

PELVIRED

23 novembre 2019

Sexualité féminine

Pr. Armand Lequeux

SEXUALITE FEMININE

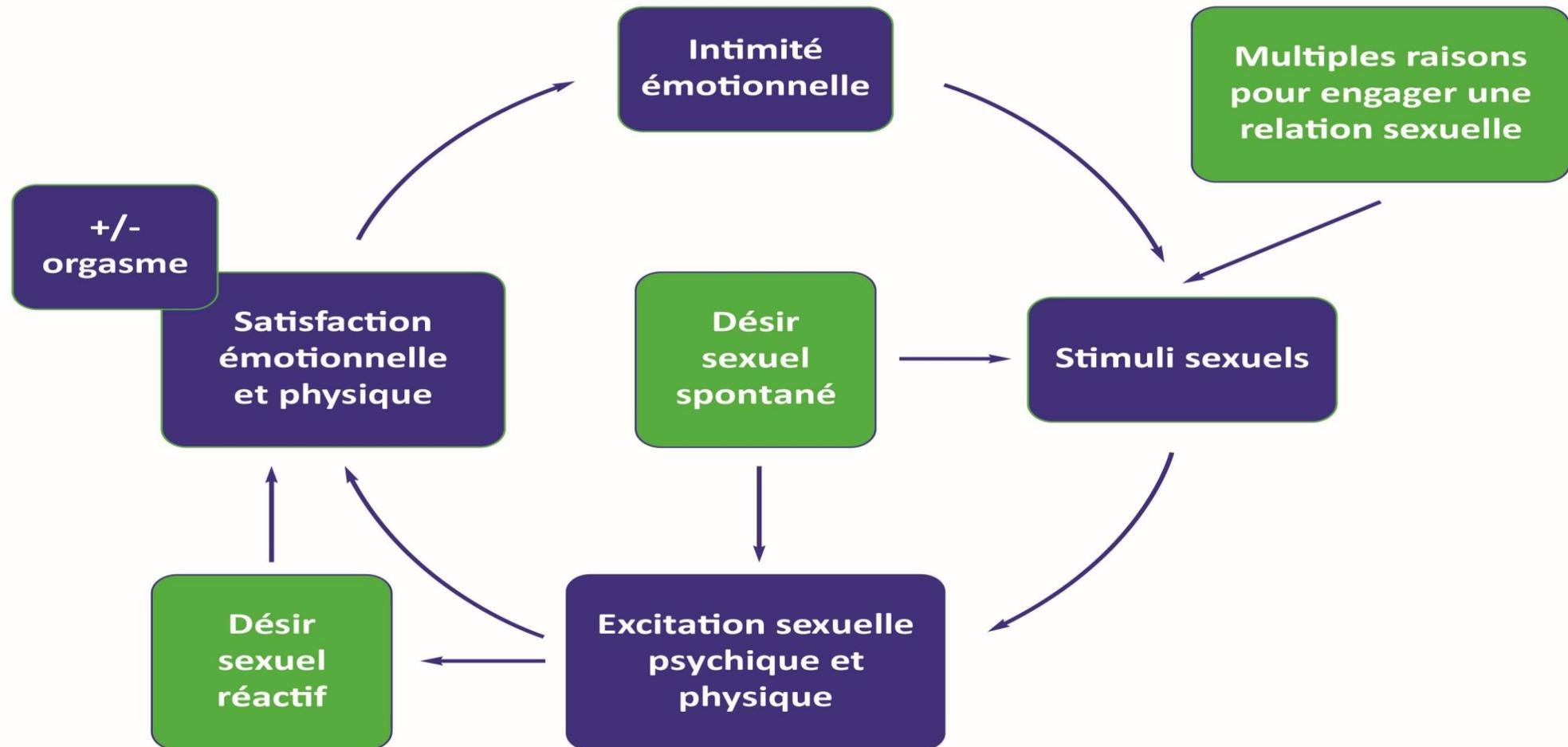
Quel circuit érotique ?

