

Tome 3

SANTÉ SEXUELLE CHEZ LA FEMME

Sclérose en plaques



sanofi

AUTEURS



Dr Saskia Bresch

Neurologue au CHU de Nice,
Responsable de l' HDJ du CRC SEP,
Diplômée de Médecine Sexuelle

Les symptômes invisibles sont abordés en consultation mais les troubles sexuels, qui font partie de la santé globale, sont souvent négligés.



Dr Renato Colamarino

Neurologue au CH d'Antibes,
Membre du CA de la SFSEP,
Diplômé de Médecine Sexuelle

Les troubles sexuels et la vie intime sont rarement abordés avec les patients, sauf lorsqu'il s'agit de désir de grossesse. Or ils font partie intégrante de la prise en charge de la qualité de vie au quotidien du patient.



Isabelle KOSKAS

IPA au CRC SEP de Nice

L'infirmière en pratique avancée (IPA) est un nouvel acteur de santé au sein de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert. Une des missions de l'IPA est de pouvoir placer le patient au centre de son projet de soin. Le dépistage des troubles invisibles dont les troubles sexuels doit faire partie intégrante de la prise en charge.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE I

PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

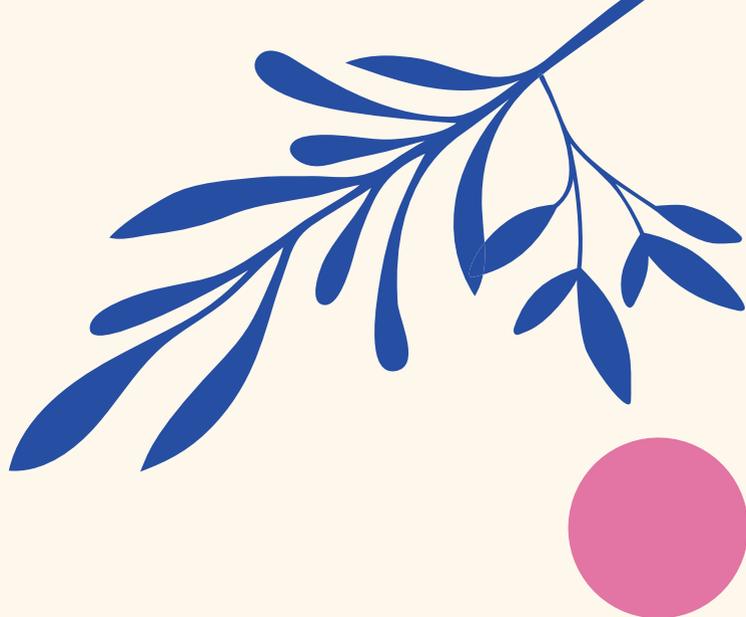
• 01

La réponse sexuelle féminine

• 02

L'appareil génital féminin





PARTIE II

TROUBLES SEXUELS FÉMININS

● **01**

Classification des troubles sexuels

● **02**

Les différentes dysfonctions sexuelles et leur prise en charge

● **03**

Ménopause et prise en charge

PARTIE III

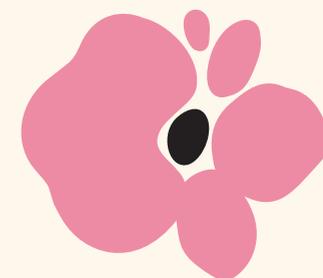
TRAITEMENT

● **01**

Stratégie cognitivo-comportementale, approche psychologique

● **02**

Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse



PARTIE IV

DÉPISTER LES TROUBLES SEXUELS

Le QPS-F (questionnaire de plaintes sexuelles chez la femme)

INTRODUCTION

Pourquoi proposer cette brochure ?

Ce témoignage souligne l'importance d'aborder les troubles sexuels. Cette brochure a l'ambitieux objectif de **libérer la parole**, de vous inciter à confier vos difficultés intimes, parfois embarrassantes, à votre neurologue, à l'infirmière en pratique avancée ou autre soignant.

C'est la première étape pour bénéficier de la meilleure prise en charge possible et **pour avoir accès aux professionnels de santé adaptés, que les difficultés soient physiques et/ou psychologiques.**

Elle s'inscrit dans la continuité du tome 1 : « Santé sexuelle : vie affective et intimité » qui met en évidence l'importance d'aborder les difficultés intimes avec les professionnels de santé (médecin, infirmier, sexologue...) tout en apportant des informations scientifiques qui vous rendent acteurs et actrices de votre sexualité, de votre vie affective et de votre maladie.

Cette troisième brochure approfondit la discussion en se concentrant spécifiquement sur la santé sexuelle féminine. Nous souhaitons vous **fournir des informations scientifiques, claires et accessibles au sujet des mécanismes de la sexualité féminine et des troubles qui peuvent survenir.** L'objectif étant de mieux appréhender ces sujets, de prendre des décisions éclairées concernant votre bien-être et de choisir une prise en charge adaptée.

« J'ai des douleurs à chaque rapport sexuel et cela posait des problèmes dans mon couple. J'en ai parlé à ma neurologue qui est aussi sexologue à l'hôpital : elle m'a beaucoup aidée. La baisse de lubrification vaginale peut entraîner des douleurs à l'origine d'une baisse du désir et impacter ma vie de couple. »



PARTIE I

PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

01

La réponse sexuelle féminine

LES DIFFÉRENTES PHASES

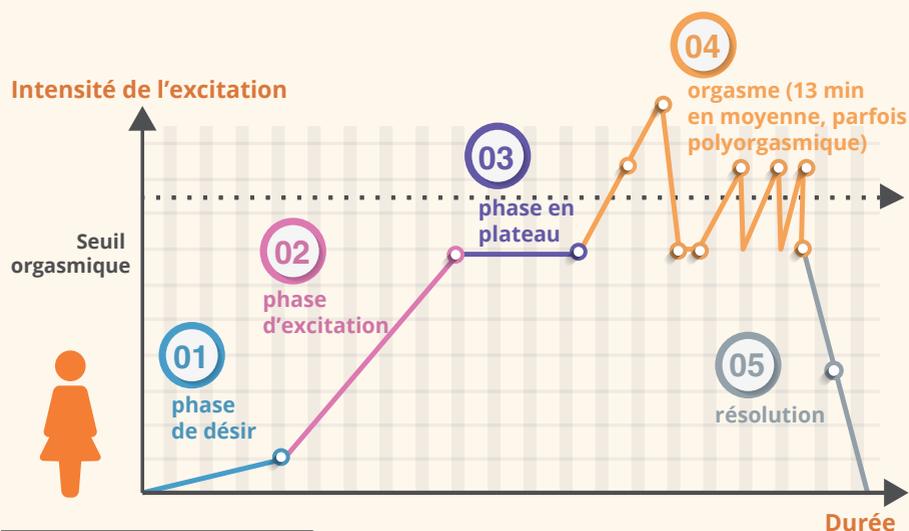


Figure 1 : Phases de la réponse sexuelle féminine*

* Schéma inspiré du cycle de la réponse sexuelle de Masters et Johnson (1966)

La réponse sexuelle humaine est composée de quatre phases qui sont le désir, l'excitation, le plaisir (plateau), l'orgasme. La femme n'a pas de période réfractaire et l'obtention d'un orgasme n'est pas systématique. Par ailleurs, lors d'un rapport sexuel, elle peut avoir quelquefois plusieurs orgasmes.

Dans le cadre des maladies chroniques comme la sclérose en plaques (SEP), toutes les phases de la réponse sexuelle peuvent être impactées. On parlera

alors de troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme. Si chez l'homme, ce sont les pathologies liées à la dysfonction érectile et à l'éjaculation précoce qui sont les plus représentées, chez la femme, on retrouvera davantage celles liées aux phases du désir et du plaisir, du fait de la présence de douleurs.

LA RÉPONSE SEXUELLE FÉMININE EST CIRCULAIRE

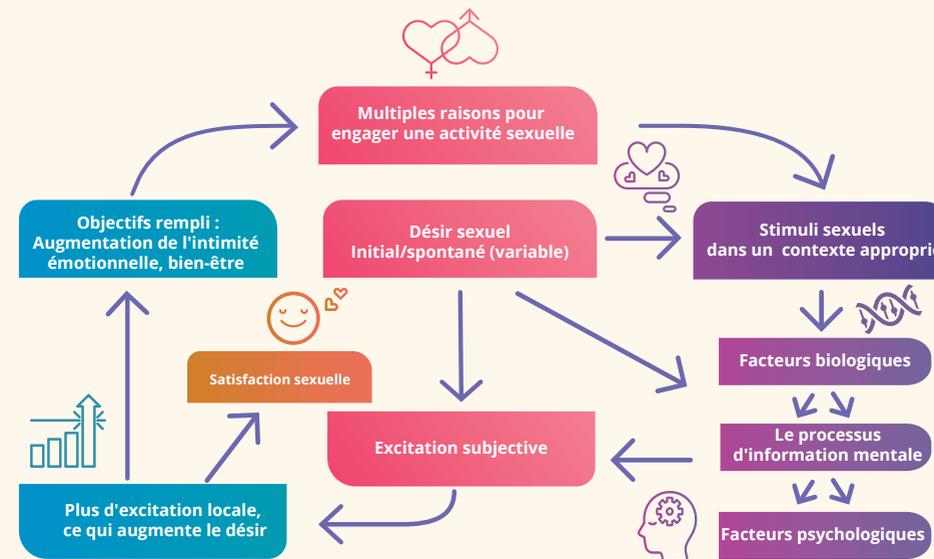


Figure 2 : Réponse sexuelle féminine circulaire inspirée du modèle de Basson¹

Si les hommes peuvent être excités sexuellement très rapidement, les femmes ont souvent besoin d'une **phase de désir, dont l'homme n'a pas toujours conscience**. Cette phase nécessite des baisers et des caresses sur tout le corps, et une excitation locale, autrement dit localisée aux organes génitaux (Messieurs, ne vous précipitez pas sur le clitoris, faites monter la température avant !). **Cela contribue à l'augmentation du désir, que l'on a longtemps appelée les préliminaires** et qui désormais constitue des activités sexuelles à part entière.

