, comme l'ont exprimé plusieurs femmes en commentaires : *« Evidemment la confiance joue un rôle important ! », « Mon médecin généraliste a une écoute normale et concernée, de plus c'est une femme », « Il est nécessaire que le patient soit mis en confiance »*. Par ailleurs le fait que le médecin soit un homme était un frein à l'abord du sujet pour seulement 24,4% des femmes, ce qui renforce l'idée que la confiance prime sur le sexe du médecin dans la relation médecin / malade.

Le second frein le plus évoqué par les femmes (41%) est l'absence de sollicitations de la part du médecin : cela confirme que les patientes souhaiteraient que leur médecin prenne l'initiative de la discussion(54). Le médecin généraliste doit ainsi prendre en compte les besoins relationnels de son patient, ses besoins exprimés mais aussi ses besoins implicites. Une femme a même suggéré en commentaire qu'un bref questionnaire de dépistage sexuel dans le cadre de l'anamnèse des femmes ménopausées soit mis en place par les généralistes, comme le propose la SOGC(7).

Les femmes souhaitent donc un débat plus ouvert et empathique avec leur médecin : *« Il faut absolument libérer la parole et intégrer les questions concernant la sexualité avec les médecins généralistes », « Le sujet est rarement abordé et pourtant mérite de l'être »*. Environ 1/3 des femmes (32,1%) ont également évoqué le manque de temps ou de disponibilité de leur médecin traitant ; une femme a même précisé (en commentaire) « que les généralistes avaient déjà bien assez à faire » ! Il apparaît alors nécessaire de dégager du temps pour ces préoccupations très légitimes et qui entrent dans le champ de compétences du médecin de premier recours.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude confirment que la sexualité occupe une part importante dans la vie des femmes autour de la ménopause. Les interrogations et perturbations sur leur sexualité sont fréquentes à cette période de leur vie, dues à une interaction complexe de facteurs individuels. Et pourtant manifestement ces difficultés restent peu évoquées en consultation auprès d'un professionnel de santé. Par ailleurs les femmes s'adressent actuellement plutôt à leur gynécologue. Pour autant l'enquête nous apprend que presque 60% d'entre elles apprécieraient que le médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité au cours d'une consultation de routine. Et plus de la moitié des femmes qui éprouvent des difficultés d'ordre sexuel et qui n'en avait pas parlé avec un professionnel de santé, aurait aimé que le médecin traitant aborde le sujet.

De plus, même si elles lui en parlent peu, les femmes considèrent leur médecin généraliste comme compétent pour répondre à leur interrogations en matière de sexualité ; le principal frein à l'évocation du sujet étant la pudeur.
Ce frein peut être levé si la patiente se sent en confiance, d'où l'intérêt d'une relation médecin malade de qualité. Une autre forme de réticence est l'absence de sollicitation de la part du médecin : cela confirme que le médecin doit « se jeter à l'eau » et ne pas hésiter à amorcer le dialogue à ce niveau. Il se doit d'être plus attentif aux préoccupations des femmes en matière de sexualité, spécifiquement à cette période délicate de leur vie. Cela est d'autant plus vrai que dans de nombreux cas, le dialogue constitue une partie intégrante du traitement.

Dû à sa mission de prise en charge globale des patients et grâce à ses compétences, la place du médecin de premier recours s'inscrit alors naturellement dans le domaine de la santé sexuelle.
Les femmes souhaitent un débat plus ouvert sur ce sujet et le médecin généraliste peut alors être un interlocuteur de choix, même s'il n'assure pas le suivi gynécologique.

Nous sommes cependant conscients que l'échantillon étudié reste faible et nos résultats demanderaient à être confirmés par une étude de plus grande ampleur. De plus si les femmes sont hésitantes à aborder le sujet et qu'elles attendent que leur médecin le fasse, celui-ci n'initie actuellement que très peu le dialogue en matière de sexualité. Cela pourrait aussi faire l'objet d'une recherche future : comprendre pourquoi les médecins abordent si peu le sujet en consultation avec les femmes d'âge moyen, afin d'améliorer la prise en charge de nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bozon M, Bajos N, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008. 609 p.

2. Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems:the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Clin Pract. 2005;59(1):6-16.

3. Bondil P. Vieillissement sexuel: mythes et réalités biologiques. Sexologies.2008; 17(3): 152-73.

4. Magon N, Chauhan M, Malik S, Shah D. Sexuality in midlife: Where the passion goes? J -Life Health. 2012;3(2):61-5.

5. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause N Y N. 2005;12(4):385-98.

6. Hess R, Conroy MB, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Chang C-CH, et al. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. J Sex Med.2009;6(5):1358-68.

