

# La sexualité

Plaisir et santé sexuelle au mitan de la vie

Mise à jour  
2009

## Saviez-vous que...



- « Le déclin des hormones sexuelles signale la fin de nos capacités reproductives, mais pas la fin de notre aptitude au plaisir sexuel. Malgré de vieux stéréotypes selon lesquels les femmes s'assèchent et deviennent des êtres asexués après la ménopause, la réalité est souvent tout autre ». (BWHBC, 2006, p. 138, notre traduction)
- Une sexualité épanouie est devenue la norme, à notre époque, et le corps est considéré comme une simple machine à plaisir dont il faut améliorer les performances. La frigidité est donc une maladie honteuse, et l'impuissance, un symptôme qu'il faut absolument soigner. Au lit comme au travail, l'homme et la femme se sentent soumis à une obligation de résultat et l'un et l'autre craignent d'être virés s'ils ne sont pas à la hauteur de ce que l'on attend d'eux. (Hirigoyen, 2007, p. 173)
- Selon une étude menée par le *National Council on the Aging* en 1998 auprès de 1 300 Américaines âgées de plus de 60 ans, 70 % des femmes actives sexuellement rapportent être autant ou plus satisfaites de leur vie sexuelle qu'elles ne l'étaient dans la quarantaine. (Price, 2006, p. 22, notre traduction)
- « Des rapports récents d'une étude américaine (*Study of Women's Health Across the Nation - SWAN*) indiquent que les niveaux de testostérone ont une influence minime sur le désir sexuel, une constatation corroborée par une autre étude menée sur des Australiennes. Nos expériences sexuelles antérieures et les facteurs liés aux partenaires, nos relations et les autres aspects de notre vie influencent notre sexualité autant que les changements biologiques associés à la ménopause ». (BWHBC, 2006, p. 51, notre traduction)

## La sexualité : à chacune sa réalité !

La manière dont une femme vit sa sexualité est unique puisque chaque femme a une biochimie, une personnalité et une vie sociale et relationnelle qui lui sont propres. De plus, ses origines culturelles, ses valeurs personnelles et spirituelles, son milieu social, de même que ses expériences au plan de la sexualité façonnent ses opinions, ses attentes et ses désirs qui, à leur tour, influencent la manière dont elle vit sa sexualité. Il n'y a donc **pas UNE définition** de ce que devrait être la sexualité, tout comme il n'y a **pas UNE norme** quant à la pratique sexuelle. La sexualité peut se décliner au singulier ou au pluriel, au féminin ou au masculin, au plus-que-parfait ou au passé simple. Il appartient à chacune de définir le mode de vie qui lui convient et d'adopter le type de sexualité qui la satisfait, sans contrainte et en accord avec ses valeurs.

« *Moi, ce qui m'inquiète énormément, c'est : est-ce que la ménopause va affecter ma vie sexuelle ?* » (L'Annonciation)

Il n'est pas toujours évident d'être à l'aise avec sa sexualité. Au-delà des enjeux relationnels et personnels, la sexualité s'inscrit aussi dans un **contexte social** qui l'influence. De nos jours, l'espace public est hyper sexualisé : il n'y a qu'à penser à la mode, aux publicités exploitant la nudité et les stéréotypes sexuels, ou aux magazines

féminins qui y vont tous de leurs conseils et de leurs techniques pour rendre les hommes fous de plaisir. Stéréotypée, axée sur la performance et la fréquence, cette sexualité idéalisée impose des critères et des standards irréalistes. Pourtant, elle ne reflète pas la réalité de multiples personnes, celles qui ne sont pas jeunes, blanches, minces, hétérosexuelles, en pleine possession de leurs capacités physiques, disponibles et libres de contraintes.

## Sexualité et ménopause

Malgré la prolifération des images sexualisées dans l'espace public, les représentations de la vie amoureuse et érotique des personnes vieillissantes sont rares. La sexualité s'arrêterait-elle dès que le corps se flétrit ? Une étude réalisée aux États-Unis parmi des 57-85 ans, publiée en 2007 dans le *New England Journal of Medicine*, révèle que 75 % des personnes âgées de 57 à 64 ans, 53 % des 64-75 ans et 26 % des 75-85 ans ont eu des relations sexuelles durant l'année écoulée. Preuve que le vieillissement ne sonne pas le glas des petits et grands plaisirs de la chambre !

En revanche, comme toute période de transition, le mitan de la vie apporte son lot de changements, positifs et négatifs. Le temps de la retraite, des petits-enfants et des voyages peut aussi être celui de la maladie, du deuil, des soucis financiers, ou des soins à prodiguer à un proche malade. La perte de la fertilité, le vieillissement du corps, la modification du statut social sont autant de variables qui peuvent avoir un impact sur la vie sexuelle. Certaines femmes ont une vie sexuelle plus agréable que jamais ; d'autres éprouvent des difficultés (baisse du désir, perte de capacité physique, manque de passion dans la relation) et doivent adapter leurs pratiques en conséquence. D'autres encore cessent d'avoir des relations sexuelles avec un ou une partenaire ou renoncent à toute sexualité.

Parce qu'elle entraîne des modifications physiques et hormonales, la ménopause peut affecter la sexualité, mais elle n'est qu'un facteur parmi tant d'autres, et les femmes ont toutes une manière différente d'aborder la sexualité au mitan de la vie.

### Quelques facteurs pouvant contribuer à influencer le désir et la satisfaction sexuelle des femmes à la ménopause

<b>Contexte relationnel</b>	Vie amoureuse ou absence de vie amoureuse Solitude Relation de couple égalitaire, inégalitaire ou violente Historique sexuel
<b>Confiance en soi et image corporelle</b>	Capacité à accepter un corps qui change : prise de poids, blanchissement des cheveux, relâchement de la peau
<b>Contexte social et économique</b>	Conditions économiques Discrimination Accès aux soins de santé Stress



---

## Santé

Le diabète, les problèmes ostéoarticulaires ou rénaux, les troubles de la glande thyroïde, les fibromes utérins qui provoquent saignements et douleurs peuvent avoir un impact négatif sur la sexualité.

La dépression, l'instabilité de l'humeur ou une tendance à l'anxiété sont souvent associées aux troubles sexuels.

Certains types de médicaments peuvent avoir une influence négative sur la sexualité (désir, orgasme, lubrification), par exemple les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les sédatifs à haute dose ou pris de façon continue, les diurétiques, les antiestrogènes et les antihistaminiques.

La ménopause provoque des modifications vulvo-génitales (voir la fiche *Les changements génito-urinaires*) qui peuvent avoir des impacts sur le désir et le plaisir sexuels (douleurs, sécheresse vaginale, saignements et perte de sensibilité).

---

**Notez bien :** Pour certaines femmes, la ménopause précoce (chimique ou chirurgicale) ou l'hystérectomie (ablation de l'utérus) sont une libération (de la douleur, de la maladie). D'autres, en revanche, peuvent éprouver des difficultés particulières d'ordre sexuel après l'opération (perte de l'orgasme, baisse du désir, difficultés personnelles à vivre une ménopause précoce). Ces interventions sauvent des vies et sont parfois inévitables. Il faut toutefois rester vigilantes en ce qui a trait à la banalisation des chirurgies concernant les organes reproducteurs féminins (au Canada, de 20 à 30 % des femmes adultes n'ont plus leur utérus, soit le double des femmes vivant en Angleterre ou en Suède). Le personnel médical soucieux de la santé des femmes recommande de considérer toutes les options de traitement avant d'envisager une ablation des organes sexuels et de privilégier les interventions les moins invasives (intervention par voie vaginale, préservation des nerfs, préservation du col de l'utérus).