Contrairement à l'homme, **le désir de la femme n'est pas linéaire et se nourrit de nombreux facteurs**, sexuels évidemment mais aussi psychologiques (si vous êtes en pleine dispute, ça peut refroidir son désir) ou liés à l'ambiance du moment (par exemple, un dîner avec une intimité particulière).

Comme vous le voyez, les femmes ont souvent besoin d'un contexte propice (si vous l'attendez affalé sur le canapé, sans avoir préparé le dîner et espérez un câlin sauvage dès son arrivée, vous rêvez...). Même si ce n'est pas une vérité absolue, une femme peut aussi avoir envie d'un *quickie*, qui se définit par un rapport sexuel express !

02

L'appareil génital féminin

Beaucoup de femmes ne connaissent pas réellement leur anatomie. Il est important de se connaître soi-même afin de guider au mieux son ou sa partenaire.

LES PRINCIPALES ZONES ÉROGÈNES

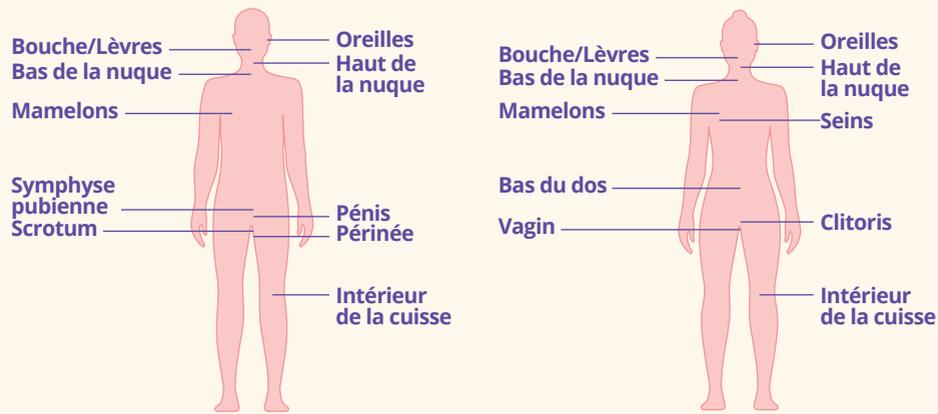


Figure 3 : Comparaison des zones érogènes les plus fréquentes de l'homme et de la femme²

ANATOMIE DU CLITORIS

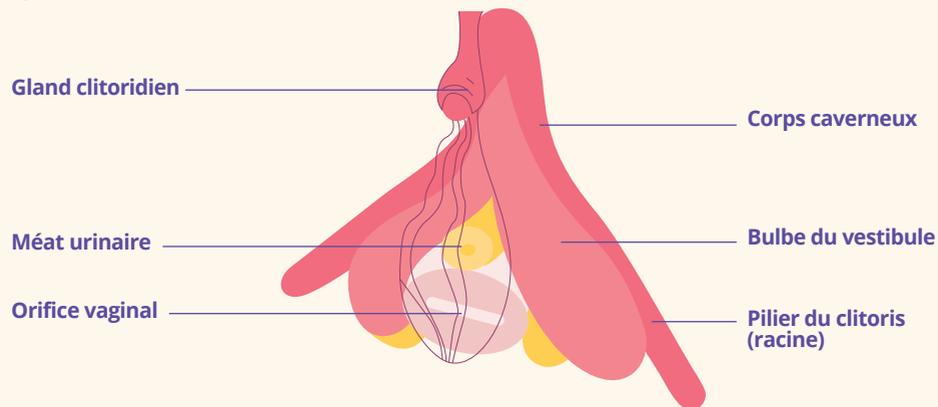


Figure 4 : Anatomie du clitoris³

ANATOMIE DU PETIT BASSIN ET MÉCANISME DE LUBRIFICATION VAGINALE⁴

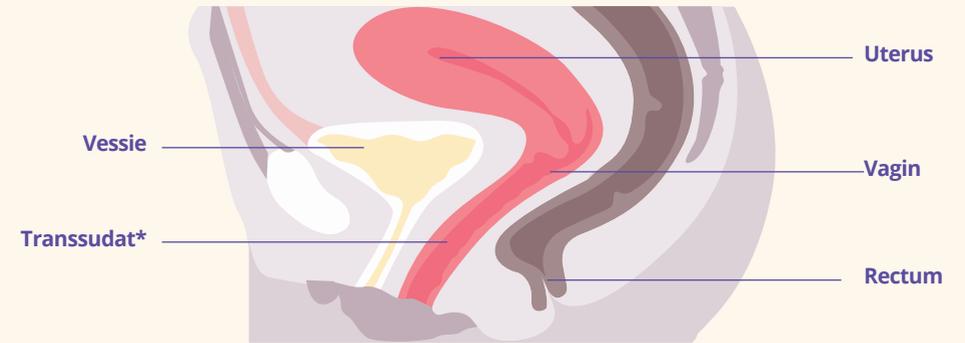


Figure 5 : Coupe longitudinale/coupe de côté de petit bassin

* Lubrifiant vaginal physiologique

Qu'est-ce que la lubrification vaginale ?⁵

La lubrification vaginale est un **phénomène automatique**, qui commence dans les **10 à 30 secondes** après le début de l'**excitation sexuelle**, donc au tout début du rapport sexuel, pendant les préliminaires.

Le temps de lubrification vaginale varie avec l'âge :

- Environ **15 secondes** vers 20 ans pour lubrifier complètement son vagin
- Entre **5 et 20 minutes** pour une femme **ménopausée**

Le lubrifiant physiologique est un liquide transparent, de la consistance du blanc d'œuf. Ce lubrifiant appelé transsudat vaginal est produit non pas par des glandes mais par un mécanisme bien spécifique. Du fait de l'excitation sexuelle, du sang afflue au niveau du vagin. Ce sang est filtré au niveau des parois vaginales pour ne laisser passer que le plasma qui joue alors le rôle de lubrifiant.

« La lubrification n'est pas forcément un signe de désir, en effet elle est liée à une excitation locale et pas forcément à une envie de son partenaire. »

« Une femme peut avoir du désir pour son/sa partenaire sans pour autant être en mesure de lubrifier. »

Lorsqu'une femme ne lubrifie plus ou moins, elle va souvent l'interpréter, à tort, comme le fait qu'elle ne désire plus son/sa partenaire, et donc qu'elle ne l'aime plus, ou son/sa partenaire peut penser que sa femme ne l'aime plus ou qu'elle va voir ailleurs.

Alors que la lubrification **correspond**, en fait, **à l'excitation (comme l'érection chez l'homme)** et n'a rien à voir avec le désir : **on peut très bien avoir très envie de faire l'amour, mais ne pas être en mesure de lubrifier – pour les femmes – ou d'avoir une érection – pour les hommes.**

À l'inverse, une femme peut se mettre à lubrifier sans avoir de désir, tout comme un homme peut avoir une érection sans désir.



PARTIE II

TROUBLES SEXUELS FEMININS ⁶

● 01

Classification des troubles sexuels ^{4,7}

Les troubles sexuels féminins sont aussi classés selon leur origine, qui peut être en lien direct avec la maladie, ou pas. On parle de troubles sexuels primaires, secondaires et tertiaires, qui sont détaillés ci-dessous. Cette classification peut sembler complexe mais cette distinction a parfois un impact sur la prise en charge.

● LES TROUBLES SEXUELS DITS « PRIMAIRES »



Les troubles sexuels « primaires » sont **directement liés à la SEP et à l'atteinte du système nerveux central, le cerveau et la moelle épinière**, par atteinte de la myéline, visualisée sous forme de plaques : elles peuvent altérer le désir et les fonctions sexuelles, comme les manifestations de l'excitation sexuelle (érection du clitoris et lubrification vaginale), l'orgasme.

Ces lésions se situent sur la moelle épinière ou dans le cerveau, notamment dans les zones où se fait l'analyse des sensations sexuelles (comme le thalamus, le cortex pariétal et le cortex frontal) et des réponses motrices. Mais la relation exacte entre les différents symptômes sexuels et la SEP n'a pas toujours été clairement établie.

On sait toutefois que les lésions neurologiques sont certaines et prépondérantes dans les troubles "primaires" de la fonction sexuelle. Par exemple, ceux de la sensibilité génitale, de la lubrification et de l'orgasme chez les femmes résultent directement de l'atteinte neurologique, qui entrave organiquement les réponses sexuelles.

Si vous avez un trouble primaire, il peut s'agir d'une lubrification insuffisante, d'un manque de sensibilité ou d'une sensibilité accrue et/ou désagréable au niveau des organes génitaux : les troubles de la sensibilité génitale (hypo ou hyper sensibilité), d'une baisse ou d'une absence de désir.

La SEP **perturbe également la sécrétion des hormones sexuelles**, comme les hormones sexuelles masculines (les androgènes et la testostérone), les hormones sexuelles féminines (estrogènes et progestérone) mais aussi l'hormone du bonheur, la sérotonine, ou l'ocytocine. Le résultat ? C'est que ces perturbations pourraient modifier les réponses sexuelles, en commençant par le désir.

● LES TROUBLES SEXUELS DITS « SECONDAIRES »



Les troubles sexuels « secondaires » **sont provoqués par les symptômes de la SEP ou les effets secondaires des traitements**. Ils affectent de manière indirecte la sexualité de certains patients et comprennent :

- La fatigue (qui diminue l'envie)
- Les tremblements
- La spasticité (c'est à dire une contraction involontaire des muscles qui implique ou empêche certaines positions)
- Les troubles urinaires ou intestinaux (avec la peur d'avoir des fuites ou une émission de selles durant le rapport sexuel)
- Les troubles de la coordination motrice ou les troubles moteurs
- Les troubles sensitifs à type de brûlures ou de fourmillements
- Les troubles dépressifs ou cognitifs (qui diminuent les relations sociales)

Vous le voyez, les fameux symptômes invisibles de la SEP impactent aussi la sexualité. De plus, certains médicaments, antidépresseurs ou anxiolytiques notamment, ont également parmi leurs effets secondaires des troubles sexuels.

