

Le vieillissement et la physiologie sexuelle féminine Old age and the physiology of feminine sexuality

Ginette Landry

Volume 5, numéro 2, novembre 1980

Vieillir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030081ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030081ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Landry, G. (1980). Le vieillissement et la physiologie sexuelle féminine. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 119–127. <https://doi.org/10.7202/030081ar>

Résumé de l'article

L'auteure discute du vieillissement et de la physiologie féminine. Dans la première partie, elle examine le phénomène de la vasocongestion dans les différentes parties de l'anatomie sexuelle et comment elle change après l'âge de 60 ans. Dans la deuxième partie, elle expose les aspects psychologiques de l'intérêt sexuel : reconnaissance, perception, imagination et l'objet sexuel lui-même. L'auteure conclut en décrivant les conditions pour conserver une vie sexuelle active.

Ginette Landry*

Cet article traitera de la sexualité chez les femmes âgées (55 ans et plus), plus précisément de la physiologie sexuelle et des variations survenant avec l'âge. Pourquoi un tel sujet? Parce que, même si la sexualité n'est pas essentielle à la vie, elle imprègne tous les aspects de notre comportement; elle est au cœur de nos motivations profondes et souvent responsable de nombreux écueils rencontrés dans nos échanges interpersonnels. Il faut aussi en parler parce que beaucoup de difficultés et de situations vécues avec douleur et culpabilité le sont uniquement par manque d'informations. En effet, une personne ayant un peu de difficulté dans la sphère sexuelle s'imagine aisément être anormale.

Pourquoi parler de la sexualité chez les gens âgés? Dans nos sociétés occidentales, le nombre de personnes âgées augmente sans cesse. Au Québec, 7% de la population seront bientôt des gens du troisième âge. De plus, ces gens ont la plupart du temps été moins atteints par la libération des mœurs et éprouvent beaucoup de timidité à consulter leur médecin pour des raisons proprement sexuelles. Ensuite parce que, dans notre société, les tabous sexuels à leur égard sont très forts : par exemple, il est très courant de penser que la sexualité est l'apanage exclusif de la jeunesse. Les gens âgés eux-mêmes se trouvent trop vieux pour commencer à investir du temps dans la correction des faiblesses de leur vie sexuelle. C'est une erreur car ils sont justement à l'époque de leur vie où ils ont ce temps. Les énergies vitales étant moins orientées vers la production devraient l'être davantage vers l'apprentissage du plaisir de vivre. Parmi les choses essentielles qui constituent ce plaisir de vivre, il faut compter bien sûr les relations humaines, et la sexualité en est une privilégiée.

QU'EST-CE QUE LA SEXUALITÉ?

Elle est plus que la simple génitalité, et elle dépasse le fonctionnement des organes génitaux : pénis, clitoris et vagin. La sexualité englobe toutes

* Ginette Landry, M.D., est généraliste attachée à l'hôpital Jeffery Hale de Québec. Elle a aussi une pratique privée en gynécologie médicale. Ce texte a fait l'objet d'une conférence dans le cadre des *Mardis de Sexologie*, organisés par le Centre de Sexologie de Québec, le 1^{er} avril 1980.

les manifestations sensuelles : caresse, regard, étreinte, vécu émotionnel des désirs, des échanges, des rêves et des fantasmes. Elle comprend aussi l'orgasme, bien sûr. Toutes ces manifestations peuvent être auto, hétéro ou homosexuelles. En somme, la sexualité comprend des aspects psychologiques et physiologiques. Mais avant d'aborder ces aspects, il faut parler du premier palier de la sexualité, l'intérêt sexuel.

L'INTÉRÊT SEXUEL

L'intérêt sexuel sera éveillé, nourri et augmenté par divers éléments tels la connaissance, la perception, l'imagination, la mémoire et les qualités propres à la personnalité et à l'apparence de l'objet sexuel.

1) La connaissance

L'intérêt sexuel sera conditionné par la formation intellectuelle, l'éducation, les valeurs culturelles et religieuses de la société dans laquelle nous vivons. C'est un élément très important, si l'on songe que 95% des femmes ayant répondu au questionnaire du rapport Hite, indiquent qu'elles ont été élevées avec l'idée que le sexe est «mauvais». Si l'on ajoute à ce jugement moral négatif le manque d'informations sur la sexualité et l'absence de contraception efficace, on comprend aisément le caractère restrictif ou contraint de l'intérêt sexuel des femmes d'une ou deux générations plus vieilles.