Dans l'ouvrage *Our Bodies, Ourselves, Menopause* publié en 2006, on peut lire qu'aux États-Unis, 40 % des femmes qui subissent une hystérectomie se font en même temps enlever les ovaires, sous prétexte de "prévention" contre un éventuel cancer. Pouvez-vous imaginer une seconde qu'on enlève ses testicules à un homme pour le protéger d'un cancer hypothétique ?

## Nécessité d'une approche biopsychosociale de la sexualité

Habituellement, la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) est prompte à proposer des solutions biomédicales aux troubles expérimentés par les femmes ménopausées. Pourtant, dans la *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause* (2006),

elle recommande d'adopter une approche biopsychosociale de la sexualité, qui prend en compte **une multiplicité de facteurs** : l'intimité affective avec le ou la partenaire, les activités et les comportements précédant les relations sexuelles, la sécurité, la

contraception, les compétences sexuelles du ou de la partenaire, la confiance en soi, les expériences sexuelles préalables, l'état de santé général, etc. Selon cette approche, lors d'une consultation pour troubles sexuels, le personnel traitant devrait rencontrer le couple, puis chacune des personnes séparément et faire un examen médical complet. Cependant, dans les faits, l'approche par la médication est souvent la seule proposée.

«Moi, ça ne m'affecte pas. Ça me rend un peu ardente. Oui, je n'ai plus peur de tomber enceinte!» (L'Annonciation)

## MÉDICALISATION DU DÉSIR ET DE LA SEXUALITÉ DES FEMMES

### La "dysfonction sexuelle féminine"

La sexualité féminine a toujours été une source de questionnements et un domaine d'investigation pour les hommes et le monde médical. Au fil du temps, les femmes ont été cataloguées comme hystériques, frigides, souffrant d'un complexe de castration ou nymphomanes. Pour soigner ces multiples "désordres", les médecins les ont excisées, masturbées et psychanalysées. (Corbin, 1991 ; Price, 2005) Malgré tout, encore aujourd'hui, les mécanismes du désir et de la réponse sexuelle des femmes sont mal compris.

À la fin des années 1990 apparaît un nouveau trouble : la "dysfonction sexuelle féminine". Aux États-Unis, 43 % des femmes en seraient atteintes. La promotion de cette nouvelle "pathologie" est assurée par l'industrie pharmaceutique (notamment Pfizer, inventeur du Viagra), qui finance les congrès et les conférences durant lesquels la "maladie" est définie. L'enjeu est de taille. En effet, après le succès commercial du Viagra, l'élargissement possible du marché de la "dysfonction sexuelle" à la gent féminine suscite bien des convoitises. Mais la petite pilule rose qui permettrait de rendre les femmes tremblantes de désir en n'importe quelle circonstance n'a pas encore été inventée.

**Notez bien :** Ce chiffre de 43 % est couramment cité dans les articles ou les discussions sur la sexualité des femmes. Il faut cependant savoir qu'il provient d'une enquête menée en 1992 auprès de 1 500 femmes qui devaient répondre par oui ou par non à 7 questions. Il leur était demandé si elles avaient éprouvé, l'année précédente, durant deux mois ou plus, des "problèmes" tels qu'un manque de désir sexuel, de l'anxiété au sujet de leurs performances sexuelles, ou des difficultés de lubrification. Une seule réponse positive suffisait à les cataloguer comme dysfonctionnelles. (Saint-Onge, 2004, p. 154)

### Les médicaments contre la "dysfonction sexuelle"

#### Traitement hormonal (TH)

- **Estrogène et combinaison estrogène/progestatif.** Généralement, ces hormones sont prescrites aux femmes qui présentent des signes ménopausiques incommodants. Au fil du temps, on leur a prêté toutes les vertus, de la régulation de l'humeur à la protection contre le cancer en passant par l'amélioration de la libido. Les recherches ont pourtant démontré que le TH est efficace seulement pour le traitement des manifestations vasomotrices et des troubles vulvo-génitaux et qu'il augmente les risques d'accidents vasculaires-cérébraux et de cancer du sein (entre autres). C'est pourquoi il ne doit être prescrit, avec le consentement éclairé de la patiente, qu'en cas de signes ménopausiques modérés ou graves, **à dose minimale et pour une durée minimale**. En cas de sécheresse, de douleur ou de fragilité vaginales, le TH en application locale (crème, suppositoire ou anneau vaginal) est plus efficace et présente des risques moindres que la prescription orale, en raison notamment de concentrations hormonales plus faibles. (Voir le cahier *Le traitement hormonal*)
- **Testostérone.** Depuis quelques années, la testostérone est présentée comme un remède miracle contre les troubles du désir féminin. Hormone mâle par excellence, elle est culturellement associée à la virilité et à l'ardeur sexuelle. Toutefois, le lien entre taux de testostérone et désir sexuel n'est pas établi scientifiquement. De plus, son utilisation par les femmes provoque plusieurs effets secondaires (pilosité faciale, acné, mutation

de la voix), et il existe des doutes sérieux quant à son innocuité à long terme. La SOGC met en garde contre son utilisation dans le traitement des troubles de la libido, en insistant sur son **caractère expérimental** et sur la nécessité du **consentement éclairé** de la patiente. La *Food and Drug Administration* américaine, quant à elle, a interdit l'Intrinsa (timbre de testostérone prescrit en Europe aux femmes qui n'ont plus leur utérus et qui ont des troubles sexuels) en raison des risques potentiels associés, comme le cancer du sein ou les maladies cardiovasculaires. (Tiefer, 2006)

### Sildénafil (Viagra)

Même si le sildénafil (**Viagra**) n'a pas fait ses preuves en huit ans d'essais cliniques sur des femmes, des médecins continuent de le prescrire "sous le comptoir" à celles qui ont des difficultés au plan sexuel (femmesensanté.ca). Ce médicament est destiné aux hommes ayant des difficultés érectiles et comporte des contre-indications et des risques associés (notamment la perte de la vue, de l'audition). Il ne devrait en aucun cas être prescrit aux femmes qui présentent des troubles sexuels.

### Autres traitements

Il semble qu'un **antidépresseur**, le Wellbutrin, est prescrit par certains médecins dans des cas de troubles du désir, mais il n'est pas approuvé pour cet usage. L'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs aux femmes pour toutes sortes de raisons est source d'inquiétude. Dans son livre publié en 2006, J. Price recommande l'utilisation d'une **pompe** (Eros Therapy), délivrée sur ordonnance, qui favorise l'afflux sanguin dans les parties génitales, ce qui augmente la stimulation et la lubrification. En outre, la **flibansérine**, une molécule qui agit sur le taux de sérotonine dans le système nerveux central, était à l'essai au Canada, en 2008.

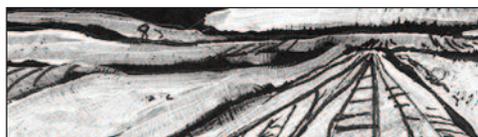
### Questions soulevées par la médicalisation du désir et de la sexualité des femmes

Définir ce qui est anormal (et doit être soigné), c'est aussi définir une norme. Or, en termes de désir, qu'est-ce qui est "normal", et pour qui ? Le couple hétérosexuel marié depuis trente ans, l'adolescent, l'octogénaire, la femme ayant un enfant en bas âge, la jeune femme ayant des limitations physiques, toutes et tous ont des sexualités différentes. Laquelle est plus "normale" que l'autre ? Selon L. Tiefer, sexologue, fondatrice de la *New View Campaign*, l'invention du trouble du désir est un cas classique de "campagne de promotion de la maladie basée sur la peur" (*disease mongering*). L'industrie pharmaceutique vise à convaincre des personnes en bonne santé qu'elles souffrent d'une maladie et que la solution à leurs maux peut se trouver dans un médicament.