● LES TROUBLES SEXUELS DITS « TERTIAIRES »



Les troubles sexuels « tertiaires » sont **liés à l'impact de la maladie sur l'estime de soi, à l'image corporelle et à la relation de couple**. Ces troubles sexuels contribuent à altérer l'envie et le plaisir.

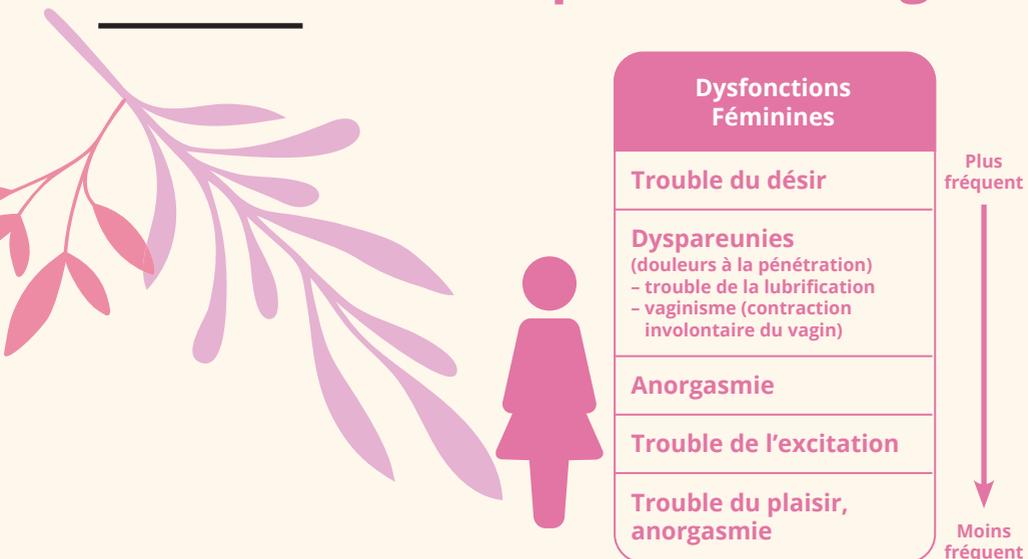
Concrètement, de quoi s'agit-il ? L'estime de soi est vraiment malmenée par la SEP, tout comme l'image du corps par le handicap, notamment visible, et peut altérer la sexualité. L'annonce du diagnostic peut « suffire » à perturber la sexualité en provoquant un choc psychologique (l'humeur n'est pas à la galipette et c'est normal !). La dépression et l'anxiété, l'isolement social et les difficultés de communication, la peur du rejet peuvent contribuer à altérer la sexualité.

De plus, la maladie a un fort retentissement sur la relation de couple (le conjoint peut endosser le rôle d'aidant voire de soignant). Et les troubles sexuels sont souvent sources de frustrations et de conflit dans le couple. Cette liste n'est pas exhaustive mais vous mesurez le nombre de facteurs intervenant dans les troubles sexuels. Ils soulignent la nécessité d'une approche abordant de manière globale ces difficultés.



02

Les différentes dysfonctions sexuelles et leur prise en charge



● TROUBLES DU DÉSIR SEXUEL⁸

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Un désir sexuel insuffisant ou absent

L'insuffisance ou absence persistante ou récurrente de désir d'activité sexuelle solitaire ou avec partenaire(s) et/ou de fantasmes sexuels (conscients et excitants) et **responsable d'une souffrance personnelle.**

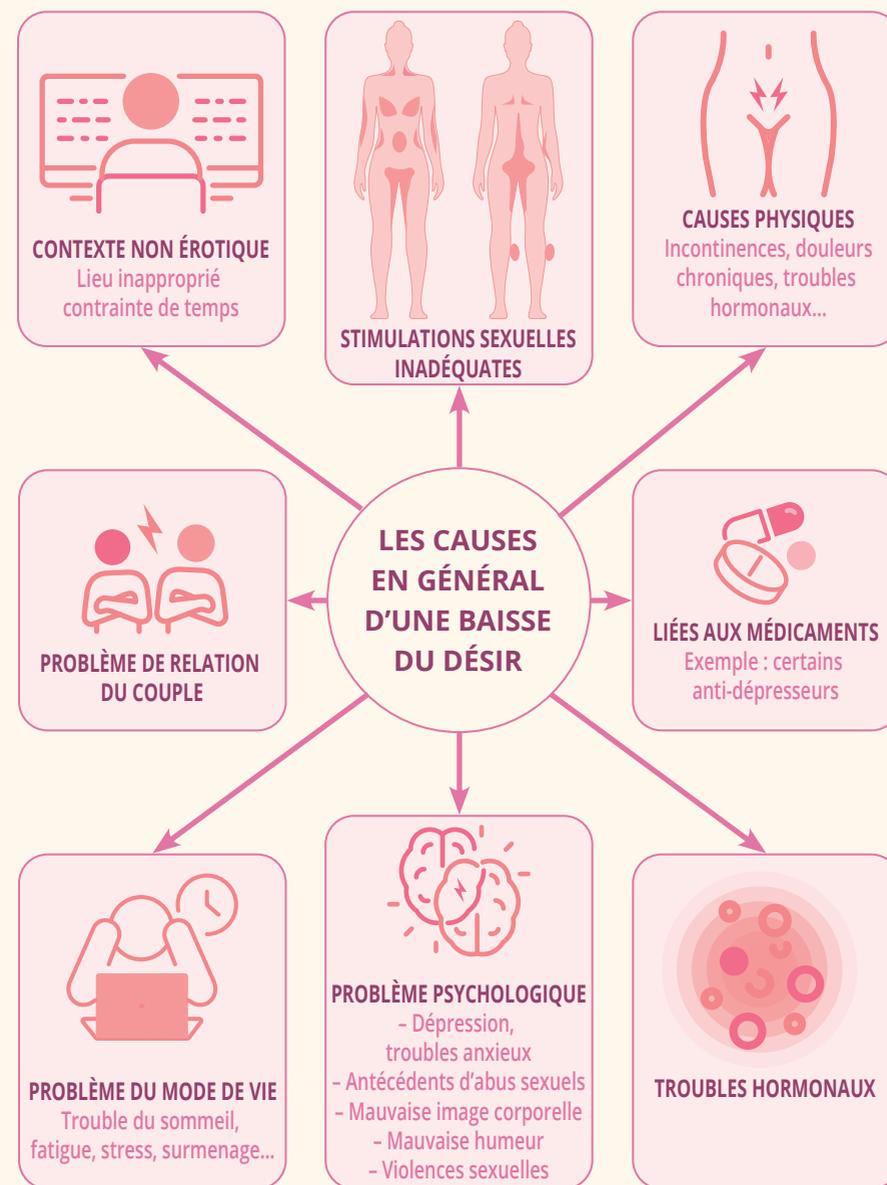
Il existe de nombreuses causes d'une baisse de désir (cf le schéma p17).

- Une aversion sexuelle

L'aversion sexuelle se manifeste par une difficulté d'acceptation ou évitement des contacts sexuels, persistante ou récurrente, pouvant aller jusqu'au dégoût, au rejet et au comportement phobique, et **responsable d'une souffrance personnelle.**

- Un désir excessif ou hypersexualité ou sexualité compulsive ou nymphomanie (très rare dans le cadre de la SEP)

Les causes des baisses du désir chez la femme



● TROUBLES DE L'EXCITATION ⁴

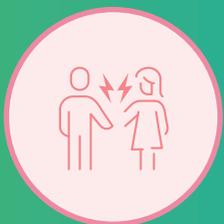
L'**insuffisance d'excitation sexuelle** se manifeste par une difficulté ou incapacité persistante ou récurrente à percevoir ou conserver un niveau d'excitation psychique et/ou physique, habituellement associées mais pouvant être dissociées, et responsable d'une souffrance personnelle.

Cette insuffisance d'excitation sexuelle peut se traduire également par une **sécheresse vaginale** qui se manifeste par un manque de lubrification vaginale pouvant occasionner des inconforts lors des relations sexuelles et engendrer d'autres conséquences dans la vie de la femme et du couple. Comparable aux difficultés érectiles chez l'homme, elle peut être ressentie à différents moments de la vie.

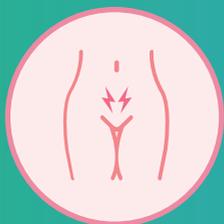
ZOOM sur la sécheresse vaginale et sa prise en charge ⁵

La sécheresse est due à un manque de lubrification. Elle touche **20 % des femmes jeunes et 30 % des femmes ménopausées**.

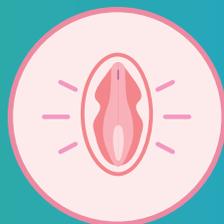
Elle provoque :



Inconforts lors des rapports sexuels



Douleurs pendant la pénétration (dyspareunies d'intromission)



Douleurs à la vulve en dehors des rapports (vulvodynies)

Quelles sont les conséquences de la sécheresse vaginale ?

La lubrification vaginale étant un mécanisme automatique qui ne nécessite pas d'y penser, beaucoup de femmes n'ont pas conscience du niveau de lubrification qu'elles peuvent avoir.

C'est pourquoi, un certain nombre de femmes qui souffrent d'un manque de lubrification, ne se rendent pas compte au début qu'elles sont irritées et pensent qu'elles ont une mycose, car les premiers symptômes de ce manque

de lubrification sont l'apparition d'une irritation et de démangeaisons après les rapports sexuels. Le problème, c'est que si on traite cette sécheresse avec un ovule ou une crème antifongique, cela va encore plus irriter la muqueuse.

En effet, il existe des ovules antifongiques contre les mycoses vaginales qui peuvent s'acheter en pharmacie sans ordonnance, mais nous ne conseillerons jamais assez, lorsque ce genre de symptômes survient, de consulter son médecin, gynécologue ou sage-femme afin de pouvoir bénéficier d'un examen clinique et éviter d'avoir un traitement inadapté.

Quels traitements existent ?