2) La perception

Tous les sens concourent à la sexualité, avec une primauté du toucher chez la femme. Toute la peau est organe sexuel chez elle et souvent l'intérêt sexuel n'est réellement éveillé que par un contact tactile. À preuve, la diminution des attitudes tactiles chez mes clientes qui se plaignent de désintérêt sexuel et ce, quel que soit leur âge. Se toucher maintient le contact dans un couple. On cesse de se toucher, on cesse de se parler et ensuite on ne veut rien savoir du reste!

3) L'imagination

C'est le fantasme, le non avoué, ce qui se passe au plus profond de soi et peut colorer, exciter et accroître le plaisir. En général, l'imagination érotique est la faculté la moins développée chez les femmes. Mais elle peut se développer. L'imagination est révélatrice de la personnalité, de sa richesse ; c'est la faculté par laquelle les connaissances et l'éducation peuvent influencer le comportement sexuel.

Les inhibitions, qu'elles viennent de la censure parentale intériorisée par la femme ou des interdits sexuels sociaux et culturels, ou encore des expériences antérieures, ont un effet négatif sur l'imagination et obscurcissent l'imagerie érotique. Les thérapeutes sexuels le savent bien ; beaucoup

de femmes ayant des dysfonctions sexuelles doivent guérir d'abord leur imagination. En effet, au cours des thérapies sexuelles, lors de l'utilisation de la technique de désensibilisation progressive, il y a essai dans un premier temps de libérer la patiente de ses inhibitions, puis de lui apprendre à utiliser son imagination par la fabrication de scénarios érotiques dans lesquels elle est impliquée. Elle s'habitue ainsi à utiliser son imagination, et son intérêt sexuel s'en voit amélioré d'autant.

Un autre élément très important dans l'intérêt sexuel est la *codification érotique*, c'est-à-dire la qualification intérieure de l'émotion, la perception de l'expérience comme érotique. Sans cette attitude, les avances faites par des partenaires potentiels ne sont pas vécues comme une invitation à l'érotisme et ne peuvent alors servir de préludes amoureux.

Un autre élément de l'intérêt sexuel est la mémoire. Il nous paraît évident que les expériences passées peuvent augmenter ou diminuer la motivation d'un individu à l'égard de la sexualité. Une succession d'expériences amoureuses négatives peuvent faire perdre confiance en soi et ainsi diminuer l'intérêt sexuel de la femme.

L'objet sexuel, en l'occurrence le partenaire masculin, peut évidemment faire varier l'intérêt sexuel par ses qualités physiques et morales. Les femmes sont semblables aux hommes sur ce point. Si, pour un homme, une femme d'aspect négligé ou ayant des défauts physiques devient moins érotisante, c'est identique pour la femme. Un homme bedonnant, chauve, édenté et pressé diminue sa libido. Et cette baisse d'intérêt est alors une réaction normale, elle ne doit pas s'en culpabiliser et se déclarer frigide !

En résumé, l'intérêt sexuel est l'étincelle qui porte en germe le désir qui se manifestera par le comportement érotique de tout le corps. L'intérêt sexuel est une imprégnation particulière du comportement humain et les auteurs s'accordent maintenant en biologie pour attribuer aux androgènes, c'est-à-dire aux hormones mâles, une partie du conditionnement humain. Les femmes aussi possèdent des androgènes : les ovaires fournissent les hormones femelles, et les surrénales les androgènes.

