

# Ménopause et Sexualité

PAR BRIGITTE LETOMBE, GYNÉCOLOGUE, HÔPITAL JEANNE DE FLANDRE - CHU LILLE

## RÉSUMÉ

La santé sexuelle fait partie de la santé globale et doit être appréciée par les médecins cela d'autant qu'existent des dysfonctions sexuelles féminines dont la fréquence et la répercussion sur la vie personnelle peuvent s'aggraver avec l'avancée en âge et l'installation de la ménopause.

Si la sexualité est bien sûr influencée par des facteurs biologiques hormonaux (notamment l'hypoestrogénie) elle l'est aussi et surtout par des facteurs psychologiques, sociaux-culturels et relationnels. En plus des solutions thérapeutiques que nous avons à apporter pour améliorer le confort des relations sexuelles, il faut savoir interroger, écouter, informer, dédramatiser, apprécier le rôle du partenaire et faire accepter les nouveaux rythmes du corps, tout en renforçant l'estime de soi des femmes de plus de 50 ans.

### MOTS-CLÉS

Concept de santé sexuelle, Dysfonctions sexuelles féminines (DSF), Atrophie vulvo-vaginale/Syndrome génito-urinaire de la ménopause (AVV/SGM).

## SUMMARY

### Sexual well-being after Menopause

Health-care practitioners need to broach the topic of sexuality in the clinical setting because sexual well-being frequently declines with age and menopause transition. The physiological changes, sex hormone insufficiency and postmenopausal symptoms (such as dyspareunia), are primary factors contributing to female sexual dysfunction FSD at midlife but other non-biologic factors can strongly impact women's overall sexual experience. Psychosocial factors are important in determining sexual function after menopause (anxiety, depression, other relationship changes including conflict in family but also sexual and health of partner) at last above all woman's attitude about menopause. We have to treat the vulvo-vaginal atrophy to improve sexual comfort but we have also to question, listen, inform and to play down the importance of menopause and to strengthen self-esteem of women about fifty.

### KEYWORDS

Sexual well-being, Female Sexual Dysfunctions (FSD), Vulvo vaginal atrophy/Genitourinary Syndrom (VVA/GSM).

**S**i au XVIII<sup>e</sup> siècle seulement 30 % des femmes atteignaient l'âge de la ménopause, aujourd'hui c'est 90 % des femmes qui l'atteignent, ce sont 400 000 nouvelles femmes chaque année et 11 millions de femmes sont ménopausées en France.

L'accroissement de l'espérance de vie permet à une femme de 50 ans aujourd'hui d'espérer vivre encore 35 ans soit pratiquement autant de temps ménopausée que de temps de période d'activité génitale soit 1/3 de son existence.

Or la sexualité est un élément important de la vie des hommes et des femmes quel que soit l'âge.

Si Simone de Beauvoir écrivait dans *La vieillesse* <sup>[1]</sup> en 1970 : « *La personne âgée sous la pression de l'opinion, se plie à l'idéal conventionnel qui lui est proposé. Elle craint le scandale ou simplement le ridicule. Elle intériorise les consignes de décence, de chasteté imposées par la société. Ses désirs mêmes lui font honte, elle les nie : elle refuse d'être à ses propres yeux un vieillard lubrique, une vieille dévergondée. Elle se défend contre les pulsions sexuelles au point de les refouler dans l'inconscient* », heureusement au XXI<sup>e</sup> siècle la ménopause ne sonne plus le glas de la sexualité ni de la féminité pour la « génération pilule » et les seniors imposent un regard nouveau sur leur sexualité comme le montrent les grandes enquêtes internationales <sup>[2]</sup>.

Des études récentes montrent bien que sur ces vingt dernières années la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction sexuelle ont augmenté chez les femmes de plus de 50 ans <sup>[3]</sup>.