Les traitements contre la sécheresse vaginale

Plusieurs solutions permettent de diminuer les symptômes :



Mettre du lubrifiant (à base d'eau ou d'acide hyaluronique) avant les rapports



Rallonger les préliminaires pour laisser le temps au vagin de lubrifier

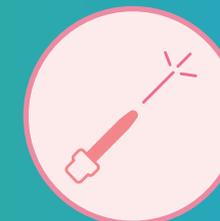
En dehors des rapports sexuels :*



Utiliser des gélules et crèmes vaginales (en vente libre en pharmacie et non remboursées)



Faire des injections à l'acide hyaluronique dans le vagin



Faire des séances de laser

* Techniques utilisables sous contrôle médical

● TROUBLES DU PLAISIR ^{9,10}

Le plaisir peut être impacté par différents troubles sexuels avec douleur :

- **Dyspareunie** : douleur vulvaire, vaginale ou pelvienne, persistante ou récurrente associée à la pénétration vaginale. Cette douleur peut survenir à l'intromission, aux mouvements, au contact profond ou dans les suites du rapport.
- **Vaginisme** : contraction involontaire, automatique et persistante de la musculature du plancher pelvien interdisant la pénétration.
- Les **vulvodynies** ou **syndrome vulvo-vestibulaire** sont une cause fréquente de dyspareunie (environ 12 % de celles-ci selon Harlow 2001) avec des douleurs sévères de type brûlures, provoquée par contact ou pression lors d'activités sexuelles et non sexuelles.

Zoom sur le vaginisme et sur sa prise en charge

Le vaginisme est un trouble méconnu du grand public et qui fait l'objet de nombreux préjugés et tabous. Les femmes qui en souffrent ont, la plupart du temps, des difficultés à en parler soit par honte et/ou culpabilité mais surtout par méconnaissance de leur affection.

On estime à 12-17 % le nombre de femmes touchées par le vaginisme.

Qu'est-ce que le vaginisme ? ¹¹

Le vaginisme est une contraction involontaire, répétée ou persistante, des muscles du périnée (muscles entourant le vagin), qui survient de manière réflexe lors d'un contact avec la vulve ou lors d'une tentative de pénétration, rendant cette dernière douloureuse (cette douleur peut varier d'un léger inconfort à une sensation de brûlure, ou à une douleur intense) ou impossible ce qui perturbe les rapports sexuels.

Le vaginisme peut être **total** (dans toutes les situations et avec tout objet [tampons hygiéniques, doigt, les examens gynécologiques ne sont pas réalisables...]) ou bien **partiel** (seulement dans certaines situations, avec certains partenaires, certains objets...).

Le diagnostic du vaginisme est posé sur la base de l'interrogatoire de la patiente ou bien par l'impossibilité d'un examen gynécologique complet (toucher vaginal, pose de spéculum...).

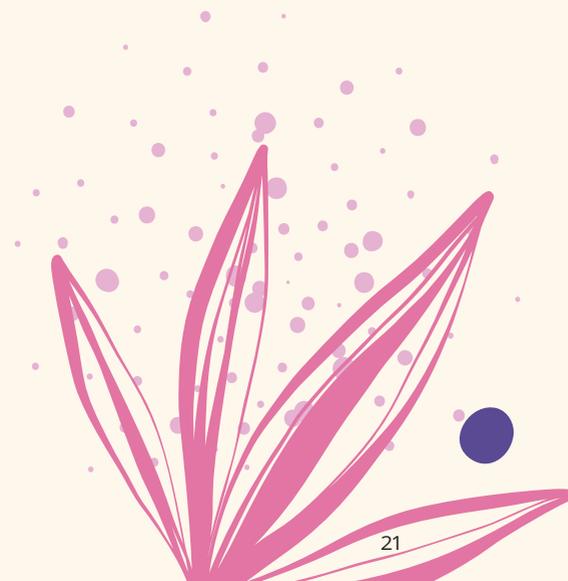
Les circonstances de découverte peuvent être variées : un bilan d'infertilité, un désir d'enfant, une plainte du partenaire etc.

Le vaginisme est dit :

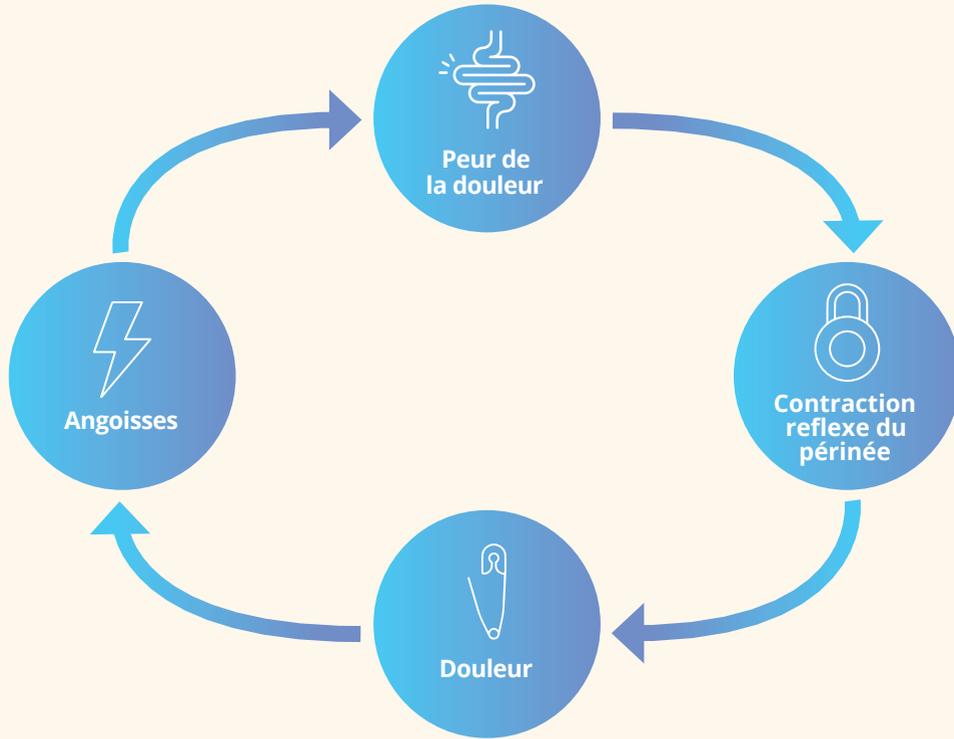
- **Primaire** si la pénétration s'est toujours avérée difficile, voire impossible et que ce trouble apparaît au début de l'activité sexuelle de la femme. C'est la forme la plus fréquente de vaginisme.
- **Secondaire** s'il apparaît après une vie sexuelle satisfaisante et sans problèmes particuliers, généralement à la suite d'un événement marquant négatif (deuil etc.) comme positif (naissance etc.), d'un conflit, d'un traumatisme ou bien également d'un problème de santé concernant, bien souvent, la zone uro-génitale. Le plus souvent, le vaginisme est lié à une grande appréhension, associée à une méconnaissance du fonctionnement de son corps notamment pendant l'activité sexuelle.

Les causes du vaginisme sont nombreuses, parfois organiques, mais la plupart du temps psychologiques.

La cause du vaginisme peut se résumer en quelques mots : la peur « phobique » de la pénétration déclenche un double verrouillage vaginal (recul et fermeture des cuisses ou contraction involontaire des muscles). Le vaginisme peut s'accompagner de signes comportementaux d'angoisse, d'évitement pouvant aller jusqu'à la phobie, et d'un cercle vicieux centré sur l'angoisse : les femmes atteintes de ce trouble sont prises au piège d'un cercle vicieux.



Cercle vicieux du vaginisme



Il est important de rappeler que les femmes souffrant de vaginisme peuvent tout à fait avoir une activité sexuelle non pénétrante. Elles sont capables d'excitation, de lubrification et d'orgasme en dehors de la pénétration. La vie sexuelle extra vaginale des femmes souffrant de vaginisme est globalement satisfaisante, mais elles vont en général être très sélectives dans le choix de leur partenaire sexuel, en se tournant vers un partenaire conciliant/adaptable. Le seul frein réside dans le désir de grossesse.

Quelle prise en charge pour le vaginisme ?

Avant de commencer un traitement, il est important d'éliminer avec un médecin tout diagnostic différentiel : infection, inflammation, malformation ou dyspareunie.

Une fois le **diagnostic confirmé**, la prise en charge du vaginisme nécessite l'intervention de plusieurs professionnels différents (sage-femme et/ou kinésithérapeute, psychologue) et du temps.

Un moyen de guérir le vaginisme est d'apprendre comment contrôler et relaxer les muscles qui se resserrent involontairement. Toutefois, cela ne se fait pas du jour au lendemain. Il faut effectuer des exercices de **rééducation** du périnée avec une sage-femme ou un kinésithérapeute pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le temps requis pour obtenir des résultats dépend de la persistance à réaliser les exercices préconisés, du temps écoulé depuis les premières manifestations du vaginisme ainsi que, bien-sûr, de la réelle envie de changement de la patiente.

La relaxation et la sophrologie permettent, elles aussi, une diminution du tonus musculaire.

Cette rééducation doit être accompagnée d'un **suivi psychologique** qui aidera la patiente à comprendre l'origine et le sens de son symptôme dans son histoire personnelle. La prise en charge est pluridisciplinaire.

Un suivi par un **sexologue** est également recommandé. La patiente peut y aller seule ou bien avec son/sa partenaire, sachant qu'à deux c'est mieux. Plusieurs thérapies sont envisageables ; les méthodes de sexothérapie comportementale proposent un arrêt des tentatives de pénétration, rappellent la nécessité de rétablir la communication au sein du couple et celle de découvrir son corps avec des objets. **On recommande effectivement à la patiente de bien connaître son anatomie féminine, via des schémas par exemple, même si le mieux étant d'observer et de s'approprier ses propres parties génitales à l'aide d'un miroir.**

Le but de cette prise en charge multidisciplinaire n'est pas exclusivement d'aboutir à une pénétration complète du pénis dans le vagin mais également de comprendre pourquoi son corps a de telles réactions non contrôlées. La seule obtention de la pénétration vaginale ne saurait garantir le succès de la thérapie : le but est de rétablir une sexualité de couple harmonieuse, satisfaisante et non douloureuse.