La médicalisation de la sexualité entraîne une simplification à l'extrême de celle-ci, et ne prend en compte que le corps, indépendamment des contextes social et économique, individuel et relationnel. Cette tendance est illustrée dans cet extrait d'un article paru dans *L'Actualité* du 15 décembre 2008 : « Durant l'émission de télé-réalité *The Doctors*, une patiente s'est récemment plainte de ne jamais atteindre l'orgasme. Le gynécologue lui a recommandé la testostérone ». Peu importe si cette femme vit une relation abusive, si elle souffre de dépression, ou si son partenaire n'a jamais entendu parler du clitoris : la sexualité est perçue comme une mécanique du corps, et ses défaillances doivent être réglées avec des pilules. Avec ce type d'approche, plus besoin de désir, d'excitation, ou de relation de confiance avec le, la, ou les partenaires.

Il ne s'agit pas ici de nier les difficultés sexuelles que peuvent vivre les femmes. Sauf qu'il n'appartient pas à l'industrie pharmaceutique ou au milieu médical d'établir une norme quant à la sexualité. Toute personne devrait pouvoir définir ce qui, pour elle, correspond à une sexualité satisfaisante, en lien avec le contexte socioculturel, psychologique ou relationnel qui lui est propre. Et c'est l'insatisfaction et la souffrance d'une personne qui doivent servir de point de départ au diagnostic de trouble sexuel, non pas le fait d'éprouver pendant un certain temps des difficultés d'excitation ou de lubrification, qui ne sont souvent qu'une réponse parfaitement normale au stress ou à la fatigue. Comme le dit P. Boyton avec beaucoup d'humour dans l'article de *L'Actualité*: « L'industrie pharmaceutique devrait inventer une pilule qui fait les travaux ménagers à notre place. Elle réglerait bien des problèmes sexuels ».

## Passer à l'action



### PISTES POUR LE PLAISIR ET LA SANTÉ SEXUELLE À LA MÉNOPAUSE

#### Relations avec soi et avec les autres

##### Faire le point dans sa vie

De nombreuses femmes rapportent qu'à la ménopause, elles n'acceptent plus les mêmes choses qu'avant et sont prêtes à relever de nouveaux défis. Elles font parfois des changements et des remises en question, que ce soit dans leur travail, leur couple, leur entourage, leur famille ou leurs loisirs. Le mitan de la vie peut être l'occasion d'un nouveau départ, et parfois d'une redécouverte de la sexualité.

##### Être en contact avec son corps

Il existe différents moyens d'explorer sa sensualité : prendre un bain parfumé aux huiles essentielles, porter des vêtements soyeux, apprécier une cuisine raffinée, écouter de la musique, se faire masser. La masturbation est une composante importante de la sexualité puisqu'elle permet entre autres de mieux connaître ses réactions et de découvrir ce qui procure du plaisir. Certaines la pratiquent depuis longtemps, d'autres la découvrent, et pour d'autres encore, ce n'est pas une option. De vieux mythes entourent encore la masturbation ; pourtant, pour la plupart des femmes, même en couple, c'est le meilleur moyen de connaître l'orgasme. Avoir des orgasmes régulièrement permet de plus d'améliorer l'afflux sanguin et la lubrification dans la région vulvo-génitale. De multiples gadgets sexuels sont disponibles pour agrémenter l'expérience de celles qui le désirent. À celles qui vivent avec des limitations physiques, le site Internet [vneztelsquels.com](http://vneztelsquels.com) fournit de bons conseils sur le type de gadgets à utiliser selon le handicap.

##### Être en contact avec les autres

Entretenir des relations et des amitiés, faire des activités qui favorisent les contacts émotionnels et physiques avec d'autres personnes, cela contribue au bien-être et à l'équilibre personnel.

## Le couple et la sexualité

- Il existe une grande **diversité de types de relations** : couples hétérosexuels, lesbiens, monogames ou ouverts, échangistes, adultères, de longue date ou naissants, couples dont un ou une membre est une personne malade ou en perte d'autonomie, triades, etc. À la ménopause, l'expérience de la sexualité peut être très différente suivant le type de relation entretenue. Il appartient à chacune de déterminer le type de sexualité et d'intimité qui lui convient ou qu'il lui est possible d'entretenir, en accord avec son, sa ou ses partenaires, toujours dans le respect de soi et des autres et sans contrainte.
- Selon J.-C. Matysiak, auteur de *Dix petits commandements de la vie de couple* (2006), une relation épanouie et durable repose sur la capacité qu'a le couple de naviguer entre trois composantes essentielles que sont **la passion** (sexuelle, amoureuse), **la tendresse** (ciment du couple, confiance en soi et en l'autre, capacité d'abandon) et **la responsabilité** (devoir, engagement, présence). La passion est, selon lui, le sentiment le plus fragile, celui qu'il faut le plus entretenir et cultiver sous peine de le voir s'éteindre. Cependant, la sensualité et la sexualité ne peuvent s'épanouir dans le couple qu'en présence de responsabilité et de tendresse, composantes qui s'équilibrent selon la chimie propre à chaque relation.
- **Désirs divergents.** La différence de désir sexuel entre les partenaires est chose commune et peut devenir source de frustration et de conflit. Dénouer une situation problématique dans un couple, qu'elle soit sexuelle ou non, demande beaucoup de dialogue, de respect, de compréhension et de compromis. La sexologue S. Pertot, auteure de *Perfectly Normal: Living and Loving with Low Libido* (Parfaitement normale : vivre et aimer avec une faible libido, notre traduction), insiste sur l'importance, pour les partenaires qui réduisent leur activité sexuelle ou cessent de la pratiquer, de conserver une intimité physique. Car c'est la perte de l'intimité et le sentiment de rejet qu'elle entraîne qui occasionne le plus de souffrances. Il faut toujours garder à l'esprit qu'« **une relation sexuelle sereine est basée sur le respect mutuel, sur la compréhension et la prévenance réciproques, ainsi que sur des concessions de part et d'autre. Elle ne peut se fonder sur l'obligation ou la contrainte. Si vous vous sentez coupable de dire non, votre relation n'est pas harmonieuse ; vous vous centrez sur ce que veut ou sur ce que vous croyez que veut votre partenaire, plutôt que sur vos propres émotions.** » (Pertot, 2005, notre traduction)

## Adapter sa sexualité

- Souvent, le corps de 60 ans n'a plus la même souplesse ou la même capacité d'endurance que celui de 20 ans. Mais l'expérience et le savoir-faire, la connaissance de soi et des autres peuvent largement compenser ce qui a pu être perdu en capacité physique.
- La réponse sexuelle est plus lente avec les années. Une bonne communication entre les partenaires est fondamentale pour que chacune et chacun s'adapte à la réalité de l'autre.
- Avec l'âge la sensibilité génitale décroît et il peut être plus difficile d'avoir du plaisir ou un orgasme. Des caresses plus directes et plus intenses, le sexe oral ou la masturbation mutuelle permettent d'expérimenter des sensations plus fortes. Il est aussi possible d'utiliser des gadgets qui facilitent la stimulation. Encore une fois, une bonne communication est importante pour rassurer le ou la partenaire, qui pourrait y voir une insulte à ses performances.

