

Tome 4

SANTÉ SEXUELLE

Vie intime, désir d'enfant
et grossesse



sanofi

AUTEURS



Dr Saskia Bresch

Neurologue au CHU de Nice,
Responsable de l' HDJ du CRC SEP,
Diplômée de Médecine Sexuelle

Les symptômes invisibles sont abordés en consultation mais les troubles sexuels, qui font partie de la santé globale, sont souvent négligés.



Dr Renato Colamarino

Neurologue au CH d'Antibes,
Membre du CA de la SFSEP,
Diplômé de Médecine Sexuelle

Les troubles sexuels et la vie intime sont rarement abordés avec les patients, sauf lorsqu'il s'agit de désir de grossesse. Or ils font partie intégrante de la prise en charge de la qualité de vie au quotidien du patient.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

01

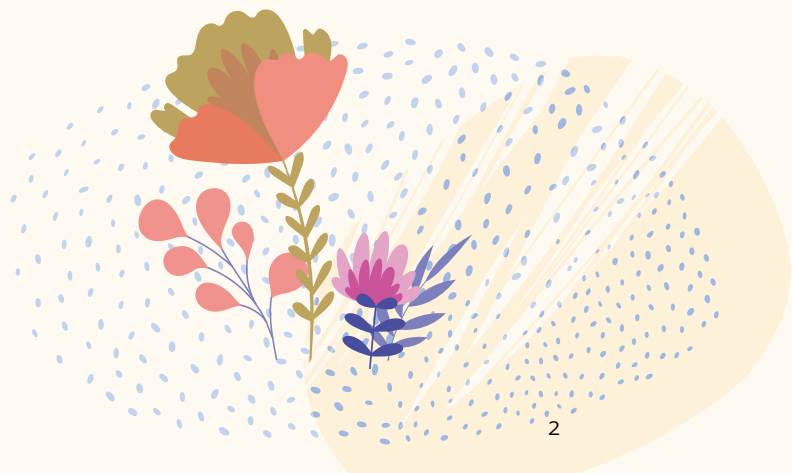
Santé sexuelle et contraception

- La santé sexuelle, une dimension importante à prendre en compte 6
- Contraception 8

02

Désir d'enfant et grossesse

- Planification de la grossesse 10
- Arrêt des traitements symptomatiques et vaccination 12
- Focus vaccination 14
- Infertilité et SEP 16
- Qu'en est-il de la planification d'une grossesse du point de vue gynécologique ? 18
- Suivi neurologique pendant la grossesse 19
- Grossesse et sexualité 21



● 03

SEP et post-partum

- Allaitement maternel 28
- Reprise du traitement de fond / allaitement 29

● 04

Infertilité et PMA

- Troubles sexuels responsable de l'infertilité 32
- Les troubles sexuels de la femme..... 33
- La prise en charge de l'infertilité responsable des troubles sexuels 34
- L'impact de la prise en charge en PMA sur la sexualité.....35

● 05

Conclusion

● 06

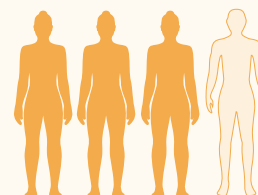
Références



INTRODUCTION¹

Pourquoi proposer cette brochure ?

La SEP concerne principalement les femmes en âge de procréer (80 % des cas débutent entre 20 et 40 ans) et touche principalement les femmes.



**3 femmes
pour
1 homme**

Elle concerne donc essentiellement des femmes jeunes qui désirent fonder une famille.

Jusque dans les années 50, la grossesse était contre-indiquée pour ces patientes principalement par peur d'aggravation du handicap.

Heureusement, une étude historique en 1998 a permis de mettre en évidence que la grossesse n'était pas risquée pour la mère et pour l'enfant, sous réserve qu'elle soit bien préparée avec son neurologue.

Il est donc actuellement très important que la mise en place d'un traitement de fond prenne en compte le désir de grossesse car certains traitements sont compatibles avec la conception alors que d'autres sont formellement contre-indiqués.

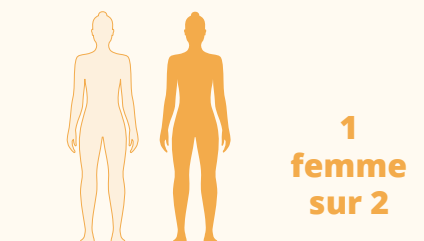
En cas d'absence de désir de grossesse, il est aussi important de s'assurer qu'il n'y ait pas de trouble sexuel à l'origine de cette absence de désir.

01

Santé sexuelle et contraception

● **LA SANTÉ SEXUELLE, DE PAR SA CONTRIBUTION AU BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL, CONSTITUE UNE DIMENSION IMPORTANTE À PRENDRE EN COMPTE**^{2,3,4,5}

Les troubles sexuels touchent entre 35 à 85% des femmes atteintes de SEP **avec une moyenne de 50 %**, soit une femme sur deux atteintes de SEP présenterait un ou des troubles sexuels - Les troubles sexuels sont plus fréquents chez les femmes atteintes de SEP qu'en population générale.



Ils peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie mais rassurez-vous les troubles sexuels ne surviennent pas obligatoirement au cours de l'évolution de la maladie.

Les femmes peuvent présenter une baisse du désir sexuel, un dysfonctionnement orgasmique, une diminution de la lubrification vaginale, des troubles de la sensibilité vaginale (hypo ou dysesthésie), une dyspareunie (douleur lors des rapports) et de la spasticité (contraction involontaire des muscles) pendant l'activité sexuelle.