- ▶ Linéaire chez Masters et Johnson :
- ▶ Désir → Excitation → Plateau → Orgasme → Résolution
- ▶ Trop “masculin” : contesté ! *Et si le désir actif n’y est pas ?
L’orgasme est-il systématiquement nécessaire ?*

Proposition de Rosemary Basson

- ▶ Un schéma circulaire : on n'y entre pas toujours par le même élément
- ▶ Le désir réceptif est valorisé, on peut commencer sans libido active !
- ▶ L'orgasme(s) n'est pas une condition indispensable pour que le circuit érotique soit cependant complet

Schéma de R. BASSON : la réponse sexuelle féminine



Désir sexuel féminin

- ▶ Influence + + du psychologique, du relationnel et du culturel
- ▶ Neurotransmetteurs :
 - ▶ Dopamine : tonus désirant
 - ▶ Sérotonine : satisfaction, voire satiété
- ▶ Hormones (influence + modeste que les croyances) :
 - ▶ Oestrogènes = réceptivité.
 - ▶ Progestérone = passivité ?
 - ▶ Androgènes = proceptivité !
 - ▶ Ocytocine = attachement.

Statut hormonal et désir sexuel

- ▶ Cycle menstruel spontané : légère augmentation libido en péri-ovulatoire (androgènes) et diminution en prémenstruel (progestérone et anticipation négative des règles).
- ▶ Ménopause : importantes différences individuelles, crise de milieu de vie... Carence en oestrogènes : sécheresse vaginale au repos mais lubrification liée à l'excitation toujours présente.
- ▶ Chimiothérapie et ménopause induite : modifications intenses et brutales + anxiété/dépression liée au cancer !
- ▶ Contraceptifs hormonaux (pilule) : Discours négatif et angoissant autour de la pilule alors que la génération précédente était favorablement influencée (fin de la peur de la grossesse malvenue!). Stabilité et règles absentes/indolores = bien ou mal vécu.
Paradoxe des pilules anti-acné !

Anamnèse du désir sexuel féminin

- ▶ Désir spontané/actif et/ou réceptif/réactif ?
- ▶ Imaginaire/fantasmés/souvenirs/anticipations ?
- ▶ Conditions favorables/défavorables ? (*Cerise sur le gâteau ?*)
- ▶ Multiples raisons d'engager une relation sexuelle : plaisir, confiance, sécurité, preuve, attachement, marchandage, apaisement, réconciliation, etc.
- ▶ Désir d'en haut ? Désir d'en bas ?
- ▶ Désir pour lui ? Pour d'autres ? Pour la Vie ?

Replacer le désir dans la boucle Motivation / Réalisation / Satisfaction

- Importance ++ de l'anamnèse !!



Replacer la question dans la ligne de vie

- ▶ Enfance/Famille/Adolescence/Féminité/
Flirts/Séduction/Premiers rapports sexuels /
Expériences/Conjugalité(s)/Désir d'enfant /
Grossesse(s)/Ménopause/3è et 4è âge/