7. Rowe T, Reid R, Blake J. Prise en charge de la ménopause, chapitre 8: sexualité et ménopause. J Obstétrique Gynécologie Can.2014; 36(9): 73-86.

8. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. JAMA.1983;249(16):2195-8.

9. Dewailly M, Dodin S. Baisse du désir sexuel la ménopause a le dos large! Médecin Québec. 2009; 44(12).

10. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril. 2005;84(1):174-80.

11. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. Menopause N Y N. 2004;11(6 Pt 2):726-40.

12. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? Menopause N Y N.2000;7(5):297-309.

13. Appa AA, Creasman J, Brown JS, Van Den Eeden SK, Thom DH, Subak LL, et al. The impact of multimorbidity on sexual function in middle-aged and older women: beyond the single disease perspective. J Sex Med.2014;11(11):2744-55.

14. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol.2000;163(3):888-93.

15. Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. Obstet Gynecol.2007;109(4):831-40.

16. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med.2007;357(8):762-74.

17. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2008;137(1):10-6.

18. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol.2008;112(5):970-8.

19. Cumming GP, Currie HD, Moncur R, Lee AJ. Web-based survey on the effect of menopause on women's libido in a computer-literate population. Menopause Int.2009;15(1):8-12.

20. Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion [Thèse].Nice: Université de Nice-Sophia-Antipolis; 2014.124p.

21. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. Maturitas.2009;63(2):138-41.

22. Prescrire Rédaction. Transition ménopausique : un diagnostic clinique. Rev Prescrire.2004; 24(249) : 292-293.

23. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population - Vivre en couple - La proportion de jeunes en couple se stabilise [Internet].2006 [cité le 21 juin 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr

24. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. Âge de départ à la retraite : statistiques, recherches et prospective de la Cnav [Internet].2016 [cité le 21 juin 2016]. Disponible sur: http://www.statistiques-recherches.cnav.fr

25. Petit A-L. Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme? [Thèse].Limoges : Université de Limoges; 2015. 162p.

26. Le Réseau canadien pour la santé des femmes. Ménopause [Internet].2012 [cité le 21 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cwhn.ca/fr/node/44793

27. Womenshealth.gov. Menopause basics [Internet].2010 [cité le 21 juin 2016]. Disponible sur: https://www.womenshealth.gov

28. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Ménopause [Internet].2012 [cité 21 juin 2016]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/menopause

29. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. J Sex Res.2003;40(3):266-76.

30. Dupras A, Soucis P. La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Sexologies.2008; 17(3): 190-8.

31. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. Climacteric J Int Menopause Soc.2000;3(1):33-42.

32. Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women's sexuality: from aging to social representations. J Sex Med.2013;10(10):2399-408.

33. Ussher J, Perz J, Parton C. Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. Feminism&Psychology. 2015;25(4):449-68.

34. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. Am J Med.2012;125(1):37-43.

35. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Magri F, Martini E, et al. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. Maturitas.2010;67(1):78-83.

36. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. Arch Intern Med.2008;168(13):1441-9.

37. Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. J Sex Med.2005;2 Suppl 3:133-45.

38. Gass MLS, Cochrane BB, Larson JC, Manson JE, Barnabei VM, Brzyski RG, et al. Patterns and predictors of sexual activity among women in the Hormone Therapy trials of the Women's Health Initiative. Menopause N Y N.2011;18(11):1160-71.

39. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. Climacteric J Int Menopause Soc. 2009;12(3):213-21.

40. Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. Obstet Gynecol. 2012;120(2 Pt 1):331-40.

41. Trifi M, Elkissi Y, Slim I, Chaïeb M, Ben Nasr S, Chaïeb L, et al. Évaluation de la fonction sexuelle des femmes ayant un diabète de type 2: étude cas-témoins. Sexologies.2016; 25(2): 78-84.

42. McCall-Hosenfeld JS, Jaramillo SA, Legault C, Freund KM, Cochrane BB, Manson JE, et al. Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the Women's Health Initiative-Observational Study. J Gen Intern Med.2008;23(12):2000-9.

43. Gallicchio L, Schilling C, Tomic D, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of sexual functioning among mid-life women. Climacteric.2007;10(2):132-42.

44. Prescrire Rédaction. Insatisfaction sexuelle des femmes. Rev Prescrire.2007;(284):444-7.

45. Obermeyer CM, Reher D, Alcala LC, Price K. The menopause in Spain: Results of the DAMES (Decisions At MEnopause) Study. Maturitas.2005;52(3–4):190-8.

46. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. Endocrinol Metab Clin North Am.2015;44(3):649-61.