Le rôle des oestrogènes, c'est-à-dire des hormones femelles, dans l'orientation sexuelle du comportement n'est pas encore établi avec précision et de façon satisfaisante. Il n'y a pas d'étude sérieuse démontrant comment la diminution des hormones de la femme, lors de la ménopause, peut influencer son comportement sexuel. Certains auteurs, telle Helen Kaplan, affirment qu'avec la ménopause, il y a une augmentation du plaisir sexuel et du désir sexuel. Le rapport Hite semble aller aussi dans ce sens. L'activité relative, plus importante des androgènes expliquerait ce phénomène¹. Les hormones essentielles seraient donc les hormones mâles. Je réponds ainsi à une question que beaucoup de femmes posent lors de leur ménopause. Devraient-elles prendre des hormones ? Les hormones prescrites à ce temps

de la vie sont des oestrogènes, c'est-à-dire des hormones femelles, et il faut dire que leur effet est très décevant sur l'amélioration de l'intérêt sexuel. Il ne faut pas attendre plus d'effet positif du Gingseng, de la gelée d'abeille, etc.

Pour améliorer notre intérêt sexuel en attendant le véritable aphrodisiaque, il vaut mieux, pour l'instant, investir dans l'amélioration des facteurs proprement psychologiques de l'intérêt sexuel.

Une fois l'intérêt sexuel éveillé, le désir se précise et se focalise sur l'objet amoureux. Après l'activation de l'imagination et des différents sens, il s'opère des changements corporels dont l'homme est davantage conscient mais qui existent aussi chez la femme. Ces changements correspondent au stade de l'excitation sexuelle.

VIEILLISSEMENT ET INTÉRÊT SEXUEL

Avant d'aborder la physiologie de la sexualité, voyons comment le *vieillessement* affecte le côté psychologique dont nous venons de parler, si essentiel aux préludes de la rencontre et de l'échange physique.

Soixante-dix pour cent des consultations en sexologie concernent la diminution de l'intérêt sexuel, comme raison principale de consultation ou comme facteur associé à d'autres motifs. Le désintérêt peut provenir du fait que *l'objet sexuel* est moins érotisant parce qu'il est malade, vieux ou que la monotonie du quotidien a vaincu les ressources de l'imagination. Il peut également provenir de la *dépression* de l'un des deux partenaires, enlevant tout intérêt à partager, et à communiquer de part et d'autre. Il devient en effet déprimant de vivre avec un conjoint déprimé et les manifestations centrales en sont la diminution d'intérêt et même le désintérêt pour tout. *La succession d'expériences sexuelles négatives*, le manque de fantaisie dans le quotidien et l'incapacité à créer des situations imprévues sont autant de motifs de désintérêts sexuels.

Une autre cause subtile de blocage sexuel, fréquente chez la femme et souvent inconsciente, est *l'agressivité* vis-à-vis de son partenaire ; agressivité venant de la déception, du manque de partage et qui empoisonne les relations des conjoints. La raison en est qu'on se retrouve dans la position de quelqu'un qui attend trop de l'autre, qui *exige* que l'autre nous prenne en charge. Alors, on est déçu et on demeure dans une attitude de passivité. C'est une attitude qui n'est pas l'apanage des gens âgés bien sûr, mais qui guette tous les couples.

La femme vieillissante ne peut être inconsciente des changements que le temps opère sur son corps. L'image de soi qui en découle devient alors cause d'inhibitions. L'image de soi peut devenir par contre un élément

positif. Elle est importante pour la bonne santé de l'intérêt sexuel : c'est la raison pour laquelle les femmes, qui atteignent un certain âge et ont acquis une certaine expérience sexuelle, sont heureuses d'être parvenues à ce stade de leur vie. Elles découvrent qu'elles fonctionnent mieux sur le plan de la sexualité depuis qu'elles ont acquis de l'expérience et surtout, une certaine confiance en soi. Ces femmes se voient davantage sujet sexuel et individu responsable de leur plaisir qu'objet sexuel. Autrement, si l'on se perçoit comme objet sexuel et que l'image de son corps change avec l'âge, il est très facile de devenir inhibé et de sentir indécent d'avoir une vie sexuelle.

En résumé, l'intérêt sexuel est conservé avec l'âge si l'expérience nous a appris à être responsable de notre plaisir de vivre, si nous cultivons notre imagination et si nous maintenons notre intérêt pour le conjoint. Bien sûr, après 30 ans de vie commune, l'amour a changé, il est moins romanesque ; ses manifestations amicales deviennent plus fréquentes que la geste sexuelle. L'excitation due à la nouveauté est disparue. L'amour peut-il survivre au temps ? Peut-on être amoureux pendant 20 ou 30 ans ? Cela ferait un bon sujet à débattre dans le cadre d'ateliers pour gens âgés.