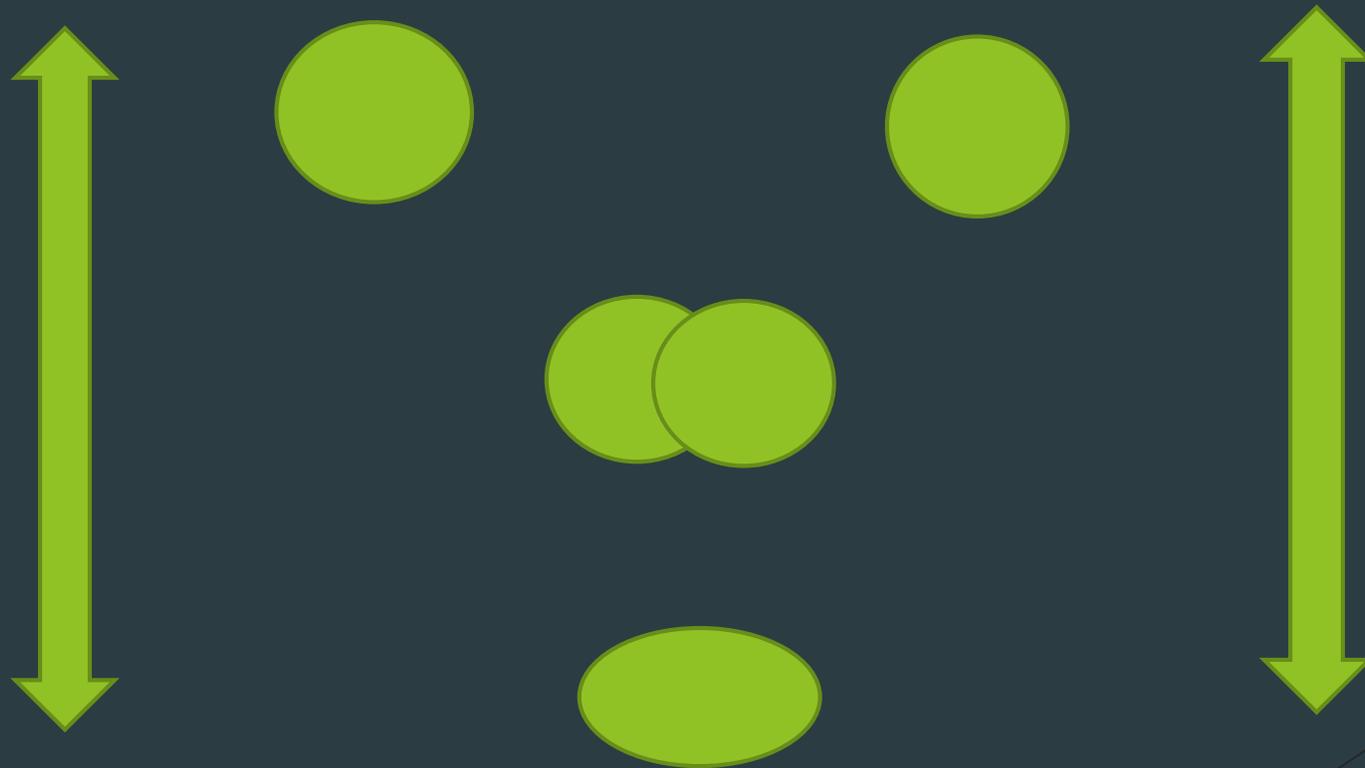


- ▶ **!! Le 4è trimestre de la grossesse peut durer 2 ans !!!** A part le post-partum immédiat, les modifications de la réponse sexuelle ne sont pas liées à l'état hormonal de la femme !

Replacez la question dans le contexte relationnel : schéma des 5 étages.

- ▶ 1. Valeurs, croyances (idéal commun)
- ▶ 2. Idées, actions, efficacité, raisonnements (bonne équipe)
- ▶ 3. Cœur, sentiments, émotions (intimité émotionnelle)
- ▶ 4. Corps, tendresse, présence (intimité corporelle)
- ▶ 5. Sexualité (intimité sexuelle)

Replacer la question dans contexte
relationnel : schéma autonomie ↔ fusion



Excitation sexuelle féminine

- ▶ Arousal = excitation ; *Desire* = désir.
- ▶ Excitation = “*papillons dans le bas du ventre*” avec vasodilatation et lubrification clitorido-vulvo-vaginale. Prise de conscience moins évidente que pour l'érection masculine même si la physiologie du phénomène est à la base identique. !

La lubrification ?