47. Lo SS-T, Kok W-M. Sexuality of Chinese women around menopause. Maturitas. 2013;74(2):190-5.

48. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. Fertil Steril.2003;79(3):572-6.

49. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale.La gynécologie médicale en France [Internet].2012 [cité le 1 juillet 2016]. Disponible sur: http://www.fncgm.com

50. Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, Rosen R. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. J Womens Health 2002.2009;18(4):461-8.

51. Santoro N, Komi J. Prevalence and Impact of Vaginal Symptoms among Postmenopausal Women. J Sex Med.2009;6:2133-42.

52. April K, Bitzer J, Beirat W. Santé sexuelle dans la pratique médicale - call to action. Partie 2. Forum Med Suisse. 2014; 14(41): 760-3.

53. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. J Public Health Med.1997;19(4):387-91.

54. Hinchliff S, Gott M. Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: a review of the literature. J Sex Res.2011;48(2-3):106-17.

55. World Health Organization.Gender and human rights [Internet].[cité le 8 avril 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/en

56. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et génésique [Internet]. 2016 [cité le 8 avril 2016]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/fr

57. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. Prog En Urol.2013; 23(9): 547-61.

58. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. J Sex Marital Ther.2001;27(5):395-403.

59. La ligue contre le cancer. Sexualité et cancer information destinée aux femmes [Internet].2011 [cité le 8 avril 2016]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/shared/brochures/sexualite-cancer-femme.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 DEFINITIONS

1) Sexualité

Lorsque l'on regarde la définition dans le dictionnaire Larousse de la sexualité, on trouve : «E*nsemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant. Ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle. ».* Le terme « sexualité » a été utilisé de différentes manières dans la littérature, mais on ne dispose pas actuellement de définition uniformément acceptée. Néanmoins, l'OMS fournit une base pour la compréhension de la sexualité humaine, un concept complexe(55) :

« La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et comprend le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, certaines ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

La complexité de la sexualité telle que définie par l'OMS est importante à garder à l'esprit si l'on veut entreprendre des recherches dans ce domaine. Certains chercheurs ont décrit la sexualité dans le contexte d'un modèle biopsychosocial. Par exemple, Basson a proposé un modèle biopsychosocial représentant la réponse sexuelle féminine (voir plus loin).

2) Santé sexuelle

La première définition OMS de la santé sexuelle apparaît en 1974(56) :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et d'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation et les MST ».

Cette définition a été revue et complétée en 2000 : *« La santé sexuelle devient l'expérience d'un processus continu de bien-être psychique, physique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforce le bien être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la*

sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, libres de coercition, de discrimination et de violence. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. »

Ces définitions nous amènent à une approche globale de la santé sexuelle, en tenant compte de ses trois composants principaux : biologiques, psycho-cognitifs et environnementaux.

3) Ménopause

Selon l'OMS, la ménopause est définie de manière rétrospective après 12 mois d'aménorrhée(22). C'est un phénomène naturel caractérisé par un déclin des concentrations en œstrogènes à l'origine de divers symptômes. Le rôle du vieillissement est difficile à différencier de celui du déclin en œstrogènes lié à la ménopause dans la survenue de ces symptômes. La ménopause est parfois liée à des traitements médicaux : certaines chimiothérapies, radiothérapies, sont susceptibles d'induire une ménopause en supprimant l'activité ovarienne. L'ovariectomie entraîne également une ménopause, dite ménopause chirurgicale. La ménopause physiologique survient le plus souvent chez les femmes âgées de 45 à 55ans, avec un âge moyen de 51 ans dans les pays industrialisés.

4) Transition ménopausique

C'est une période qui précède la ménopause, elle peut durer quelques années et se caractérise par des sécrétions ovariennes fluctuantes amenant à des cycles menstruels irréguliers. De nombreux symptômes sont alors susceptibles d'apparaitre pendant cette transition et après la ménopause : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur et du sommeil, troubles urinaires, modifications de la libido… Aucun symptôme clinique n'est cependant assez performant pour affirmer le diagnostic de transition ménopausique. On admet que la probabilité de pré-ménopause soit élevée chez les femmes entre 45 et 55 ans qui présentent des irrégularités de leurs cycles menstruels ou une aménorrhée depuis plus de 3 mois.

ANNEXE 2 PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITE FEMININE

La connaissance de la physiologie de la sexualité féminine a fait de grands progrès ces dernières années, même si tout n'est pas élucidé à l'heure actuelle. En effet la physiologie de la réponse sexuelle met en jeu des phénomènes cérébraux complexes qui peuvent inhiber ou faciliter via les centres spinaux, la réponse des organes sexuels périphériques(57).

