



Santé Sexuelle / Femmes solidaires

6 décembre 2025

Dr JOLLY-PITULA Michèle

Introduction

La santé sexuelle est un vaste sujet, comportant un versant physique, un versant psychologique et un versant sexologique qui sont toujours intriqués.

Nous allons parler de :

. La fonction reproductrice

La Puberté, la Grossesse, la contraception, IVG, fausses-couches spontanées, la ménopause.

. Les maladies

Les MST (maladies sexuellement transmissibles), l'endométriose, les cancers (sein, col utérus, ovaires, endomètre)

. La surveillance gynécologique, l'examen gynécologique (toucher vaginal, frottis échographie, mammographie etc...)

Le couple, les relations sexuelles

La prévention sera abordée lors de chaque thème évoqué.

Vos questions amèneront d'autres sujets de réflexion et d'autres réponses.

N'hésitez pas à poser vos questions après chaque thème évoqué.

La fonction reproductrice

La puberté féminine débute en moyenne vers 11 ans, c'est la mise en place de la fonction sexuelle et reproductrice, elle se concrétise par l'apparition des cycles menstruels (production d'ovules).

La puberté masculine débute en moyenne vers 12 ans, elle conduit également à la mise en place de la fonction sexuelle et reproductrice (production de spermatozoïdes)

La grossesse

A chaque cycle menstruel, l'organisme féminin met en place toutes les conditions nécessaires pour accueillir une grossesse (ovulation au niveau de l'ovaire, nidification de l'ovule fécondé au niveau de la muqueuse utérine).

Les règles sont l'évacuation de la partie de l'endomètre qui aurait pu héberger un embryon.

La Ménopause

Définition : arrêt des sécrétions hormonales par ovaires, arrêt des règles pendant 12 mois consécutifs après 45 ans, âge moyen 50 ans.

On parle de pré ou péri ménopause, lorsque les cycles menstruels se modifient (perte de régularité par exemple) et que des symptômes de ménopause apparaissent (2 à 4 ans avant l'arrêt des règles).

Symptômes (pas toujours présents) : bouffées de chaleur, prise de poids, insomnie, nervosité etc... Variable selon les femmes, dure environ 4 ans.

Pas forcément de désir (3% des femmes ménopausées) et pas de sécheresse vaginale lors des rapports sexuels !!

Traitements : THS (traitement hormonal substitutif) ou traitement des symptômes, Veozla 45 mg pour bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, médecines douces (homéopathie, phytothérapie, acupuncture et autres méthodes...)

Et chez l'homme, l'Andropause

Elle n'existe **pas chez tous les hommes**, elle n'empêche pas la production de spermatozoïdes (fertilité persiste).

Chez certains hommes (50% après 70 ans) il y a une diminution progressive de la testostérone (dosage plasmatique par prise de sang).

Symptômes : fatigue, perte de masse musculaire et de force, troubles du sommeil, bouffées de chaleur, perte de mémoire, dysfonction érectile, baisse de libido et donc baisse de l'activité sexuelle.

Il existe un **traitement hormonal** : gel de testostérone par voie cutanée, ou testostérone par voie buccale ou injections intra musculaires.

La Contraception

Définition : tout moyen empêchant le développement d'une grossesse soit en empêchant la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde soit en empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovule fécondé (stérilet, pilule du lendemain).

La contraception avant décembre 1967 :

Il n'existait pas de législation

Information par « le bouche à oreille » !

On pratiquait le « retrait » ou coït interrompu, la méthode Ogino (calcul des jours fertiles), MAMA (allaitement comme contraception), méthode Billings (glaires cervicales abondantes, fluides et filantes au moment de l'ovulation) ...

Les préservatifs, le diaphragme, le stérilet au cuivre ...

La première Pilule (Enovid) a été élaborée en 1957, commercialisée en 1960 aux USA

La contraception depuis la loi Neuwirth 1967, qui permet un accès légal aux méthodes anticonceptionnelles et permet ainsi la médicalisation de celles-ci.