Et si vous avez un trouble sexuel, il peut y avoir des solutions ! N'hésitez pas à en parler à un professionnel de santé !

Les troubles sexuels ont souvent un retentissement majeur sur la vie affective du couple et la qualité de vie des patientes.

Le message important est qu'il faut renforcer leur dépistage, car ils restent encore sous-diagnostiqués pour plusieurs raisons :

- De nombreux médecins ou soignants évitent d'aborder le sujet de la sexualité par crainte de porter atteinte à leur vie privée et/ou de ne pas savoir orienter les patientes en cas de troubles sexuels. Ils invoquent également un manque de formation pour pouvoir prendre en charge la dysfonction sexuelle.
- A cause de la réticence des patientes à en parler et de leur méconnaissance du lien entre leur maladie et la sexualité. De fait, certaines études ont montré qu'environ 2/3 des patientes ne mentionnaient jamais à leur médecin leurs difficultés sexuelles.

En pratique, l'interrogatoire du médecin est le pilier du dépistage, certains auto-questionnaires peuvent être utilisés comme le « questionnaire de plaintes sexuelles chez la femme » (QPS-F), simple et rapide (10 questions), cela permet d'ouvrir la discussion si la patiente le désire.

- **Mais si on ne vous pose pas la question, n'hésitez pas à aborder le sujet avec vos médecins (neurologue, gynécologue, médecin traitant...)**



Pour plus d'informations sur les troubles sexuels de la femme, se référer au tome 3 « Santé sexuelle chez la femme ».



● CONTRACEPTION ^{6,7,8,9,10,11,12}

Certaines femmes jeunes atteintes de SEP peuvent aussi choisir de ne pas avoir d'enfant ou différer leur désir de grossesse.

Que doit-on savoir pour choisir **sa méthode contraceptive la plus adaptée ?**

- **Tous les moyens de contraception sont autorisés chez les patientes atteintes de SEP.**
- *La seule restriction est l'utilisation de la contraception hormonale combinée chez les patientes handicapées, alitées de façon prolongée, en raison du risque d'accident thromboembolique.*
- À l'inverse, en cas de troubles de la mémoire ou de difficulté autre à prendre la pilule de manière régulière, on encouragera l'utilisation d'une contraception de longue durée d'action – DIU ou implant – afin d'éviter une grossesse imprévue liée à un défaut d'observance.
- **Quoi qu'il en soit, comme chez toutes les femmes, la méthode la plus adaptée doit être choisie par et avec la patiente, en fonction de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, des possibilités d'observance et de ses préférences.**

Quelques idées reçues :

La plupart des traitements de fond de la SEP ne diminue pas l'efficacité des contraceptions hormonales mais attention il existe des exceptions : parlez-en avec votre neurologue.

Certains autres traitements que l'on peut utiliser dans le cadre des symptômes de la SEP (comme des psychostimulants que l'on peut utiliser en cas de baisse de moral !) peuvent interagir avec une contraception hormonale orale et en diminuer l'efficacité.










Chez les patientes atteintes de SEP, la pilule n'augmente pas le risque de poussée mais présente les mêmes risques et les mêmes effets secondaires que chez les femmes en général.

*DIU : Dispositif Intra-Utérin.

Quelle efficacité des méthodes contraceptives ?

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2022 (extrait)

À l'exception du préservatif masculin, qui est largement utilisé, ne sont répertoriées ici que les méthodes contraceptives considérées par l'OMS comme **très efficaces (<1)** et **efficaces (1-9)** en utilisation courante.*

			LORS DE CHAQUE RAPPORT SEXUEL		
	Préservatif masculin	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante		
		2	13		
AU QUOTIDIEN			CHAQUE SEMAINE		
Pilule contraceptive	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante	Patch contraceptif	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante
	0,3	7		0,3	7
CHAQUE MOIS			CHAQUE MOIS		
Anneau contraceptif	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante	Contraceptifs injectables combinés	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante
	0,3	7		0,05	3
TOUS LES 3 MOIS			TOUS LES 3 ANS		
Progestatif injectable	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante	Implant contraceptif	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante
	0,2	4		0,1	0,1
TOUS LES 4 À 10 ANS			JUSQU'À 5 ANS		
DIU cuivre	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante	DIU au Lévonorgestrel	Utilisation correcte et régulière	Utilisation courante
	0,6	0,8		0,5	0,7

D'autres moyens de contraception classés comme très efficaces selon l'OMS, mais définitifs, existent (stérilisation féminine).**

Afin de faciliter l'accès des jeunes femmes à la contraception, la prise en charge intégrale des frais liés à la contraception concerne, depuis le 1^{er} janvier 2022, toutes les femmes âgées de moins de 26 ans et non plus seulement les mineures.

Il existe des **pilules de contraception d'urgence (PCU)** à utiliser, selon la pilule, jusqu'à **5 jours** suivant un rapport sexuel **non protégé** (acétate d'ulipristal 30 mg ou lévonorgestrel 1,5 mg).

La contraception d'urgence hormonale est une **méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière.**

* Utilisation correcte et régulière : efficacité théorique / Utilisation courante : efficacité en pratique. Ceci permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même et le risque propre à son utilisation dans la vie courante. Résultats exprimés en nombre de grossesses pour 100 femmes au cours de 12 mois d'utilisation. Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des Etats-Unis (Trussel 2018).

** Il existe également des méthodes naturelles classées comme efficaces (méthode de l'aménorrhée lactationnelle et méthode symptothermique).