La difficulté d'une compréhension claire des différentes étapes de la réponse sexuelle est liée aux multiples interactions de celle-ci avec des facteurs, en particulier cognitifs et relationnels, qui sont au premier plan chez la femme.

1) La réponse sexuelle chez la femme : modélisations

Chez la femme, les études physiologiques ont été peu nombreuses avant les années 2000. En 1968, William Masters, gynécologue, et Virginia Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines. Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases, identiques à celles de l'homme : excitation, plateau, orgasme et résolution. Hélène 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(58) (cf figure 1). Ainsi selon Basson, le désir peut être ou ne pas être présent initialement, et il est potentialisé par l'excitation due aux stimuli sexuels. Dans son modèle, elle incorpore l'importance de l'intimité émotionnelle, des stimuli sexuels et de la satisfaction de la relation de couple. Le fonctionnement sexuel féminin serait plus complexe que la réponse sexuelle des hommes. Elle suggère que le désir d'augmenter la proximité ou l'ouverture au partenaire prédispose une femme à participer à l'activité sexuelle. Cette théorie est appuyée notamment par l'étude SWAN(5). Dans cette cohorte prospective américaine ayant suivi plus de 3000 femmes de 42 à 52 ans, on a constaté que la douleur, la baisse de la libido et le manque d'excitation avaient connus une hausse au cours de la transition ménopausique mais sans toutefois s'accompagner d'un déclin de la fréquence des activités sexuelles. Cela semblait indiquer que les femmes continuaient de participer à des activités sexuelles pour des raisons autres que le plaisir, pour renforcer sa relation avec son partenaire, par exemple. Basson évoque effectivement que pour la femme, le but de la relation sexuelle n'est pas nécessairement l'orgasme mais une satisfaction personnelle, qui se manifeste par une satisfaction émotionnelle ou sentimentale et/ou l'orgasme.

2) Physiologie de la réponse sexuelle féminine(57)

a. Le désir

Première étape, comportant une composante biologique neuroendocrinienne et une composante psychoaffective particulièrement importante chez les femmes. On distingue une première phase de désir correspondant 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. Un autre type de désir intervient pendant l'acte sexuel, il est secondaire à une excitation physique adéquate : c'est le désir réactif.

b. Excitation sexuelle

Les voies nerveuses de l'excitation sexuelle sont superposables chez l'homme et la femme faisant intervenir les centres sympathiques de la moelle thoraco lombaire et à l'étage sacré le centre parasympathique et les motoneurones commandant les contractions de la musculature striée pelvi périnéale. La sensibilité génitale est principalement véhiculée par le nerf pudendal. L'excitation donne lieu à un afflux de sang au niveau du vagin et de la vulve responsable de la lubrification vaginale, de l'érection du clitoris et d'une hyperhémie vulvaire.

c. Plateau /orgasme/résolution

Après cette phase initiale d'excitation, survient une phase de plateau, puis si la stimulation est maintenue, un ou plusieurs orgasmes surviennent. La description de l'orgasme, du fait des diverses formes de son expression, dépend de l'observateur qui peut considérer l'aspect neurophysiologique ou purement psychologique. Néanmoins il correspond communément au point culminant du plaisir sexuel. Au niveau périphérique, l'orgasme se caractérise par des contractions rythmiques des muscles pelvi périnéaux, une activation plus ou moins prononcée du système nerveux autonome et une tension musculaire généralisée. La résolution se manifeste ensuite par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale.

d. Neuromédiateurs(7)

Plusieurs neuromédiateurs sont particulièrement impliqués dans le contrôle de la sexualité à l'étage central (dopamine, ocytocine, sérotonine) et périphérique (peptide intestinal vaso actif et neuropeptide Y). Ainsi la régulation de la libido serait un processus endocrinien dynamique en équilibre entre des neurones excitateurs et inhibiteurs. Parmi les neurotransmetteurs excitateurs, la dopamine est considérée comme étant le principal neurotransmetteur responsable de l'excitation. L'ocytocine aurait elle aussi un rôle promoteur, elle est souvent présentée comme « l'hormone de la tendresse », car elle favoriserait également le comportement affectueux dans les relations non sexuelles. On retrouve dans les « promoteurs » également les stéroïdes, œstrogènes et testostérone. La sérotonine, la prolactine et les opioïdes sont eux présentés comme des neurotransmetteurs inhibiteurs sur la fonction sexuelle.

e. Rôle des stéroïdes sexuels

- Œstrogènes : à l'étage central les œstrogènes influenceraient la libido en ayant un effet sur les neurones de l'hypothalamus. En périphérie ils sensibilisent la peau et exercent un effet important sur la trophicité vaginale ainsi que sur la lubrification ;
- Testostérone : elle exerce un rôle stimulant sur le désir sexuel par une action cérébrale notamment par le biais de récepteurs situés au niveau de l'hypothalamus et du système limbique. Mais une certaine proportion de testostérone est convertie en œstradiol dans le cerveau, et il est de ce fait difficile de distinguer les effets propres de la testostérone et ceux de l'œstradiol sur le comportement sexuel féminin.