- Une érection défaillante ou une difficulté à atteindre l'orgasme peuvent être interprétées comme un manque de désir. Ce n'est pourtant pas forcément lié et, avec l'âge, le corps ne répond pas toujours comme on le souhaiterait. Qu'importe, la sexualité ne se limite pas à la pénétration et à la génitalité et il existe de multiples façons d'explorer le plaisir, l'érotisme et la sensualité.
- En cas de douleurs ou de manque de mobilité, il est possible d'explorer des positions plus confortables. Des supports servant à soutenir le corps pendant les relations sexuelles sont disponibles (mais dispendieux) dans les sex-shops de qualité.
- Les institutions et le milieu médical ont souvent tendance à désexualiser ceux et celles qui souffrent de maladies dégénératives ou d'une perte des fonctions cognitives. Pourtant, ces personnes ont aussi des désirs et des besoins en termes de sexualité et d'intimité. Il convient d'avoir une approche spécifique adaptée à chaque personne et à chaque situation, en lien avec le personnel soignant. Sur la sexualité et le handicap, consulter *The Ultimate Guide To Sex and Disability*, de M. Kaufman, non disponible en français, malheureusement.

## Maintenir un corps en santé

- **Faire de l'exercice** permet de rester souple, vive et bien dans son corps. Certains sports, comme le Pilates ou le sexe-yoga, ont un impact direct sur le plaisir sexuel parce qu'ils contribuent à tonifier la région pelvienne, permettant ainsi une meilleure lubrification et une plus grande capacité de stimulation. (Voir le cahier *L'activité physique*)
- **Bien s'alimenter.** La consommation d'aliments riches en nutriments et en vitamines comme des noix, des céréales, des graines, des fèves, des fruits et des légumes verts fait partie d'une saine alimentation. (Voir le cahier *L'alimentation*)
- **Dormir.** La fatigue est un obstacle à la réceptivité sexuelle. En cas de troubles du sommeil, voir la fiche *Le sommeil et la fatigue*.
- **Retenir les hormones naturelles.** Le tabac et l'alcool, en raison de leur effet antiestrogénique, contribuent à atténuer le désir sexuel. Cesser ou diminuer leur consommation.
- **Faire un bilan de santé et de sa médication.** Les troubles sexuels peuvent être la conséquence d'un problème de santé ou de la prise de médicaments. Ne pas hésiter à s'informer. Si les médicaments sont en cause, vérifier avec le personnel traitant s'il est possible d'en changer ou de prendre des pauses de médication.



## • Santé vulvo-génitale

«Je suis divorcée depuis quatre ans et je me suis fait dire par mon gynécologue que j'avais un «vagin sénile». Quelle insulte pour une femme de 52 ans! Je dois vous dire ma surprise quand j'ai rencontré un homme dans la soixantaine et qui est devenu mon amant. Aucune trace de sénilité, croyez-moi! Je tiens à ce que toutes les femmes sachent que c'est vrai : que le sexe après la ménopause peut être formidable! »  
(Proulx-Sammut, 2001, p. 254).

### LUTTER CONTRE LES INFECTIONS URINAIRES ET VAGINALES

- En cas de douleurs, d'irritations, de saignements ou d'écoulements, consulter afin d'obtenir un diagnostic
- Réduire la consommation de sucre raffiné et de farine blanche
- Boire du jus de canneberge (pas le cocktail aux canneberges qui contient beaucoup de sucre)
- Porter le plus possible des sous-vêtements en coton non teint
- Uriner après un rapport sexuel (cela contribue à l'élimination des bactéries)
- Utiliser du yogourt aux bactéries actives ou des capsules d'acidophilus, ingérées ou insérées dans le vagin, afin de prévenir et de soigner les infections à levures
- Pour la toilette, privilégier un savon doux et hypoallergénique (savons parfumés, douches vaginales et désodorisants "décapent" et fragilisent la flore vaginale)

### HYDRATATION VAGINALE

(maintien d'une humidité vaginale suffisante pour la prévention de l'inconfort et des infections)

- Au besoin, utiliser un hydratant sur les lèvres et sur les parois du vagin. Une bonne hydratation permet d'éviter les ruptures et les saignements de la paroi vaginale et de limiter les irritations et les douleurs liées à la sécheresse vaginale. L'hydratant peut être appliqué avec le doigt ou à l'aide d'un vibreur fin qui permet d'atteindre toute la paroi. Replens, Liquid Silk, Pjur Woman, Slippery Stuff et Aloe Gel Lubricant sont des marques d'hydratants destinés à cet usage.

### LUBRIFICATION

- Utiliser un lubrifiant en plus de l'hydratant habituel permet de faciliter la pénétration. Noter qu'il est déconseillé d'utiliser des huiles minérales (huiles pour bébé, vaseline) ou végétales (par exemple la vitamine E) comme lubrifiant. En effet, l'huile est incompatible avec l'usage des digues dentaires ou des préservatifs, qu'elle rend poreux et qui sont susceptibles de déchirer. De plus, elles sont très difficiles à éliminer et emprisonnent les bactéries dans le vagin, facilitant ainsi les infections. Attention! Les lubrifiants à base de silicone<sup>1</sup> sont compatibles avec l'usage de préservatifs mais pas avec celui des gadgets en silicone qu'ils endommagent.

### MASSAGE VAGINAL

- Masser le vagin favorise la circulation sanguine et contribue à conserver la souplesse des parois. Le massage peut s'effectuer avec le doigt, par exemple en prenant un bain, ou à l'aide d'un vibreur fin, pendant l'application de l'hydratant.

---

<sup>1</sup> Les substances contenues dans les cosmétiques, les produits d'hygiène corporelle ou les lubrifiants peuvent présenter des risques pour la santé. Cependant, d'après nos recherches, le type de silicone couramment utilisé dans les lubrifiants, le diméthicone, n'est pas répertorié comme une substance nocive. Il est possible d'obtenir une estimation de l'innocuité des substances chimiques contenues dans les cosmétiques et les produits d'hygiène corporelle sur la base de données *Skin Deep* produite par *the Environmental Working Group* (en anglais seulement).

## VAGINOPLASTIE

restauration vaginale, (par exemple après un cancer), ou réassignation sexuelle (personnes transsexuelles ou intersexuées)

- Une femme ayant subi une vaginoplastie expérimente les mêmes symptômes vulvo-génitaux que les autres à la ménopause, à moins que la reconstruction vaginale ait été effectuée avec des greffes de peau. Dans ce cas, les transformations associées à la ménopause seront moindres.

**Notez bien :** La pratique des exercices de Kegel permet d'accroître le plaisir sexuel, de retrouver la tonicité du vagin après un accouchement, de prévenir l'incontinence et d'améliorer l'afflux sanguin et la lubrification. Les muscles pubo-coccygiens (PC), sont un groupe de 6 muscles (allant du clitoris à l'anus) qui jouent un rôle fondamental dans le maintien du tonus vulvo-génital. Pour les repérer, s'allonger sur le sol, jambes pliées et légèrement écartées et introduire un doigt dans le vagin, en essayant de "l'emprisonner" par la contraction des parois.

Il existe différentes techniques de musculation et certaines femmes utilisent des outils tels que les boules Ben Wa ou des "haltères" de métal spécialement conçues pour cet usage. Un des exercices consiste à s'asseoir bien droite sur une chaise, les mains sous l'os des fesses (afin de s'assurer qu'on ne contracte pas les muscles fessiers). Penser à une fermeture éclair qui part du clitoris et se ferme peu à peu en approchant de l'anus. Contracter les muscles le long de cette fermeture éclair imaginaire, tenir quelques secondes et relâcher. Répéter 15 fois. Faire cet exercice tous les jours.