02

Désir d'enfant et grossesse

Comme toutes les femmes en âge de procréer, les femmes jeunes atteintes de SEP peuvent avoir un projet de grossesse, qui nécessitera **alors d'être discuté et planifié avec leur neurologue et ce dès le diagnostic !**

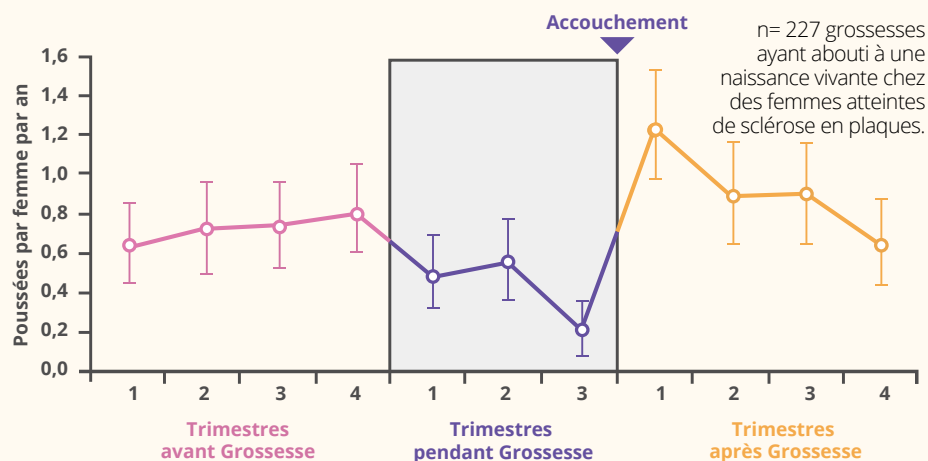
● PLANIFICATION DE LA GROSSESSE ^{1,7,13,14,15,16,17,18}

Ces 25 dernières années ont été marquées par une évolution considérable des concepts relatifs à la grossesse dans la SEP.

Ainsi, alors qu'autrefois, la grossesse était considérée comme ayant un impact défavorable sur la SEP et était déconseillée aux patientes, celles-ci peuvent aujourd'hui être tout à fait rassurées quant à la possibilité d'une grossesse.

On doit ce changement de paradigme à la publication en 1998 de l'étude PRIMS, première étude ayant évalué de façon prospective l'influence de la grossesse sur l'évolution de la SEP :

- Cette étude a montré qu'il existe une diminution des poussées pendant la grossesse, en particulier lors du 3^e trimestre.



Taux de poussée par femme et par an pour chaque période de trois mois avant, pendant et après la grossesse^{1*}

- Une augmentation de leur fréquence lors des 3 premiers mois après l'accouchement (c'est à dire le post-partum), puis, un retour à un taux de poussées similaire à celui d'avant la grossesse.
- Cette étude a également montré qu'il n'y avait pas de majoration du handicap lié à la SEP dans les suites d'une grossesse.
- Depuis cette étude historique, ces résultats se sont confirmés avec de nombreuses autres études.
- On sait ainsi aujourd'hui que **la SEP n'a pas d'influence délétère sur le déroulement de la grossesse ni sur le développement de l'enfant.**
- Elle **n'a pas non plus d'impact négatif sur le déroulement de l'accouchement, avec en particulier le même risque de poussée dans le post-partum qu'il y ait ou non d'analgésie péridurale.**
- En résumé, la **SEP n'est pas une contre-indication à la grossesse et la grossesse en cas de SEP ne doit pas être considérée comme une grossesse à risque si la planification de la grossesse a été correctement réalisée.**

Quels sont, du point de vue neurologique, les points clefs de la préparation d'une grossesse en cas de SEP ?

- **Il est important de planifier sa grossesse dans une période d'accalmie de la SEP.**

Plusieurs études, dont l'étude PRIMS, ont montré que le risque de poussées dans le post-partum (c'est à dire après l'accouchement) dépend principalement **de l'existence de poussées dans l'année précédant la grossesse ou pendant la grossesse.**

Dans ce contexte, pour éviter toute aggravation de la SEP, il est recommandé **de programmer la grossesse pendant une période d'accalmie de la maladie, c'est-à-dire après une période d'au moins 1 an sans activité clinique et radiologique.** À l'inverse, en cas de **SEP très active non contrôlée, il est généralement conseillé de différer le projet de grossesse.**

- **Il est recommandé de consulter votre neurologue pour une visite pré-conceptionnelle.**

Cette visite pré-conceptionnelle a pour objectif de discuter de toutes vos préoccupations et questionnements concernant votre projet de grossesse, ce temps de discussion est indispensable.

Dans certains centres CRC SEP, des consultations pré-grossesse et grossesse sont réalisées, renseignez-vous auprès de votre CRC le plus proche.