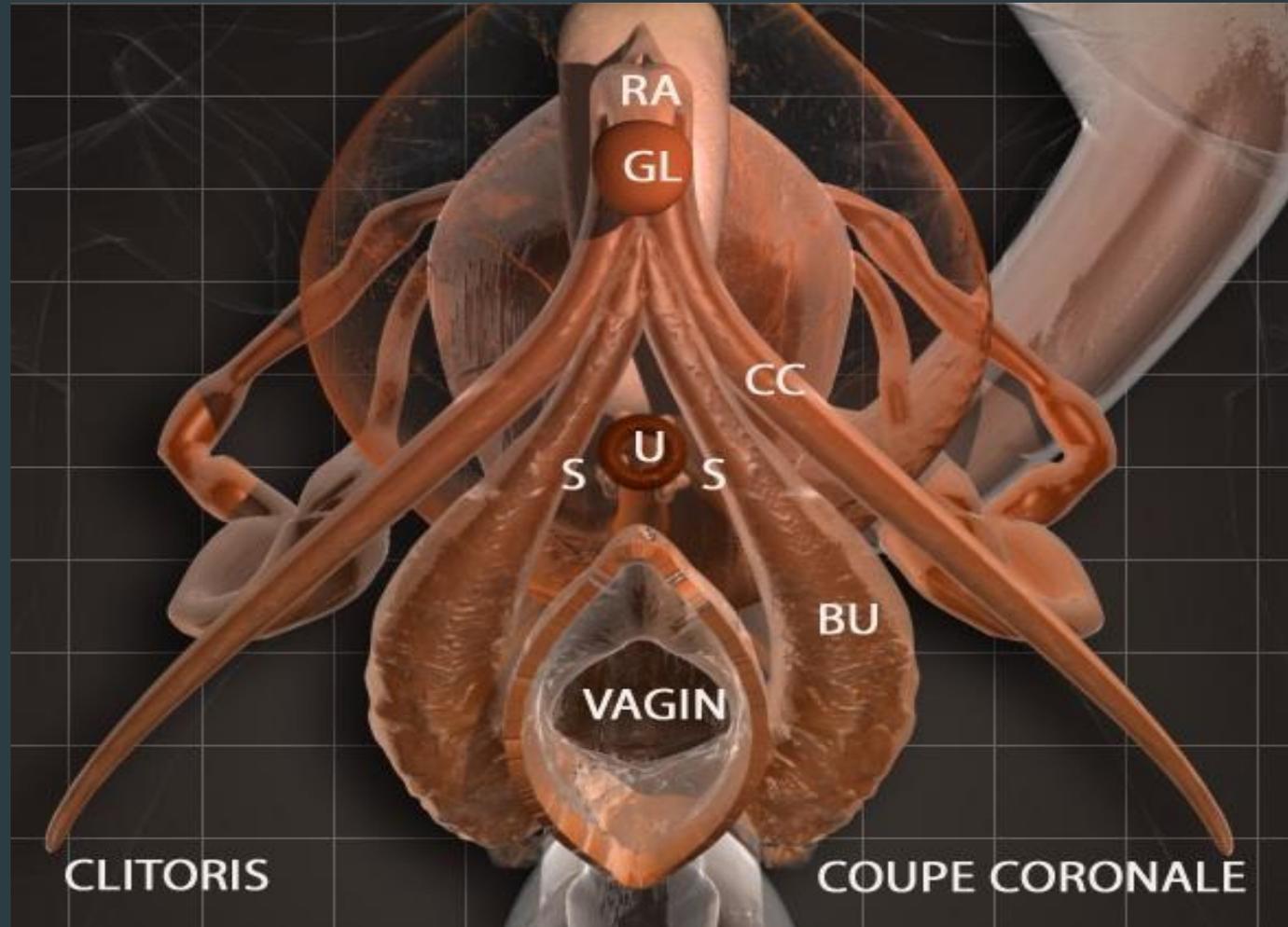
- ▶ Transsudation de la paroi vaginale avec une faible participation des glandes de Bartholin et de Skene.
- ▶ L'état plus ou moins lubrifié au repos est hormono-dépendant (sécheresse vulvo-vaginale si carence en oestrogènes, ménopause, chimio...) mais la lubrification liée à l'excitation sexuelle ne dépend que faiblement du statut hormonal, elle dépend comme l'érection masculine de :
 - ▶ Contexte sexo-érotique-psychique
 - ▶ Bonne santé vasculaire et neurologique