## La pharmacie verte

- Le plaisir et le désir ne se vendent pas en boîte de pilules, que celles-ci soient naturelles ou non. Les médecines alternatives et complémentaires peuvent cependant contribuer à soulager les manifestations de la ménopause qui nuisent à la santé sexuelle. (Voir le cahier *Les médecines alternatives et complémentaires*)
- Certaines plantes comme le ginseng (*Panax ginseng*), le ginkgo (*Ginkgo biloba*), la sarriette (*Satureja hortensis*) et la teinture (concentré de plante) d'avoine fleurie (*Avena sativa*) peuvent contribuer à améliorer le tonus et la vigueur sexuelle.
- Des huiles essentielles, utilisées dans des huiles de massage ou des diffuseurs de parfum, ont un léger effet aphrodisiaque, par exemple l'ylang-ylang, le clou de girofle, le néroli, le jasmin ou la rose. Les huiles essentielles peuvent aussi être utilisées pour traiter la fatigue, le stress ou d'autres problèmes de santé. S'informer au préalable de leurs posologies et de leurs modes d'utilisation car leur forte concentration peut entraîner des réactions chez certaines personnes.

### Mise en garde concernant les produits de santé naturels

Les produits de santé naturels, incluant les plantes médicinales, renferment des molécules biologiquement actives. Ils peuvent donc comporter certaines contre-indications, interagir avec les médicaments ou d'autres produits naturels, et même occasionner des effets secondaires. Il est fortement recommandé de consulter un ou une professionnelle familiarisée avec l'utilisation de ces produits (naturopathe, phytothérapeute, etc.) pour vous guider dans le choix des produits les mieux adaptés à votre état de santé.

## Consultation (sexologue, psychologue, médecin, homéopathe, gynécologue) ou participation à des groupes d'entraide, notamment pour les survivantes d'abus et de violence

En cas de troubles persistants, il peut être pertinent de consulter un ou une professionnelle ou de faire partie d'un groupe d'entraide. Il est possible par exemple de travailler sur les fantasmes, de se défaire de ses idées négatives sur la sexualité, d'améliorer la communication entre les partenaires. Une recherche menée à l'UQÀM auprès de couples trentenaires qui éprouvaient de l'ennui au plan sexuel a montré qu'après un an de consultations, 38 % des femmes jugeaient ne plus avoir de baisse de désir et constataient une amélioration de leur libido. (Saint-Hilaire, 2008)

**Notez bien :** Une sexualité saine est importante pour le bien-être. Malheureusement, dans un contexte de surcharge du système de santé et de difficulté d'accès à un ou une médecin ou gynécologue, il est souvent impossible de prendre en considération cet aspect de la santé. De plus, peu de personnes osent parler de sexualité avec leur médecin (seulement 22 % des femmes et 38 % des hommes le font (a-womans-touch.com)). En cas de difficultés, parler avec le personnel soignant peut permettre d'aider à en identifier les causes et de voir si elles sont liées à une condition médicale ou à une médication. Les plus timides peuvent noter leurs questions avant la visite et les présenter à la personne-ressource.

**Notez bien :** Les médecins reçoivent peu de formation sur la sexualité et les ITSS lors de leur parcours universitaire. Toutes et tous ne possèdent donc pas nécessairement les outils pour répondre aux questions liées à ces sujets. De plus, pour une multitude de raisons, plusieurs peuvent éprouver un malaise à l'idée de parler de sexualité. Pour être bien renseignée, il est préférable de chercher des sources d'information complémentaires.

**Notez bien :** Le personnel médical a le devoir d'écouter, de répondre aux questions et de respecter les choix de vie. Les jugements, les critiques ou les commentaires sont inadmissibles : une personne qui est l'objet de discrimination peut déposer une plainte au Collège des médecins.

## Lutter pour obtenir des changements sociaux

La santé sexuelle des femmes est intrinsèquement liée à leurs conditions de vie et à leur statut social. La pauvreté, la violence, les discriminations, les rôles sociaux liés au sexe, l'exploitation de l'image et du corps des femmes à des fins commerciales ont un impact sur la manière dont les femmes vivent, sont perçues et se perçoivent elles-mêmes. Et ultimement sur leur sexualité !

## CONTRACEPTION ET AVORTEMENT

Plusieurs facteurs influencent le choix du type de contraception après 40 ans, dont le besoin d'efficacité, le besoin de protection contre les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et l'état de santé. Voici une brève présentation de méthodes de contraception disponibles.

- **Méthodes barrières.** Les condoms masculins et féminins préviennent les grossesses en plus de **protéger contre les ITSS**. La cape cervicale<sup>2</sup> et le diaphragme bloquent l'accès du col de l'utérus aux spermatozoïdes.

2 Elle n'est presque plus disponible en raison de l'arrêt de sa production par la compagnie britannique qui la distribuait au Canada.

- **Méthodes hormonales** : anovulants combinés (estrogène et progestérone), pilule à progestérone seule, anneau vaginal, timbre transdermique ou injection (Depo-Provera). Les méthodes hormonales ont un taux d'efficacité très élevé et elles permettent de réguler le cycle et de faire diminuer le flux menstruel. Cependant, elles ne sont pas tolérées par toutes les femmes et peuvent être contre-indiquées, notamment pour celles qui ont des problèmes de circulation sanguine ou pour les fumeuses de plus de 35 ans.
- **Dispositif intra-utérin (DIU)**. Le stérilet crée un milieu utérin chimiquement défavorable aux spermatozoïdes et peut être gardé pendant cinq ans. Il doit être posé par un ou une médecin ou gynécologue. Le stérilet Mirena libère en plus des hormones (progestérone).
- **Méthode définitive** : la stérilisation, pour l'homme ou pour la femme. Ces interventions sont relativement bénignes mais la plupart du temps elles sont irréversibles. Selon le type d'opération, il faut parfois attendre un certain nombre de mois avant que la contraception soit efficace.
- **Spermicides** : agents chimiques insérés dans le vagin qui détruisent les spermatozoïdes. Cette méthode est souvent combinée à une autre méthode contraceptive.
- **Méthodes de contraception naturelle** : ces méthodes permettent de prévenir une grossesse sans recours à des dispositifs ou à des agents chimiques. Elles peuvent être utilisées par les femmes pour des questions de valeur ou de croyance, ou par manque d'accès à un autre moyen de contraception. Il faut ajouter qu'elles sont **moins efficaces** que les méthodes mentionnées précédemment.

Les méthodes qui se basent sur l'observation du cycle (méthode sympto-thermique, qui combine l'observation du cycle, de la glaire cervicale et de la température basale, méthode du calendrier (méthode Ogino) ou méthode Billings) sont difficiles à utiliser en raison de l'irrégularité du cycle au moment de la ménopause.

Certaines femmes utilisent la méthode du coït interrompu (le partenaire se retire avant l'éjaculation) ou de la douche vaginale. D'autres, ayant suivi une formation spécifique, pratiquent le sexe-yoga comme moyen de contraception. D'autres encore se servent de plantes aux propriétés emménagogues, mais cette approche n'est pas recommandée par les groupes spécialisés en santé reproductive.

**Notez bien** : En cas d'échec de la contraception, il est maintenant possible de se procurer une contraception orale d'urgence (la "pilule du lendemain"), idéalement moins de 72 heures après le rapport sexuel (120 heures maximum), en pharmacie, sans ordonnance, ou de se faire poser un stérilet dans les 7 jours suivant le rapport sexuel. S'il y a grossesse non planifiée et que la décision est prise de ne pas la mener à terme, consulter un service d'avortement au plus tôt.

**Notez bien** : La femme de 40 ans et plus qui n'a pas été menstruée depuis 12 mois est ménopausée et n'a plus besoin d'utiliser de contraception.



## INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) ET PRATIQUES SEXUELLES PLUS SÉCURITAIRES

- Les messages de prévention concernant les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont été destinés principalement aux groupes considérés comme plus à risque, par exemple les jeunes ou les utilisateurs et utilisatrices de drogue par intraveineuse. Avec, comme effet pervers, de négliger complètement une grande partie de la population. Les aînées ont peu ou pas d'information sur les ITSS, sur les risques qui y sont associés et sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires. Triste réalité, elles représentent 10 % des personnes vivant avec le VIH-sida.
- Les ITSS telles que la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital et le VIH sont **en pleine recrudescence**, y compris parmi les aînées. Elles ont des conséquences graves et sont parfois mortelles. Heureusement, il est relativement **facile de se protéger**.
- La manière la plus fréquente de transmettre une infection, virale ou bactérienne, est l'échange de liquides corporels. L'herpès et les verrues peuvent aussi se transmettre lors d'un contact de peau à peau. Les **condoms masculins et féminins** protègent lors de la pénétration vaginale ou anale et lors de la fellation. Pour un cunnilingus ou un analingus, utiliser une **digue dentaire** ("carré de latex") ou un condom coupé dans le sens de la longueur. La pénétration anale ou vaginale avec le doigt ou la main sera plus sécuritaire si des **gants** de latex non poudrés sont utilisés. Ces protections existent dans une diversité de textures, de saveurs et de couleurs. Les personnes allergiques peuvent se procurer des méthodes barrières sans latex, par exemple les condoms Avanti (Durex).
- Toujours vérifier la **compatibilité du lubrifiant** et de la protection. Les lubrifiants à base d'huile végétale ou minérale (vaseline, huile pour bébé) rendent le latex poreux et augmentent le risque de déchirure.
- Les gadgets sexuels, comme les vibrateurs et les godemichés (*dildo* en anglais), doivent être recouverts d'un préservatif s'ils sont partagés. Les gadgets en silicone peuvent être stérilisés (les plonger dans de l'eau bouillante pendant 5 minutes).
- En cas de rupture des tissus, éviter tout contact direct avec le sang de l'autre personne et désinfecter le matériel qui a provoqué la rupture avant de le réutiliser.
- Dans le cas d'une relation monogame, il faut attendre six mois après une relation sexuelle non protégée et avoir obtenu des résultats de test négatifs aux différentes ITSS avant d'abandonner toute protection. Ceux et celles dont les résultats sont positifs devront bien sûr adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Recherche et rédaction : **Magaly Pirotte**, assistante de recherche

Collaboration : **Isabelle Mimeault**, responsable de recherche au RQASF

Conseils et relecture :

**France Doyon**, RQASF

**Claire Dubé**, coordonnatrice du Service d'information en contraception et sexualité de Québec

**Lise Goulet**, RQASF

**Jacinthe Jean**, coordonnatrice, maison des femmes de Drummondville

**Suzanne Labrie**, coordonnatrice à la Maison des femmes des Bois-Francis

**Sophie Morin**, RQASF

**Nathalie Parent**, coordonnatrice à la Fédération du Québec pour le planning des naissances

**Liliane Valiquette**, centre des femmes de Charlevoix

Révision linguistique : **Maryse Dionne**

Infographie : **ATTENTION design+**, Alain Roy, Jade Lussier



## Références



### RESSOURCES :

#### Le Centre de santé des femmes de Montréal

Une ressource d'approche féministe, humaniste, globale et collective visant la santé des femmes de toutes orientations sexuelles.

Ligne info-santé-femmes : 514 270-6110

Service avortement : 514 270-6114

<http://www.csfmontreal.qc.ca/>

#### Clinique médicale l'Actuel

Clinique montréalaise spécialisée dans le dépistage et le traitement des ITSS. Ressources en ligne sur la prévention et la santé sexuelle.

<http://www.cliniquelactuel.com/>

#### Come as you are/Venez tels quels (CAYA)

Magasin coopératif en ligne au Québec offrant du matériel érotique, des livres, des films et de l'information sur la santé sexuelle et l'érotisme, dans une perspective sexe-positive. L'approche de CAYA face à la sexualité en est une de respect, d'ouverture, d'humour, de communication et de responsabilités. L'équipe centre son action sur le service et la communauté.

<http://www.veneztelsquels.com/>

#### Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)

Organisme féministe offrant de l'information sur la santé reproductive et sexuelle, la contraception et l'avortement.

<http://www.fqpn.qc.ca/>

#### MaSexualité.ca

Site de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada. Information sur le sexe, la prévention des ITSS, la contraception, la psychologie, la sexualité en général.

### BIBLIOGRAPHIE :

BERNSTEIN, L. *Sex-Ed for Older Women - In Depth Doctor's Interview*, publié sur Ivanhoe.com, 15 mai 2006

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC). *Our Bodies, Ourselves, Menopause*, New York, Simon & Schuster, 2006, 350 p.

CORBIN, A. et autres. *Amour et sexualité en Occident*, Paris, Seuil, coll. Points Histoire, 1991, 335 p.

HIRIGOYEN, M-F. *Les nouvelles solitudes*, Paris, La Découverte, 2007, 216 p.

HUDSON, T. *Women's Encyclopedia of Natural Medicine*, New York, McGraw-Hill, 2008, 500 p.

KAUFMAN, M., C. Silverberg, F. Odette. *The Ultimate Guide to Sex and Disability*, San Francisco, Cleis Press, 2003, 345 p.

LEVY, J. et C. Thoër-Fabre, (2006). «Vieillesse et sexualité : de l'hormonothérapie au Viagra», *Bulletin du Bien-Vieillir*, numéro spécial «Vieillesse et médicaments», 12 (3) : 5.

LÖWY, I. *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute, coll. Le Genre du Monde, 2006, 227 p.

MCCRACKEN, G. and G. Lefebvre, (2007). «Vaginal Hysterectomy: Dispelling the Myths», *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*; 29(5):424-428.

MATYSIAK, J-C. *Dix petits commandements de la vie du couple*, Paris, Éditions du Rocher, 2007, 176 p.

MEUNIER-TARDIF, G. *L'écarlate*, Montréal, Stanké, 2009, 125 p.

MOYNIHAN, R. (2003). «The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction», *British Medical Journal*, 326:45-47.

MOYNIHAN, R. (2005). «The Marketing of a Disease: Female Sexual Dysfunction», *British Medical Journal*, 330:192-194.

PERTOT, S. *Perfectly Normal: Living and Loving with Low Libido*, Emmaus, Rodale, 2005, 256 p.

PRICE, J. *Better Than I Ever Expected: Straight Talk about Sex After Sixty*, Jackson, Seal Press, 2005, 269 p.

PROULX-SAMMUT, L. *La ménopause mieux comprise, mieux vécue : des réponses aux besoins des femmes des années 2000*, Nouv. éd. rev. et corr., Montréal, Pierre Nadeau Éditeur/Edimag, 2001, 333 p.

SAINT-HILAIRE, M. «À quand la «Viagrette» ?» *L'Actualité*, 15 décembre 2008.

SAINT-ONGE, J.-C. *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Écosociété, 2004, 228 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause*, Mises à jour 2006 et 2009.

TIEFER, L. (2006). «Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance», *PLoS Medicine* 3(4): e 178.

TNS NFO Atlanta (Research Report). *Update of Attitudes and Behaviors Sexuality at Midlife and Beyond*, 2004.

WINKS, C. and A. Semans. *The Good Vibrations Guide to Sex: The Most Complete Sex Manual Ever Written*, San Francisco, Cleiss Press, 2002, 325 p.