LA PHYSIOLOGIE DE LA SEXUALITÉ

Abordons maintenant le cœur du sujet, c'est-à-dire les aspects physiologiques de la sexualité. Une fois l'intérêt éveillé, le désir sexuel se manifeste par des changements corporels. On observe d'abord des phénomènes congestifs sous la dominance du système nerveux autonome parasympathique, puis des changements de tension musculaire sous la dominance du système nerveux autonome sympathique avec, bien sûr, des relais dans l'hypothalamus et une intégration dans le cerveau².

Les phénomènes de vasocongestion impliquent plusieurs parties du corps et correspondent à ce que Masters & Johnson appellent les phases de l'excitation et du plateau. Nous allons maintenant les énumérer et intercaler les variations se produisant après 60 ans.

1. **Les seins.** On observe une érection des mamelons, une augmentation du volume des seins et une tumescence de l'aréole des seins. Après 60 ans, il y a une diminution de cette congestion et l'érection du mamelon disparaît.

2. **La peau.** Il y a une éruption maculo-papulaire (une rougeur) dans la région épigastrique et sur la poitrine chez 75% des femmes avant 40 ans. Les anglophones appellent cette éruption le «sex flush». Elle est moins fréquente et plus restreinte chez la femme âgée.

3. **Les petites lèvres.** On constate un épaissement et une expansion doublant leur diamètre. Ce phénomène ajoute 1 centimètre de longueur

au vagin. La muqueuse passe du rose au rouge bourgogne. Plus la congestion est importante, plus la coloration est foncée et ceci est spécifique de l'imminence de l'orgasme. Chez la femme âgée, cette réaction diminue.

4. **Les grandes lèvres.** Il y a une séparation et une élévation. Chez la femme âgée, la diminution des hormones entraîne une diminution du dépôt graisseux dans le tissu sous-cutané et une perte de tissu élastique.

5. **Les glandes de Bartholin.** La sécrétion est de quelques gouttes de substance mucoïde. Après 60 ans, il y a diminution de cette sécrétion qui, de toute façon, représente un facteur minime dans la physiologie sexuelle.

6. **Le clitoris.** On remarque une tumescence du gland, une augmentation du diamètre du corps et une élongation. Le clitoris agit comme récepteur et transformateur des stimuli sexuels. C'est l'organe sexuel le plus important chez la femme. Il n'y a pas de changement avec l'âge dans l'activité du clitoris.

7. **Le vagin.** Il y a congestion, changement de coloration, expansion et lubrification. La congestion du tiers externe du vagin est telle qu'elle entraîne une diminution du tiers de la lumière du vagin. La coloration de la muqueuse vaginale passe du rose au pourpre 10 à 30 secondes après le début de tout stimulus sexuel. La lubrification vient d'une transudation à travers les plis du vagin, secondaire à une vasodilatation du plexus veineux périvaginal. Avec l'âge, il y a diminution de la quantité de la gelée lubrifiante et augmentation du délai de production de la lubrification : de 10 à 30 secondes chez la jeune femme, ce délai devient 1 à 3 minutes chez la femme âgée. Mais il est très important de ne pas oublier que la production de cette gelée lubrifiante est en relation avec le désir sexuel et avec l'excitation sexuelle. S'il y a absence de désir sexuel, il ne faut pas s'étonner de la carence de la lubrification autant chez la jeune femme que chez la femme âgée.

En plus de la congestion et des changements de coloration de la muqueuse et de la lubrification, la période d'excitation produit aussi un allongement et une distension des deux tiers internes du vagin à mesure que la tension sexuelle augmente. Durant cette phase, la femme ressent du désir, se sent très excitée et a souvent envie de la pénétration du pénis. Chez la femme âgée, il y a une diminution de l'épaisseur de la muqueuse, une diminution de la longueur et de la largeur du vagin, avec une diminution de la capacité d'expansion du vagin. Ces changements peuvent entraîner un peu de désagréments mais n'empêchent pas cette sensation de désir.