Contraception féminine

La contraception définitive :

En nette régression, marginal, représente 5% des méthodes de contraception

- se fait par coelioscopie, salpingectomie, anneaux, clips, ligature des trompes.

- Auparavant il y eut une méthode par voie naturelle : Essure (Stent inséré dans la trompe) **elle a été abandonnée** en 2017, du fait de la migration du dispositif, de douleurs chroniques.

D'après la loi de 2001 (Droit à disposer librement de son corps et de sa fertilité), la demandeuse de contraception définitive doit être **majeure, doit faire une demande écrite et disposer d'un délai de réflexion de 4 mois.**

Aucune condition d'âge, de parité ou de statut de couple.

Certains médecins refusent cette intervention (femme jeune, sans enfant surtout), ils doivent adresser la demandeuse vers un confrère qui l'accepte.

Il faut savoir qu'une tentative de reperméabilisation n'aboutit que dans + ou - 50% des cas environ.

A parte : Pour les femmes « protégées », pas en état de décider d'une stérilisation, le cas est soumis à une commission pluridisciplinaire, puis décision par juge des tutelles.

La contraception mécanique

Stérilet au cuivre (25% des moyens de contraception) : Le cuivre est spermicide et la forme du stérilet gêne l'implantation de l'ovule fécondé.

Les règles persistent et sont souvent plus abondantes

Diaphragme, cape cervicale,

Spermicides (gel, ovules, éponges),

Préservatif féminin.

Les contraceptions hormonales

Le remboursement par la sécurité sociale pour certaines pilules a été appliqué en 1974.

La pilule est la contraception hormonale la plus utilisée, en particulier par les **jeunes femmes**.

Depuis 2010, on parle de « **crise de la pilule** », on a observé une chute de 18 % de la prise de celle-ci à la suite du risque d'AVC observé (plainte déposée en 2012), et cette baisse s'est poursuivie (moins 9% de 2013 à 2016).

- Les pilules (40% des moyens de contraception) :

On distingue la contraception oestroprogestative = COP (œstrogène +progestatif) et les progestatifs purs, par prise séquentielle (règles) ou en continu (pas de règle).

- L'implant (progestatif pur) est posé pour 3 ans, il est efficace à 100%.
Pas de règles.
- Le patch (oestroprogestatif mini dosé) 1 patch collé 1 fois par semaine pendant 3 semaines par mois, la quatrième semaine est libre, les règles surviennent.
- L'anneau hormonal (oestroprogestatif minidosé) inséré autour du col utérin 3 semaines sur 4 (1 anneau pour 3 semaines)

- Le stérilet aux hormones (progestatifs) inséré pour 5 ans.
Empêche la nidation et la progression des spermatozoïdes par épaissement de la glaire cervicale.
Pas de règles (Possibles spotting par atrophie muqueuse utérine)

Effets secondaires des contraceptifs hormonaux

- Oestroprogestatifs : maux de tête dont migraines, irrégularité des saignements, sécheresse vaginale, irritabilité, modification de la libido, troubles digestifs, troubles cutanés (« boutons »), gonflement (œdème), augmentation ou diminution de poids, arrêt des règles, douleurs pendant les règles, tension et écoulement au niveau des seins.

Risques (surtout les dernières générations, à base de drospirénone, préférer les mini dosées) : Thrombose ou caillot sanguin et cancer du sein.

*Thrombose veineuse (caillot) avec phlébite et embolie pulmonaire (grave, risque mortel)

*AVC surtout associé au tabac, alcool, diabète.

*Infarctus du Myocarde

*Cancer du sein surtout, et aussi cancer du col de l'utérus et du foie (COP classé cancérogène par le CIRC en 2005) et pourtant protège du cancer de l'ovaire, de l'endomètre et du colon/rectum !

- Progestatifs purs : saignements imprévus, absence totale de règles, acné, modification de l'humeur, diminution de la libido, prise de poids.