Quoi qu'il en soit lors de la période ménopausique, en plus de l'hypoestrogénie, la femme doit faire face à nombre

de facteurs qui se conjuguent pour avoir un impact potentiel sur sa qualité de vie et sa sexualité. Si certaines femmes s'enhardissent et osent nous en parler, beaucoup avouent qu'elles espèrent que ce soient les professionnels de santé qui les interrogent spontanément sur cet aspect sexuel de leur qualité de vie <sup>[4, 5]</sup>.

La ménopause est une étape très particulière dans la vie d'une femme, moment d'extrême fragilité où la relation aux enfants, aux parents, au sexe opposé est en pleine mouvance. C'est le temps des changements professionnels, voire de la retraite, du départ des enfants, des modifications corporelles accompagnant l'arrêt des règles. Cette période de changements, de pertes, de dévalorisation (encore souvent lue dans le regard des autres) est une période de crise qui s'accompagne d'un sentiment de danger, d'urgence du temps qui passe, d'urgence à utiliser le temps qui reste ; « *c'est le moment où jamais* » <sup>[6]</sup>. Chaque femme, face à ces changements de repères, devra mobiliser ses capacités adaptatives et réagira différemment en fonction de sa structure mentale et de son vécu pour lutter dans une société qui, même si elle s'en défend, supporte encore mal la « maturité » et la vieillesse, synonymes toujours de chute de performance voire de déchéance.

**C'est dans ce contexte que doit s'insérer une consultation spécifique de la ménopause propice à l'instauration d'un dialogue sur tout cet environnement et notamment sur la Santé Sexuelle.**

Le concept de **Santé Sexuelle** est de plus en plus présent dans la sphère médicale, considéré comme un domaine à

part entière de la santé générale et du bien-être psychique et physique. Il a été défini en 1975 par l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.* »

Redéfini en 2002 comme « *l'expérience d'un processus continu de bien-être sexuel physique, psychologique et socio-culturel : la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou de d'infirmités* »<sup>[17]</sup>. La place et le rôle des médecins dans la prise en charge de la santé sexuelle sont rappelés dans la déclaration de principe de la SOGC (counseling sur la santé sexuelle offert par les médecins)<sup>[18]</sup>.

« *La santé, les connaissances, l'information et le traitement en matière de sexualité sont des composantes importantes de l'exercice de la médecine. Les médecins doivent considérer que l'évaluation de la santé sexuelle des patientes et de leurs besoins fait partie intégrante des soins à offrir* »<sup>[19]</sup>.

Le rôle du médecin est là majeur pour rassurer, autoriser, dédramatiser, expliquer la physiologie des phénomènes de vieillissement. La ménopause, responsable d'une carence estrogénique, peut entraîner tôt ou tard, au sein de la symptomatologie climatérique, des troubles génitaux et autres plus ou moins sévères qui peuvent retentir sur la réponse sexuelle même si ces dernières sont plus souvent dues à une anticipation et des représentations négatives qu'à des effets biologiques ou hormonaux pour lesquels existent de toute façon des thérapeutiques. Déjà la verbalisation du diagnostic de ménopause peut chez certaines femmes déclencher comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein » et faire prendre conscience brutalement du processus de vieillissement jusque-là totalement éludé. L'hypoestrogénie et sa symptomatologie climatérique parfois s'ajoutent à l'avancée en âge et à la nécessité d'apprivoiser et d'appréhender ce corps qui vieillit avec l'apparition en plus de certaines pathologies chroniques (cardio-vasculaire, rhumatologique) limitant l'activité physique, nécessitant la mise sous traitement au long cours pouvant altérer l'estime de soi, avec la perception aiguë d'une baisse de pouvoir de séduction.

La dysfonction sexuelle peut d'ailleurs être un des premiers symptômes de ces maladies chroniques (dépression, pathologies cardio-vasculaires, incontinence urinaire) et leurs thérapeutiques spécifiques l'aggraver comme les antidépresseurs<sup>[10]</sup>.

## DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES (DSF)

La plupart des études s'intéressant aux dysfonctions sexuelles montrent qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes<sup>[11]</sup>.