8. **L'utérus et le col.** On note une élévation de l'utérus et une sécrétion de l'endocol. Chez la femme âgée, il n'y a pas de sécrétion venant de l'endocol.

Après ces phénomènes vasocongestifs, se produisent des changements myotoniques correspondant à une autre phase de la physiologie sexuelle appelée orgasme.

Ces changements affectent principalement les muscles du squelette et le vagin.

1. **Les muscles du squelette** Il y a augmentation de la tension des muscles volontaires durant l'excitation et la contraction involontaire de groupes de muscles lors de l'orgasme. Chez la femme âgée, l'augmentation de la tension volontaire diminue et le spasme carpopédal est absent. Ce qu'on appelle spasme carpopédal, c'est la contraction involontaire des muscles du poignet et des pieds entraînant, dans ces régions, une contracture se manifestant par une version de la main vers l'intérieur, une flexion du pied vers le haut et un étalement des orteils.

2. **Le vagin.** Il y a des contractions involontaires du tiers externe du vagin. Au moment de l'orgasme, ces contractions se succèdent cinq à douze fois avec un intervalle de .8 seconde. La durée et la récurrence des contractions varient d'une femme à l'autre et d'une expérience sexuelle à l'autre. Ce sont ces variations de récurrence qui nous amènent à parler d'orgasmes multiples ou d'orgasmes consécutifs.

Chez la femme post-ménopausique, on note peu de changement, si ce n'est, peut-être, une diminution de la durée et du nombre des contractions. En somme, l'orgasme est le même tout au long de la vie des femmes.

En résumé, l'orgasme est un réflexe dont la racine sensitive est le clitoris et la racine motrice le vagin. Il n'y a pas un orgasme clitoridien ou un orgasme vaginal mais, selon Masters & Johnson, une unicité physiologique. Donc, l'orgasme n'est pas provoqué par la pénétration du pénis dans le vagin mais par la stimulation du clitoris. Il n'y a pas d'orgasme sans stimulation du clitoris. Que l'orgasme soit consécutif à une stimulation du clitoris par des caresses manuelles (masturbation) ou buccales (cunnilingus) ou péniennes (copulation), il s'agit toujours de contractions du vagin secondaires à une stimulation du clitoris. Il y a eu dans le passé d'ardentes discussions concernant l'orgasme clitoridien ou vaginal : on parle même aujourd'hui d'orgasme utéro-annexiel. Il semble qu'il s'agisse toujours du même phénomène mais que le vécu soit différent. L'orgasme senti principalement comme clitoridien ou vulvaire s'accompagne d'un raidissement corporel (extension). Si la stimulation investit davantage le vagin, l'orgasme s'accompagne de contractions de tout le corps en flexion (spasme carpopédal). Si les contractions utérines sont intenses, il y a un effet de succion vaginale lors de l'orgasme. Il s'agit de vécus différents dans leur qualité ou encore du même phénomène physiologique, mais vécu différemment par la femme en raison de l'intensité de l'excitation.

VIEILLISSEMENT ET PROBLÈMES SEXUELS

Abordons maintenant les causes proprement physiques des problèmes sexuels de la femme âgée. Le premier motif de consultation est la dyspareunie, c'est-à-dire la douleur provoquée par la pénétration du pénis

dans le vagin. La cause la plus fréquente de cette douleur est l'atrophie de la vulve et du vagin qui survient avec la diminution des hormones oestrogènes. La muqueuse devient plus sèche, plus pâle, plus mince et est donc plus sensible. Cette atrophie entraîne aussi une sensation de sécheresse et une diminution des sécrétions. Il est assez rare qu'une application locale de crème à base d'hormones ne corrige pas cette situation.

Il est assez facile de comprendre que la qualité de la fonction sexuelle du vagin puisse être affectée par les changements anatomiques du vagin à la suite des accouchements. Il s'agit surtout d'un relâchement de la musculature pelvienne et d'une augmentation du volume vaginal entraînant ce que les gens appellent « descente de vessie ». Des femmes ayant ce problème se plaignent principalement de moins sentir le pénis lors de la pénétration. Le traitement est surtout chirurgical quoique certains exercices puissent avoir une influence positive.

