

# Sexe et ménopause

## *Sex and menopause*

Michèle Lachowsky\*



Enfants, nous avons tous bien du mal à imaginer que nos parents fassent l'amour. Puis vient le stade où, forts de notre savoir, nous les créditons d'un rapport par enfant... Ensuite, celui où notre propre corps et la découverte de ses possibilités nous passionnent bien plus que leur très aléatoire vie amoureuse. Leur corps nous paraît alors d'autant plus vieux que le nôtre est plus jeune. Devenus adultes, plus en moins en situation de parents nous-mêmes, leur sexualité ne nous concerne plus, sauf peut-être si elle est éclatante et nous gêne, ou à tout le moins nous étonne.

Notre manière d'envisager la séduction et la sexualité à la cinquantaine – ou de ne pas les envisager ! – procède un peu de la même démarche. Bien sûr, le problème médical existe, avec 2 questions majeures : la carence hormonale de la ménopause affecte-t-elle la vie sexuelle, comment et dans quelle mesure pouvons-nous y remédier par nos thérapeutiques ? Mais, sous-jacente à cette fort scientifique question, il y a l'autre que nous nous posons tous, hommes et femmes, et qui passe, selon notre âge et nos angoisses, de "Peut-on encore faire l'amour à la ménopause et après ?" à "Comment peut-on encore faire l'amour à la ménopause, et surtout avec qui ?"

Il est vrai que la sexualité comme la ménopause sont affaires individuelles et intimes, aussi impossibles à quantifier et à étalonner l'une que l'autre, même si la rue et les médias s'en sont emparées au moins autant que les médecins. Modèle de consommation, nécessité de performance, la sexualité se veut scientifiquement mesurable, comparable et "étalonnable". Penchant partagé par les médecins, puisque le nombre de fantasmes érotiques, avant et après traitement hormonal par exemple, a fait l'objet de publications statistiques à plusieurs reprises. En pratique, quel qu'en soit le motif apparent, la "consultation de ménopause" est souvent une "consultation de vie", où féminité, sexualité et âge sont remis en question. Vue seule en consultation, la patiente (qui n'est pas une malade...) parlera peut-être plus facilement de ce qui la trouble, de ces inquiétants changements

allant d'une baisse de désir à une absence de plaisir, en passant par gêne, douleur et intranquillité pour l'avenir. Vue en couple, ce qui est moins fréquent, elle nous donnera l'occasion d'explicitier les difficultés physiques rencontrées par son partenaire et elle. Si la responsabilité de la sécheresse douloureuse, de la lenteur à l'excitation, de la moindre qualité des contractions vaginales incombe à une carence plus hormonale qu'amoureuse, leur relation en sera revalorisée. Un schéma simple des 4 phases de la physiologie sexuelle (excitation, plateau, orgasme et résolution) donnera une explication physique et physiologique aux différentes situations et devrait permettre de dépasser avec tact une gêne souvent partagée. Parler le même langage, poser les bonnes questions, trouver les bonnes réponses, afin de remettre les problèmes dans leur contexte, donner des explications précises, voilà qui rendra médicale et non plus intrusive cette ouverture dans leur vie privée et même intime. Les prescriptions hormonales, un peu moins diabolisées ces derniers temps, font alors partie d'une logique thérapeutique, bien comprise par nos consultants, ou du moins par la majeure partie, ce d'autant plus que les traitements locaux y ont une place privilégiée, tant par leurs effets que par leur fiabilité. Leur efficacité sur la sécheresse vaginale, cause de douleur physique mais aussi morale tant elle évoque un assèchement général, est rarement en défaut. Estrogènes (vaisseaux, muqueuses, lubrification) et androgènes (asthénie, libido) ont leurs domaines d'efficacité maintenant bien connus, au gynécologue d'en mesurer la balance bénéfice/risque, comme dans toute pratique de soignant. Rappelons toutefois la présence de récepteurs aux estrogènes dans le tronc cérébral, au plus haut niveau, notamment dans les zones limbiques, celles de la mémoire et des émotions.

Proposer de traiter, c'est déjà aider à diminuer cette perte d'estime de soi que les troubles de la sexualité peuvent entraîner, parfois plus encore chez l'homme. Les difficultés d'érection sont souvent mal vécues par les 2 partenaires : atteinte de sa virilité, dévalorisation pour lui, avec chez elle une autre forme

\* Gynécologue et psychosomatienne, hôpital Bichat, Paris.

# Mots-clés

Sexualité  
Âge  
Ménopause  
Qualité de vie sexuelle

# Points forts<sup>+</sup>

- » Il n'y a pas d'âge pour sexualité et sensualité.
- » La qualité de vie sexuelle est un des éléments, et non des moindres, de la qualité de vie.
- » Le rôle du gynécologue, par son écoute et son attention, est capital.
- » La bonne distance doit permettre le dialogue, avec tact mais aussi en suscitant les questions... au bon moment.