Les solutions de prise en charge du vaginisme ont un bon taux de réussite, plus la prise en charge est précoce, plus la guérison est rapide !

● LES TROUBLES DE L'ORGASME ^{1,12}

Il existe plusieurs types de troubles de l'orgasme :

- **L'insatisfaction orgasmique** : l'orgasme **atteint mais insatisfaisant** : malgré une stimulation et une excitation suffisante
- **La dysorgasmie** : orgasme **retardé**, ne survenant qu'après un temps de stimulation et une excitation, estimé **excessif** par la femme (en général les femmes perfectionnistes)
- **L'anorgasmie** : **absence** d'orgasme malgré une stimulation et une excitation suffisante, qui peuvent être classées en 3 catégories :
 - Anorgasmies totales
 - Anorgasmies relationnelles
 - Anorgasmies contextuelles

Chacun de ces trois problèmes étant responsable d'une souffrance personnelle.

Il faut savoir qu'une femme sur 4 dans le monde souffre d'un trouble orgasmique (TO) plus ou moins complet.

Les TO sont le **deuxième motif de consultation féminine** en pratique sexologique. S'intéresser au contexte de survenue des TO est essentiel pour différencier les **TO primaires** (c'est-à-dire présent dès le début de la vie sexuelle) et **secondaires** (c'est-à-dire apparaissant après une période sans trouble), afin d'adapter la prise en charge.

Les **anorgasmies primaires** de la femme jeune (< 35 ans) seraient le plus souvent liées au manque d'expérience et quelquefois aux maladroites du ou des partenaires. Les anorgasmies primaires, surtout totales, persistant à la maturité, évoquent des troubles plus structurels (image du corps, séquelles d'abus sexuels, sentiment de culpabilité...) et nécessitent une **prise en charge spécialisée**.

Les **anorgasmies secondaires** sont fréquemment circonstanciées, en premier lieu lors d'événements de vie difficiles, plus rarement du fait d'une mésentente dans le couple. L'information du partenaire permettra de mettre fin aux comportements sexuels inadaptés qui entretiennent la difficulté, en sachant qu'un TO, principalement secondaire, serait moins dû à la qualité de la prestation masculine qu'au contexte émotionnel et affectif de la relation sexuelle.

Dans ces deux situations, des **conseils simples** modifiant les pratiques sexuelles et les diversifiant peuvent suffire.

Les facteurs psycho-émotionnels et psycho-affectifs sont souvent au premier plan, se traduisant principalement par une **absence de lâcher prise**.

De nombreux troubles de l'orgasme ont tendance à s'amender avec le temps et l'apprentissage de la sexualité. Il n'y a aucun médicament miracle. En cas de persistance des troubles malgré les informations et conseils, il est nécessaire d'envisager une **psychothérapie et une prise en charge sexologique**.¹³

● 03

Ménopause et prise en charge ^{14,15}

Il existe une confusion importante dans l'imaginaire populaire, mais également dans celle des soignants, entre période de procréation et période d'activité génitale. Un grand nombre de personnes pense que la ménopause, qui signe l'arrêt de la fonction procréatrice chez la femme, sera également source d'une diminution, voire d'un arrêt, de la fonction sexuelle.

Ce n'est pas le cas, la sexualité des femmes ménopausées, lorsqu'elles ne présentent pas de pathologies liées à la ménopause, reste le plus souvent identique, voire améliorée, et peut même devenir un élément important de la qualité de vie.

Il existe cependant deux cas pour lesquels les soignants doivent rester vigilants à l'approche de cette période critique dans la vie d'une femme :

- **L'apparition de symptômes liés à la ménopause** (on les appelle « signes climatériques ») invalidants, qui auront un retentissement négatif sur la qualité de vie, la sexualité et le couple...
- **La période de remise en question** (appelée « crise du milieu de vie » ou « crise de la cinquantaine ») parfois associée, et qui doit être prise en charge pour assurer au mieux le maintien en bonne santé

● QU'EST-CE QUE LA MÉNOPAUSE ?

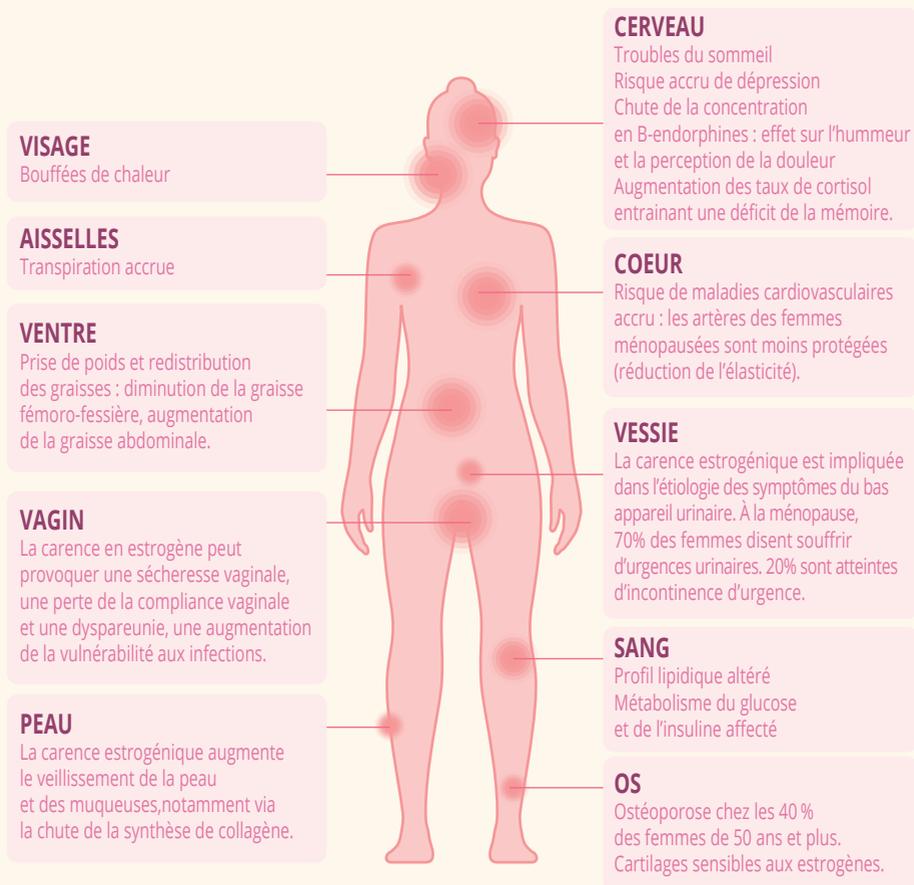
La ménopause est la période de la vie d'une femme où les cycles ovariens, ainsi que les menstruations, s'arrêtent définitivement. Elle intervient généralement entre **45 et 55 ans**.

C'est donc un phénomène naturel, qui survient lorsque les ovaires arrêtent leur sécrétion hormonale (œstrogènes et progestérone), et que la formation d'un ovule mensuel est stoppée.

Le **diagnostic de ménopause est clinique**, et défini par l'absence de règles depuis une année et/ou par un dosage hormonal. En effet, les niveaux hormonaux ne sont pas similaires avant et après la ménopause.

Il est d'ailleurs à noter que les ovaires sécrètent également un peu de testostérone. On estime qu'après la ménopause, les androgènes (dont la testostérone) vont **chuter de 50 %**, ce qui peut parfois être responsable d'une **diminution du désir sexuel**.

Les bouleversements physiologiques lors de la ménopause



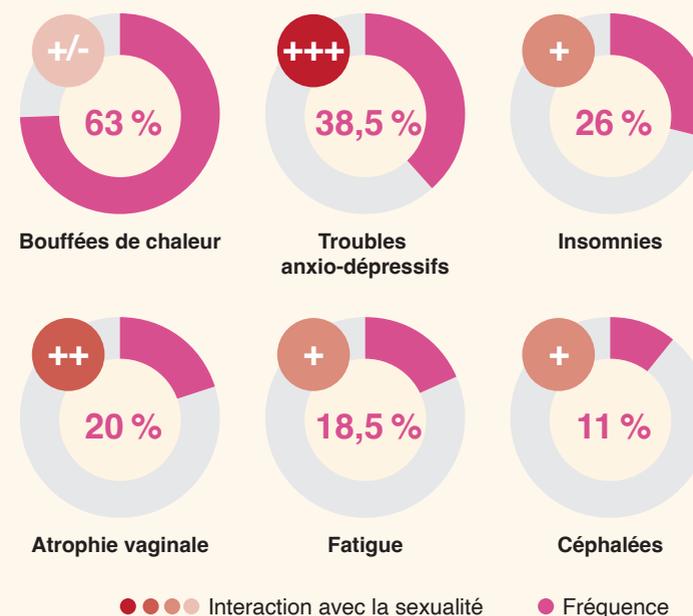
La ménopause n'apparaît pas brutalement. Elle suit une période dite de **pré-ménopause** encore appelée péri-ménopause où peuvent déjà s'observer des **signes climatériques** liés à la chute hormonale (chute de la sécrétion d'œstrogènes).

Ces signes climatériques, encore appelés symptômes du climatère (« climatère » étant synonyme de « ménopause ») apparaissent lors de la péri-ménopause et persistent dans les premières années après l'arrêt des règles. **Ces symptômes du climatère peuvent avoir un impact important sur la sexualité.** C'est la présence plus ou moins importante de ces symptômes qui va interférer avec la sexualité de la femme.