Pas de risque de thrombose (caillot sanguin)

La contraception d'urgence

« La pilule du lendemain » délivrée sans prescription depuis 2015

Elle a pour but de retarder l'ovulation **MAIS ne l'empêche pas !**

Pour les mineures, elle est gratuite, anonyme, sans ordonnance, délivrée sur simple demande orale (pharmacie, centre de planification, infirmière scolaire).

Pour les plus de 18 ans, délivrée en pharmacie sans ordonnance, remboursée par la sécurité sociale.

Gratuite dans les centres de planification (centre de santé sexuelle aujourd'hui).

Efficacité variable selon **la précocité de la prise.**

Ne protège pas d'une nouvelle conception, se protéger par préservatifs et continuer sa contraception jusqu'aux nouvelles règles.

Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise de la pilule du lendemain (si positif, recours à l'IVG)

Les molécules :

- Le lévonorgestrel un comprimé de 1,5 mg à prendre au maximum, dans les 72h suivant le rapport à risque.
- L'ulipristal acétate 30 mg (molécule anti-progestérone), seule molécule commercialisée en France dans l'indication de la contraception d'urgence depuis 2009.

Il s'agit d'un comprimé unique à prendre le plus tôt possible après un rapport sexuel à risque de grossesse et jusqu' à 5 jours après le rapport.

Le DIU au cuivre (stérilet) placé dans les 5 jours est spermicide et empêche la nidation, de plus c'est un contraceptif pour 5 ans.

La Contraception masculine :

Contraception définitive : vasectomie, se fait en ambulatoire, spermogramme à 3 mois (azoospermie), ne touche pas la virilité !

En nette progression, aujourd'hui 3 vasectomies pour 2 stérilisations féminines.

Contraception mécanique : préservatifs.

Contraception hormonale : pilule à l'essai aux USA, résultats prometteurs, mise sur le marché 2029 probable.

IVG

Définition : interruption volontaire de grossesse par expulsion de l'embryon.

Il y en a 200 000 / an en France (chiffre stable)

Ce n'est pas un moyen de contraception

Elle peut être faite **quel que soit l'âge**, elle peut être rendue anonyme.

Consentement écrit mais plus de délai de réflexion (rester dans délai légal).

Les frais sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie **sans avance de frais pour les mineures.**

La loi VEIL sur l'IVG a été promulguée le 17 janvier 1975, elle rend légale l'IVG (avant on parlait d'avortement clandestin).

Loi votée fin 1982 : remboursement IVG par la sécurité sociale.

Loi 4 juillet 2001 : délai pour pratiquer une IVG porté à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée), les mineures sont dispensées de l'autorisation des parents, facilitation de l'avortement médicamenteux.

Loi du 2 mars 2022 : le délai limite est de 14 semaines de grossesse (16 semaines aménorrhée)

8 mars 2024, le droit à l'IVG est inscrit dans la constitution française.

L'IVG instrumentale :

Se fait en milieu hospitalier sous anesthésie locale du col ou sous anesthésie générale selon le cas (consultation pré anesthésique) par médecin ou sage-femme qualifiés. Asepsie rigoureuse du fait du risque infectieux.

Peut se faire jusqu'à 16 semaines après la date de début des dernières règles (16 semaines d'aménorrhée).

- **Dilatation du col** par comprimé de mifépristone (anti-progestérone) 24 à 48h avant l'aspiration ou de misoprostol (prostaglandines) 3 à 4h avant ou encore par un ovule vaginal de Gemeprost 3h avant.
- **Aspiration** : le médecin introduit un tube dans le col utérin et aspire.

Cela dure 10 mn, mais une surveillance de quelques heures est nécessaire avant une sortie accompagnée souhaitable.

L'IVG médicamenteuse :

Lors d'une consultation avec médecin ou sage-femme, ou bien délivrée pharmacie après téléconsultation.

Peut se faire jusqu'à 9 semaines après la date des dernières règles (2 mois de grossesse), possible à domicile et aussi dans un centre de santé sexuelle (centre de planification).