## Highlights

*No age limit for an enjoyable sexuality.  
Quality of life implies quality of sexual life.  
Listening and counseling are major factors in the gynecologist's role.  
The right distance, with tact but also with an opening on questions and answers... at the right moment.*

## Keywords

Sexuality  
Age  
Menopause  
Quality of sexual life

de dévalorisation : elle y voit sa propre incapacité à inspirer du désir ou même de l'amour. L'éventuelle découverte d'une prise médicamenteuse masculine (le fameux petit comprimé bleu !) ne fait que la conforter dans cette image d'un corps indigne d'être même regardé. En effet, la bonne qualité de santé sexuelle à la ménopause passe aussi par l'image du corps, avec les changements de silhouette, les

modifications de la peau et toutes ces pertes liées au vieillissement : l'âge n'est-il pas, dans notre société, plus redouté encore que la mort, même si Bernard Shaw le disait déjà.

La qualité de vie sexuelle à la ménopause – et après – dépend aussi de l'avant, du passé de la femme et de son couple. Si elle n'a jamais été satisfaisante, ce sera une raison ou un prétexte à l'évitement. Mais dans ces cas, la plainte et surtout la demande se font plus rares. Bien entendu, le rôle et surtout l'attitude du partenaire sont primordiaux. Si l'homme accepte, lui, d'avancer en âge, osons le mot, de vieillir, il saura l'accepter, elle, vieillissante. Mais si son propre vieillissement lui fait horreur, il renverra à sa partenaire une image encore plus dévalorisante d'elle-même, donc plus destructurante pour sa sexualité. A contrario, une femme désirée, donc souvent désirante, continuera longtemps, avec ou sans notre aide médicale une vie amoureuse gratifiante et gratifiée. La meilleure preuve en est donnée par ces couples dont on perçoit toujours et encore la sensuelle complicité, ou ceux plus nouveaux où l'homme est nettement plus jeune, au moins pour l'état civil.

En effet, d'autres cas de figures influent sur la sexualité autour de l'âge de la ménopause, comme le classique "démon de midi", à cela près que la femme a un peu changé : il concerne aussi les femmes et leurs nouvelles amours avec un homme plus jeune. Notre attention et notre écoute ne serviraient-elles qu'à souligner qu'il n'y a de limite d'âge ni pour l'amour ni pour la sexualité qu'elles seraient déjà thérapeutiques. Rien, bien sûr, ne saurait nous empêcher d'y ajouter des conseils tout à fait techniques, classiques ou même terre à terre, estrogènes locaux certes mais aussi hygiène de vie et même cosmétique, sans sous-estimer l'effet domino des traitements généraux sur la fatigue et l'humeur, donc sur ce sentiment de mal-être peu favorable à une féminité épanouie.

La qualité de vie sexuelle est un des facteurs non négligeables de la qualité de vie. À nous gynécologues d'aider nos patientes et leurs hommes à passer sans trop de dommages d'une saison de vie à l'autre, et pourquoi pas, à transformer l'automne en été indien. En effet, n'oublions pas que notre longévité place réellement, aujourd'hui, la ménopause au "mitan de la vie". ■

**Tableau I.** Étude de l'activité sexuelle de patients pendant 6 mois (fréquence : 1 fois par semaine ou plus souvent) [d'après l'AARP Modern Maturity Sexuality Survey, 1999].

	Hommes			Femmes		
	45-59 ans (341)	60-74 ans (205)	75 et plus (90)	45-59 ans (368)	60-74 ans (253)	75 et plus (119)
Baisers ou étreintes	77,3 %	73,1 %	63,3 %	71,7 %	49,1 %	27,7 %
Contacts sexuels ou caresses	68,9 %	61,2 %	45,2 %	61,4 %	36,6 %	14,9 %
Rapports sexuels	54,8 %	30,9 %	19,1 %	49,6 %	24,2 %	6,6 %
Caresses buccogénitales	20,1 %	6,5 %	8,8 %	19,5 %	2,2 %	0,8 %
Auto-stimulation	33,5 %	14,2 %	5,2 %	4,5 %	2,0 %	0,6 %

**Tableau II.** Importance de la qualité de vie pour les patients (4 ou 5 sur une échelle de 1 à 5).

	Hommes			Femmes		
	45-59 ans (341)	60-74 ans (205)	75 et plus (90)	45-59 ans (368)	60-74 ans (253)	75 et plus (119)
Bonne santé et bonne forme	92,3 %	92,5 %	95,0 %	92,5 %	95,8 %	91,5 %
Bon état d'esprit	94,7 %	93,2 %	95,8 %	96,3 %	98,7 %	95,8 %
Avoir des rapports sexuels	54,8 %	30,9 %	19,1 %	49,6 %	24,2 %	6,6 %
Bon rapport avec le conjoint ou le partenaire	93,1 %	89,3 %	93,9 %	92,5 %	83,3 %	75,9 %
Passer du temps avec les amis et la famille	86,6 %	83,1 %	94,9 %	92,2 %	96,5 %	93,5 %
Avoir une sécurité financière	85,4 %	93,0 %	88,0 %	91,4 %	91,1 %	91,0 %
Bien-être spirituel	71,5 %	78,5 %	81,4 %	87,9 %	92,4 %	91,9 %
Rapports sexuels satisfaisants	74,4 %	61,4 %	49,6 %	65,6 %	47,9 %	43,6 %