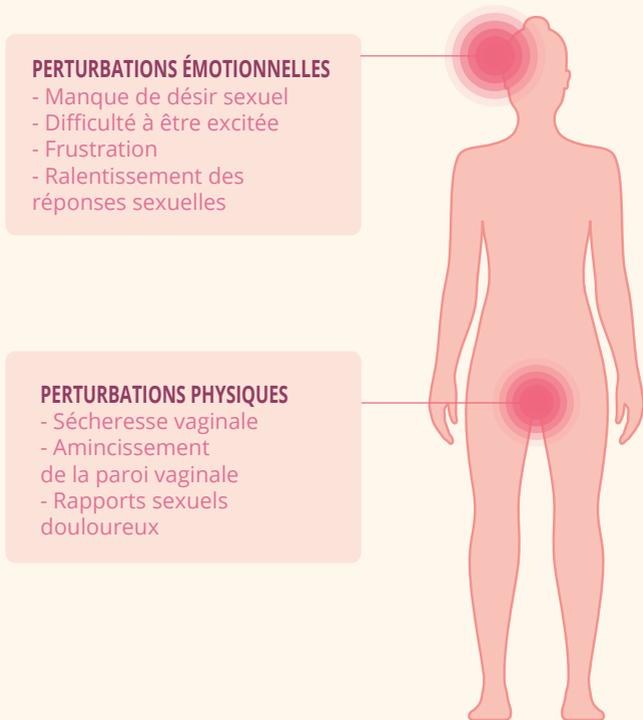
Les signes climatériques peuvent avoir un retentissement sur la sexualité.

- 01 • Les bouffées de chaleur**, accompagnées de rougeur, sueur et palpitations, qui peuvent survenir aussi bien le jour que la nuit, et dont le retentissement va dépendre de leur intensité et de leur fréquence, différentes chez chaque femme.
- 02 • Les sueurs nocturnes**, qui peuvent entraîner des **troubles du sommeil** qui vont à leur tour, dans un effet boule de neige, entraîner des complications comme une **fatigue chronique**, des pertes de mémoire (liées à la fatigue), une **tendance dépressive**, des troubles de l'attention, une irritabilité etc.
- 03 • La sécheresse vaginale et vulvaire**, qui s'aggrave avec le temps, peut entraîner **des douleurs lors de la pénétration** des infections urinaires, une incontinence et des envies pressentes d'uriner.
- 04 • Des douleurs articulaires** qui sont fréquemment observées lors de la ménopause.

Fréquence des signes climatériques et interaction avec la sexualité¹⁶



● LES TROUBLES SEXUELS LIÉS À LA MÉNOPAUSE



01 • Les modifications physiques responsables des troubles sexuels liés à la ménopause

- Diminution de la lubrification
- Diminution de la souplesse vaginale :
Le vagin va également perdre un peu de sa souplesse, pouvant rendre la pénétration plus difficile
- Amincissement de la muqueuse vaginale et vulvaire :
Cela peut conduire à des cystites et des envies d'uriner impérieuses qui peuvent perturber les rapports.
- Rétrécissement des petites lèvres et diminution de sensibilité du clitoris.
- Diminution de la capacité orgasmique
- L'arrêt des ovulations pouvant se traduire par une perte de désir sexuel. En effet, certaines femmes ressentent un pic de désir sexuel au moment de l'ovulation qui n'a donc plus lieu à la ménopause

02 • Les facteurs psychologiques responsables des troubles sexuels liés à la ménopause

La sexualité chez les femmes ménopausées est très variable selon les personnes et les couples, **et le niveau d'activité sexuelle est souvent corrélé à ce qu'il était avant la ménopause et au désir exprimé par le partenaire.** La période de remise en question (appelée « crise du milieu de vie » ou « crise de la cinquantaine ») parfois associée et qui doit être prise en charge pour assurer au mieux le maintien en bonne santé.

● SOLUTIONS POUR SOIGNER CES TROUBLES

01 • Repenser sa sexualité à la ménopause

La ménopause constitue une période charnière dans la vie d'une femme et de son/sa/ses partenaire(s). C'est le moment de faire un bilan. **C'est aussi un moment pivot durant lequel le corps de la femme change avec l'arrêt de la fertilité mais également des modifications physiques plus ou moins marquées.** Ces modifications peuvent également avoir un impact sur le/la/ses partenaire(s). Cet impact peut être psychologique avec une prise de conscience du temps qui passe ou encore une modification du désir sexuel qui peut diminuer, mais également physique avec un retentissement sur la vie intime.

Les différents bouleversements amenés par la survenue de la ménopause ouvrent le dialogue notamment à propos de la sexualité. C'est le moment de revoir ses scripts sexuels afin de les adapter à un corps changé. Dans le contexte d'un couple, il est alors nécessaire d'être informé sur les différentes étapes de la vie de deux partenaires afin de s'accorder de nouveau et de franchir plus sereinement cette étape qui concerne finalement aussi bien les femmes que leurs partenaires.

● Les traitements des troubles sexuels liés à la ménopause

En diminuant les 4 signes climatériques principaux, qui sont responsables d'un effet domino, il est possible d'améliorer grandement le sommeil, l'humeur, l'état général et donc le retentissement sur la sexualité.

● Les règles hygiéno-diététiques qui sont au nombre de quatre :

- Pratiquer une activité physique régulière (30 minutes de marche rapide par jour)
- Arrêter le tabac
- Privilégier une alimentation équilibrée, pauvre en graisses et limiter la prise de café, de sucre et d'alcool
- Avoir un apport suffisant en calcium et en vitamine D

02 • Les traitements symptomatiques non hormonaux

- Les médicaments antidépresseurs

Les troubles anxio-dépressifs étant retrouvés chez près de 40 % des femmes ménopausées, il peut être tentant de prescrire un antidépresseur. Ces médicaments doivent être réservés aux syndromes dépressifs caractérisés, et il faut plutôt privilégier dans un premier temps le soutien psychologique avec des thérapies de type TCC (Thérapies Cognitivo Comportementales), surtout que les médicaments entraînent parfois des effets secondaires négatifs sur la sexualité.

- Les traitements naturels

Peuvent entraîner une amélioration des bouffées vasomotrices. Les préparations à base d'herbes, de plantes ou l'homéopathie peuvent donc être prescrites.

- Traitements locaux non-hormonaux de la sécheresse vaginale

Les crèmes et gels hydratants à base de vitamine E et l'acide hyaluronique ont un effet positif sur la sécheresse vulvo-vaginale et peuvent être très utiles pour améliorer la sexualité.

03 • Les traitements hormonaux de la ménopause (THM)

Ménopause et sécheresse vaginale

La **baisse du taux d'hormones sexuelles** liée à la ménopause a un **impact sur la lubrification et la structure vaginale**. Ce trouble entraîne l'atrophie de la muqueuse du vagin et de la vulve ce qui empêche une lubrification normale.

Plusieurs traitements existent, on retrouve :



Le traitement hormonal de la ménopause qui consiste à donner des hormones sous forme de comprimés



Le traitement local qui consiste à appliquer une crème ou des ovules à base d'œstrogènes

Le principe du traitement hormonal de la ménopause (THM) est de traiter les symptômes de carence oestrogénique, responsables de perte osseuse et de troubles fonctionnels dit climatériques (bouffées de chaleur, sécheresse cutanéomuqueuse, troubles vaginaux, etc.), par l'administration d'œstrogènes par voie orale ou extradigestive (crème ou gel), associé à un progestatif pour éviter le risque de cancer de l'endomètre. À noter que certains traitements locaux sont sans danger du point de vue cardiovasculaire et carcinologique.

Seuls les troubles perçus par la patiente comme altérant sa qualité de vie justifient la prescription d'un THM.

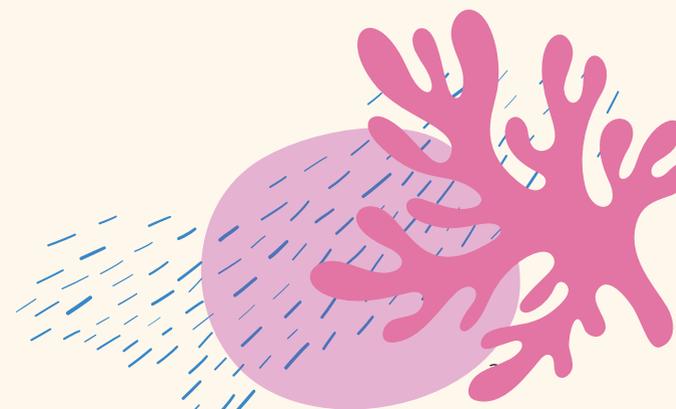
Les œstrogènes sont contre-indiqués dans les cas suivants : antécédent de cancer du sein, cancer de l'endomètre, hémorragie génitale non diagnostiquée, accident thromboembolique, récent ou en évolution de type artériel (angor, infarctus du myocarde, AVC) ou veineux (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire).

Les traitements doivent être initiés de façon précoce et pas au-delà de 10 ans après le début de la ménopause.¹⁷

● CONCLUSION

Même si la majorité des études note une diminution de la fréquence des rapports sexuels avec l'âge, il n'y a pas de rupture brutale à la ménopause, mais plutôt une évolution progressive qui dépend du niveau de la sexualité tel qu'il était avant la ménopause. **La ménopause ne signe donc pas l'arrêt du plaisir sexuel ni du désir.** C'est une période qui est souvent vécue comme une crise, mais comme toute crise, il faut en tirer le côté bénéfique pour se permettre de se réinventer et aller de l'avant, comme la resynchronisation de la sexualité à deux.

Le traitement hormonal apporte une amélioration de la trophicité vulvo-vaginale ainsi qu'une diminution des signes climatériques (bouffées vasomotrices et sueurs nocturnes). Enfin, il faut également penser au partenaire, lui-même vieillissant, et à ses propres dysfonctions.



PARTIE III TRAITEMENTS

01

Stratégie cognitivo-comportementale, approche psychologique

● LES STRATÉGIES DE COPING OU STRATÉGIE D'ADAPTATION : LIEN À LA MALADIE CHRONIQUE ET INTÉRÊTS POUR LA PRISE EN CHARGE.

La difficulté pronostique de la SEP, combinée aux modifications physiologiques et psychologiques successives, souvent imprévisibles, peut être stressante pour les patients et altérer leur qualité de vie. Or le stress est « l'ennemi » de la sexualité et altère la réponse sexuelle. La majorité des personnes atteintes de SEP développent divers processus psychologiques et adaptatifs qui vont avoir un impact important sur leur qualité de vie.

Les stratégies sont comportementales et cognitives, utilisées pour faire face aux situations stressantes en lien avec la maladie chronique soit centrées sur l'émotion, le problème ou l'évitement.

01 • La stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion consiste à vous focaliser sur les conséquences émotionnelles des problèmes de santé en tentant de les diminuer ou changer notre perception sans pour autant modifier le problème.