Lubrification insuffisante

- ▶ Au repos : carence hormonale qui peut être compensée par oestrogénothérapie locale ou générale
- ▶ Lors de l'excitation :
 - ▶ Causes psycho-sexo-relationnelles
 - ▶ Causes biologiques : comme la dysfonction érectile : pathologies vasculaires (tabac, obésité, cholestérol, alcool, diabète, hypertension...) et pathologies neurologiques (alcool, diabète, sclérose en plaques...)
 - ▶ N.B Lubrification excessive : pas de véritable solution à proposer sauf kiné si associé à relâchement périnéal...

Le clitoris n'est plus ce qu'il était !

- ▶ Travaux des chirurgiens pour “reconstruire” les femmes excisées (Dr Foldès)
- ▶ Travaux des gynécologues-sexologues et des spécialistes de l'imagerie médicale pour visualiser (échographies, IRM, etc.) les structures clitoridiennes en phase d'excitation (Dr Dubuisson)

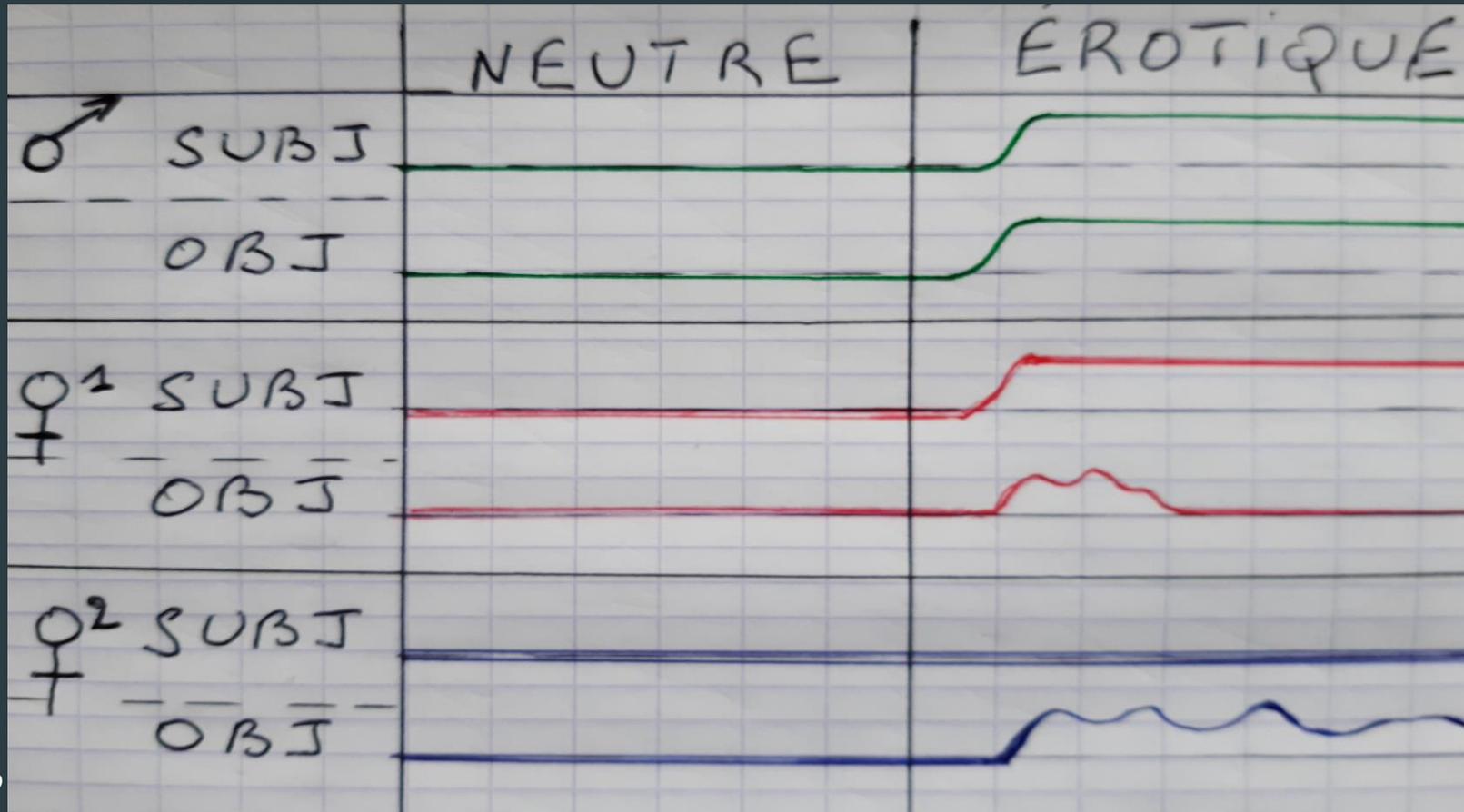


Sites documentés sur le clitoris

- ▶ <https://vaginconnaisseur.com/portfolio/le-clitoris-vu-par-odile-buisson/>
- ▶ <https://odilefillod.wixsite.com/clitoris>

Discordance fréquente entre excitation centrale et périphérique au féminin !

M. Chivers : Arch Sex Beh, Feb 2010



Importance thérapeutique de la prise en compte de cette discordance

- ▶ Oser/apprendre à connaître et reconnaître son excitation sexuelle périphérique = favoriser la boucle *je suis excitée donc je désire !*
- ▶ Une manifestation physiologique d'excitation (lubrification) ne signifie pas automatiquement le désir conscient ni le consentement à une relation sexuelle