Elle comprend deux médicaments :

- Anti-progestérone (mifépristone) arrête la grossesse et dilate le col.
- Prostaglandine (misoprostol) 24 à 48h plus tard, il provoque contractions et expulsions de l'embryon entre 3h et 72h après la prise du médicament.

Taux d'échec de 5%, recours à l'IVG chirurgicale. Il faut savoir que le misoprostol (prostaglandine) est tératogène = malformations fœtales.

Douloureux, risque hémorragique, nausées, vomissements, diarrhée, les symptômes doivent cesser rapidement, sinon consulter le corps médical.

Fausses couches spontanées (FCS)

Définition

La fausse couche est une interruption spontanée de grossesse qui survient au cours des 5 premiers mois de grossesse.

Elle se manifeste par des saignements vaginaux accompagnés de douleurs dans la partie basse du ventre (fortes douleurs de règle).

Ces symptômes doivent conduire à consulter un médecin.

Dans certains cas, un traitement est nécessaire (curetage).

Causes

Fausse couche isolée : un bilan médical inutile le plus souvent

Le risque de fausse-couche augmente avec l'âge : à 25 ans, il est de 12 % par cycle et de 50 % à 42 ans.

La cause d'une fausse couche isolée est rarement recherchée.

Elle est due le plus souvent à une anomalie de développement du fœtus.

Selon l'hypothèse la plus probable, l'embryon présenterait des **anomalies chromosomiques** qui stopperaient son développement normal et aboutiraient à son expulsion.

Fausses couches à répétition : un bilan indispensable

Un bilan médical recherche la cause de ces interruptions répétées de grossesse.

Les causes les plus fréquentes sont :

- Des malformations de l'utérus : utérus cloisonné, utérus malformé chez les femmes ayant été exposées in utero au Distilbène® ... ;
- Une anomalie de la cavité utérine : polypes, fibrome, ou adhérences cicatricielles...
- Des anomalies génétiques : anomalies chromosomiques du couple, de l'embryon...;
- Des perturbations hormonales : insuffisance de sécrétion de progestérone après l'ovulation, syndrome des ovaires polykystiques, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, diabète... ;
- Des anomalies de la coagulation sanguine et en particulier le syndrome des antiphospholipides, maladie auto-immune, caractérisée par la survenue de caillots de sang dans les vaisseaux (placenta)

Des facteurs favorisants peuvent s'ajouter : l'obésité, le tabagisme, une consommation excessive de café, d'alcool ou de drogues, une exposition à des pesticides, une anémie par carence en vitamine B9 ou B12...Un grave traumatisme physique...

La cause des **fausses couches répétitives** n'est pas toujours trouvée.

Maladies sexuellement transmissibles (MST)

Il n'y a pas toujours des symptômes !

Risque de stérilité, fausse couche, grossesse extra utérine, cancer (col/HPV) et même décès (rare, hépatite B)

Papilloma virus (HPV) Il y a un risque de cancer du col utérin.

Actuellement on vaccine (Vaccin Gardasil) les pré-adolescents fille et garçon de préférence entre 11 et 14 ans, 2 doses espacées de 5 à 13 mois.

VIH (virus) malheureusement en augmentation surtout chez les jeunes (préservatif pas toujours présent !).

Le dépistage se fait après un rapport douteux quant au partenaire.

Il faut mettre en place un traitement d'urgence TPE (traitement post exposition) le plus tôt possible (4 à 48h) après le rapport, dans un centre spécialisé pour cette prise en charge ou aux urgences hospitalières, la nuit en particulier : trithérapie pendant 1 mois, prises de sang répétées pendant 3 mois.

L'herpès génital (virus)

Symptômes : éruption vésicules, **douloureux**, surtout lors de la primo infection.

Diagnostic pas toujours évident cliniquement, surtout lors des récurrences.

Évolue par crises.

La sérologie (identification par les anticorps) n'est pas fiable (pas spécifique et faux positifs ou négatifs).

Traitement par Valaciclovir ou Zélitrex (anti viral), pris le plus tôt possible pendant 5 j, il atténue les lésions.

En cas de crises fréquentes, on prend le remède chaque jour pendant 6 mois à 1 an, pour soulager **mais le virus persiste dans l'organisme à vie.**

Prévention : les préservatifs

L'hépatites B (virus) se prévient par le vaccin chez le bébé de préférence, voire chez l'adolescent (3 injections valable pour 25 à 35 ans).

En cas de contamination, dans 80% des cas, pas de symptômes, mais risque de passage à l'hépatite chronique pouvant évoluer vers cirrhose du foie voire un cancer.

Il y a 2% de cas mortels, en phase aigüe (ictère, destruction cellules hépatiques).
Un traitement est à l'étude, sinon pas de traitement spécifique, on traite les symptômes.

Syphilis (bactérie) : 20 cas/an/100 000 habitants.

Diagnostic lors d'un dépistage systématique.

Rarement lors de complications (Dès 5 ans après l'infection).

Traitement par une pénicilline retard sur 1 mois.

Gonorrhée (bactérie) écoulement, douleurs, diagnostic par prélèvement à l'écouvillon (gonocoques). Traitement par antibiotiques Céphalosporine par injection.

Risque infertilité et GEU.

Chlamydiae (bactéries)

Passe inaperçu souvent.

Symptômes (Ecoulement, douleurs pendant les rapports notamment).

Risque infertilité ou GEU.

Diagnostic par PCR identification de l'ADN de la bactérie sur les sécrétions prélevées.

Traitement par antibiotiques adaptés (doxycycline ou azithromycine)

Trichomonase (écoulement purulent + /- douleurs), **parasite** traité par le metronidazole ou le tinidazole, 2g une seule dose orale.

Pour toutes les MST : Importance des dépistages (poly partenariat, homosexualité masculine, doute sur la fiabilité et fidélité du partenaire, symptômes évidents ...).

Importance du traitement du partenaire si on est porteur d'une MST.

Endométriose (ou adénomyose)

Longtemps méconnue, banalisée et fréquence sous-estimée.

L'endométriose concernerait environ **10 % des femmes** en âge de procréer dans le monde, et **1,5 millions de françaises (source OMS)**.

Le **retard de diagnostic** lié à la maladie serait de **7 ans**.

30 à 40 % des femmes avec une endométriose présentent des **troubles de la fertilité**.

Définition :

Présence de fragments d'endomètre, la muqueuse interne de l'utérus, en dehors même de cet organe.

Les lésions peuvent être retrouvées dans le péritoine, les ovaires, le rectum, les intestins... Et même les poumons !

Les lésions réagissent aux variations hormonales liées aux cycles menstruels, les saignements se produisent là où sont installées les lésions d'endométriose.

Elles provoquent une réaction inflammatoire et forment des cicatrices (adhérences).

Symptômes :

Le principal symptôme de l'endométriose est la **douleur au niveau du pelvis**.

Celle-ci est le plus souvent corrélée au cycle menstruel, mais parfois elle est continue.

Certaines femmes ressentent également des **douleurs lors des rapports sexuels** (dyspareunie), lors de la **défécation** (aller à la selle) ou de la **miction** (uriner), majoritairement en période de règles.

L'endométriose peut évoluer, provoquant des **douleurs de plus en plus importantes** au fur et à mesure du temps.

D'autres signes plus discrets peuvent se manifester, comme la présence de **sang dans les urines ou les fèces** (selles), des **nausées** et des **vomissements**.

L'endométriose est aussi vectrice d'**infertilité** (inflammation chronique, adhérences sur ovaires, dans trompes...),

Certaines **formes asymptomatiques** ne sont découvertes qu'au moment d'un bilan d'infertilité.

En outre, des **fausses couches** et des **retards de croissance** du fœtus peuvent avoir lieu.

Diagnostic :

Il repose d'abord sur un **interrogatoire clinique**, description des douleurs, leurs liens avec le cycle menstruel.

En deuxième intention, lorsque le diagnostic est incertain, **une échographie endovaginale** ou **une imagerie par résonance magnétique (IRM)** peut être réalisée.

Enfin, tout récemment, **un test salivaire** appelé **Endotest** a été mis au point pour dépister la maladie.

Ce test est particulièrement adapté lorsque l'examen clinique et l'imagerie sont discordants.

Traitement :

Médicaments : pilules et antalgiques.

Les traitements hormonaux (blocage du cycle menstruel) : plusieurs types de **contraceptifs** peuvent être prescrits, par exemple des œstroprogestatifs ou des microprogestatifs oraux.

Des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés en complément

L'intervention chirurgicale

En cas de douleurs trop importantes et d'inefficacité des traitements hormonaux, une **chirurgie** peut être envisagée.

Il consiste à **retirer les zones** où les cellules de l'endomètre se sont logées.

L'aide à la procréation

En cas de désir de grossesse et face à une **infertilité**, une **assistance médicale à la procréation** (PMA) peut être proposée.

Cette prise en charge passe par la **stimulation ovarienne** pour les endométrioses légères à modérées, ou par la **fécondation *in vitro*** pour les endométrioses plus importantes.

La recherche :

Étudier les facteurs de risque génétiques de l'endométriose

Ils s'intéressent non seulement aux gènes, mais aussi aux **facteurs épigénétiques** (mécanisme d'expression des gènes qui se modifie)

Ces travaux pourraient améliorer le diagnostic et favorisent également l'élaboration de **nouvelles thérapeutiques**.

Analyser les causes non génétiques de l'endométriose

On a longtemps incriminé les **menstruations rétrogrades**, c'est-à-dire du sang qui, durant les règles, atteint la cavité péritonéale via les trompes utérines.

Ce phénomène existe cependant chez 90 % des femmes, alors que seulement 10 % souffrent d'endométriose !

Des équipes de recherche travaillent sur le **microbiote intestinal**, qui serait capable de moduler les taux d'œstrogènes, donc d'influencer l'endométriose.

D'autres équipes se penchent sur le **contexte immunologique** de la maladie.

Ils tentent de comprendre pourquoi les cellules immunitaires ne bloquent pas l'implantation d'endomètre en dehors de l'utérus, ou comment l'**inflammation chronique** caractéristique de la maladie se met en place.

Des travaux portent aussi sur l'exposition aux **polluants** (comme la dioxine et certains pesticides) et aux **perturbateurs endocriniens**.

Différentes substances présentes dans l'environnement interagissent en effet avec le système hormonal, induisant des déséquilibres néfastes pour l'organisme.

En matière d'hormones, **celles produites par la thyroïde** émergent comme une piste sérieuse jouant un rôle clé dans le développement de l'endométriose.

Enfin, les chercheurs s'intéressent également à la **concomitance** entre l'endométriose et les maladies chroniques inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique = RCU).

Améliorer le diagnostic de l'endométriose

Des avancées sont attendues dans le domaine de l'**imagerie**, évitant la réalisation de biopsies trop invasives.

Depuis le début de l'année 2025, l'**Endotest (révèle les biomarqueurs)**, est pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre d'une expérimentation nationale. Ce **test salivaire systématisé** pourrait révolutionner le diagnostic, traditionnellement long et difficile, en facilitant l'accès à un **dépistage précoce**.

Mieux prendre en charge la douleur

La **neurostimulation transcutanée (TENS)** dans la prise en charge de la douleur provoquée par l'endométriose est à l'étude.

Cette approche consiste à court-circuiter le message douloureux par la délivrance cutanée de faibles décharges électriques.

Des recherches explorent par ailleurs l'utilisation de **dérivés du cannabis** pour soulager les douleurs chroniques, la dysménorrhée et la dyspareunie.

Développer de médicaments (Recherche)

La **molécule PBRM** suscite de l'intérêt, car elle inhibe de façon sélective l'activité d'une enzyme indispensable à la production d'œstradiol (hormone qui intervient dans l'endométriose)

Le **dichloroacétate** est un autre composé étudié pour cibler le métabolisme des cellules atteintes par la maladie.

Optimiser la chirurgie et la qualité de vie des patientes

La recherche s'attache enfin à développer de **nouvelles techniques chirurgicales** et des robots pour améliorer la prise en charge de l'endométriose

La pathologie pouvant entraîner des **risques de fausses couches** et des retards de croissance du fœtus, les conséquences néfastes de l'endométriose sur la procréation sont également passées au peigne fin en vue de mieux **accompagner les désirs de grossesse (PMA)**

Cancers

Cancer du col utérin : Causé par le papilloma virus ou HPV.

Il existe à présent un vaccin préventif chez les pré-ado de 11 à 14 ans des 2 sexes.

Un frottis vaginal doit être fait dès les premiers rapports sexuels, tous les 3 ans si pas de lésion.

Si atteinte identifiée, surveillance clinique voire conisation du col utérin (on ôte les

zones infectées).

L'âge médian de découverte du cancer du col est de 55ans

Cancer du sein

Surveiller particulièrement les femmes à risque génétique (cancer de la mère, tante, sœur) : palpation, mammographie, échographie +/- IRM (si doute) dès 40ans.

Si lésion, on fait une biopsie.

Le plus souvent découverte d'une masse à la palpation ou à la mammographie/Echographie

Mammographie tous les 2 ans systématique entre 50 et 74 ans (AGIDECA) pour les femmes asymptomatiques et sans risque (le cancer du sein augmente nettement dans cette tranche d'âge). L'âge médian de découverte est de 64 ans.

Cancer de l'ovaire

Survient le plus souvent après 65 ans, sensation de masse pelvienne, métrorragies **après la ménopause**. Diagnostic par échographie.

Souvent dépisté tardivement. 45% de survie à 5 ans en moyenne.

Cancer de l'endomètre

Métrorragies après la ménopause, douleurs pelviennes, âge moyen 68 ans, celui qui se guérit le mieux selon le stade initial.

Diagnostic par biopsie de l'endomètre (au cabinet).

Surveillance gynécologique

Recommandée :

Frottis tous les 3 ans, si pas d'anomalie détectée, dès le début de l'activité sexuelle.

Mammographie si pas de risque familial et pas de symptômes, tous les deux ans dès 50 ans (certains praticiens, font passer une mammographie systématique à 40 ans)

Toucher vaginal et pose de speculum doivent être acceptés par la patiente.

(Il existe un spéculum dit de vierge)

Cas du vaginisme (primaire et secondaire), risque de suicide, de décompensation psychiatrique en cas de non-consentement.

Virginité, pas de frottis avant premier rapport sexuel

Consentement de l'acte intrusif, respecter l'intimité du déshabillage (paravent par exemple) ne faire dénuder que la partie examinée et ce, progressivement.

Palpation des seins, mammographie doivent être acceptées et sans équivoque.

Gestes brusques sont à bannir, ceux à connotation sexuelle également.

Sexisme, réflexions sexistes intolérables ou sur l'aspect physique (poids par exemple)

Anesthésie refusée pour certains actes douloureux inacceptable

Vie de couple

Qu'est-ce qu'un couple ?...

En sexologie, on parle couple après 6 mois de relation suivie...

Le consentement à la relation sexuelle est nécessaire au sein du couple

Le viol « conjugal » est reconnu depuis septembre 1990 (cour de cassation), l'agression sexuelle au sein du couple est un délit condamnable.

Violences conjugales (psychologiques : humiliation par exemple, dévalorisation, privations diverses, physiques : séquestration, coups...

Féminicides 1 tous les 3 jours)

Prévention : informer les femmes, former la police et la gendarmerie à recevoir les femmes qui portent plainte, améliorer la prise en charge et la protection des femmes menacées.

Prévention

Vues ci-dessus pour les rubriques concernées