« Nos rapports sexuels se sont adaptés à la maladie et les stratagèmes pour y faire face sont imparables. »

« Je souffre énormément de ne pas pouvoir donner du plaisir à mon mari. Il vaut mieux que je me résigne, ça nous fait mal à tous les deux. L'essentiel est que nous nous aimions. »

« Il y a beaucoup de situations où je me suis retrouvée désemparée, en particulier lors de rapports sexuels, parfois je suis décalée avec mon conjoint. Je pense qu'une personne atteinte de SEP est parfois perturbée dans ses pensées, agissements, orgasmes... Ses sentiments, ses humeurs sont à la merci de la SEP ! Parfois, je peux être envahie par mes émotions mais je les accueille et je me sens mieux par la suite. »

« Je n'ai presque plus de rapports sexuels avec pénétration car j'ai une perte de sensibilité de tout le bas ventre. Avec mon conjoint, nous avons développé d'autres pratiques sexuelles et cela nous convient. »

02 • La stratégie d'adaptation centrée sur le problème, tels que les efforts que vous engagez pour faire face à certaines limitations physiques, en recherchant activement des informations sur votre maladie ou en demandant un conseil médical ou un soutien social pour améliorer votre qualité de vie...

Concernant votre sexualité, vous pourrez aussi développer des stratégies adaptatives actives, apporter de la créativité dans vos relations sexuelles, modifier certains scripts sexuels, ajuster certaines positions, redéfinir vos priorités, exprimer vos besoins explicites, mettre en valeur la dimension relationnelle, la communication, les émotions et réengager le partage de projets communs....

« Objectivement, j'ai une vie sexuelle assez épanouie, mon conjoint se dit très satisfait (même si je ne suis plus aussi satisfaite qu'il y a quelques années, depuis l'arrivée de la douleur permanente). Sexuellement, nous ne pouvons pas faire comme avant mais nous sommes créatifs, nous essayons de nous adapter à la maladie tous les deux. »

« À l'annonce du diagnostic, j'ai perdu mon emploi et mon mari m'a quittée : j'ai accusé le coup durant quelques mois, puis très vite, je me suis reprise en main. 5 ans plus tard, je me mariais avec une personne magnifique, puis nous avons eu un enfant. Que pouvais-je rêver de mieux ? »

03 • La stratégie centrée sur l'évitement : la tentative de faire de nouvelles expériences, avoir recours à des activités plaisantes ou alors rechercher la compagnie des autres.

Les trois modes de stratégies peuvent correspondre à vos attentes du moment, en fonction des événements de vie et de l'évolution de la maladie. Votre thérapeute vous aidera bien sûr à analyser les problèmes d'ordre sexuel pour comprendre les liens entre pensées, émotions et comportement. À travers cette analyse, on va pouvoir identifier des stratégies d'adaptation. Cela servira de support pour apprécier le bénéfice de ces stratégies mises en place en fonction de vos potentialités personnelles et sexuelles, vos capacités adaptatives et votre désir de changement.

● QUELQUES PISTES À VOUS PROPOSER ET PIÈGES À ÉVITER :

La focalisation sur le symptôme avec des tentatives répétées vouées à l'échec : essayer et réessayer à plusieurs reprises, vouloir à tout prix réussir une pénétration sans rien modifier au script sexuel :

Le rapport sexuel est alors perçu comme un obstacle insurmontable !

Ces tentatives échouées peuvent avoir un impact majeur sur votre satisfaction sexuelle et votre estime de vous-même et vous pourrez finir par vous résoudre à l'abstinence sexuelle pour éviter l'inconfort, la gêne, la douleur sexuelle mais surtout la souffrance qui y est associée !

Ne vous forcez pas à faire l'amour !

« Quand mon compagnon me sollicite et que je n'ai pas envie, je me force pour lui faire plaisir. Je sens que je ne lubrifie pas, la pénétration me fait mal mais à chaque fois je prends sur moi et je ne dis rien pour ne pas lui faire de la peine. Malheureusement, je n'arrive pas à sortir de ce cercle vicieux ! »

« J'ai tellement mal à chaque rapport sexuel que je ferme les yeux, je serre les dents le temps que ça passe. Mais je me dis à chaque fois que je dois réussir à surmonter mes douleurs et je recommence. »

Quelle prise en charge spécifique ?

Dans la prise en charge, il s'agira dans tous les cas de bien évaluer votre plainte de départ, en réalisant une évaluation fonctionnelle détaillée de votre symptôme sexuel, et de définir, avec vous, les objectifs les plus proches de vos styles ou modes d'adaptation.

Un contexte multidisciplinaire et intégratif est indispensable et identifiant les causes primaires liées aux atteintes neurologiques et leurs conséquences directes sur le symptôme sexuel mais aussi les conséquences secondaires et tertiaires. L'ensemble des facteurs endocriniens, métaboliques, chirurgicaux, iatrogènes, psychologiques, l'abus d'alcool et de drogues ou les pathologies psychiatriques, d'abus sexuels et de problèmes socio-familiaux.

Les stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales sont des techniques qui consisteront à « respecter » vos modes de coping en vous amenant progressivement à prendre conscience de vos troubles sexuels mais aussi et surtout, à activer votre potentiel et vos ressources pour les changer ou les améliorer.

Quelques pistes de prise en charge issues des thérapies cognitives et comportementales :

- **Varier les stratégies adaptatives**, en alternant des moments de détente, de diversion mentale, de lecture ou activités physiques (stratégie positive centrée sur l'évitement) à partager avec le partenaire afin de favoriser la communication dans le couple ; valoriser les échanges émotionnels et sensuels (stratégie centrée sur l'émotion) et développer des stratégies de résolution de problèmes avec une sorte de désensibilisation systématique progressive face à certaines peurs ou douleurs...
- **Augmenter votre autonomie et votre potentiel adaptatif** dans sa lutte face à la maladie en valorisant vos compétences et vos stratégies d'adaptation : la planification, la réinterprétation positive, l'expression de vos sentiments et quand cela est possible une relative acceptation tout en réduisant le blâme, l'auto-dépréciation.
- **Favoriser votre participation à des actions concrètes de la gestion de la fatigue**, permettant de reprendre certaines activités physiques, y compris les activités sexuelles : réentraînement à l'effort, programme de rééducation fonctionnelle pour atténuer les troubles sexuels secondaires (spasticité, troubles vésico-sphinctériens, troubles ano-rectaux...) pouvant aggraver la gêne fonctionnelle et par conséquent, le recours plus fréquent à l'évitement, en particulier lors des relations sexuelles.

- **Valoriser les compétences actives de résolution de problème** palliatifs mécaniques face à une hyposensibilité ou des difficultés à la pénétration (vibromasseur, dilataateurs) ou pharmacologiques (pour stimuler la vasocongestion) ; gels lubrifiants pour compenser les troubles de la lubrification, gels anesthésiques ou antalgiques pour atténuer les douleurs sexuelles...
- **Valoriser vos compétences personnelles de « planification » et votre créativité** : aménagement des moments d'intimité à planifier en fonction de la fatigue, choix de positions confortables, agréables et non douloureuses, changement de certains de vos « scripts sexuels ».
- **Explorer de nouvelles zones corporelles érogènes ou non érogènes agréables**, les stimuler, sans vous focaliser uniquement sur les zones génitales. Privilégier le toucher (par effleurement ou pression-proprioception), les gestes de tendresse, les caresses mutuelles pour préserver l'intimité sexuelle.
- **Agir sur vos pensées auto-dépréciatives** en lien avec votre corps et les limitations physiques qui entraînent des comportements d'évitement aux sollicitations sexuelles de votre partenaire : vous focaliser plutôt sur les sensations agréables procurées par les caresses ou les positions que vous appréciez .
- **Pensez à exprimer vos émotions et sensations à votre partenaire** : peur de l'échec, dyspareunie, douleurs...
- **Réévaluer vos priorités** en fonction de vos possibilités et vos besoins explicites (tenir un agenda de vos activités). Vous pourrez alors réinvestir votre énergie de la lutte active en direction des priorités.



02

Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

01 • En cas de sécheresse vaginale

L'utilisation de lubrifiant (à base d'acide hyaluronique) au moment des rapports sexuels est tout d'abord conseillée. Éviter les lubrifiants à base d'alcool qui sont irritants. Si cette solution n'est pas satisfaisante, en cas de ménopause, un traitement hormonal à base d'estrogène peut vous être prescrit. Il peut s'agir d'un gel, d'une crème ou d'ovules à appliquer localement. Mais ce peut être aussi un médicament pris par voie orale.

02 • En cas de moindre sensibilité génitale

Il est alors conseillé de favoriser **les stimulations manuelles et orales de la part de votre partenaire au niveau des autres zones érogènes**. Le recours à des **sex toys** est également une possibilité pour améliorer la qualité des sensations.

03 • En cas d'hypersensibilité et/ou de douleurs

Votre médecin peut vous prescrire des médicaments antalgiques spécifiques. Ils permettent d'atténuer les sensations désagréables et les douleurs. Il faut également s'assurer que la lubrification vaginale est suffisante.

04 • En cas de difficultés à atteindre l'orgasme

L'usage de *sex toys* pour stimuler le clitoris ou en endovaginal est une solution possible. Cela peut permettre de parvenir à obtenir plus facilement un orgasme.

05 • En cas d'incontinence urinaire, de trouble ano-rectaux

Il est indispensable d'en parler à votre médecin généraliste et/ou votre neurologue et/ou un médecin de Médecine Physique et Réadaptation. Il sera parfois utile de consulter un urologue, un gynécologue voir un gastro-entérologue.

06 • En cas d'altération de la mobilité et/ou de spasticité

Il importe d'être dans une situation confortable pour le corps lors des rapports sexuels. Si une position ne vous convient pas, vous est pénible, voire douloureuse, inutile d'insister. Pensez à utiliser des coussins ou/et des oreillers pour que votre corps soit le mieux installé possible. Un massage préalable est un bon moyen de détendre les muscles (mais également de faire le vide dans sa tête !). Vous pouvez le suggérer à votre partenaire. Il existe également des médicaments décontractants que votre médecin peut vous prescrire.