#### SITES INTERNET :

##### **A Woman's Touch Sexuality Resource Center :**

[www.a-womans-touch.com](http://www.a-womans-touch.com)

##### **Clinique médicale Quartier Latin :**

[www.cliniquequartierlatin.ca](http://www.cliniquequartierlatin.ca)

##### **Environmental Working Group, base de données Skin Deep :**

[www.cosmeticsdatabase.com](http://www.cosmeticsdatabase.com)

##### **Femmes en santé :**

[www.femmesensante.ca](http://www.femmesensante.ca)

##### **Managing Menopause :**

[www.managingmenopause.org.au](http://www.managingmenopause.org.au)

##### **Our Bodies, Ourselves :**

[www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org)

##### **Powersurge :**

[www.power-surge.com](http://www.power-surge.com)

##### **Réseau canadien pour la santé des femmes :**

[www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)

##### **Seréna :**

[www.fr.serena.ca](http://www.fr.serena.ca)

##### **Sexual Health Network :**

[www.SexualHealth.com](http://www.SexualHealth.com)

##### **Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada :**

[www.sogc.org/index\\_f.asp](http://www.sogc.org/index_f.asp)

##### **Une Véritable Amie :**

[www.uneveritableamie.com](http://www.uneveritableamie.com)

##### **Women's Health Queensland Wide Inc. (WHQW) :**

[www.womhealth.org.au](http://www.womhealth.org.au)

© RQASF 2009



## Mes connaissances à propos de la sexualité

### Répondre aux affirmations suivantes par VRAI ou FAUX

	Vrai	Faux
1. La sexualité, c'est un rapport sexuel entre un homme et une femme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un rapport sexuel, c'est lorsqu'il y a une pénétration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il n'est pas nécessaire d'avoir un orgasme pour apprécier une relation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La santé sexuelle, c'est ne pas avoir d'infections.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La ménopause, c'est lorsque la femme cesse d'être fertile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La ménopause marque la fin du désir sexuel des femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le traitement hormonal permet d'améliorer la libido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les personnes au milieu de la vie ont passé l'âge de chercher un ou une nouvelle partenaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les femmes ne se masturbent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La masturbation enlève le désir d'avoir des rapports sexuels avec une autre personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La prise de médicaments peut affecter le désir sexuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les personnes malades, ayant un handicap ou atteintes de troubles dégénératifs ne devraient pas avoir de relations sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'exercice améliore le désir et la réponse sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'alcool augmente les performances sexuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Infection transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est l'expression employée pour désigner des infections comme le VIH-sida, la gonorrhée ou l'herpès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Seules les personnes qui consomment des drogues en intraveineuse et les homosexuels sont à risque de contracter le VIH-sida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Le stérilet protège des ITSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Les lesbiennes peuvent contracter des ITSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vrai	Faux
19. Il faut attendre six mois après le dernier rapport non protégé pour passer les tests de dépistage du VIH-sida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Une femme de plus de 40 ans qui n'a pas été menstruée depuis 12 mois n'est plus à risque de devenir enceinte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. En cas d'échec de la contraception, il est possible d'utiliser une méthode contraceptive d'urgence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Toutes les femmes peuvent utiliser la pilule contraceptive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Au Québec, l'avortement est légal et gratuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Le Viagra augmente le plaisir lors de la relation sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Exercer ses muscles pubo-coccygiens permet d'accroître le plaisir sexuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Réponses au questionnaire "Mes connaissances à propos de la sexualité"

- FAUX.** La sexualité est l'ensemble des activités liées à l'érotisme et au plaisir physique et émotionnel. Il est possible d'exprimer sa sexualité seule, ou avec une personne du même sexe ou de sexe opposé.
- FAUX.** Il existe une multitude d'expressions et d'activités sexuelles autres que la pénétration. On peut penser au sexe oral, à la masturbation mais aussi à des pratiques non centrées sur la génitalité comme les caresses, le partage de fantasmes ou de lectures érotiques, les jeux de pouvoir et de domination, etc. L'expression "rapport sexuel complet" pour signifier un rapport sexuel avec pénétration vaginale n'est pas appropriée puisqu'il est tout à fait possible d'avoir une relation sexuelle totalement satisfaisante sans pénétration vaginale.
- VRAI.** L'orgasme est le point culminant du plaisir, et il est agréable de l'atteindre lors d'une relation sexuelle. Il est cependant tout à fait possible d'éprouver du plaisir et de la satisfaction sexuelle sans orgasme.
- FAUX.** La santé sexuelle n'est pas liée seulement à la condition physique et aux organes sexuels. L'Organisation mondiale de la santé propose cette définition : « *La santé sexuelle est un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel lié à la sexualité. Elle se manifeste par la capacité d'exprimer sa sexualité d'une façon à la fois responsable et susceptible de favoriser le bien-être aux plans personnel et social, en enrichissant la vie personnelle et sociale. Elle ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou d'infirmités. Pour être en mesure de jouir de la santé sexuelle, il est essentiel que les droits sexuels de tous soient reconnus et respectés.* »
- VRAI.** La ménopause marque la fin de la période reproductive des femmes, qui a commencé à la puberté.
- FAUX.** Chaque femme a sa propre façon de vivre sa sexualité à la ménopause. Certaines vivent des modifications du désir et de la réponse sexuelle ; d'autres ne constatent pas de changements ; pour d'autres encore, c'est meilleur que jamais. Le désir sexuel dépend d'une multitude de facteurs qui ne sont pas forcément liés à la ménopause.

7. **FAUX.** Un des effets secondaires associé au traitement hormonal est au contraire la baisse de la libido. En revanche, le traitement hormonal peut avoir des effets bénéfiques, par exemple une diminution de la sécheresse et de la fragilité vaginales. Il existe aussi des solutions naturelles pour préserver une bonne condition vulvo-génitale. Quant au traitement des troubles du désir au moyen de la testostérone, rappelons que son usage est expérimental, que son efficacité n'a pas été prouvée et que l'innocuité de son utilisation à long terme n'a pas été établie.
8. **FAUX.** Quel que soit leur âge, les êtres humains ont besoin de tendresse, de complicité, d'intimité et de contact physique. Il est parfaitement légitime, et ce, à n'importe quel âge, de chercher un ou une partenaire.
9. **FAUX.** La plupart des femmes se masturbent à un moment ou un autre de leur vie, et c'est une forme normale et saine d'expression sexuelle, qui favorise la connaissance de soi et l'excitation. Cependant, beaucoup de femmes ont grandi avec l'idée que la masturbation est un acte honteux et anormal.
10. **FAUX.** Parfois, les hommes et les femmes ont peur que la masturbation réduise leur désir d'avoir des rapports sexuels, mais elle a au contraire un effet positif sur le désir et la capacité à avoir du plaisir.
11. **VRAI.** Certains antihypertenseurs, certains antidépresseurs, les anxiolytiques et les sédatifs à haute dose ou pris de façon continue, les diurétiques, les antiestrogènes et les antihistaminiques peuvent avoir un effet négatif sur le désir sexuel, de même que les contraceptifs hormonaux chez certaines femmes.
12. **FAUX.** Toute personne a le droit d'avoir une vie affective et une vie sexuelle si elle le désire, et les personnes ayant un handicap moteur ou cognitif ne font pas exception. Cependant, la société et les institutions médicales ont tendance à déssexualiser ces personnes et à ne pas prendre en considération leurs besoins et leurs envies, ce qui peut être cause de souffrance.
13. **VRAI.** De plus, l'exercice permet de maintenir un corps en santé.
14. **FAUX.** L'alcool peut désinhiber le comportement mais en aucun cas il ne permet d'améliorer les performances sexuelles, bien au contraire. De plus, sa consommation a un effet antiestrogénique qui peut, à terme, contribuer à une diminution du désir sexuel.
15. **VRAI.** L'expression "maladie transmissible sexuellement" (MTS) est aussi utilisée mais il est préférable d'employer ITSS, qui est un terme médical plus exact et qui, de plus, est moins stigmatisant pour les personnes affectées.
16. **FAUX.** Le partage d'aiguille ou le sexe non protégé avec une personne porteuse du VIH-sida sont des pratiques qui exposent au risque de le contracter. Toute personne adoptant ces pratiques est donc à risque, quelle que soit son orientation sexuelle. On a constaté que les aînées sont très peu informées des risques et des modes de transmission des ITSS. Elles représentent pourtant plus de 10 % de la population vivant avec le VIH-sida.
17. **FAUX.** La seule méthode contraceptive qui protège contre les ITSS est le condom, masculin ou féminin.
18. **Vrai.** L'échange de fluides corporels et le contact peau à peau sont des pratiques à risque lors de n'importe quelle relation sexuelle, qu'elle soit avec un homme ou une femme. Afin d'adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires, les gants de latex doivent être utilisés lors de la pénétration digitale-vaginale/anale et la digue dentaire (ou "carré de latex") lors du cunnilingus ou de l'analingus. Les gadgets sexuels (godemiché, vibrateurs) doivent être recouverts d'un préservatif s'ils sont partagés.
19. **VRAI.** Après une relation non protégée, en raison de la période d'incubation de l'infection, il faut attendre de 3 à 6 mois avant de passer un test de dépistage.