3) Conclusion

La réaction sexuelle féminine comporte de multiples facettes qui ne peuvent être dissociées (anatomiques, psychologiques, physiologiques, hormonales et sociales). De multiples systèmes sont alors sollicités. L'excitation sexuelle met en cause des facteurs neurologiques, sensoriels, cognitifs, hormonaux et génétiques. On retiendra le rôle majeur (positif ou négatif) joué par le cerveau premier organe sexuel dans des domaines aussi moteurs de la vie et de la santé sexuelle que sont l'intérêt, le désir, l'excitation et le plaisir.

ANNEXE 3 MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA SEXUALITE LIEES A LA MENOPAUSE ET AU VIEILLISSEMENT

1) Fonction sexuelle et œstrogènes

Les taux post-ménopausiques d'œstradiol connaissent dans les 6 mois qui suivent la dernière menstruation, une baisse abrupte de l'ordre de 90%. L'œstrone qui est le principal œstrogène post ménopausique connait lui une baisse de 70%(7). Nous avons vu plus haut que les œstrogènes peuvent influencer la motivation sexuelle, de part un effet central sur l'hypothalamus, mais aussi de façon indirecte par l'intermédiaire de l'insomnie, de l'irritabilité, d'une altération de la sensibilité de la peau. Ce déficit en estrogènes modifie aussi nettement les réponses biologiques qui caractérisent la phase d'excitation. La diminution de la vasodilatation vulvovaginale réduit la réactivité des corps érectiles, la vasodilatation des petites et grandes lèvres et la lubrification vaginale (qui demande plus de temps par diminution du transsudat issu des vaisseaux de la paroi vaginale). La déformabilité vulvovaginale qui facilite l'intromission et le coït, diminue avec l'atrophie, et la sècheresse vaginale est à l'origine de dyspareunies. Il semble donc que la baisse en œstrogènes influence l'apparition d'une sécheresse vaginale. Dans la cohorte de prospective des 438 femmes du projet Midlife australien(10), Dennerstein et coll ont constaté que 3% des femmes pré ménopausées ont signalé une sécheresse vaginale, versus 21% des femmes dans un délai d'un an après la ménopause, et 47% trois ans après la ménopause. Toutefois, dans cette étude l'effet des œstrogènes sur la fonction sexuelle n'était pas aussi important que le niveau préalable de fonction sexuelle et que l'effet de facteurs psycho-sociaux (changement de partenaire, sentiments qu'éprouve la femme envers son/sa partenaire).

2) Fonction sexuelle et androgènes

Les androgènes regroupent le DHEA, le sulfate de DHEA, l'androstènedione, la testostérone et la dihidrotestostérone. Ils sont issus avant la ménopause à 50% des ovaires et à 50% des glandes surrénales. Les androgènes post ménopausiques sont principalement issus des glandes surrénales. De ce fait, les taux d'androgènes et donc de testostérone déclinent lentement avec l'âge et non pas de façon abrupte à la ménopause, à l'inverse des œstrogènes. Les androgènes sont liés au niveau central au désir sexuel, et après la ménopause les glandes surrénales continuent de produire ces hormones. Une petite quantité d'androgènes est suffisante pour engendrer du désir. Ainsi, à elle seule le statut ménopause ne diminue pas le désir sexuel(59). Toutefois, puisque les ovaires sont à l'origine de 50% des androgènes pré-ménopausiques, la ménopause chirurgicale va elle entrainer une baisse brutale de la testostérone qui peut mener à des préoccupations ou à des troubles sexuels (7).