Le modèle de la réponse sexuelle en quatre phases de Master et Johnson est la base de la classification du DSM-IV avec donc quatre catégories majeures de dysfonctions<sup>[12,13]</sup>.

- Troubles du désir/intérêt (incluant l'HSDD et l'aversion sexuelle);
- Troubles de l'excitation (lubrification);
- Troubles de l'orgasme;
- et enfin, douleurs incluant dyspareunie et vaginisme.

Doivent y être ajoutées la détresse et les difficultés relationnelles que ces difficultés sexuelles créent avec répercussion sur la qualité de vie<sup>[14]</sup>.

À noter que Rosemary Basson<sup>[15]</sup> propose aussi de remplacer le modèle linéaire désir-excitation-orgasme par un modèle circulaire où le désir pourrait survenir secondairement comme conséquence plutôt qu'en initiation de l'activité sexuelle.

## PRÉVALENCE DES DSF ET ÂGE

Elle varie de 20 à 50 % tout âge confondu<sup>[9]</sup>. Nombre d'études rapportent pour les femmes de 40 ans et plus des prévalences de 33 %<sup>[16]</sup> à 51 %<sup>[17]</sup>.

Ces prévalences varient largement en fonction des DSF étudiées pour les troubles du désir, cela va de 6 à 43 %<sup>[18, 19, 20]</sup>, pour les troubles de l'orgasme de 23 à 34 %<sup>[13, 14]</sup>, pour l'atrophie vulvo-vaginale (SGM) 40 à 63 %<sup>[21]</sup>.

En matière de sexualité ce sont les différentes définitions, méthodes d'étude, types de population étudiée (âge, transition ménopausique ou ménopause installée), d'instruments employés (validés ou non) ainsi que l'utilisation ou non de la détresse personnelle en conséquence qui expliquent ces grosses variations de chiffres.

L'impact de l'âge sur la fonction sexuelle et sur les DSF a été étudié dans la revue de la littérature par Hayes et Dennerstein : si avec l'âge existe une baisse de la fonction sexuelle, spécifiquement au niveau du désir, de l'intérêt sexuel et de la fréquence de l'orgasme<sup>[22]</sup>, de façon évidente il est à noter que le niveau de détresse lié à ces difficultés lui reste stable. Globalement, si l'on s'en tient à l'activité sexuelle il semble que 75 % des femmes de 40 à 69 ans se déclarent sexuellement actives dont 2/3 se disent satisfaites ce qui correspond au même taux que les plus jeunes femmes.

Dans l'enquête de Laumann réalisée sur 26 000 personnes entre 40 et 80 ans dans 29 pays, 79 % des hommes et 65 % des femmes de 60 à 69 ans estiment que la sexualité reste importante pour eux et c'est toujours important pour 64 % des hommes et 37 % des femmes de 70 à 79 ans. La même enquête confirme la fréquence des rapports sexuels toujours importante à cet âge, 70 % des hommes et 64 % des femmes pensent que la capacité sexuelle diminue avec l'âge, mais lorsque les auteurs les interrogent sur l'âge auquel cela se produira les réponses sont les suivantes : les 40-49 ans disent « *entre 60 et 69 ans* », les 50-59 ans « *à partir de 70 ans* » et les 60-69 ans « *à partir de 75 ans* » : donc toujours pour la décennie suivante !

Une enquête récente sur 3 005 hommes et femmes aux USA montre que 73 % des 57-64 ans, 53 % des 65-74 ans et 26 % des 75-85 ans ont une activité sexuelle, le facteur déterminant étant la présence de problèmes de santé. Une des raisons les plus fréquentes d'inactivité sexuelle pour les femmes de cette étude étant un problème de santé masculin (64 %) ou un manque d'intérêt sexuel (51 %) <sup>[14]</sup>. Ce qui corrobore les conclusions déjà anciennes de Pfeiffer et al. <sup>[23]</sup> qui montraient que l'arrêt de la sexualité se situant à 60 ans pour les femmes et 68 ans pour les hommes était imputable surtout au conjoint et non à l'épouse.