En résumé, l'âge n'entraîne pas chez la femme une réduction importante de sa capacité sexuelle. L'augmentation de la phase réfractaire chez l'homme provoque une réduction de ses capacités sexuelles avec l'âge. Par contre, la sexualité féminine est limitée davantage par des facteurs sociaux et culturels que par des contraintes physiques. C'est un mythe culturel de croire que la sexualité est un domaine réservé aux jeunes. La prohibition sociale est plus marquée à l'égard des femmes âgées : on accepte plus aisément qu'un homme soit beaucoup plus âgé que sa compagne, que l'inverse.

L'abstinence chez la femme âgée n'est pas biologique mais est due en partie à l'absence de partenaire, car les femmes vivent en moyenne onze ans seules à la fin de leur vie. L'espérance de vie des femmes dépasse en effet de sept ans celle des hommes et, en moyenne, les femmes sont quatre ans plus jeunes que leurs maris. La femme qui se retrouve donc seule à un certain âge ne peut vivre sa sexualité que par l'abstinence, la masturbation ou les relations homosexuelles. Il faut dire cependant que les activités sexuelles des gens du troisième âge sont très peu connues. Aux enquêtes faites sur la sexualité, les personnes de soixante ans et plus qui répondent aux questionnaires constituent une infime minorité.

Ces problèmes devraient faire l'objet d'une investigation plus approfondie et d'échanges au sein d'ateliers avec les gens impliqués. Chez les femmes âgées qui vivent encore avec leur compagnon, les principaux problèmes rencontrés dans notre pratique sont des troubles de l'intérêt sexuel, et une abstinence imposée par des problèmes d'érection chez leur compagnon. Une information adéquate concernant ces problèmes leur serait profitable.

Aux États-Unis, des séminaires pour les gens âgés ont débuté, groupes dans lesquels ces gens exposent leurs difficultés. Les animateurs essaient de les aider à se libérer de leurs tabous et contraintes, et favorisent

chez le couple une acceptation mutuelle, libre de regrets des performances antérieures.

NOTES

1. Il n'y a pas d'augmentation absolue des hormones mâles lors de la ménopause mais, comme les ovaires cessent leur fonctionnement, il y a chute des oestrogènes et une activité androgénique relativement plus grande.
2. Le noyau antérieur de l'hypothalamus réveille les messages sensoriels, est activé par l'acétylcholine, médiateur du parasymphatique.
Le noyau postérieur contrôle le comportement érotique, est activé par l'adrénaline médiateur chimique du sympathique et inhibé par la sérotonine. Donc, les médicaments anticholinergiques comme les antispasmodiques et l'atropine, et le stress ont une influence négative sur la phase d'excitation en diminuant l'activité parasymphatique.
Les médicaments antiadrénergiques comme les antihypertenseurs ont une influence négative sur la phase motrice à savoir l'éjaculation et l'orgasme.
Les drogues antisérotonines ont un effet positif sur le comportement sexuel et pourraient être la base chimique d'un aphrodisiaque.

RÉFÉRENCES

- MASTERS & JOHNSON, 1968, *Les réactions sexuelles*, Paris, Éditions R. Laffont.
- KAPLAN, H., 1974, *The New Sex Therapy*, New York, Brunner & Mazel.
- LO PICCOLO, J., 1976, *Becoming orgasmic : A sexual growth program for women*, New York, Prentice Hall.
- HITE, S., 1977, *Le Rapport Hite*, Paris, Édition R. Laffont.
- DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE DE L'UQAM, 1976, *Études de sexologie*, vol. 1, Educom.
- CRÉPEAULT, C. et J-Y. DESJARDINS, 1976, *La complémentarité érotique*, Educom.
- SUIKAMP FRIEDEMANN, J., 1978, *Factors influencing sexual expression in aging persons*, JPN and Mental Health Services, July.

SUMMARY

The author discusses aging and female physiology. In the first part she examines the phenomenon of vasocongestion according to the various parts of sexual anatomy and how it changes after the age of sixty. In the second section she exposes the psychological aspects of sexual interest : recognition, perception, imagination and the sexual object itself. The author concludes by setting out the conditions for conserving an active sexuality.