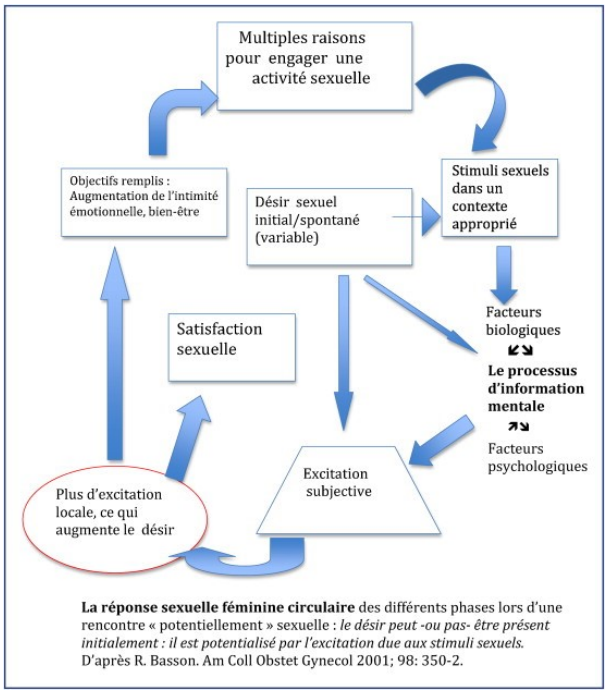
3) Vieillissement sexuel

On observe ainsi qu'après la ménopause et au cours du vieillissement, outre la douleur attribuable au rétrécissement et au manque de lubrification ; l'obtention d'une excitation nécessite plus de temps. De plus, le vieillissement sexuel entraine une phase orgasmique plus courte. L'excitation diminue plus rapidement lors de la phase de résolution même si la réponse polyorgasmique reste possible. La sensation orgasmique reste néanmoins relativement stable. (Cf figure 2). En fait d'après P. Bondil(3), en dehors de la procréation le vieillissement biologique sexuel n'entraîne pas de différences notables par rapport au sujet jeune tant chez l'homme que chez la femme. Il se caractérise surtout par une biofragilisation à l'origine, dans les deux sexes, d'une moindre « bioperformance » de la réponse sexuelle globalement marquée par une diminution des phases d'excitation, de plateau et orgasmique, et une augmentation de la phase de résolution par allongement de la période réfractaire (plus marquée chez l'homme). Malgré le déclin sexuel statistique, Bondil conclue que la « presbybiologie » sexuelle reste tout à fait compatible avec la poursuite d'une activité sexuelle du moins chez les sujets en bonne santé apparente jusqu'à un âge assez avancé, c'est-à-dire au-delà de 80 ans.

4) Conclusion

La réponse sexuelle connaît des variations biologiques physiologiques après la ménopause et au cours du vieillissement. Mais cela est loin d'être incompatible avec la poursuite d'une activité sexuelle épanouie. L'offre de renseignements au sujet de ces modifications normales de la sexualité pourrait dissiper certaines des préoccupations qu'entretiennent les femmes.

FIGURE 1 : La réponse sexuelle féminine circulaire



D'après Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. Prog En Urol.2013; 23(9): 547-61.

FIGURE 2 : Modifications de la réponse sexuelle à la ménopause

Phase	Modifications observées
Excitation	↓réponse vaginale, clitoridienne et vulvaire
Plateau	↓sécrétion des glandes de Bartholin
Orgasme	↓réaction orgasmique et ↓ contractions utérines
Résolution	↓rapide de l'expansion et de la congestion vaginale

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE

Sexualité, ménopause et médecine générale

Bonjour Madame,
Je m'appelle Violayne Girardeau, et je suis médecin généraliste remplaçante dans les Yvelines.
Je vous propose, en tant que patiente, de participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale.Le sujet est d'identifier les attentes des patientes, au moment et après la ménopause, de la part de leur médecin généraliste en matière de sexualité. Dans cette optique, je vous invite à répondre à ce questionnaire, qui vous prendra quelques minutes.
Les données recueillies seront anonymes et permettront une analyse approfondie.
Notre objectif est d'améliorer les échanges entre vous et votre médecin généraliste, en ciblant au mieux vos attentes. Le sujet de la sexualité autour de la ménopause a été choisi car encore peu développé dans la littérature médicale, alors même que la santé sexuelle apparaît comme un paramètre important de notre qualité de vie.
C'est grâce à la variété de vos réponses que ce travail sera riche en termes de résultats.
Si vous le souhaitez je peux vous envoyer une copie du résultat final de la thèse, vous pouvez me le signaler par e mail.
En vous remerciant pour votre aide précieuse,
Violayne Girardeau

violayne.girardeau@gmail.com

*Obligatoire

1. **1) Selon vous, la sexualité pour votre équilibre personnel est...** *
   Une seule réponse possible.
   - Indispensable
   - Importante
   - pas très importante
   - pas du tout importante

2. **2) Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence physique sur la sexualité?** *
   Une seule réponse possible.
   - oui, plutôt positive
   - oui, plutôt négative
   - non

3. **3) Selon vous, la ménopause a-t-elle une influence psychologique sur la sexualité?** *
   Une seule réponse possible.
   - oui, plutôt positive
   - oui, plutôt négative
   - non

4. **4) Etes-vous satisfaite de votre vie sexuelle actuelle?** *
   Une seule réponse possible.
   - très satisfaite
   - assez satisfaite
   - peu satisfaite
   - pas satisfaite

5. **5) De manière générale, avez-vous déjà discuté de sexualité avec un médecin au cours des 12 derniers mois?** *

Une seule réponse possible.