Quand même, force est de constater qu'il existe une évolution comme l'a montré récemment Beckman et al. <sup>[24]</sup> dans une population de 1 506 adultes (946 femmes et 560

hommes) suivis entre 1971 et 2001 : les septuagénaires de 2000 sont 54 % à avoir eu une activité sexuelle dans l'année écoulée alors qu'ils étaient 30 % en 1971, chez les femmes mariées le taux est passé de 38 à 56 %, chez les femmes célibataires de 1 à 12 %. À signaler une fréquence de divorces et nouveaux couples qui augmente parallèlement à la satisfaction sexuelle. Ce qui doit nous rappeler que si la carence estrogénique entraîne tôt ou tard au sein de la symptomatologie climatérique des troubles génitaux et autres plus ou moins sévères retentissant sur la réponse sexuelle, bien d'autres facteurs non hormonaux interviennent aussi sur la sexualité et doivent être pris en compte : l'âge et le vieillissement du corps, le couple ancien et son usure ou au contraire nouveau avec ses découvertes, les facteurs psychologiques personnels existentiels, les facteurs socioculturels. Interviennent le regard de l'autre « *l'homme voit dans sa partenaire le reflet de son propre vieillissement et accepte la cinquantaine de sa femme s'il s'accepte vieillissant* »<sup>[25]</sup> mais aussi le propre regard de la femme sur ce corps qu'elle doit continuer d'investir.

C'est ainsi, dès la quarantaine, qu'il faudra insister sur la surveillance du poids, la nécessité d'augmenter ou au moins débiter une activité physique pour lutter contre la perte musculaire et la prise de poids. Car il est vrai qu'une personne qui vieillit et ne se sent plus désirable peut voir son désir sexuel se bloquer. Mais si elle prend soin d'elle et continue à aimer son corps et le plaisir qu'il peut lui apporter, si elle sait apprécier l'intimité des corps, le désir persiste à 80 ans et plus. Nombreuses sont les femmes qui ont besoin d'un véritable « coaching » dans notre société où le jeunisme prédomine.

Sur le plan purement sexuel, il faut expliquer que le corps vieillissant réagit différemment et qu'il nécessite plus de stimulation pour ne pas s'alarmer de modifications dans la réponse sexuelle<sup>[26]</sup>. Sexuellement, il faut savoir accepter l'évolution inéluctable du « ce n'est plus comme avant » et découvrir et apprendre à fonctionner avec un corps qui change.

À nous, médecins, de diffuser suffisamment tôt l'information pour que ces modifications, sources d'interrogations, ne conduisent pas à confondre évolution normale et pathologie pouvant aboutir à l'arrêt de toute activité sexuelle, dans le silence souvent.

**Existe-t-il un « syndrome dépressif » spécifique de la ménopause** qui doublerait la prévalence des difficultés sexuelles ?<sup>[27]</sup> Ces troubles psychoaffectifs ne sont-ils pas tout simplement la résultante des modifications de l'environnement, de l'âge, ou des événements de vie ? Certaines études supportent un rôle de l'hypoestrogénie<sup>[28]</sup> d'autant qu'existent des récepteurs estrogéniques au niveau du tronc cérébral et, plus haut, au niveau du système limbique et qu'un THM peut avoir parfois un effet spectaculaire sur la symptomatologie dépressive surtout en transition ménopausique<sup>[29]</sup>. D'autres, toutefois, y voient peu de liens ou le nient au contraire, mettant en évidence que ce sont surtout des éléments psychosociaux (dont le statut sexuel antérieur, les sentiments pour le partenaire) qui interfèrent beaucoup plus sur le sentiment de bien-être que les changements endocriniens de la ménopause<sup>[30]</sup>. Pour d'autres, enfin, la dépression à la ménopause est essentiellement liée à des antécédents dépressifs antérieurs<sup>[11,31]</sup>.

Il est par ailleurs bien connu que les thérapeutiques anti-dépressives (SSRI ou SNRI) ont un impact négatif sur la réponse sexuelle<sup>[32]</sup>. Ce qui est loin d'être négligeable dans une ambiance « anti-THM » où l'on prescrit bien trop largement ces thérapeutiques pour une symptomatologie vasomotrice trop bruyante.

Sur le plan purement sexuel, le partenaire (souvent du même âge) doit s'adapter à la baisse de libido, à une certaine lenteur à l'excitation et à l'orgasme de sa partenaire, or lui aussi commence à douter de ses performances. Il se remet alors en question face à l'absence de réaction de la part de sa femme et, bien souvent, la peur de l'échec le conduit à abrégé les préliminaires amoureux, ce qui bien sûr accroît la mésentente conjugale. Quand ce ne sont pas ses propres conduites d'évitement, de crainte de « ne plus être à la hauteur » du fait d'une dysfonction érectile dont il a honte. S'installe alors le cercle vicieux dont on ne sortira que si l'un et l'autre s'adaptent et deviennent plus participatifs, attentifs à l'autre, plus actifs et n'hésitant pas à dispenser des stimulations plus directes<sup>[33]</sup>.

Le THM a incontestablement sa place, quand il est possible et accepté, dans la prise en charge du climatère associant symptomatologie vasomotrice et le syndrome génito-urinaire (SGM). Nombre d'études ont montré que l'administration d'E2<sup>[34,35]</sup> améliorerait la fréquence des rapports sexuels, le degré de satisfaction, la lubrification vaginale, la réduction de la dyspareunie même si dans leur interprétation il est incontestable que les utilisatrices d'hormonothérapie et les non-utilisatrices ont d'autres différences psycho sociologiques. Quoi qu'il en soit de nombreuses études cliniques ont mis en évidence que l'oestrogénothérapie restaurait un certain bien-être et une meilleure disponibilité psychologique et physique vis-à-vis de la sexualité. Les oestrogènes ont, en effet, un rôle fondamental sur le cerveau (action sur certains neurotransmetteurs (DA, NA, sérotonine), sur la qualité de vie par l'amélioration des bouffées vasomotrices, des sueurs nocturnes, du sommeil (effet domino) et sur les récepteurs spécifiques notamment génito-urinaires ; amélioration de la trophicité de la sensibilité et de la vascularisation clitoridienne, vaginale, urétrale, donc meilleure transsudation lubrification, confort sexuel, encore que dans la prise en charge du SGM ce sont surtout les estrogènes locaux qui sont efficaces<sup>[36]</sup>. À noter que la voie d'administration des estrogènes en cas de traitement systémique a un impact sur la SHBG et qu'incontestablement c'est encore la voie transdermique qu'il faut privilégier pour ne pas avoir d'effet délétère sur le taux d'androgènes circulant<sup>[37]</sup>.

Reste toujours la question de l'indication éventuelle d'une androgénothérapie supplémentaire dans la prise en charge de la baisse du désir sexuel avec détresse, des troubles de l'excitation et de l'orgasme ? Si la baisse des androgènes avec l'âge est incontestable, le taux nécessaire et suffisant de testostérone à une sexualité satisfaisante chez la femme est loin d'être connu. Certaines études randomisées ont mis en évidence un certain bénéfice de la supplémentation en testostérone chez les femmes ménopausées chirurgicalement<sup>[38, 39, 40]</sup> et même chez les femmes ménopausées naturellement<sup>[41, 42]</sup>.

Il n'en reste pas moins qu'en France il n'existe aucune AMM pour un apport en testostérone chez les femmes. La DHEA



quant à elle n'a pas fait la preuve de son efficacité en dehors d'insuffisance surrénalienne<sup>[43]</sup>. Resterait alors une place éventuelle dans ce cadre de la tibolone (progestatif norstéroïde avec métabolites actifs à effets estrogeniques et androgéniques).

Lorsqu'il ne s'agit que de traiter l'atrophie vaginale, de nombreuses options thérapeutiques existent, qu'il s'agisse de gels, ovules, crèmes, d'anneau à base d'estradiol, d'estriol, de promestriène associés ou non à des hydratants, lubrifiants (acide hyaluronique) sans nécessité d'adjonction de progestatif et à utiliser autant que nécessaire<sup>[44, 45]</sup>.

## CONCLUSION

La sexualité est bien sûr influencée par des facteurs biologiques hormonaux (notamment le SGM qui doit être recherché et être corrigé) mais aussi et surtout par des facteurs psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels : ce qui nécessite une disponibilité et un temps d'écoute indispensables. En plus des solutions thérapeutiques que nous avons à apporter pour améliorer le confort des relations sexuelles, il faut savoir interroger, écouter, informer, dédramatiser, faire accepter les nouveaux rythmes du corps, faire évoluer les scripts sexuels et privilégier peut-être l'émotionnel et l'affectivité plus que la performance. Les émotions, les fantasmes, l'imaginaire érotique n'ont pas d'âge.

Nous, médecins, devons être proactifs pour renforcer l'estime de soi des femmes à la cinquantaine dans ce XXI<sup>e</sup> siècle où étonnamment la ménopause est encore vécue si négativement : à 50, 60, 70 ans on peut être toujours belle, séduisante, attirante. •