- En **pré-conceptionnel**, se pose également pour le neurologue la question de la **conduite à tenir vis-à-vis des traitements médicamenteux de la SEP**.
- L'arrêt des traitements de fond se fera au cas par cas lors d'une consultation neurologique dédiée. **Certains traitements peuvent être continués jusqu'à la conception, voir pendant la grossesse, alors que d'autres doivent être arrêtés en amont.**
- En cas de doute du neurologue, il ne faudra pas hésiter à discuter du dossier médical auprès d'un CRC-SEP.
- Mais il faut savoir que les informations sur la sécurité des produits pendant la grossesse, très limitées au moment de leur commercialisation, peuvent évoluer en fonction des données générées par la pharmacovigilance ou la mise en place de registres.
- Dans ce contexte, les recommandations des sociétés savantes sont également évolutives et peuvent permettre de discuter de stratégies thérapeutiques individualisées, tenant compte de ce que l'on connaît à un moment donné sur les risques d'un traitement de fond pour le fœtus, mais aussi des risques de l'arrêt du traitement pour la mère.
- **Pour guider cette prise en charge, rappelons la publication récente des nouvelles recommandations SEP et grossesse de la Société Francophone de la Sclérose En Plaques (accessible à tous sur le site de la SFSEP), mises à jour régulièrement, que vous pouvez aussi consulter : [Recommandations Grossesse dans la SEP et les maladies du spectre NMO – sfsep.org](#)**

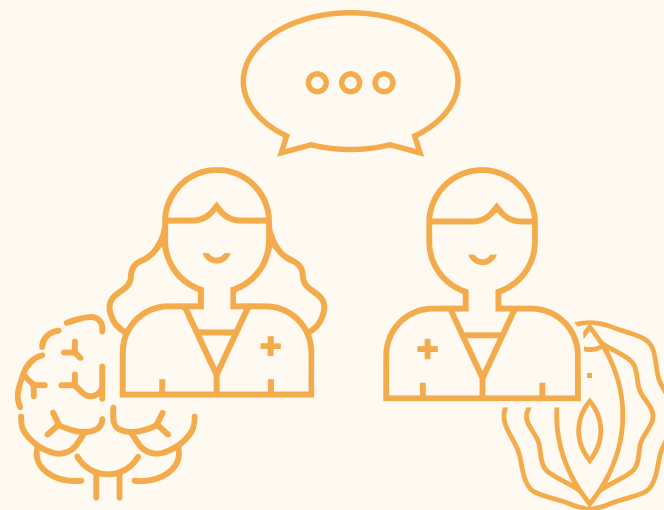


● ARRÊT DES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES ET VACCINATION^{7,13,18,19,20}

Concernant les traitements symptomatiques, leur poursuite est à discuter au cas par cas, en fonction des risques connus pour le fœtus et du bénéfice pour la mère dans la vie quotidienne. Mais là encore, le principe de précaution est de mise et la règle **est de garder le moins de médicaments possibles au cours de la période de conception et pendant la grossesse.**

Autre point important pour la planification d'une grossesse : la **mise à jour des vaccinations, en sachant qu'elle est à réaliser le plus tôt possible après le diagnostic de SEP et avant l'introduction d'un traitement de fond si possible.** On veillera en particulier à la mise à jour du vaccin **contre la coqueluche, ainsi qu'à celle du vaccin ROR et de celui contre la varicelle. En sachant que le ROR et la vaccination contre la varicelle sont des vaccins vivants qui ne pourront plus être réalisés en cas d'introduction d'un traitement de fond immunosuppresseur ou pendant la grossesse.**

Le message clef étant la nécessité de réaliser **une consultation pré-conceptionnelle par le neurologue et le gynécologue afin d'aborder les différents points que l'on vient d'évoquer (période propice pour une grossesse, traitement de fond, symptomatique, la vaccination...)**



● FOCUS VACCINATION ^{20,21,22,23,24,25,26,27,28}

Il est très important de mettre à jour le calendrier vaccinal qui est identique à la population générale. Les vaccins n'augmentent pas le risque de poussée, au contraire, le fait d'éviter les infections diminue le risque de poussée.

Idées reçues

Les vaccins empêchent d'avoir les infections contre lesquelles on est vacciné : NON mais les vaccins protègent des formes graves de l'infection.

Les vaccins peuvent être à l'origine de la SEP : **NON**
Il n'existe actuellement aucun argument en faveur d'une association entre vaccination et survenue de la maladie.

HPV

- En population générale, la vaccination anti-HPV est actuellement recommandée en France entre 11 et 14 ans chez toutes les jeunes filles (ainsi que chez tous les garçons) en 2 injections à 6 mois d'intervalle.
- Cette recommandation se fonde sur le fait que l'immunogénicité des vaccins est d'autant plus grande que les jeunes filles et les jeunes garçons n'ont pas encore débuté leur vie sexuelle et n'ont donc pas encore été exposés au risque d'infection par les HPV.
- **Plusieurs études ont montré qu'administrée tôt chez les jeunes filles, la vaccination réduit de près de 90 % le risque de cancer du col utérin.**
- *Un rattrapage vaccinal est possible entre 15 et 19 ans, mais 3 injections sont alors nécessaires, à M0, M2 et M6.*
- Par ailleurs, les vaccins anti-HPV étant des vaccins inertes (= non vivants), ils n'ont pas de contre-indications en fonction du traitement de la SEP, contrairement aux vaccins vivants.
- Conséquences pratiques :
 - La vaccination **doit être recommandée** chez les jeunes filles atteintes de SEP comme chez celles en population générale (sauf CI spécifique).
 - Comme pour les autres vaccins, il est recommandé de ne pas vacciner pendant une poussée de la maladie nécessitant une corticothérapie à forte dose car la cortisone peut diminuer l'efficacité des vaccins.

HPV : Papillomavirus humain.

Comme pour toutes les jeunes filles, la vaccination anti-HPV **ne se substitue pas à la mise en place ultérieure d'un dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses du col utérin (frottis cervico-vaginal).**

Depuis mai 2018, le dépistage du cancer du col utérin s'appuie en France sur un programme national de dépistage organisé s'adressant à toutes les femmes entre 25 et 65 ans.