- oui, une fois
- oui, plusieurs fois
- jamais

6. **6) Avez-vous déjà ressenti ou ressentez-vous encore un ou plusieurs des troubles sexuels suivants au cours des 12 derniers mois :** *

Les troubles sexuels regroupent : une baisse du désir sexuel, un manque d'intérêt pour les activités sexuelles, des douleurs pendant les rapports sexuels, des difficultés à atteindre l'orgasme, une sécheresse vaginale,des difficultés sexuelles liés au conjoint (troubles de l'érection...), ou tout autre trouble que vous considerez comme ayant un lien avec votre sexualité

Une seule réponse possible.

- oui
- non *Passez à la question 15.*

7. **7) De quel(s) trouble(s) s'agit t'il ?** *

plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] une baisse du désir sexuel
- [ ] un manque d'intérêt pour les activités sexuelles
- [ ] des douleurs pendant les rapports sexuels
- [ ] des difficultés à atteindre l'orgasme
- [ ] une sècheresse vaginale
- [ ] des difficultés sexuelles liées au conjoint
- [ ] Autre : _____

8. **8) Un ou plusieurs de ces troubles ont-ils été source de souffrance personnelle ?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

9. **9) Cela a t'il eu des répercussions sur votre relation avec le(s) partenaire(s) sexuel(s)?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- absence de partenaire sexuel

10. **10) Avez-vous discuté de ce(s) trouble(s) avec un médecin ?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non *Passez à la question 15.*

11. **11) Avec quel médecin en avez vous discuté ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ avec mon médecin traitant
- ◯ avec un médecin généraliste remplaçant
- ◯ avec un médecin gynécologue
- ◯ avec un médecin sexologue
- ◯ avec un médecin psychiatre
- ◯ avec un autre médecin spécialiste

12. **12) Qui a été à l'initiative de la discussion ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ vous
- ◯ le médecin
- ◯ je ne m'en souviens plus

13. **13) Etes-vous satisfaite de la réponse obtenue ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ très satisfaite
- ◯ assez satisfaite
- ◯ peu satisfaite
- ◯ pas du tout satisfaite

14. **14) Pourquoi êtes vous satisfaite ou non de cet échange avec le médecin?**

.....

.....

.....

.....

Passez à la question 15.

15. **15) Quelles seraient vos réticences à parler de sexualité avec un médecin généraliste ?** *
plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ le manque de temps et/ou de disponibilité du médecin
- ☐ l'absence de sollicitation de la part du médecin
- ☐ le sexe opposé du médecin
- ☐ la pudeur (la sexualité est considérée comme trop intime pour être abordée avec un professionnel de santé)
- ☐ la différence d'âge avec le médecin (médecin beaucoup plus jeune ou beaucoup plus âgé)
- ☐ l'excès de proximité du médecin
- ☐ la peur du jugement
- ☐ Autre : .....

16. **16) Aimeriez-vous que votre médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité, au cours d'une consultation de routine ?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

17. **17) "Mon médecin généraliste est compétent pour répondre à mes interrogations en matière de sexualité" Etes-vous d'accord avec cela?** *

Une seule réponse possible.

- tout à fait d'accord
- plutôt d'accord
- plutôt pas d'accord
- pas du tout d'accord

18. **18) Combien de fois dans l'année précédente avez-vous consulté votre médecin généraliste ?** *

Une seule réponse possible.

- aucune fois
- entre 1 et 5 fois
- entre 5 et 10 fois
- 10 fois et plus

Vos antécédents médicaux et gynécologiques

19. **19) Etes-vous ménopausée ?** *

ménopause = absence de règles depuis 12 mois ou plus

Une seule réponse possible.

- oui
- non

20. **20) Si oui, à quel âge avez-vous été ménopausée ?**

.....