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] De Beauvoir S., *La vieillesse*. Paris NRF Gallimard, 1970.
- [2] Laumann EO et al., *Sexual Problems Among Women and Men Aged 40-80 y: Prevalence and Correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours* IJR, Jan 2005 ; 17 (1) : 39-57.
- [3] Bajos N, Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France*. Ed. La découverte (2008).
- [4] Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingel C, Moreira Ed Jr., *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) investigators Group Sexual problems and associated help seeking behaviour patterns : results of a population-based Survey in France*. International Journal of urology 2009; 16,632-638.
- [5] Gott M., *Sexual health and the new ageing*. Age Ageing 35,106-107 (2006).
- [6] Lachowsky M., *Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses*. Age Santé Société, BergerLevrault 1999.70-85.
- [7] World Health Organization. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/>
- [8] Déclaration N° 139, décembre 2003 J Obstet Gynaecol Can 2003 ; 25 (12) : 1041.
- [9] Déclaration N° 139, décembre 2003 J Obstet Gynaecol Can 2003 ; 25 (12) : 1041.
- [10] Lewis RW Fugl-Meyer KS, Bosch R et al., *Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction*. J Sex. Med 2004 ; 1 : 35-9.
- [11] Shifren JI et al., *Sexual problems and distress in United States women : prévalence and corrélates*. Obstet Gynecol 2008 ; 112 (novembre (5)) : 970-8.
- [12] Anastasiadis A, Salomon I et al., *Femal sexual dysfunction : State of the art*. Curr. Urol. Rep. 3 ; 484-491 (2002).
- [13] Hatzimouratidis K, Hatzichristou D : *Sexual Dysfunctions : classifications and definitions*, J. Sex. Med. 2007 ; 4 (january (1)) : 241-50.
- [14] Basson R Berman J, Burnett A et al., *Report of the international consensus development conference on femal sexual dysfunction : definitions and classifications*. J Urol. 163 ; 888-895 (2000).
- [15] Basson R. *Human sex-response cycles*. J Sex. Marital Ther. 2001 ; 27 : 33-43.
- [16] Addis I, Van Den Eeden S et al., *Sexual activity and function in middle aged and older women*. Obstet Gynecol. 107 ; 755-764 (2006)
- [17] Castelo Branco C, Cancelo M, Villero J., *Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis*. Maturitas 52, 46-52 (2005).
- [18] Ferenidou F, Kapoteli V, Moisisdis K et al., *Prévalence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function*. J. Sex. Med. 5,631-639 (2008).
- [19] Lindau S, Shumm PP, Laumann E et al., *A study of sexuality and health among older adults in the USA*. N. Engl. J. Med. 357 ; 762-774 (2007).
- [20] Hayes R, Dennerstein L, Bennett C et al., *Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging*, Fertil Steril 87,107-112 (2007).
- [21] Di Bonaventura M et al., *The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among post menopausal women in the United States and Western Europe*. J Women's Health 2015 ; 24 : 713-22.
- [22] Hayes R, Dennerstein L., *The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women : a review of population-based studies*. J. Sex. Med. 2,317-330 (2005).
- [23] Pfeiffer E, Verwoerd A, Wang H., *Sexual Behaviour in aging men and women*. Arch Gen Psychiatry 1968 ; 19 : 753-8.
- [24] Beckman N, Waern M, Gustafson DC, Skoog I., *Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in swedish 70 year olds : cross sectional Survey of four populations, 1971-2001*. BMJ 2008 ; 337-379.
- [25] Lachowsky M., *Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses*. Age Santé Société, BergerLevrault 1999.70-85
- [26] Dupras A, Viens MJ., *L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontologie*, Sexologies 2008 ; 17 135-42
- [27] Schreiner-Engel P, Schiavi RC., *Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire*. J nerv Ment Dis 1986 ; 174 November (11) : 646-51
- [28] Bromberger J, Matthews K, Schott L et al., *Depressive symptoms during the menopausal transition : the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. J. Affect Disord 103 ; 267-272 (2007)
- [29] Gordon JL et al., JAMA Psychiatry. 2018 Feb ; 75 (2) : 149-57.
- [30] Dennerstein L, Hayes RD., *Confronting the challenges : epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause*. J Sex Med 2005 ; 2 : 118-132.
- [31] Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lebert P Burger HG. *The menopausal transition : a 9 - year prospective population-based study*. The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climateric 7,375-389 (2004).
- [32] Clayton A, Keller A, McGarvey EL., *Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs*. J Affect Disord 2006 ; 91 March (1) : 27-32.
- [33] Ribes G. *Impuissance du couple ou couple impuissant*. Cah Sexol Clin. 1999 ; 25,142 : 37-39.
- [34] Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattson LA., *Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy ? a double blind placebo controlled study in postmenopausal women*. Acta Obstet. Gynecol. Scand 1993,72 ; 656-660.
- [35] Scherwin BB., *Effets des stéroïdes sexuels sur les mécanismes cérébraux se rapportant à l'humeur et la sexualité*. In Lorrain J, Plouffe L, Ravnkar V et al. *La ménopause*. Paris Maloine 1995 : 313-318.
- [36] Nappi RE, Polatti F., *The use of estrogen therapy in women's sexual functioning (CME)*. J Sex. Med. 6 (3), 603-616 (2009).
- [37] Hugh S., Taylor, *Effects of Oral vs Transdermal Estrogen Therapy on Sexual Function in Early Postmenopause*. Ancillary Study of the Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS) Jama Intern Med. 2017 ; 177 (10) : 1471-1479.
- [38] Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al., *Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women : a randomized trial*. Obstet Gynecol 2005 ; 105 : 944-52.
- [39] Simon J, Braunstein G, Nachtigall L et al., *Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder*. J Clin. Endocrinol. Metab 2005 ; 90 : 5226-33.
- [40] Nachtigall L, Casson P, Lucas J et al., *Safety and tolerability of testosterone patch therapy up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral and transdermal estrogen*. Gynecol Endocrinol 2011 ; 27 : 39-48.
- [41] Shifren J, Davis SR, Moreau M, et al., *Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual disorder in naturally menopausal women : results from the INTIMATE NM1 study*. Menopause 2006 ; 13 : 770-9.
- [42] Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C et al., *Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women : ADORE study*. Climateric 2010 ; 13 : 121-31.
- [43] Davis SR, Panjari M, Stanczyk FZ., *DHEA replacement for post menopausal women*. J Clin Endocrinol Metab 2011 ; 96 : 1642-53.
- [44] NAMS 2017, Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. *The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. Menopause 2017 ; 24 (7) : 728-53.
- [45] Suckling J et al., Cochrane Database Syst Rev 2006 CD001500, Issue 4 CD 001500.