07 • En cas de fatigue

En fonction de vos activités, repérez les moments où vous avez tendance à être fatiguée et ceux où vous ne l'êtes pas ou moins ; choisissez les seconds, bien entendu. Il est possible de « programmer » vos activités sexuelles. Cela permet de bien s'y préparer physiquement et mentalement. Il suffit pour cela d'en parler avec votre partenaire et de fixer ensemble vos petits rendez-vous intimes. Faire l'amour le matin, plutôt que le soir, peut être un bon moyen d'éviter l'impact négatif de la fatigue.

08 • En cas d'effets indésirables de médicaments

Certains antidépresseurs sont connus pour entraîner une baisse de la libido et des difficultés à atteindre l'orgasme. Si vous prenez un tel médicament et que vous éprouvez ces troubles, n'hésitez pas à en parler à votre neurologue ou votre médecin traitant. D'autres médicaments peuvent également s'accompagner d'effets indésirables susceptibles de favoriser les troubles sexuels. C'est le cas par exemple des anticholinergiques prescrits contre l'incontinence, qui peuvent favoriser la sécheresse vaginale. Votre médecin est le mieux placé pour évaluer, en fonction de vos traitements, ceux susceptibles d'induire des effets indésirables ayant un impact sur la sexualité et, le cas échéant, de modifier ses prescriptions.

Les facteurs dépressifs doivent être pris en charge compte tenu de leur retentissement sur la sexualité, en tenant compte du possible impact de certains antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, avec des effets parfois négatifs sur le désir et l'orgasme.

09 • En cas de difficultés dans le couple

Il est évident qu'une bonne entente au sein d'un couple favorise l'épanouissement sexuel. Cependant, avec le poids de la maladie, cette entente peut se fissurer. Il est alors indispensable de faire en sorte de « recoller les morceaux » par la communication et le dialogue. Cela ne suffit pas toujours à retrouver un terrain d'entente satisfaisant pour l'une et l'autre. Votre médecin peut alors vous orienter vers un psychologue ou un sexologue.

PARTIE IV

DÉPISTER LES TROUBLES SEXUELS

Le questionnaire QPS-F (Questionnaire de plaintes sexuelles chez la femme)

Généralement, l'interrogatoire suffit pour diagnostiquer les troubles sexuels. Il existe aussi des questionnaires spécialement conçus pour les dépister chez les patients.

Les soignants sont mal à l'aise pour aborder les questions car ils sont insuffisamment formés. Ils manquent de questionnaires rapides et simples pouvant faciliter le dépistage.

Le QPS-F évalue les dysfonctions sexuelles **féminines des 6 derniers mois** : les troubles du désir, les troubles de l'excitation (physique et psychologique), les troubles de l'orgasme, les douleurs génitales, le vaginisme, le syndrome de l'excitation génitale persistante et la satisfaction sexuelle globale.

Pour ce questionnaire, il n'y a pas de norme. On tient compte du retentissement de la plainte (colonne b du questionnaire) et de la volonté du patient d'aller plus loin dans sa prise en charge (question 10).

En pratique : le QPS-F permet **une autoévaluation brève, simple, précise et fiable** pour le dépistage et l'évaluation des plaintes sexuelles, dans la pratique courante.

Ce questionnaire permet d'évaluer votre sexualité **au cours des 6 derniers mois**. Vous pouvez répondre à chaque question **en entourant la réponse** qui caractérise le mieux votre expérience personnelle. **L'activité sexuelle comprend tout type d'activité visant à expérimenter la satisfaction et le plaisir sexuel. Le terme d'activité sexuelle n'implique pas nécessairement qu'il y ait un rapport sexuel avec pénétration (vaginale et/ou anale).**

- **01^a** Certaines femmes ressentent un manque ou un faible intérêt ou désir sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

1. Jamais/Presque jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Presque tout le temps/ Presque toujours

- **02^a** Certaines femmes ne ressentent pas d'excitation sexuelle physique pendant une stimulation et/ou une activité sexuelle (par exemple : gonflement génital, humidité vaginale, sensation de frisson ou picotement). Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

0. Pas d'activité sexuelle
1. Jamais/Presque jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Presque tout le temps/ Presque toujours

- **01^b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

1. Pas du tout un problème
2. Un léger problème
3. Un problème modéré
4. Un problème important
5. Un problème très important

- **02^b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

1. Pas du tout un problème
2. Un léger problème
3. Un problème modéré
4. Un problème important
5. Un problème très important



● **03_a** Certaines femmes ne se sentent pas excitées ou ne ressentent pas de sensations agréables lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- 0. Pas d'activité sexuelle
- 1. Jamais/Presque jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. Souvent
- 5. Presque tout le temps/ Presque toujours

● **04_a** Certaines femmes éprouvent des difficultés à atteindre l'orgasme lors d'activités sexuelles même si elles sont excitées sexuellement. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- 0. Pas d'activité sexuelle
- 1. Jamais/Presque jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. Souvent
- 5. Presque tout le temps/ Presque toujours

● **03_b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- 1. Pas du tout un problème
- 2. Un léger problème
- 3. Un problème modéré
- 4. Un problème important
- 5. Un problème très important

● **04_b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- 1. Pas du tout un problème
- 2. Un léger problème
- 3. Un problème modéré
- 4. Un problème important
- 5. Un problème très important

● **05_a** Certaines femmes ressentent une douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- 0. Pas d'activité sexuelle
- 1. Jamais/Presque jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. Souvent
- 5. Presque tout le temps

● **06_a** La pénétration vaginale est difficile chez certaines femmes bien qu'elles le souhaitent. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- 0. Pas d'activité sexuelle
- 1. Jamais/Presque jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. Souvent
- 5. Presque tout le temps/ Presque toujours

● **05_b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- 1. Pas du tout un problème
- 2. Un léger problème
- 3. Un problème modéré
- 4. Un problème important
- 5. Un problème très important

● **06_b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- 1. Pas du tout un problème
- 2. Un léger problème
- 3. Un problème modéré
- 4. Un problème important
- 5. Un problème très important



- **07_a** Certaines femmes éprouvent une excitation génitale persistante et non désirée (sensation de picotements, battements, pulsations) en l'absence de tout intérêt sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- 0. Pas d'activité sexuelle
- 1. Jamais/Presque jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. Souvent
- 5. Presque tout le temps/
Presque toujours

- **08_a** Au cours des 6 derniers mois, ma vie sexuelle a été :

- 1. Très insatisfaisante
- 2. Insatisfaisante
- 3. Plutôt insatisfaisante
- 4. Satisfaisante
- 5. Très satisfaisante

- **07_b** Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- 1. Pas du tout un problème
- 2. Un léger problème
- 3. Un problème modéré
- 4. Un problème important
- 5. Un problème très important

- **09** Y aurait-il autre chose que vous souhaiteriez nous dire concernant votre vie sexuelle ?

Pour les personnes sexuellement inactives au cours de 6 derniers mois, pourriez-vous s'il vous plait expliquer pourquoi ?

- **10** Voudriez-vous que votre médecin (ou soignant) explore davantage les difficultés et/ou problèmes sexuels ?

- 1. Non
- 2. Oui
- 3. Pas maintenant

Scannez pour télécharger le questionnaire :



* Sexual Complaints Screener for Women (SCS-W), Dr S Bresch, Dr C Burte, Dr R Colamarino¹⁸.





Références

1. F. Adam *et al.* Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme, *Sexologies*, Volume 24, Issue 4, 2015.
2. Turnbull OH *et al.* Reports of intimate touch: erogenous zones and somatosensory cortical organization. *Cortex*. 2014 Apr;53:146-54.
3. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat*. 2013 Jan;26(1):134-52.
4. COURTOIS F. Neurophysiologie de la réponse sexuelle chez la femme. *Médecine Sexuelle : fondements et pratique*, Lavoisier Médecine. 2016.
5. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. La lubrification vaginale en questions. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
6. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
7. Masmoudi R *et al.* Dysfonction sexuelle féminine et sclérose en plaques : étude cas-témoins. *Prog Urol*. 2018 Sep;28(11):530-535.
8. Cour F *et al.* Troubles du désir sexuel féminin. *Prog Urol*. 2013 Jul;23(9):562-74.
9. Monforte M *et al.* Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. *Prog Urol*. 2013 Jul;23(9):761-70.
10. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. Les pathologies sexuelles féminines. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
11. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. Le vaginisme, un trouble méconnu du grand public. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
12. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. Les troubles du plaisir et de l'orgasme chez la femme. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
13. M.-H. Colson *et al.* Les troubles de l'orgasme féminin. *Progrès en Urologie*, Volume 23, Issue 9. 2013.
14. Zeler A, Troadec C. Sexoblogue. Ménopause et sexualité. Disponible en ligne sur <https://sexoblogue.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
15. INSERM. Dossier ménopause. Sept 2023. Disponible en ligne sur <https://www.inserm.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
16. Enquête CSA-Boiron-GEMVI. Explorations des freins et motivations des femmes pour le traitement des symptômes de la ménopause. 2013.
17. HAS. Traitements hormonaux de la ménopause. Disponible en ligne sur : <https://www.has-sante.fr/>. Site consulté le 07/01/2024.
18. Bresch S, Colamarino R. Questionnaires d'autoévaluation : dépistages simples et rapides des troubles sexuels en pratique neurologique, *Pratique Neurologique-FMC* 2023, 14:163-167.

L'objectif de cette brochure est d'approfondir la discussion sur la santé sexuelle féminine et les troubles qui lui sont associés, offrant ainsi une vision plus complète et éclairée.

Sanofi Winthrop Industrie

82 avenue Raspail, 94250 Gentilly

Pour contacter l'information médicale :

Par internet : <https://www.sanofimedicalinformation.com>

*Par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h
aux numéros suivants :*

Téléphone depuis la Métropole:

0 800 394 000 Service & appel gratuits

Téléphone depuis les Territoires d'Outre-Mer

0 800 626 626 Service & appel gratuits

Retrouvez plus d'informations au sujet de la sclérose en plaques sur le site **www.sep-ensemble.fr**



sanofi