20. **VRAI.** Une femme de plus de 40 ans est ménopausée après 12 mois d'aménorrhée (absence de règles). Elle n'est donc plus à risque de grossesse.

21. **VRAI.** Les pilules contraceptives d'urgence sont disponibles en pharmacie sans ordonnance et doivent être prises préférablement dans les 72 heures suivant l'échec de la contraception. L'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU) par un ou une médecin ou gynécologue dans les sept jours qui suivent un rapport sexuel non protégé constitue une autre méthode contraceptive d'urgence.

22. **FAUX.** La pilule contraceptive n'est pas tolérée par toutes les femmes et il existe de nombreuses contre-indications, notamment pour les fumeuses de plus de 35 ans, les femmes qui font de l'hypertension ou celles qui ont un historique de troubles sanguins.

23. **VRAI.** L'avortement a été décriminalisé en 1988 et est théoriquement accessible à toutes et gratuit. Malgré ce fait, l'accès aux services demeure fragile, que ce soit en raison du manque de ressources dans le réseau de la santé, des fusions d'établissements, des compressions de services, des délais d'attente, de la distance à parcourir pour les femmes vivant loin des grands centres, ou encore du nombre peu élevé de médecins pratiquant cette intervention.

24. **FAUX.** Le Viagra n'a aucun effet sur la sexualité des femmes. Chez l'homme, il n'augmente pas l'excitation ou le désir mais permet d'améliorer la capacité érectile. Une érection plus ferme peut contribuer à augmenter le plaisir de la partenaire.

25. **VRAI.** En plus, cela permet de prévenir l'incontinence.

### Remue-méninges sur la sexualité

1. Inviter les femmes à exprimer spontanément les mots et les idées qui leur viennent à l'esprit en réponse à la question :

Qu'est-ce que ça veut dire pour vous la sexualité ?

Inscrire les réponses sur un tableau à la vue de toutes.

2. Au besoin, poursuivre l'exercice avec des questions plus précises, par exemple :

Que signifie pour vous la vie sexuelle après 40 ans ?

3. Dessiner un tableau à trois colonnes ayant pour titres :

« MOI », « CONJOINT ou CONJOINTE », « MÉNOPAUSE »

4. Avec la participation des femmes, placer chaque idée exprimée sur la sexualité dans l'une de ces trois colonnes. Favoriser les échanges et soutenir la discussion, par exemple :

Parmi les difficultés énoncées, qu'est-ce qui m'appartient ? Qu'est-ce qui dépend essentiellement de mon ou de ma partenaire ? Quelles difficultés ou quels changements sont occasionnés par la ménopause ?

5. Alimenter la discussion et la réflexion.

Parmi les idées soumises, qu'est-ce qui relève :

- de notre éducation sexuelle ;
- de notre méconnaissance ;
- de nos perceptions ;
- de mythes ;
- etc.

6. Inviter les femmes à identifier ce qu'elles retiennent de cet exercice et souligner comment les observations et les échanges peuvent leur être utiles.

## Réflexion sur la façon de vivre sa sexualité



Nombreuses sont les femmes qui vivent des changements au mitan de leur vie. Pour certaines femmes, ces changements, comme une séparation, un décès, une nouvelle relation, une maladie, peuvent soulever divers questionnements, voire remettre en question la façon de vivre leur sexualité.

L'exercice qui suit a pour objectif d'aider ces femmes à se connaître davantage afin qu'elles puissent mieux se situer par rapport à leur sexualité. Par un exercice de réflexion individuelle, les femmes sont invitées à définir leurs besoins en matière de sexualité et à cerner l'influence de leurs valeurs personnelles sur la façon de combler ou de ne pas combler ces besoins. Une meilleure connaissance d'elles-mêmes, jumelée à une réflexion sur les changements envisageables, pourra aider les femmes à accepter certaines situations ou à s'autoriser, ou même à exiger, certains changements.

### Consignes d'animation

Pour plusieurs femmes, la sexualité soulève encore des malaises et des inconforts en raison de leurs valeurs. L'animatrice devrait donc établir un climat de confiance en assurant, entre autres, l'écoute et le respect des divers points de vue et en accueillant chaque femme dans l'expression de son expérience de vie.

### Objectif de l'exercice

L'objectif de l'exercice est d'aider les femmes à mieux se connaître, à réfléchir sur leur situation et à agir en fonction des pistes d'action retenues.

Dès le départ, il est important de mentionner que les réponses sont confidentielles et que seules celles qui le désirent pourront partager leurs réponses avec le groupe.

### Déroulement de l'exercice

1. Chaque femme écrit, pour elle-même et sans se censurer, tous les besoins qu'elle éprouve au niveau de sa sexualité. Une quinzaine de minutes peut leur être accordée.
2. Chacune établit la liste de ses valeurs en matière de sexualité, c'est-à-dire les principes qui guident habituellement ses décisions et ses actions.
3. Ensuite, chaque femme confronte chacun de ses besoins à la liste de ses valeurs et tente de faire ressortir ses priorités, c'est-à-dire combler ses besoins ou respecter ses valeurs.
4. Si ses besoins et ses valeurs sont en contradiction, par exemple avoir besoin d'une relation passagère et avoir comme valeur l'engagement amoureux, elle tente de déterminer ce qui lui importe le plus. Elle peut ainsi s'autoriser un changement dans sa façon de percevoir sa situation.
5. Par la suite, chacune est invitée à retenir parmi les besoins identifiés ceux qu'il lui est possible de combler à la lumière de ses réflexions.

6. Celles qui le veulent sont invitées à partager avec le groupe les besoins qu'elles considèrent comme importants afin de déterminer des pistes d'action appropriées. Le partage de points de vue et d'expériences diverses alimentera aussi la réflexion de chacune des membres du groupe.

Un exercice comme celui-ci peut être utile à différents moments et dans diverses situations de la vie. En effet, l'influence de nos valeurs personnelles sur la façon de combler ou non nos besoins se reflète dans les diverses sphères de la vie. Une meilleure connaissance de soi favorise la prise de décision et incite à l'action.