- Ses modalités ont récemment évolué et varient désormais en fonction de l'âge des femmes :
 - Pour celles entre 25 et 29 ans, le dépistage est réalisé comme avant par frottis tous les 3 ans, après deux premiers examens réalisés à 1 an d'intervalle dont les résultats sont normaux.
 - Pour celles de 30 ans à 65 ans, la HAS recommande qu'un test HPV-HR à la place de l'examen cytologique. En pratique, ce test est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique normal puis tous les 5 ans.
- **Chez les patientes atteintes de SEP, le risque de lésions épithéliales du col liées aux HPV ne semble pas augmenter du fait de la SEP.**
- **En revanche, chez les patientes traitées par immunosuppresseurs, et même s'il n'existe pas de recommandations spécifiques, le dépistage de ces lésions semble devoir être effectué à intervalles plus rapprochés qu'en population générale.**
- **Toutes ces données sont fondamentales car plusieurs études ont fait état d'un sous-dépistage du cancer du col particulièrement fréquent chez les femmes atteintes de SEP.**

Coqueluche

Dans le but de prévenir la coqueluche chez les nouveau-nés et les très jeunes nourrissons avant leur schéma de primovaccination, la HAS recommande :

- La vaccination contre la coqueluche chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de grossesse, en privilégiant la période entre 20 et 36 SA, afin d'augmenter le transfert transplacentaire passif des anticorps maternels et d'assurer une protection optimale du nouveau-né.
- Que la vaccination contre la coqueluche soit effectuée pour chaque grossesse.

- En l'absence de vaccination de la femme enceinte pendant la grossesse, la vaccination est recommandée : pour la mère en post partum immédiat, avant la sortie de la maternité, même si elle allaite, conformément à la stratégie actuelle du cocooning ; et pour l'entourage du nouveau-né au plus tard à la naissance de l'enfant.
- Que la vaccination contre la coqueluche de la femme enceinte soit effectuée en même temps que la vaccination contre la grippe saisonnière et/ou la Covid-19 (notamment si les campagnes de vaccination contre l'une ou l'autre des deux maladies ont débuté).

● INFERTILITÉ ET SEP ^{7,13,16,29,30}

Faire face aux idées reçues

Une fois munies de ces informations, nos patientes nous demandent très souvent si elles vont pouvoir facilement être enceintes.

Sur quels éléments s'appuyer pour leur répondre au sujet de leur fertilité ?

Comme l'ont montré plusieurs études, les femmes atteintes de SEP ont en moyenne moins d'enfants que celles en population générale.

Ce phénomène ne semble pas dû à une diminution de la fertilité directement liée à la SEP, mais plutôt à des facteurs indirects, comme l'existence de troubles sexuels pouvant interférer avec les relations intimes ou la crainte d'élever des enfants en étant atteinte d'une pathologie neurologique chronique potentiellement handicapante.

A l'appui de cette interprétation, une étude de cohorte française a d'ailleurs montré que le nombre de grossesses spontanées et le délai de conception chez les femmes atteintes de SEP sont identiques à ceux de la population générale.

Les femmes atteintes de SEP peuvent donc être rassurées sur leur fertilité, même s'il faut tout de même les prévenir, pour qu'elles puissent planifier leur grossesse, comme chez n'importe quelle femme, la fertilité diminue avec l'âge, surtout après 35 ans.

Toutes ces procédures essentielles à la planification d'une grossesse doivent être expliquées aux femmes dès l'annonce du diagnostic de leur SEP puis réexpliquées régulièrement au cours de leur suivi, afin que les patients puissent prévenir bien en amont leur neurologue d'un éventuel projet de grossesse.

« J'ai 35 ans, ma SEP a été diagnostiquée il y a 5 ans. »

« Mes douleurs lors de la pénétration (vaginisme) ont commencé bien avant mon diagnostic. Je n'ai jamais osé en parler. »

« Lorsque l'on m'a demandé si j'avais un désir de grossesse, je répondais que cela n'était pas envisageable, car je n'avais pas de partenaire. Je n'osais pas entreprendre une relation de couple à cause de mes troubles sexuels. »

« Lorsque j'ai rencontré mon mari, il m'a aidé et est resté doux avec moi sans pénétration. »

« Par contre, nous avons eu rapidement un désir d'enfant. Heureusement mon neurologue été à l'écoute et m'a orienté vers un sexologue. »

● QU'EN EST-IL DE LA PLANIFICATION D'UNE GROSSESSE DU POINT DE VUE GYNÉCOLOGIQUE ? ^{7,13,16,18,31,32,33}

Consultation pré-conceptionnelle gynécologique

Une fois le projet de grossesse validé par le neurologue, les principaux objectifs de la consultation pré-conceptionnelle gynécologique sont les suivants :

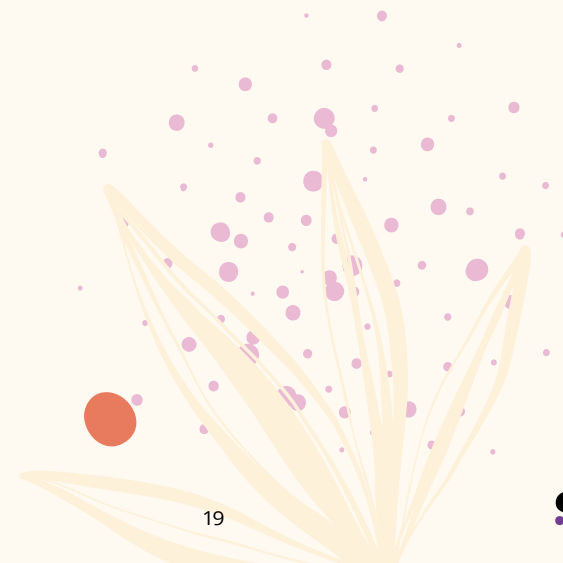
- **Vérifier l'absence de traitements contre-indiqués pendant la grossesse**, en se référant si besoin au site web du Centre de référence sur les agents tératogènes - www.lecrat.fr
- **Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'usage de drogues.**
- Prescrire les sérologies vis-à-vis de la toxoplasmose et de la rubéole en l'absence de preuves d'immunité et la sérologie de la varicelle en l'absence d'antécédent :
 - En l'absence d'immunité contre **la toxoplasmose**, conseils alimentaires en prévention de la maladie.
 - En cas de sérologie de **la rubéole** négative, vaccination avant la grossesse en tenant compte des contre-indications liées à une éventuelle immunodépression.
 - En cas de sérologie de **la varicelle** négative : vaccination à proposer, à condition que la femme ne soit pas immunodéprimée.
- Supplémenter en **folates** en prévention du risque d'anomalies de fermeture du tube neural (400 mg /j à partir d'1 mois avant la conception et jusqu'à 8 semaines d'aménorrhée).
- Supplémenter en **vitamine D** comme classiquement dans la SEP.
- Informer sur le **suivi gynécologique de la grossesse, qui n'est pas différent chez une femme atteinte de SEP que celui des autres femmes.**



● SUIVI NEUROLOGIQUE PENDANT LA GROSSESSE ^{13,18,34,35}

Qu'en est-il sur le plan neurologique ?

- Sur le plan neurologique, il n'y a pas non plus de suivi spécifique.
- **Il est cependant utile, et généralement apprécié, de prévoir au moins une consultation pendant la grossesse, pour reprendre avec la patiente et son conjoint les informations générales sur les interactions entre SEP et grossesse et lever les craintes pouvant encore persister, informer sur la possibilité d'une péridurale, discuter du post-partum (reprise du traitement, allaitement, imagerie...)**
- Par ailleurs, bien que les poussées soient rares pendant la grossesse, elles peuvent parfois survenir.
 - Si jamais une poussée survient, celle-ci pourra être traitée par des bolus de corticoïdes de la même manière qu'en dehors de la grossesse.
 - L'indication sera toutefois discutée au cas par cas en fonction de la sévérité **de la poussée et de la gêne fonctionnelle ressentie par la patiente.**
- **Enfin, précisons qu'un suivi IRM n'est pas recommandé pendant la grossesse**, mais que si une IRM doit impérativement être pratiquée, l'examen est possible.
- Par ailleurs, si, pour l'examen, le recours au gadolinium est indispensable, son utilisation est possible quel que soit le terme de la grossesse, en évitant les sels de gadolinium linéaires (non utilisés en France).



Pour conclure, nous avons vu à quel point la planification des grossesses aussi bien au niveau neurologique que gynécologique au cours de la SEP était importante et comment elle doit être réalisée en pratique.

De façon encourageante, certaines données ont montré que cet accompagnement permet incontestablement d'augmenter le nombre de patientes SEP qui conduisent avec succès à un projet de grossesse.

Il faut souligner l'importance des registres de grossesses pour améliorer encore nos pratiques, connaître encore mieux le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum chez les femmes atteintes d'une SEP, mais également décrire les caractéristiques du développement des enfants nés de mères ou de pères ayant une SEP. C'est l'objectif du registre grossesse en cours en France au sein de l'OFSEP.



● GROSSESSE ET SEXUALITÉ ^{36,37,38}

La sexualité durant la grossesse est vécue de façon très différente selon les femmes et selon les couples.

Dans la population générale, il y a peu de connaissance en matière de sexualité encore plus dans cette période de la vie.

En effet, il persiste encore un tabou de la sexualité pendant la grossesse avec de fausses croyances.



Fausse croyance
« le rapport sexuel peut-être dangereux pour le bébé ».



Un tiers des femmes
rapportent des changements de positions utilisées du fait de la grossesse.



La fréquence
des rapports sexuels diffère selon le trimestre de la grossesse.

Le premier trimestre de la grossesse :



Il existe de profonds changements et bouleversements aussi bien physiques que psychologiques pendant le 1^{er} trimestre qui commence par la découverte de la grossesse... Suivi de tous ses questionnements et craintes ...

Le début de grossesse est souvent vécu dans le secret.

Il peut y avoir une crainte de perdre le bébé, des difficultés à se projeter, une peur de l'annoncer aux proches des questionnements sur la grossesse, le déroulement, l'accouchement, le post partum ...

Dans le cadre de la SEP, il peut se rajouter des angoisses vis-à-vis de la maladie et des traitements : n'hésitez pas à en parler à votre neurologue et/ou gynécologue .

Évidemment l'anxiété, les nausées, les seins douloureux et la fatigue ont un impact délétère sur la sexualité et sur le désir sexuel.

Les fausses croyances peuvent persister comme la crainte d'une fausse couche en continuant une activité sexuelle. Le conjoint ou la conjointe peut se sentir rejeté(e) et percevoir l'importance grandissante de l'enfant à venir au détriment de la sienne.

La sexualité peut être différente selon que la grossesse était désirée ou non, qu'elle ait été issue de la Procréation médicalement assistée (PMA) ou encore qu'il y ait des antécédents de fausses couches.



Le deuxième trimestre de la grossesse

Au deuxième trimestre, il y a un regain d'énergie avec arrêt progressif des nausées.

Il y a l'apparition d'autres modifications corporelles : le ventre commence à s'arrondir avec augmentation de la sensibilité au niveau de la poitrine et du vagin, avec une lubrification vaginale qui est plus importante et **très fréquemment une augmentation du désir sexuel chez certaines femmes lors du 2^e trimestre.**

Il s'agit souvent d'une période où la sexualité du couple est la plus épanouie. La crainte d'une fausse couche est passée, la femme se réapproprie son corps et le père s'habitue également à ces changements physiques dont certains, comme l'augmentation de volume de la poitrine, peuvent parfois même être perçus par les 2 membres du couple comme favorables.

À cette période, le volume de l'abdomen reste encore modéré et n'est pas une limite physique aux rapports sexuels dans la plupart des positions habituelles.

L'augmentation du désir n'est pas une règle absolue, certaines femmes continuent d'éprouver moins de désir et tendent à faire évoluer la relation vers plus de tendresse et de caresses que vers des rapports avec pénétration.



Le troisième trimestre de la grossesse

La fatigue réapparaît plus marquée !

Les principaux désagréments qui peuvent être rapportés par les femmes enceintes lors des rapports sexuels sont : les saignements, les modifications de la lubrification vaginale, les douleurs (ou inconfort) vaginales, les douleurs abdominales sans doute liées à la perception de contractions et les pertes d'urine.

L'inconfort physique est souvent lié à la prise du poids du ventre et des maux de dos dus à l'hyperlordose (cambrure excessive du bas du dos) provoquée par la posture ajustée.



Les femmes peuvent se sentir souvent moins attrayantes en tant que partenaire sexuelle à cause de la fatigue croissante, la prise de poids et/ou les vergetures (changement corporel), l'essoufflement, les œdèmes et les contractions...

L'augmentation du volume de l'abdomen, la présence évidente du bébé et la perception de ses mouvements perturbent également celle du / de la partenaire.

L'existence du bébé réveille les craintes de lui nuire ou encore de provoquer l'accouchement par les rapports sexuels, d'autant que l'orgasme féminin s'accompagne très souvent de contractions utérines transitoires.

En conséquence, au troisième trimestre il y a souvent une diminution du désir sexuel et de la fréquence des rapports sexuels.

Mais certaines femmes peuvent, au contraire, ressentir une légère forme d'excitation constante en fin de grossesse du à la pesanteur qu'exerce le ventre sur la partie basse du bassin.

L'orgasme peut également être plus facilement atteint chez certaines femmes.

Si votre grossesse se déroule normalement et sans complication, le rapport sexuel (et l'orgasme !) n'ont aucun impact sur le déclenchement du travail et n'augmentent pas le risque de fausse couche !

La sexualité sera également impactée différemment que l'on soit dans la première grossesse ou bien que l'on ait déjà un ou des enfants à gérer dans le même temps car cela augmente la charge mentale et la fatigue ! Deux paramètres qui ne font pas bon ménage avec la sexualité.

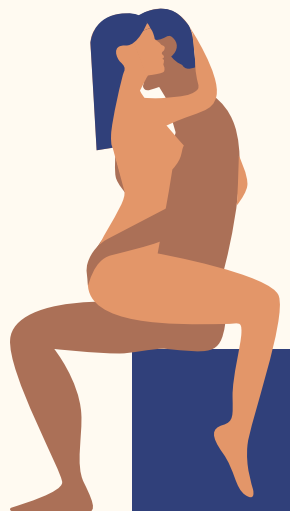
Chaque grossesse et chaque femme est unique, vous pouvez aussi très bien vivre toutes les étapes de votre grossesse avec un très bon vécu de votre sexualité.

Trouver la bonne position

Au début de la grossesse, les positions sexuelles ne sont pas réellement un problème.

Plus le ventre grossit, plus il sera difficile de trouver une position confortable pour les deux parents. Il faut alors **adopter des positions plus douces, qui vont éviter des pressions mammaires, abdominales et lombaires.**

La position de la cuillère et de l'amazone peuvent prévenir plusieurs douleurs à l'inverse du missionnaire.



Position de l'amazone



Position de la cuillère

Vers une reprise des relations sexuelles après la naissance ?

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués et peuvent être repris **dès que le désir revient.**

De plus, pendant les premiers mois, la femme risque de présenter une sécheresse vaginale et les lésions au niveau de la vulve (épisiotomie ou déchirure) freinant souvent le désir sexuel.

Pour le/la partenaire aussi le désir pourra être affecté par la vision de l'accouchement, mais aussi par le changement de statut de sa compagne qui est devenue mère.

Souvent le bébé dort dans la chambre de ses parents, ceci peut également les empêcher de retrouver une sexualité.

Tout ceci explique que même lorsque les couples reprennent rapidement des rapports sexuels, ces derniers sont généralement moins satisfaisants.

N'hésitez pas à aborder le sujet avec la sage-femme et/ou le gynécologue lors la consultation de post-partum ou de l'entretien post-natal, surtout si vous ressentez une gêne ou une douleur lors des rapports.

ATTENTION

Une nouvelle grossesse non désirée peut arriver. La première ovulation a lieu avant le retour de couches (premières règles qui suivent l'accouchement), il faut donc utiliser une contraception avant de reprendre les rapports sexuels.

03

SEP et post-partum^{1,7,13,39}

Comme évoqué précédemment le post-partum des patientes atteintes de SEP s'accompagne habituellement d'un rebond d'activité de la maladie, avec, selon l'étude PRIMIS, environ 30 % de femmes qui feront une poussée dans les 3 mois suivant leur accouchement.