- ▶ Un orgasme peut survenir contre le désir et la volonté de la personne abusée (honte !)

ORGASME(s) FEMININS

- ▶ Variabilité + + physio et psycho
- ▶ Prendre et vouloir versus recevoir et lâcher prise
- ▶ Abandonner hiérarchie clito ou vagin pour multifocalité et multiples façons de le vivre
- ▶ Clitoris, vagin, anus , rectum, mamelons, rêves, extases, trances, émotions, médicaments, épilepsie...
- ▶ Et le point G ? Et les femmes-fontaines ?

Le point G ?

- ▶ Entre F et H évidemment !
- ▶ Décrit par Grafenberg en 1950 (urètre = zone érogène) et popularisé dans les années -80. Un doigt dans le vagin pour stimuler la partie antérieure du vagin vers l'urètre = en fait stimulation des structures clitoridiennes !
- ▶ Importantes variations dans les réponses féminines et dans l'enthousiasme du partenaire

Les femmes -fontaines ?

- ▶ **Le mystère est dissipé... :**
 - ▶ **étude de Salama et Desvaux !**

Etude Salama & Desvaux (J Sex Med 2014) 7 participantes "fontaines" habituelles

- ▶ T1. Vidange urinaire confirmée par Echo1: vessie vide.
- ▶ T2. Stimulation sexuelle.
- ▶ T3. Echo 2 : vessie remplie.
- ▶ T4. Ejaculation et recueil.
- ▶ T5. Echo 3 : vessie vide.
- ▶ Analyse du recueil : urine (créatinine, urée) avec PSA chez 5 personnes.
- ▶ Confirmation origine urinaire avec faible participation péri-urétrale (female prostate).
- ▶ Une question subsiste : diurèse accrue par excitation sexuelle :

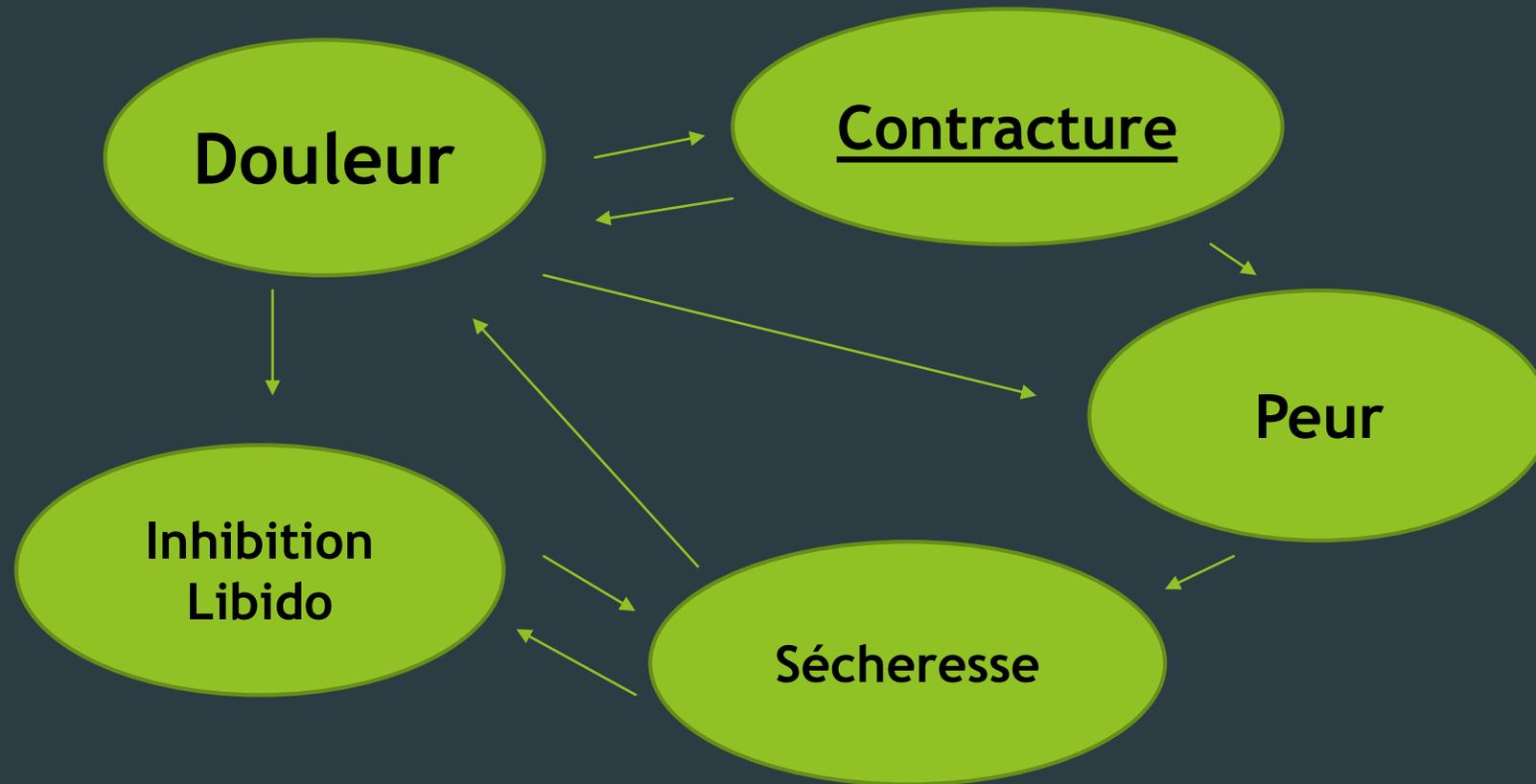
Que vivent les femmes-fontaines ?

- ▶ Souvent contemporain d'un orgasme puissant dans une situation très excitante, mais pas systématiquement ! Parfois émission liquide sans orgasme, parfois une tension inconfortable avec une forte envie d'uriner...
- ▶ Le partenaire peut trouver cette particularité géniale (super-donneur d'orgasme !) mais parfois très inconfortable.
- ▶ *Je voudrais devenir une femme-fontaine !* Heu... buvez beaucoup d'eau avant la relation sexuelle et lâchez prise... ?
- ▶ *Je ne veux plus être femme-fontaine !* Heu... videz bien votre vessie et gardez le contrôle... ?

Physiologie de la réponse sexuelle chez femmes plus âgées

- ▶ Libido ? Moins dépendante du “bio” que les hommes, donc inchangée si ambiance ok !
- ▶ Lubrification “au repos” plus faible mais possible + + si grande excitation !
- ▶ Orgasmes parfois plus “laborieux” mais pas toujours et parfois + faciles à obtenir !
- ▶ Rôle + + de image de soi.
- ▶ Le maillon faible de la sexualité âgée = l'érection masculine mais pas la physiologie féminine si maintien d'une activité sexuelle. Use it or lose it !
- ▶ Dyspareunie !

Dyspareunie : principale plainte sexo en gynécologie !



Pathologie gynécologique et sexualité

- ▶ Vulve-vagin
- ▶ Col
- ▶ Utérus
- ▶ Ovaires
- ▶ Sein

VULVE-VAGIN

- ▶ Vulvo-vaginites (mycoses, trichos, herpès, etc.)
 - ▶ Douleur → contracture → douleur → peur → contracture... c.vicieux de la dyspareunie
 - ▶ IST potentielle ? Peur, suspicion, insécurité, libido en baisse
- ▶ Vulvodynies (vestibulite ou névralgie pudendale)
 - ▶ Peu de s.object mais s. subj ++ Evitement, dyspareunie...
 - ▶ R/Tender care, patience, kiné !

COL UTERIN

- ▶ CIN, HPV (vacciner filles et garçons !)
 - ▶ Laser du col : peu de complications obj. mais subj. : peur, honte, contracture...
- ▶ Cancer du col
 - ▶ Hystérectomie élargie, radiothérapie ext, radium !
Très lourd !

UTERUS

- ▶ Hystérectomie pour pathologie bénigne
 - ▶ Effet svt + sur sexualité car fini douleurs et hémorragies !
 - ▶ Symbolisme variable, avec ou sans ovariectomie ?
- ▶ Endométriose
 - ▶ Douleurs, dyspareunie, infertilité !
 - ▶ R/ chirurgie → blocage ovarien (ménopause artificielle) → chirurgie
 - ▶ Lourd ! Bouffées, libido en baisse, sécheresse...
- ▶ Cancer de l'endomètre
 - ▶ Hystérectomie simple = ok, mais probl. Si collerette vaginale amputée et surtout si radium-radiothérapie (vagin raccourci)

OVAIRES

▶ Kystes ovariens

- ▶ Bénin, repos hormonal par progestatifs, kystectomie

▶ Blocage ovarien ou ménopause artificielle

- ▶ Agonistes hypothalamus → ménopause transitoire mais brusque et svt mal vécue (bouffées, dépression, fatigue, arthralgies, libido en baisse, déficit lubrification...)
- ▶ Idem avec certaines chimio.

▶ Cancer ovarien

- ▶ Mauvais pronostic le + svt. Chirurgie + chimio + agonistes

SEIN

- ▶ Pas d'atteinte directe de la « *réalisation* » sexuelle, mais
- ▶ Hormonothérapie et chimiothérapie : ménopause induite et carence oestrogénique = sécheresse vaginale ; fatigue ; douleurs ; influence directe sur la libido ?
- ▶ Sein = organe identitaire et érotique, image du corps, attractivité, estime de soi, anxiété, dépression, phobies
- ▶ Reconstruction ?
- ▶ Le conjoint et le couple (*voir*)

Pour 8 femmes sur 10 atteintes du cancer du sein, le principal soutien = le conjoint !

- ▶ Mais, un tiers de ces hommes est en détresse émotionnelle :
- ▶ Explicite : angoisses, dépressions, médicaments psychotropes, psychothérapies, arrêt travail
- ▶ Implicite : somatisations, troubles sexuels, perturbations du sommeil ou du poids, relations extra-conjugales, alcool, conduites à risques