21. **21) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux pour une maladie chronique?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

22. **22) Etes-vous actuellement traitée pour :**
plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] un diabète
- [ ] une hypertension
- [ ] une dépression
- [ ] une insomnie
- [ ] une maladie chronique cardiaque
- [ ] une maladie chronique rhumatologique
- [ ] une autre maladie chronique
- [ ] une douleur chronique
- [ ] un cancer
- [ ] Autre :

23. **23) Avez-vous des antécédents chirurgicaux gynécologiques ?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

24. **24) Si oui, lesquels?**

_____

25. **25) Consommation de toxiques** *
- Est ce que vous fumez ?
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

26. **26) Consommation de toxiques** *
- Consommez-vous de l'alcool de facon régulière (> 2 verres par jour) ?
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

Données socio-démographiques

27. **27) Quel âge avez-vous ?** *

_____

28. **28) Vous êtes ...** *

Une seule réponse possible.

- en couple
- célibataire
- mariée
- veuve
- divorcée

29. **29) Avez-vous des enfants ?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

30. **30) Quelle est votre profession ?** *

Une seule réponse possible.

- cadre
- agricultrice
- artisan, commerçant, chef d'entreprise
- profession libérale
- employée
- ouvrière non qualifiée
- ouvrière qualifiée
- inactive
- retraitée
- étudiante

31. **31) Avez-vous des commentaires en lien avec le sujet non abordés ci-dessus ?**

.....

.....

.....

Fourni par
Google Forms

ANNEXE 5

FICHE INFORMATION PATIENTES THESE DE MEDECINE GENERALE

Je m'appelle Violayne Girardeau, et je suis médecin généraliste remplaçante dans les Yvelines.
Je vous propose, en tant que patiente, de participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Le sujet est d'identifier les attentes des patientes, au moment et après la ménopause, de la part de leur médecin généraliste en matière de sexualité. Dans cette optique, je vous invite à répondre à un questionnaire, qui vous prendra quelques minutes.
Les données recueillies seront complètement anonymes mais permettront une analyse approfondie.
Notre objectif est d'améliorer les échanges entre vous et votre médecin généraliste, en ciblant au mieux vos attentes. Le sujet de la sexualité autour de la ménopause a été choisi car encore peu développé dans la littérature médicale, alors même que la santé sexuelle apparaît comme un paramètre important de notre qualité de vie.
C'est grâce à la variété de vos réponses que ce travail sera riche en termes de résultats.
Si vous le souhaitez je vous enverrai une copie du résultat final de la thèse, merci de simplement me le signaler.

Si vous êtes d'accord pour participer, laissez-nous votre adresse e-mail et je vous enverrai le lien par mail pour répondre au questionnaire. Si vous le préférez, je peux vous envoyer le questionnaire par voie postale, avec une enveloppe timbrée pour me le retourner complété.

En vous remerciant pour votre aide précieuse,
Violayne Girardeau

RESUME

GIRARDEAU Violayne

Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale : qu'en pensent les patientes ?

Introduction et objectifs - La sexualité des femmes d'âge moyen est un phénomène complexe, multifactoriel et lié de façon étroite à leur qualité de vie. L'objectif de notre étude est d'identifier les attentes des femmes autour de la ménopause de la part de leur médecin généraliste en matière de sexualité.

Méthodes : étude quantitative transversale descriptive, réalisée à partir d'un questionnaire envoyé par voie électronique ou postale, après recrutement direct des femmes âgées de 50 à 70 ans, en consultation de médecine générale.

Résultats : 78 patientes ont été inclues. 69,2% des femmes interrogées ont ressenti un ou plusieurs troubles sexuels dans les 12 derniers mois, 35,2 % d'entre elles en avait discuté avec un professionnel de santé, en majorité un gynécologue (63,2%). 59% des femmes interrogées apprécieraient cependant que leur médecin traitant prenne l'initiative de parler du sujet de la sexualité au cours d'une consultation de routine. Parmi les femmes n'ayant pas évoqué leurs troubles avec un médecin, 57,1% d'entre elles aurait souhaité que leur médecin généraliste aborde la question. Les deux principales réticences évoquées par les femmes à discuter de sexualité avec leur médecin traitant étaient la pudeur (46,2%) et l'absence de sollicitation du médecin (41%). Les femmes considèrent en majorité leur médecin de premier recours comme compétent dans le domaine de la santé sexuelle.

Conclusion - Les difficultés et interrogations d'ordre sexuel des femmes sont fréquentes autour de la ménopause mais encore peu évoquées avec un professionnel de santé. Les femmes d'âge moyen souhaitent que leur médecin traitant se « jette à l'eau » et aborde plus facilement le sujet de la sexualité en consultation.

Discipline : Médecine Générale

Mots-Clés : sexualité féminine, ménopause, médecine générale

U.F.R. : Faculté de médecine de Poitiers, 6 rue de la Milétrie 86073 POITIERS

Directrice de thèse : Dr Valérie Victor-Chaplet

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !