



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sophie RENOU

Née le 25 octobre 1993 à Tours (37)

Ménopause et sexualité : **Le ressenti des femmes**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mars 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX, Médecine générale, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Claire PROUST, Gynécologie Médicale, CCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur David PRAGOUT, Médecine générale, PH, CHU – Tours

Ménopause et Sexualité : Le Ressenti des Femmes

Résumé :

Objectif : La ménopause peut être à l'origine d'un bouleversement dans la vie et la sexualité d'une femme. Peu de travaux ont étudié le ressenti des femmes au moment de leur ménopause, ainsi que ses conséquences éventuelles sur leur sexualité. L'objectif de cette étude est d'explorer le ressenti des femmes sur la ménopause de façon multidimensionnelle et son retentissement sur leur sexualité en utilisant une approche qualitative.

Méthodes : Nous avons réalisé 13 entretiens individuels semi-structurés chez des femmes ménopausées de façon physiologique, âgées de 40 à 65 ans. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et codés par deux investigateurs. Ces codes ont ensuite été classés en thèmes et sous-thèmes.

Résultats : À propos de la ménopause, les femmes exprimaient en premier lieu des symptômes organiques (bouffées de chaleur, troubles génito-urinaires, prise de poids) et psychologiques parfois invalidants. Elles rapportaient également un contexte psychosocial complexe au moment de la ménopause. Cette expérience était le plus souvent vécue seule. L'intrication de ces différents facteurs était à l'origine d'un ressenti très variable de la ménopause. L'impact sur leur sexualité était conditionné principalement par l'intensité des troubles génito-urinaires et le contexte relationnel avec leur partenaire. Le désir sexuel évoluait dans le même sens que leur sexualité.

Conclusions : Le ressenti général de la ménopause est très variable d'une femme à l'autre principalement selon l'intensité des symptômes organiques et psychologiques ainsi que le contexte de vie. La sexualité et le désir sexuel sont susceptibles d'être modifiés quantitativement et qualitativement. Certaines femmes sont plus à risque de vivre une expérience négative de la ménopause et nécessitent une attention particulière des professionnels de santé.

Mots clés : Ménopause, Sexualité, Désir sexuel, Libido, Santé de la femme, Etude qualitative

Menopause and Sexuality: Women's Feelings

Abstract:

Objective: Menopause can be a major change in a woman's life and sexuality. Few studies have investigated women's feelings at the time of menopause and its potential impact on their sexuality. The aim of this study is to explore women's feelings about menopause in a multidimensional way and its impact on their sexuality using a qualitative approach.

Methods: We conducted 13 semistructured individual interviews with menopausal women aged 40 to 65 years. The interviews were recorded, transcribed, and coded by two investigators. These codes were then classified into themes and subthemes.

Results: On the subject of menopause, the participants first emphasized the organic symptoms (hot flashes, genitourinary disorders, weight gain) and psychological symptoms, sometimes disabling, that they had experienced during this period. They also reported a complex psychosocial context at the time of menopause. Most of them were going through this experience alone. The mix of these different factors was the origin of a very variable menopause experience. The impact on their sexuality was mainly conditioned by the intensity of the genitourinary disorders and the relational context with their partner. Sexual desire varied in the same direction as their sexuality.

Conclusions: The overall experience of menopause is very variable from one woman to another, depending mainly on the intensity of organic and psychological symptoms as well as the context of life. Sexuality and sexual desire may change quantitatively and qualitatively. Some women are at greater risk for a negative menopause experience and require special attention from healthcare professionals.

Key words: Menopause, Sexuality, Sexual desire, Libido, Women's health, Qualitative study

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREH, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice
de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Henri MARRET, Professeur des Universités de Gynécologie, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Cécile RENOUX, Maître de Conférence Universitaire de Médecine Générale, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Claire PROUST, Spécialiste en Gynécologie Médicale, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assurée ici de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Christèle ASSEGOND, Docteur en Sociologie, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de m'accompagner et de m'apporter votre expertise tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur David PRAGOUT, Spécialiste en Médecine Générale, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Merci de ton aide précieuse pour l'élaboration de ce travail. Je n'aurai jamais pu imaginer me lancer dans l'écriture d'un article en anglais sans tes encouragements et ta bienveillance. Merci pour le temps que tu as pris pour moi, pour tes conseils, tes nombreuses relectures, ta disponibilité, nos après-midis à la BU et nos moments de digressions.

À toutes les participantes s'étant rendues disponibles pour participer à ce travail. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance.

À mes parents, soutien inconditionnel tout au long de ces interminables études et depuis toutes ces années. Merci à vous d'être présents à chaque moment important, pour vos encouragements, votre fierté et tout l'amour que vous avez à me donner. Je vous aime tellement en retour.

À ma tante, je te remercie pour tous ces moments de bonheur passés enfant et adulte à tes côtés. Merci pour ta patience, pour les heures à jouer avec nous, pour toutes nos ballades. Tu seras ma « Tatouille » pour l'éternité.

À mon frère, soutien pudique mais indéfectible depuis toujours. Merci d'être toujours là dans les moments où il faut l'être. Je suis fière qu'avec Juliette vous deveniez parents, et j'ai particulièrement hâte de rencontrer mon neveu « Alberto ».

À ma grand-mère, tous ces étés passés avec vous à Saint-Just resteront à jamais graver dans ma mémoire. Notre Papy aurait été fier d'être près de nous aujourd'hui, je pense beaucoup à lui.

À mes grands-parents Colette et Robert, partis lors de mes premières années de médecine. Je suis sûre qu'ils sont fiers et qu'ils nous regardent de là où ils sont.

À toi mon Amour, présent depuis presque le tout début de ce long périple, à accepter aussi toutes ces années de travail et d'indisponibilité, ta patience pour m'aider à réviser, ton soutien dans les moments où j'avais envie de tout lâcher. Merci pour ton aide et tes précieux conseils pour la rédaction de cette thèse, merci d'être là chaque jour et pour tout l'amour que tu me donnes.

À ma fille, Emma, l'une des plus belles choses qui me soit arrivée, je suis tellement heureuse à tes côtés, et te serrer dans mes bras chaque jour est le plus grand des bonheurs.

À ma belle-famille, Corine, Dan, Pascal, merci pour ces moments passés à vos côtés, votre bienveillance lors des périodes où je devais beaucoup travailler. Vous faites maintenant partie de ma famille.

À Perrine et Matthieu, mes meilleurs amis depuis tant d'années maintenant. Merci à vous d'être toujours là. Perrine à nos moments de vie commune, les meilleurs comme les pires, au soutien qu'on a eu l'une pour l'autre pendant les périodes de partiel, au « ventre qui glisse » dans le couloir pendant que Matthieu nous attendait. Matthieu, toujours présent quand on a besoin de toi, ta gentillesse, ton humour, tes maladresses je ne m'en lasse pas après autant d'années.

À Juliette, enfin plutôt Juju. Notre rencontre m'a tellement été bénéfique. Ensemble partout, tout le temps, pour tout depuis la P2 : les vendredis joker de la BU, les soirées fanf le mardi soir, les grasses matinées du mercredi matin, et puis tellement plus.

Regarde tout ce qu'on a parcouru c'est fou ! Je suis fière de notre évolution et de ce qu'on est devenue. Je suis honorée d'être ta meilleure amie.

À Héloïse, pour ces soirées rue Giraudeau un peu alcoolisées, les rendez-vous barbeuk-salade de maïs/tomates, les pizzas Speed Rabbit, ces semaines de vacances au soleil et au ski. Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie.

À Eléonore et Adeline, depuis quelques semaines dans le projet fou d'être dans le même cabinet. C'est un plaisir de se rendre au travail en sachant vous y voir pour partager, rigoler, râler et s'entraider. J'espère continuer de nombreuses années auprès de vous.

Aux Soss, Ségo et Ben, Marine et Flo, Jason, Pierrot pour tous ces souvenirs partagés depuis de nombreuses années, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

TABLE DES MATIÈRES :

<u>INTRODUCTION EN FRANÇAIS :</u>	<u>13</u>
--	------------------

I. PREAMBULE	13
II. DEFINITIONS DE LA MENOPAUSE ET DE SES MECANISMES	13
A) DEFINITION DE LA MENOPAUSE	13
B) MECANISMES PHYSIOLOGIQUES DE LA MENOPAUSE	14
III. DEFINITIONS DE LA SANTE SEXUELLE ET DU DESIR SEXUEL	16
IV. INTERACTIONS ENTRE MENOPAUSE ET SEXUALITE	16
A) FACTEURS HORMONAUX	17
B) FACTEURS NON-HORMONAUX	18
C) METHODOLOGIE DES ETUDES PORTANT SUR LES INTERACTIONS MENOPAUSE- SEXUALITE	19
V. DETERMINANTS DU CHOIX DU SUJET ET OBJECTIFS DE THESE	20

<u>ARTICLE EN ANGLAIS :</u>	<u>24</u>
------------------------------------	------------------

I. INTRODUCTION	25
II. METHODS	26
III. RESULTS	27
A) ORGANIC FACTORS	28
B) PSYCHOSOCIAL FACTORS	29
C) A VARIABLE IMPACT	30
D) CHANGES EXPERIENCED ALONE	31
E) MENOPAUSE AND SEXUALITY	32
IV. DISCUSSION	34
V. CONCLUSION	36
VI. REFERENCES	36

<u>CONCLUSION EN FRANÇAIS :</u>	<u>39</u>
--	------------------

<u>ANNEXE 1 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT</u>	<u>41</u>
--	------------------

<u>ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN</u>	<u>43</u>
--	------------------

INTRODUCTION EN FRANÇAIS :

I. PREAMBULE

C'est au cours de mon exercice médical que m'est venue l'idée de m'intéresser à la ménopause. En effet, seules peu de femmes me parlaient spontanément de la ménopause, qui selon moi, comme pour la puberté chez la jeune fille, pouvait être un bouleversement dans la vie de la femme. J'ai donc décidé d'aborder directement le sujet auprès d'elles, ce qui m'a permis d'avoir de réelles discussions avec les patientes sur la question. Certaines ne ressentaient rien en dehors de l'arrêt des règles, d'autres présentaient des symptômes pluriquotidiens invalidants.

Devant la quantité de symptômes potentiels et le retentissement qu'ils pouvaient engendrer chez les femmes, j'ai entamé des recherches bibliographiques sur le sujet. La ménopause, ses mécanismes physiologiques, ses symptômes, ses inconforts, et les traitements potentiels pour y remédier ont été largement étudiés. Par ailleurs, un sujet d'inquiétude pour une grande part des femmes était le bouleversement potentiel sur leur sexualité, en témoigne la quantité d'articles de journaux et de magazines grand public s'y rapportant (1). Sur ce sujet, paradoxalement, peu d'études scientifiques semblaient avoir été réalisées.

Dans un premier temps au cours de cette introduction, je rappellerai la définition de la ménopause en décrivant succinctement ses mécanismes, celle de la santé sexuelle et du désir sexuel. Dans un second temps, j'exposerai l'état de l'art des interactions potentielles entre ménopause et sexualité. Enfin, j'énoncerai les déterminants du choix du sujet, l'objectif ainsi que le plan de cette thèse.

II. DEFINITIONS DE LA MENOPAUSE ET DE SES MECANISMES

A) Définition de la ménopause

Le terme « *ménopause* » a été utilisé la première fois par Charles Pierre Louis de Gardanne, un médecin français, au XIX^{ème} siècle. Jusqu'au XVI^{ème} siècle, on parlait de « *cessation des menstrues* » puis « *d'âge critique* » avant que n'apparaisse ce terme « *ménopause* » (2).

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) « *la ménopause se caractérise à la fois par l'arrêt des possibilités de procréation et celles des menstruations* » (3). Le diagnostic de la ménopause est clinique, elle est définie selon une aménorrhée depuis 1 an. Cette aménorrhée est liée à l'arrêt de l'activité ovarienne par épuisement folliculaire, qui s'installe progressivement, et est à l'origine d'un désordre hormonal chez la femme définissant la péri-ménopause. Les femmes sont ménopausées en moyenne vers 50 ans, la péri-ménopause débutant en général 2 à 4 ans avant les dernières règles (4). On parle de ménopause physiologique lorsqu'elle survient spontanément entre 45 et 55 ans (3), la femme est donc ménopausée près d'un tiers de sa vie (5).

B) Mécanismes physiologiques de la ménopause

Les modifications physiologiques des schémas hormonaux lors de la ménopause et les conséquences organiques qui en résultent ont été largement étudié.

En péri-ménopause, il existe une raréfaction des ovulations, ainsi qu'une sécrétion incomplète, dissociée et instable des hormones stéroïdes (progestérone et œstrogène). Dans un premier temps, la progestérone, par altération du corps jaune, décroît tandis qu'une hyperœstrogénie relative se met en place. Dans un second temps, il apparaît une anovulation par épuisement folliculaire entraînant des fluctuations imprévisibles des taux d'œstradiol. Cliniquement, les menstruations deviennent espacées et irrégulières.

De façon consécutive à cette diminution des hormones stéroïdes, on observe une augmentation des taux des gonadostimulines notamment de la FSH, et de façon moins marquée de la LH. C'est la diminution de la sensibilité ovarienne aux stimuli hypophysaires en lien avec l'épuisement folliculaire qui traduit cette augmentation de FSH et LH, par levée du rétrocontrôle des hormones stéroïdes produites par les ovaires. Ce tumulte hormonal des gonadostimulines (FSH et LH) est à l'origine de successions de phases d'hypo et hyperœstrogénie expliquant en partie les signes cliniques fluctuants potentiellement présents au moment de la péri-ménopause.

Une fois la ménopause instituée, les hormones de l'axe gonadotropes deviennent stables selon un nouveau schéma :

- La FSH atteint un niveau très élevé (> 30 UI/L), la LH augmente également mais à un degré moindre ;
- L'estradiol s'effondre (< 20 pg/mL) (3), de même que la progestérone dans une moindre mesure (6)

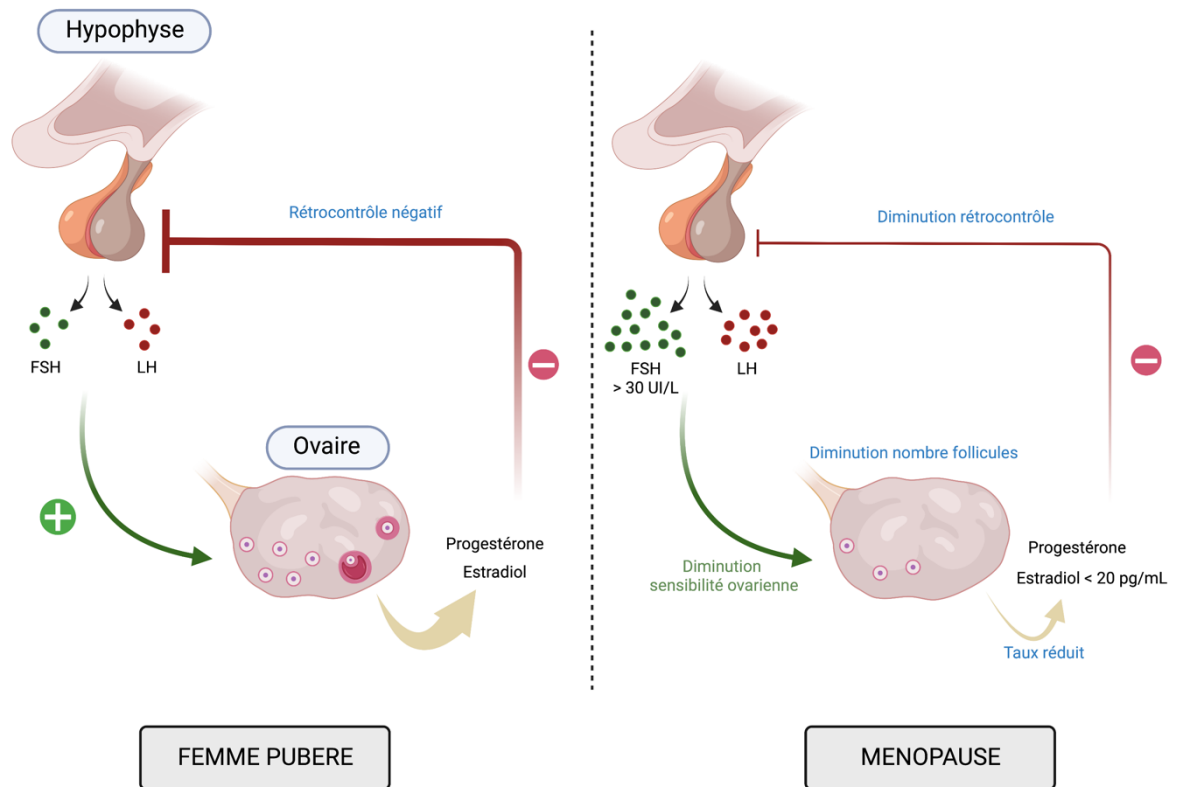


Figure 1 : Mécanismes hormonaux de la ménopause

Du fait de ces modifications hormonales, des symptômes cliniques se manifestent. Les plus fréquemment rencontrées sont (7) :

- Une aménorrhée secondaire : elle est évidemment présente chez toutes les femmes ménopausées ;
- Des bouffées de chaleur : elles sont le symptôme le plus connu de la ménopause ;
- Une modification corporelle : prise de poids, diminution de la taille des seins, modification de la pilosité, modification de la peau ;
- Des troubles psychiques : dépression, troubles du sommeil ;
- Des douleurs articulaires ;

- Des troubles génito-urinaires dont sécheresse vaginale : principalement du fait de la carence en œstrogènes ;
- Des troubles sexuels (8) (9).

III. DEFINITIONS DE LA SANTE SEXUELLE ET DU DESIR SEXUEL

Selon la définition en 2000 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *la santé sexuelle est l'expérience de bien-être physique, psychologique, et socio-culturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement dans l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles encourageant le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et sociale [...] Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus [...]* ». Cette définition de la santé sexuelle nous permet de comprendre que la sexualité n'est pas une fonction vitale mais elle participe grandement à l'épanouissement personnel.

Le désir sexuel peut être décrit comme « *la propension, l'élan, la poussée motrice qui nous inclinent à nous engager activement dans une action, ou une séquence d'actions, à caractère sexuel.* ». Le désir sexuel est donc l'un des mécanismes pouvant conduire à la production d'un rapport sexuel, sans systématiquement l'entraîner. Il est sous dépendance de stimuli physiques, psychologiques, et sensoriels, ce qui explique toute la complexité de sa mise en œuvre.

IV. INTERACTIONS ENTRE MENOPAUSE ET SEXUALITE

Lorsque l'on étudie les forums internet et articles de presse grand public, une des problématiques et préoccupations principales des femmes au moment de la ménopause est leur épanouissement sexuel (10).

La première étude scientifique s'étant intéressée à la ménopause dans le cadre de sa relation à la sexualité est celle de *Hallström* en 1977 (11). 800 femmes ont été interviewées et classées en fonction de leur stade dans l'évolution de la ménopause (préménopause, périménopause, postménopause récente et postménopause ancienne). Dans cette étude, 60 à 70% des femmes avaient une diminution de leur intérêt pour la sexualité en périménopause ainsi qu'en postménopause récente et

ancienne. Ces chiffres avancés par *Hallström* ont été confirmés par plusieurs autres études au cours des dernières décennies (8) (12). En dépit de ces données, 71% des femmes déclarent que maintenir une vie sexuelle à cette période de leur vie est important pour elles (8). La satisfaction sexuelle confèrerait un bien-être affectif, une qualité de vie, un apaisement des relations interpersonnelles et le bonheur conjugal, d'après certains auteurs (13).

Un travail de revue de la littérature réalisé en 2012 retrouvait que les problèmes en lien avec la sexualité les plus courants chez les femmes ménopausées sont (12) :

- Baisse du désir sexuel ;
- Difficultés d'excitation ;
- Difficultés à atteindre l'orgasme ;
- Douleurs lors du rapport sexuel ;
- Mauvaise image du corps ;
- Diminution du fait de se sentir désirable

A) Facteurs hormonaux

Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés à partir des années 1980 proposant une cause hormonale aux troubles de la sexualité pouvant survenir lors de la ménopause (14) (15). Les œstrogènes joueraient un rôle dans l'initiation du désir sexuel et l'influenceraient par un effet sur l'hypothalamus. De plus, ils ont une action sur la lubrification et la trophicité vaginale facilitant les rapports sexuels, par augmentation de l'afflux sanguin notamment. La progestérone jouerait quant à elle un rôle mineur sur le désir sexuel. Une autre hormone sécrétée par les ovaires et les glandes surrénales, la testostérone, a un effet stimulant sur le désir sexuel au niveau du cortex cérébral. Comme pour les autres hormones stéroïdiennes d'origine ovarienne (œstrogènes et progestérone), sa sécrétion est diminuée au moment de la ménopause. Ainsi, les œstrogènes joueraient plutôt un rôle sur la qualité du rapport du fait de leur action sur la vulve et le vagin, tandis que la testostérone jouerait un rôle sur le désir et la motivation sexuelle (16).

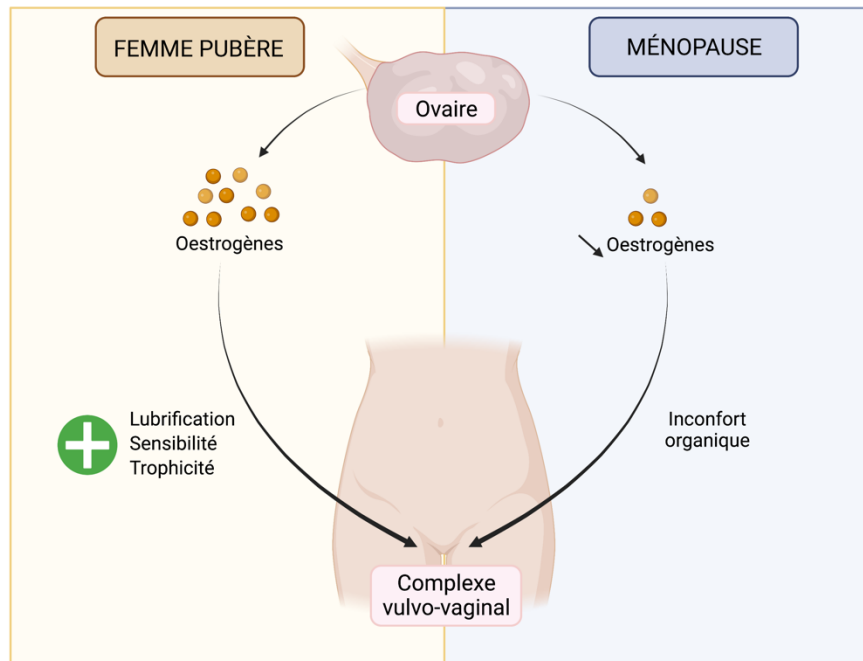


Figure 2 : Action des œstrogènes dans la sexualité

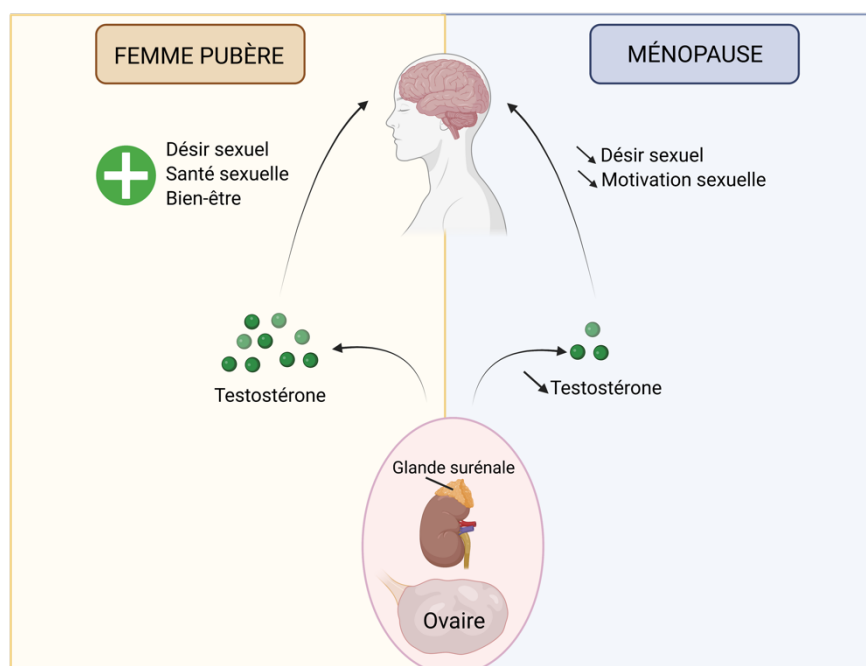


Figure 3 : Action de la testostérone dans la sexualité

B) Facteurs non-hormonaux

Comme nous l'avons vu, les phénomènes organiques hormonaux de la ménopause sont bien explorés et compris, et peuvent en partie expliquer les interactions pouvant exister entre ménopause et sexualité. Cependant, ces phénomènes hormonaux ne suffisent pas à tout expliquer, notamment l'hétérogénéité de l'impact de la ménopause

sur la sexualité d'une femme à l'autre. C'est dans les années 1980 également que les anthropologues s'intéressent à la ménopause sous un autre angle, à la fois sociétal et culturel. Des études ont été menées sur le vécu de la ménopause au sein de différents contextes culturels et continents (2), montrant que les symptômes et représentations sur la ménopause varient en fonction des populations étudiées (17).

Pour autant, c'est seulement à partir des années 2000 que les travaux de recherche sur le désir sexuel et la sexualité de la femme ménopausée ont commencé à s'intéresser à l'importance des facteurs dits « psychosociaux ». A l'échelle de l'individu, il a été démontré que des facteurs psychosociaux pouvaient avoir un impact sur les symptômes qu'une femme peut ressentir au moment de sa ménopause ; c'est notamment le cas pour la détresse psychologique, le schéma corporel, le profil de personnalité, la capacité individuelle à accepter le vieillissement, la libido antérieurement à la ménopause, la situation du couple, la situation professionnelle... Tous ces paramètres interagissent entre eux et sont décisifs dans la façon dont la femme parvient à appréhender la ménopause (18) (19).

C) Méthodologie des études portant sur les interactions ménopause-sexualité

Une grande partie de ces études a une méthodologie quantitative via des questionnaires et des échelles standardisées (20) (21), avec seulement quelques études qualitatives réalisées sur ce sujet (22) (23) (24) . Cette dernière méthodologie étant pourtant beaucoup plus adaptée à la complexité et aux multiples facteurs pouvant influencer le vécu de la sexualité chez la femme ménopausée.

L'étude qualitative la plus récente sur le sujet par Thomas et collaborateurs a été publiée en 2020 (25). Quinze entretiens individuels et trois focus groupes avec des femmes de 60 ans et plus ont été réalisés. Il a été conclu que la baisse de désir sexuel n'est pas automatiquement associée au vieillissement « normal » ou à la ménopause de la femme. Cinq principaux facteurs ont été identifiés comme particulièrement influents :

- Les symptômes vaginaux post ménopausique ;
- La dysfonction érectile du partenaire ;
- L'asthénie et les douleurs générales ;

- L'image de soi ;
- Les facteurs de stress dans la vie quotidienne.

Cette étude a l'avantage d'avoir une méthodologie adaptée avec un nombre de participantes élevé pour une étude qualitative. Néanmoins, elle ne concerne que des femmes de 60 ans et plus ayant une baisse de libido connue, en vue d'en étudier les causes.

V. DETERMINANTS DU CHOIX DU SUJET ET OBJECTIFS DE THESE

Pourquoi la ménopause ? Comme nous avons pu le voir au cours de cette introduction, la ménopause fait par définition partie de la vie de toute femme, et elle peut y avoir un retentissement majeur. Son intensité et son ressenti sont très variables, et il me semble important de mieux comprendre ces disparités ainsi que leurs causes pour peut-être mieux en apprécier les conséquences.

Pourquoi la sexualité et le désir sexuel ? Nous avons pu voir que la sexualité est essentielle pour les individus, et qu'aborder une sexualité potentiellement différente chez la femme du fait de la ménopause est un sujet d'inquiétude pour bon nombre d'entre elles. La plupart des recherches concernant la sexualité des femmes ménopausées se sont concentrées sur des tentatives de prise en charge thérapeutique des symptômes négatifs sur la sexualité au moment de la ménopause. Mais finalement, peu de travaux se sont vraiment intéressés au fait de savoir si les femmes voulaient la poursuivre et selon quelles conditions. C'est à partir de ce constat que j'ai décidé de me focaliser plus spécifiquement sur le désir sexuel, afin de mieux connaître les attentes, les craintes, et les souhaits des femmes concernant leur sexualité.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative afin d'explorer et de recueillir le plus fidèlement possible le ressenti des femmes. Nous avons ainsi réalisé des entretiens individuels semi-dirigés suivant une trame d'entretien préalablement élaborée. L'avantage de ce type d'étude est de permettre aux femmes de s'exprimer librement et d'évoquer de manière détaillée et exhaustive tout ce qui se rapporte au sujet, là où des questionnaires ont tendance à orienter et limiter leurs réponses.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le ressenti des femmes sur la ménopause de façon multidimensionnelle et son retentissement sur leur sexualité. L'objectif secondaire est de définir des profils de femmes « à risque » d'avoir une expérience générale négative de la ménopause avec un impact négatif sur leur sexualité.

Nous allons présenter ce travail sous un format article en anglais avec une structure IMRAD (Introduction, Matériel et Méthodes, Résultats, Discussion). Cet article sera suivi d'une conclusion rédigée en français, plus détaillée que celle de l'article, afin de mettre en perspective les résultats obtenus.

1. Schwab A. Sexualité des femmes après la ménopause ou un cancer : un tabou alors que des traitements existent. franceinfo - Radio France [Internet]. 14 janv 2022; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/cancer/enquete-sexualite-des-femmes-apres-la-menopause-ou-un-cancer-un-tabou-alors-que-des-traitements-existent_4907907.html
2. Charlap C, Dancourt S. « La fabrique de la ménopause »: Pour. 22 févr 2022;N° 242(1):171-5.
3. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. mai 2021;49(5):305-17.
4. MedG. L'Encyclopédie Médicale Libre pour étudiants et professionnels de santé [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.medg.fr/menopause/>
5. Insee. Espérance de vie à divers âges, données annuelles de 1994 à 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
6. Inserm. Ménopause : Améliorer la sécurité d'utilisation des traitements hormonaux. 10 juill 2017; Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
7. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? The American Journal of Medicine. déc 2005;118(12):37-46.
8. Scavello I, Maseroli E, Stasi VD, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. 2019;18.
9. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: Outcomes of a European telephone survey. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. mars 2008;137(1):10-6.
10. Thiébaux A. Ménopause et libido : quel plaisir et désir après 50 ans. 14 oct 2021;

Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2619567-sexualite-femme-50-ans-libido-desir-menopause-orgasme-plaisir/>

11. Hällström T. Sexuality in the climacteric. Clin Obstet Gynaecol. avr 1977;
12. Ambler DR, Bieber EJ. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. 2012.
13. SOGC. Chapitre 8 : Sexualité et ménopause. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Juin 2019.
14. Dow MGT, Hart DM, Forrest CA. Hormonal treatments of sexual unresponsiveness in postmenopausal women: a comparative study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. avr 1983;90(4):361-6.
15. Sherwin BB. The Impact of Different Doses of Estrogen and Progestin on Mood and Sexual Behavior in Postmenopausal Women. 1991;72(2).
16. Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. Menopause. janv 2004;11(1):120-30.
17. Lock M, Kaufert P. Menopause, local biologies, and cultures of aging. Am J Hum Biol. juill 2001;13(4):494-504.
18. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. Maturitas. févr 2009;62(2):160-5.
19. A Deeks A. Is this menopause ? Women in midlife - psychological issues. Australian Family Physician Vol 33, No 11. nov 2004;
20. Petit AL. Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ? 2015;162.
21. Cagnacci A, Venier M, Xholli A, Paglietti C, Caruso S. Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. Menopause. janv 2020;27(1):14-9.
22. Harder H, Starkings RML, Fallowfield LJ, Menon U, Jacobs IJ, Jenkins VA. Sexual functioning in 4,418 postmenopausal women participating in UKCTOCS: a qualitative free-text analysis. Menopause. oct 2019;26(10):1100-1009.
23. Wood JM, Mansfield PK, Koch PB. Negotiating Sexual Agency: Postmenopausal Women's Meaning and Experience of Sexual Desire. Qual Health Res. févr 2007;17(2):189-200.
24. Goberna J, Francés L, Paulí A, Barluenga A, Gascón E. Sexual experiences during the climacteric years: What do women think about it? Maturitas. janv 2009;62(1):47-52.
25. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Borrero S, Thurston RC. "I want to feel like I

used to feel”: a qualitative study of causes of low libido in postmenopausal women. *Menopause*. mars 2020;27(3):289-94.

ARTICLE EN ANGLAIS :

Menopause and Sexuality: Women's Feelings

Authors' names and affiliations:

Sophie Renou¹, Christèle Assegond², David Pragout^{3*}

¹Université François Rabelais, Tours, France

²Université de Tours, CETU-ETIcS

³CHRU de Tours, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Family Planning, F-37044 Tours, France

Corresponding author:

David Pragout

CHRU de Tours, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Family Planning, 2 Boulevard Tonnellé, F-37044 Tours Cedex 9, France

Words count: 3764

Key words:

Menopause, Sexuality, Sexual desire, Libido, Women's health, Qualitative study

Conflicts of interest:

None.

Funding:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

I. INTRODUCTION

Menopause is defined as amenorrhea for one year (1). Women reach menopause on an average age of 50, thus they are menopausal for almost a third of their lives in western countries (2). Due to hormonal changes (collapse of estradiol below 20 pg/ml, decrease of testosterone and progesterone) clinical symptoms may be expressed such as hot flashes, weight gain, skin aging, psychological disorders, joint pains, vaginal dryness, and sexual disorders (3). These clinical manifestations could be very uncomfortable for women.

However, there is high heterogeneity in the perception of these symptoms from one woman to another. Studies conducted on women from different continents and experiencing menopause show that symptoms reported by women and representations of menopause vary according to cultural contexts (4). Several studies also show that psychosocial factors such as social support, coping, life stressors, relationship with their partner have an impact on the symptoms that women may experience during menopause. They work together in an additive way and are decisive on the menopausal experience (5) (6).

When studying the numerous testimonies of public press articles, sexual fulfillment seems to be the main concern of women going through menopause. The first scientific study on this topic was published in 1977 (7) and shows that 60 to 70% of women have a decrease in interest in sexuality during this period. A most recent study published in 2009 involving 3,302 women in the United States show that pain during intercourse increase and sexual desire decrease at the time of menopause (8). For a long time, researchers have addressed this issue only with a biomedical perspective, such as the decrease of estradiol and its various organic consequences (9) (10). In addition, over the past 15 years, researchers have been interested in the importance of psychosocial factors on sexual desire and sexuality at the time of menopause. Most of these studies use a quantitative methodology with questionnaires and standardized scales (11) (12) (13). Nevertheless, regarding the complexity and multiple factors that can influence the experience of sexuality in menopausal women, qualitative studies seem to be more appropriate. Even though this methodology is particularly well suited, only a few qualitative studies have been carried out on this subject (14) (15) (16). The most recent study to date (2020) (17) using this methodological approach about menopausal

women with decreased libido shows that low libido is the result of various contributing factors. Postmenopausal vaginal symptoms, erectile dysfunction in male partners, fatigue and bodily pain, life stressors, and body image concerns were reported by the women. However, the population was only women over 60 reporting a decrease in libido and the aim of this study was to determine its causes.

Menopause can be an important change in a woman's life. Organic factors but also psychosocial factors seem to play a determining role in the varying experience during this period. Nevertheless, it remains unclear which factors are the most predictive of the general menopause experience and how these numerous factors interact with the women's sexuality. Specific profiles of women with a high risk of a negative menopause experience with negative impact on their sexuality are also not well defined in the current literature.

The primary objective of this study is to explore women's feelings about menopause in a multidimensional way using a qualitative approach, and its impact on their sexuality. The secondary objective is to define "at risk" women profiles of a negative general experience of menopause with negative impact on their sexuality.

II. METHODS

We conducted 13 semistructured individual interviews. Women were recruited from the general public of three cities in France (Tours, Paris and Rennes), using knowledge network at the beginning and then using the « snowball effect ».

Women were screened over the telephone to verify the inclusion criteria and to arrange an appointment to conduct the interview if they accepted to participate. The inclusion criteria were as follows: menopausal age between 40 and 65 years old and menopausal condition not related to surgical oophorectomy.

Interviews were conducted preferably face-to-face, or by videoconference or telephone if the woman was not available for a face-to-face interview. They were led by the same investigator. An informed consent form explaining the objective of the study and that participation was voluntary was signed by each participant prior to the interview (see Appendix 1).

Interviews were performed using a semistructured guide (see Appendix 2). The interview outline was developed based on the literature and the hypotheses of the study. The semistructured guide included open-ended questions to allow women to freely express. Redraft or follow-up questions were used to clarify some answers and to ensure a good understanding. Women were first asked about their feelings about menopause and its potential impact on their quality of life and their relationship with their partner if they have one. Sexuality was then discussed to find out if it has been modified by menopause. Finally, we focused the discussion on sexual desire. Interviews lasted between 20 to 90 minutes and were audio-recorded. Brief notes were also taken by the investigator. The interviews were then transcribed into verbatim. Non-verbal elements and pauses were also notified into verbatim.

Sample size was determined by thematic saturation, which was achieved in this study.

Codebook were broken down into words, group of words, or phrases to provide codes using a phenomenological approach. Non-verbal data were also coded. These codes were then classified by themes and sub-themes. Data analysis using triangulation was performed by two different investigators.

III. RESULTS

The participants' characteristics are summarized in Table 1. Thirteen women were interviewed. The average age of the participants was 57 years old and the average age at the time of menopause was 51 years old. Among them 62 % had a partner, 38% had no children, 85 % were heterosexual. The socio-professional categories were heterogeneous. The five main themes were the organic factors of menopause, the psychosocial factors, a variable impact, changes experienced alone then menopause and sexuality.

TABLE 1. *Characteristics of participants*

Demographics		n (%)
Mean age (range)		57 (52-63)
Mean menopause age (range)		51 (45-56)
Relationship status		
	Single	5 (38)
	Partner	8 (62)
Parity		
	No children	5 (38)
	One or more children	8 (62)
Education		
	9th Grade	1 (8)
	High School	2 (15)
	Bachelor's Degree	5 (38)
	Master's Degree or over	5 (38)
Sexual orientation		
	Heterosexual	11 (85)
	Homosexual	2 (15)

A) Organic factors

When it comes to the subject of menopause the participants first emphasized disabling organic symptoms they have experienced during this period.

Hot flashes were reported by most of the participants (8 of 13), sometimes with intense sweating related to these hot flashes.

"I only had hot flashes at night but I screwed up a mattress because of it."

Women also described a change in their body image. In particular, they reported a significant weight gain (8 women out of 13) and a need for diet readjustment.

"We are gaining weight... Well, I've never been skinny but, I don't know how you say that, the fat doesn't have the same consistency...".

Additionally, skin changes such as dryness and loss of elasticity were reported. A feeling of breast tension and even a feeling of increased breast volume were reported by 3 women.

Genitourinary disorders, such as vaginal dryness or vulvovaginal discomfort, were also mentioned by some of the women interviewed.

"Well, I felt a little dry, so we used lubricants".

Participants described, for 5 of them, the presence of disabling joint pain.

"In the subway, I could no longer climb the stairs because I had terrible pain in my ankles"

When menopause began, depressive symptoms, mood swings, and hypersensitivity were described by 5 women. Some also had anxiety manifestations that were annoying in their daily lives. A feeling of tiredness seemed to be very present over this period among the participants (8 of 13).

"I felt a big fatigue and anxiety too, anxiety that I never felt before".

At last, women reported a decreased sleep quality, with very frequent nocturnal awakening, insomnia, and a feeling of a non-restorative sleep.

"I was tired, tired with all of this... Not sleeping is terrible"

B) Psychosocial factors

The menopause experience is established in the women's life context. For most of the participants, the menopausal period was part of a physical, emotional, and social commitment.

"It changed my body perception, also my place in society, at work, in relationships, in many many things, it's very global actually."

Moreover, women reported that menopause happened at a time that is already a period of transition in a woman's personal and professional life: children leave home, reinvestment in the couple, a new love relationship may happen, professional concerns are growing, different life goals.

"I was working, but I was crying all the time, I wasn't doing well, but also there was a romantic break, so things quite difficult happened in the same time."

In addition, all women described a feeling of losing control over themselves and their body, due to the various symptoms that occurred during menopause. This feeling of losing control over their body is very disturbing when the symptoms occurred in society. "Oh, I've had hot flushes while I was teaching in class so it was really terrible you know".

Finally, for all the women interviewed, menopause is related to old age. This feeling of aging was explained in different ways by the women themselves. At first a change in their body (weight gain, change in skin, change in breasts, drier hair) and also a loss of self-esteem related to a new place in society, according to them.

"I felt that I was getting older, there was really a change [...] I could see my hair turning white"

C) A variable impact

The experience of menopause varied significantly from one woman to another.

"Each woman suffers her own symptoms, even if there are general things, it doesn't show up in the same way."

Indeed, for 5 of 13 women, this period was very difficult because the symptoms experienced were very severe and spread over a long period (several months to several years).

"I had an ultra-hard menopause, but very, very hard, I would say incredibly hard."

For 5 other women, symptoms were bothering only during short intervals (few minutes to few hours per day).

At last, some participants reported no change at all in their daily life (3 of 13).

"I didn't have the feeling that it was a radical change in my daily life."

They described it like a normal step in a woman's life, such as the first menstruation.

D) Changes experienced alone

Most of the women interviewed felt alone during the menopause (10 of 13), without a supportive person to reassure them, take care of them, and explain them the potential repercussions on their daily life. For two participants, there was also a guilty feeling. "A lot of frustration, guilt, sadness, well, bad feelings" "No one to refer to, no one to really refer to"

The healthcare professionals such as the general practitioner and the gynecologist were not a resource, even more if the physician was man according to the participants. "It's linked to the medical support, it's obvious that there is a lack of listening, of care, not necessarily medication, but of general care, and when we talk about it we have the impression that it's kind of not an issue"

They also reported that it was difficult for them to make a causal link between menopause and these new symptoms (joint pain, fatigue, irritability, etc.). This uncertain diagnosis generated anxiety.

"Nobody told me "you know, everything that is happening to you right now [...] it could be linked to menopause" ".

Women who were in a relationship for several years at the time of menopause felt that their partner did not understand their difficulties. It seemed easier for women who had a new relationship to discuss about it with their partner.

For women in a homosexual couple, they reported that it was much easier to discuss about menopause, as their partner was generally the same age and therefore in the same situation. "We were in more or less the same situation at more or less the same time".

The female close family members (mother, sister, aunt) were not a resource because the subject was very taboo, unlike the first menstruation or pregnancy, according to the participants.

At last, the only people that most of the women reported as a resource were their closest female friends.

"It's something we talk about almost weekly even today"

E) Menopause and sexuality

A link between menopause and sexuality was reported by 10 of the 13 women. However, apart from organic consequences such as vaginal dryness, the fact that menopause could induce a change in their sexuality was not evident for 7 participants. "I think it came afterward, that's why I'm telling you maybe the libido is also altered by the long-term couple relationships [...] maybe it's linked to menopause or maybe not, I don't know, let's say fifty-fifty"

1. Variable weight of organic factors on general sexuality

On one hand, since they are menopausal, most of the participants identified pain during sexual activity, mainly related to genitourinary disorders. Hence, they were reluctant to engage in sexual activity for fear of the pain, they reported. "Even if there was desire, arousal, there was the fear that it would turn into displeasure".

On the other hand, all the physical and psychological symptoms previously described were potentially disturbing in the women's daily life and let them less available for sexuality. "We are very tired; we don't have much desire either".

However, being menopausal also had some positive effects on sexuality as reported by few participants. No more contraception constraints and unwanted pregnancy fear, nor menstruation constraints, which for some women could hamper sexual activity. "You also have to be positive; we don't have to deal with menstruations anymore".

2. Impact modulation according to psychosocial factors

Women who had been in a relationship for many years at the time of menopause described a higher negative effect on their sexuality than women in new relationships. "I have a decrease in my libido, but I think it could also be linked to the long-term couple relationship."

According to some participants, expectations about sexual practices at the time of menopause differed between the woman and her partner. Indeed, many women reported to have different sexual desires since they became menopausal (less penetration, more foreplay to promote lubrication, and use of sex toys). They also

reported that it was sometimes a serious subject of discord with their partner, in particular for participants who were in a long time heterosexual couple (for 4 women). They described that their partner wanted to remain with the usual sexual practices in the couple (e.g. mostly vaginal penetration), whereas the women wished for a new sexuality. "Well, from my point of view, I'm not bothered with it, it's my husband who's more asking for it [e.g. vaginal penetrations], and so I don't necessarily meet his expectations as I used to [...] Of course, it's a bit different, because the way things work is no more exactly the same..."

3. A highly variable effect on sexual desire

The impact of menopause on sexual desire described by the participants was very variable from one woman to another.

Almost half of the participants (6 out of 13 women) reported a decrease in their sexual desire since the menopause, and this decrease seemed to be stable over time.

On the contrary, 2 out of the 13 women reported that there was a real positive effect on their sexual desire after being menopausal. This positive effect was felt to be intense and significant for these two participants.

"An increase in my libido, rather impulsive"

However, for 5 women out of 13, their sexual desire remained unchanged "I was in a relationship at this time, but in terms of libido there were no changes."

Apart from this variable quantitative effect of menopause on sexual desire (negative, positive, or neutral), some participants also reported a "qualitative change" in their sexual desire. Indeed, two women mentioned that they felt kind of cycles about their sexual desire. Their sexual desire came back periodically, like during the menstrual cycles before menopause according to them. However, they said that these cycles they felt were longer than before menopause (2 to 3 months). "Aren't there cycles that are coming back? At menopause we say to our self, well, I don't have periods anymore, there are no more cycles, and so this rhythm that we had disappears, but does it really disappear?" For other women, they also reported new fantasies associated with their sexual desire, mainly linked to the new sexual practices that they wished at the time of

menopause (less penetration, more foreplay to promote lubrication, and use of sex toys).

IV. DISCUSSION

The overall experience of menopause is very variable from one woman to another, depending mainly on the intensity of organic and psychological symptoms as well as the context of life. Sexuality and sexual desire may change quantitatively and qualitatively, more often in a negative way. Women with many organic and psychological symptoms, in a complex psychosocial context, with few people to talk to are the most at risk of having a negative experience of menopause and a negative impact on their sexuality.

It is striking to note how much the general menopause feeling varies from one participant to another in our study, which is a complementary finding to that of Lock et al., which highlighted the differences in the experience of menopause across different continents and cultures (4). In our opinion, this finding can be explained by several factors. On one hand, when talking about menopause, women first mention organic symptoms of varying intensity such as hot flashes, a change in their body image, and genitourinary disorders. Some of them have strong daily manifestations that generate anxiety and asthenia and have repercussions on their daily life, as Schneidera et al. (18) reported in their paper. They are also at the origin of an aging feeling by conducting a modification of the body schema and a loss of self-esteem. Surprisingly, few participants reported no change at all in their daily life. On the other hand, women in our study described numerous psychosocial factors that play a role in this special period in a woman's life, which is consistent with Bauld et al. and Deeks publications (5) (6). Indeed, the personal and professional situation of women at the time of menopause can potentially change (children leave home, new professional functions, relationship problems with their partner). These findings are consistent with a study by Bauld et al. underlying the role of psychosocial factors in menopause by showing that women who expect menopause to be a negative experience or who are highly stressed or distressed are more likely to experience more negative menopause (5). Altogether, in this study we show that menopause is established in women in this complex multidimensional context, with different kind of factors interacting and influencing each other's, resulting in a highly variable general feeling.

An unexpected finding in this study is that menopause and its consequences are still a taboo subject for many women, with few interlocutors accompanying them into this step. Thus, they report to live alone all these changes, misunderstood by their partner, by the healthcare professionals, and also by their own family according to them. They confide mainly in female friends of the same age and therefore in the same situation and feel understood by them. This environment is likely to make them feel less judged.

Regarding menopause and sexuality, for most women, their sexuality has been modified at the time of menopause, in line with the other studies on this topic (19) (20). As for the general feeling of menopause, the impact on sexual desire and sexuality also seems to be closely related to organic and psychosocial factors that play a determining role. Women with severe genitourinary and general symptoms and who have been in a relationship with the same partner for several years are more likely to experience a negative impact of menopause on their sexuality. On the contrary, women with few organic symptoms, who are entering a new relationship, and who can express freely their new sexual expectations are more likely to have no impact or even a fulfilling sexuality during this period. For homosexual women, they report that their sexuality was not modified, their partner being the same age and in the same menopause period, with similar expectations about sexuality. Interestingly, there was both a quantitative and qualitative change in women's sexual desire, sometimes with an evolution of their fantasies and sexual expectations. Some women also report to have more libido at this time. These data corroborate the findings of Thomas et al. in their qualitative study (2020) that looked at the causes of decreased sexual desire in menopausal women, but only over the age of 60 (17).

In clinical practice, our study highlights for the first time to our knowledge, patient profiles "at risk" of experiencing general and sexual difficulties at the time of menopause, e.g. women with many organic and psychological symptoms, in a complex psychosocial context, with few people to talk to. Physicians must be particularly vigilant for these women. Identifying the psychosocial situation of our patients seems to be a key element to support them at the time of menopause and in the subsequent years. In addition, more research is needed to confirm these "at risk" patient profiles and to explore whether they are the same in other cultural contexts.

This study has few limitations. Because of the “snowball effect” recruitment method, we may have recruited women from the same background or community who may share a similar experience of menopause. There might also be a selection bias; women more affected by menopause may have volunteered more readily to participate in the study.

This study also has strengths. The participants were between 52 and 63 years old at the time of the interview, with an age at menopause of between 45 and 56 years. This relatively short period of time between menopause and the interviews limited the risk of recall bias about this period. Few qualitative studies deal with general menopause perception by women and, in particular, sexuality at the time of menopause. The diversity of the participants’ profiles (different relationship status, parity, education level, sexual orientation) allowed us to collect a wide range of answers with many feelings on the subject.

V. CONCLUSION

The menopause experience is highly variable from one woman to the next. This variability seems to depend mainly on the weight of organic and psychosocial factors that each woman experiences. Sexuality and sexual desire are likely to be modified. Some women are more at risk of a negative experience of menopause with negative sexual impact associated. Healthcare professionals need to better identify these women in order to provide them with appropriate care and support during this period. This support should be global, ensuring that patients’ symptoms are treated in their life context.

VI. REFERENCES

1. World Health Organization. Menopause [Internet]. 2022 oct. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
2. CDC National Center for Health Statistics. Life Expectancy in the U.S. Dropped for the Second Year in a Row in 2021 [Internet]. 2022 août. Disponible sur: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2022/20220831.htm
3. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? The American Journal of Medicine. déc 2005;118(12):37-46.

4. Lock M, Kaufert P. Menopause, local biologies, and cultures of aging. *Am J Hum Biol.* juill 2001;13(4):494-504.
5. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas.* févr 2009;62(2):160-5.
6. A Deeks A. Is this menopause? Women in midlife - psychological issues. *Australian Family Physician* Vol 33, No 11. nov 2004;
7. Hällström T. Sexuality in the climacteric. *Clin Obstet Gynaecol.* avr 1977;
8. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* mai 2009;16(3):442-52.
9. Apperloo MJA, Van Der Stege JG, Hoek A, Weijmar Schultz WCM. In the Mood for Sex: The Value of Androgens. *Journal of Sex & Marital Therapy.* janv 2003;29(2):87-102.
10. Pamela C Regan. Hormonal correlates and causes of sexual desire : A review. 1999;
11. Cagnacci A, Venier M, Xholli A, Paglietti C, Caruso S. Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause.* janv 2020;27(1):14-9.
12. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* avr 2017;24(4):379-90.
13. Amore M, Di Donato P, Berti A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas.* mars 2007;56(3):303-11.
14. Harder H, Starkings RML, Fallowfield LJ, Menon U, Jacobs IJ, Jenkins VA. Sexual functioning in 4,418 postmenopausal women participating in UKTOCS: a qualitative free-text analysis. *Menopause.* oct 2019;26(10):1100-1009.
15. Wood JM, Mansfield PK, Koch PB. Negotiating Sexual Agency: Postmenopausal Women's Meaning and Experience of Sexual Desire. *Qual Health Res.* févr 2007;17(2):189-200.
16. Goberna J, Francés L, Paulí A, Barluenga A, Gascón E. Sexual experiences during the climacteric years: What do women think about it? *Maturitas.* janv 2009;62(1):47-52.
17. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Borrero S, Thurston RC. "I want to feel like I used to feel": a qualitative study of causes of low libido in postmenopausal women. *Menopause.* mars 2020;27(3):289-94.

18. Schneider HPG, Birkhäuser M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric*. 4 mai 2017;20(3):187-94.
19. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am*. sept 2015;44(3):649-61.
20. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. juin 2009;63(2):138-41.

CONCLUSION EN FRANÇAIS :

Dans cette étude, nous avons pu apprécier le fait que le ressenti de la ménopause est très variable d'une femme à l'autre. Cette grande variabilité s'appuie sur plusieurs facteurs. D'une part, sur l'intensité des symptômes organiques ressentis ; ce sont principalement les bouffées de chaleur, les troubles génito-urinaires, la modification du schéma corporel ainsi que les troubles psychologiques. D'autre part, sur le contexte de vie des femmes, qui est en lien avec différents facteurs psycho-sociaux. En effet, la ménopause s'installe dans une période de vie complexe pour certaines femmes ; le départ des enfants du domicile familial, des changements dans le couple, des changements professionnels, ainsi que des envies qui évoluent. Du fait de l'intrication complexe de tous ces différents facteurs, chaque femme vit sa « propre » ménopause dans son contexte de vie personnel.

Par ailleurs, nous avons également mis en évidence que la sexualité et le désir sexuel sont susceptibles d'être modifiés. La ménopause peut ainsi être à l'origine d'un effet négatif sur la sexualité ; c'est principalement le cas pour les femmes présentant des symptômes organiques et psychologiques marqués, ainsi que celles en couple hétérosexuel avec le même partenaire depuis plusieurs années. D'autres femmes ont déclaré que la ménopause n'avait rien changé à leur sexualité, et, inversement, certaines femmes ont exprimé un regain de libido après leur ménopause. Ces femmes étaient dans un couple homosexuel et/ou avaient une relation avec un nouveau partenaire. Aborder une sexualité différente plus adaptée aux attentes des femmes à cette période semblait ainsi plus facilement réalisable dans une nouvelle relation, plutôt que dans le fonctionnement sexuel d'un couple plus ancien. Concernant les femmes en couple homosexuel avec une femme du même âge, il semble qu'elles se sentent mieux comprises dans les bouleversements potentiels de leur sexualité avec une partenaire qui présente des envies pouvant être similaires lors cette période de vie. Enfin, les résultats de cette étude nous montrent que désir sexuel et sexualité sont étroitement corrélés y compris au moment de la ménopause, l'un évoluant dans le même sens que l'autre.

L'ensemble de ces résultats nous a permis de définir des profils de patientes à risque de vivre une expérience négative de la ménopause avec un retentissement négatif sur

leur sexualité. Ce sont des femmes avec des symptômes organique et psychologiques importants, qui présentent de manière concomitante des difficultés dans leur vie personnelle et professionnelle, avec peu de personnes avec qui échanger à ce sujet. Les professionnels de santé se doivent d'être particulièrement attentifs à ces femmes plus vulnérables afin de les accompagner dans cette nouvelle période de vie. Parler de la ménopause, ses symptômes et retentissements éventuels, s'informer sur leur ressenti, initier un traitement quand il est indiqué, semblent être des démarches intéressantes à instaurer pour accompagner et soutenir les femmes les plus affectées.

ANNEXE 1 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

IDENTIFICATION

Nom du projet : Explorer le ressenti des femmes sur le plan de la sexualité avant et après la survenue de la ménopause

Investigateur principal : Sophie RENOU – Interne en Médecine Générale

Dans le cadre de la préparation d'une thèse d'exercice pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine

Sous la direction du Docteur David PRAGOUT – Médecin au sein du service d'Orthogénie – CHRU Tours

IMPLICATION ET LIBERTÉ DU PARTICIPANT

Votre participation consiste à participer à une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera posées diverses questions en lien avec le sujet de l'étude. Cette entrevue est enregistrée numériquement et prendra environ 1h30 de votre temps. La transcription sur support informatique qui en suivra permettra l'anonymisation des données recueillies.

Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, le responsable du projet et son directeur de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément pour la durée totale du projet. Les données ainsi que les formulaires de consentement pourront être détruits 5 ans après le dépôt final du travail de recherche.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoire, essai ou thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis de façon totalement anonyme.

SIGNATURE

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps en informant le responsable du projet.

Fait à _____, Le ____/____/____

Nom et Prénom de la participante : _____

Signature Participant :

--

Signature Investigateur principal :

--

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

I. Présentation générale :

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude afin de réaliser mon travail de thèse. Je m'appelle Sophie RENOU, je suis étudiante en médecine et je réalise ce travail dans le cadre de la préparation de mon diplôme de docteur en médecine, pour devenir médecin généraliste.

Dans ce travail de recherche, je m'intéresse au ressenti des femmes ménopausées sur la ménopause et sur la sexualité lors de cette période. Cette étude est observationnelle, c'est-à-dire que j'écoute vos réponses et les retranscris afin de les analyser mais je ne pourrai ni vous apporter des réponses médicales lors de cet entretien, ni vous revoir par la suite en consultation.

Je vais donc vous poser plusieurs questions autour du sujet. Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré, je vous fais donc signer ce document pour avoir l'autorisation de le faire et aussi valider votre accord de participer à cette étude. Toutes ces données sont strictement confidentielles et seront anonymisées par la suite pour les résultats et dans le cas d'une éventuelle publication.

I. Ressenti général de la ménopause :

- Racontez-moi un peu comment cette période de la ménopause s'est passée, pour vous.

Relance : Certaines femmes le vivent bien d'autres moins bien, qu'en est-il pour vous ? Est-ce que vous vous souvenez à peu près à quel âge vous avez été ménopausée ?

NB : différents thèmes vont surgir, rebondir sur chaque thème pour aboutir à la sexualité. A un moment donné, si pas évoqué spontanément aborder le sujet.

II. Qualité de vie :

- Est-ce que le fait d'être ménopausée a changé des choses sur votre vie ? La ménopause a-t-elle eu des conséquences dans votre vie de tous les jours ?

- De votre point de vue, à quoi est due cette modification ?

Relance : qu'en était-il sur le champ professionnel/de votre relationnel avec vos enfants/votre conjoint au moment de votre ménopause ?

III. Relation avec le conjoint/partenaire :

- Étiez-vous en couple au moment de votre ménopause ? Si non, aviez-vous un partenaire à cette époque ?
- Pensez-vous que la ménopause a joué sur votre relation de couple (partenaire/mari) ?

NB : bien réutiliser le terme désigné par la patiente pour parler de son conjoint (mari/conjoint/copain...).

IV. Sexualité :

- Avez-vous eu l'impression que la ménopause a modifié la sexualité avec votre partenaire/mari/conjoint ?

Relance : de quelle façon ? Penser à rebondir.

- Pensez-vous que la ménopause a entraîné un changement sur votre désir sexuel ?

Relance : De quelle manière ?

- A votre avis ça venait de quoi ce changement ?

Relance : A quoi attribuez-vous ce changement dans votre désir sexuel ? A une sécheresse vaginale ? A des bouffées de chaleur ? A des douleurs pendant les rapports ?

- Comment s'est mis en place ce changement selon vous ?

Relance : Est-ce que c'était d'un seul coup ou plutôt petit à petit ?

- Ce changement sur votre désir sexuel est-il stable ou avez-vous l'impression qu'il existe des variations au cours du temps ?
- Vous vous diriez que ça a affecté pas du tout, très peu, peu, moyennement, beaucoup, énormément votre désir sexuel ?

NB. : conversion vers une échelle numérique :

- Pas du tout 0
- Très peu 1-2
- Peu 3-4
- Moyennement 5-6
- Beaucoup 7-8
- Énormément 9-10

V. Commentaires libres :

- Avez-vous d'autres choses/remarques à me rapporter ?

VI. Caractéristiques de la patiente à recueillir pour analyse :

- ☐ Age
- ☐ Profession
- ☐ Niveau d'étude
- ☐ Enfant(s) ?
- ☐ En couple ?
- ☐ Problème(s) de santé ?
- ☐ Traitement(s) en cours ?
- ☐ Traitement Hormonal de la ménopause ? Automédication ?
- ☐ Maladie psychiatrique ?

VII. Clôture de l'entretien avec remerciements

Vu, le Directeur de Thèse



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dupont', is written over a horizontal line.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RENOU Sophie

Pages : 48 Tableau : 1 Figures : 3

Résumé :

Objectif : La ménopause peut être à l'origine d'un bouleversement dans la vie et la sexualité d'une femme. Peu de travaux ont étudié le ressenti des femmes au moment de leur ménopause, ainsi que ses conséquences éventuelles sur leur sexualité. L'objectif de cette étude est d'explorer le ressenti des femmes sur la ménopause de façon multidimensionnelle et son retentissement sur leur sexualité en utilisant une approche qualitative.

Méthodes : Nous avons réalisé 13 entretiens individuels semi-structurés chez des femmes ménopausées de façon physiologique, âgées de 40 à 65 ans. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et codés par deux investigateurs. Ces codes ont ensuite été classés en thèmes et sous-thèmes.

Résultats : À propos de la ménopause, les femmes exprimaient en premier lieu des symptômes organiques (bouffées de chaleur, troubles génito-urinaires, prise de poids) et psychologiques parfois invalidants. Elles rapportaient également un contexte psychosocial complexe au moment de la ménopause. Cette expérience était le plus souvent vécue seule. L'intrication de ces différents facteurs était à l'origine d'un ressenti très variable de la ménopause. L'impact sur leur sexualité était conditionné principalement par l'intensité des troubles génito-urinaires et le contexte relationnel avec leur partenaire. Le désir sexuel évoluait dans le même sens que leur sexualité.

Conclusions : Le ressenti général de la ménopause est très variable d'une femme à l'autre principalement selon l'intensité des symptômes organiques et psychologiques ainsi que le contexte de vie. La sexualité et le désir sexuel sont susceptibles d'être modifiés quantitativement et qualitativement. Certaines femmes sont plus à risque de vivre une expérience négative de la ménopause et nécessitent une attention particulière des professionnels de santé.

Mots clés : Ménopause, Sexualité, Désir sexuel, Libido, Santé de la femme, Etude qualitative

Jury :

Président du Jury :	Professeur Henri MARRET
<u>Directeur de thèse :</u>	<u>Docteur David PRAGOUT</u>
Membres du Jury :	Docteur Cécile RENOUX Docteur Claire PROUST Docteur David PRAGOUT

Date de soutenance : 16 mars 2023