Le fait d'avoir eu un traitement de fond et un faible taux annualisé de poussées au cours des 2 ans avant la conception diminue le risque, d'environ la moitié, mais ne l'annule pas complètement.

En l'absence de traitement au moment de l'accouchement chez la plupart des patientes, ces constats posent donc la question de la façon dont prévenir les poussées.

Dans cette perspective, plusieurs traitements spécifiques administrés en post-partum ont été testés, mais aucun d'entre eux n'a démontré d'efficacité, qu'il s'agisse de la corticothérapie en bolus par voie IV, des immunoglobulines polyvalentes par voie IV ou d'un traitement hormonal destiné à maintenir l'imprégnation oestrogénique de la grossesse. Aucun de ces traitements n'est donc actuellement recommandé dans les suites d'un accouchement.

● ALLAITEMENT MATERNEL^{13,16,19,33,34,41-45}

Chez les patientes atteintes de SEP en post-partum, peut-il jouer un rôle sur la diminution du risque de poussées ?

Plusieurs études ont effectivement suggéré **qu'un allaitement maternel exclusif sur une durée minimale de 2 ou 3 mois pourrait avoir un effet protecteur** sur les poussées du post-partum.

Mais dans la plupart de ces études, les patientes allaitantes étaient celles ayant une maladie moins active et donc un risque moins important de poussées, ce qui représentait un biais important.



Dans ce contexte, les données disponibles à ce jour ne sont donc pas suffisantes pour recommander aux patientes l'allaitement pour son rôle protecteur sur les poussées du post-partum.

Autre élément dont il faut informer les patientes : en post-partum, l'allaitement ne constitue pas un facteur de risque de poussées d'une SEP, ni bien sûr un facteur de risque de transmission de la SEP à l'enfant.

● REPRISE DU TRAITEMENT DE FOND / ALLAITEMENT^{7,18,33,34,40}

Comment gérer l'éventuel dilemme entre souhait d'allaiter et reprise du traitement de fond ?

Effectivement, la meilleure prévention des poussées du post-partum est la reprise précoce du traitement de fond. En théorie, il devrait être repris le plus précocement possible après l'accouchement, en particulier chez les patientes à haut risque de poussées, c'est-à-dire celles ayant fait au moins une poussée dans l'année précédant la grossesse et/ou pendant la grossesse ou qui avaient une maladie initialement très active.

En pratique, sa reprise devra être discutée au cas par cas avec la patiente, en fonction des facteurs de risque de poussées, du type de traitement envisagé et de son souhait ou non d'allaiter.

Schématiquement, 3 situations sont possibles :

- La patiente ne souhaite pas allaiter : la reprise d'un traitement de fond pourra alors se faire dès l'accouchement.
- La patiente souhaite allaiter et n'a a priori pas de risque majeur de poussée : selon les traitements de fond, la reprise se fera pendant ou à l'arrêt de l'allaitement.
- La patiente aurait souhaité allaiter mais la SEP justifie d'une reprise rapide du traitement de fond (et son traitement n'est pas compatible avec l'allaitement) : la reprise immédiate d'un traitement sera préférentiellement conseillée à la patiente.

04

Infertilité et PMA^{7,13,14,16,18,29,31,44-51}

Indépendamment de la SEP et de l'âge, une infertilité est cependant possible comme dans la population générale.

Dans ce contexte, **qu'en est-il des possibilités de procréation médicalement assistée (PMA)?**

Depuis la fin des années 2000, plusieurs études se sont intéressées à ce sujet, avec des résultats pouvant être résumés de la façon suivante :

- La SEP en elle-même ne semble pas influencer le taux de réussite des procédures de PMA, avec, par exemple, selon une étude de cohorte récente, **un taux de naissances vivantes de 22 % versus 24 % chez les femmes non atteintes de SEP.**
- Une étude a été réalisée par l'ARSEP et a mis en évidence que si la SEP est bien contrôlée auparavant, **les procédures de FIV ne semblent pas suivies d'une augmentation du taux de poussées** dans les premiers mois post-stimulation.
- **Toutes les techniques sont utilisables**, après avoir discuté avec les patientes des avantages et des inconvénients de chacune d'entre elles, et en les ayant au préalable **informé d'un éventuel risque de poussées notamment en cas d'échec de la procédure.**

En pratique :
La SEP n'est actuellement pas considérée comme une contre-indication à la réalisation d'une procédure de PMA.

La prise en charge par l'Assurance Maladie est identique à celle de la population générale et **il n'y a pas lieu de limiter le nombre de tentatives du fait de la SEP.**

Il est recommandé de réaliser **la procédure en l'absence d'activité de la maladie, après avis du neurologue, et de poursuivre le traitement de fond jusqu'à la conception en fonction du type de molécule utilisé.**

La reproduction et la sexualité ont toujours été intimement liés. Depuis la contraception, ce dogme a changé. Les rapports sexuels au sein des couples sont plus souvent à visée récréative, seuls quelques-uns sont à visée reproductive.

PMA : Procréation Médicalement Assistée.

- **En termes de choix thérapeutique, il n'existe pas de recommandation spécifique sur le type de traitement de fond à reprendre en post-partum.**
- Si aucune poussée n'est survenue pendant la grossesse ou le post-partum immédiat, la reprise du traitement antérieur à la grossesse paraît logique si celui-ci était bien toléré et permettait un contrôle de l'activité inflammatoire de la maladie.
- En revanche, en cas de poussée pendant la grossesse et/ou le post-partum, une réévaluation clinique et radiologique est nécessaire pour permettre d'adapter le traitement à l'évolution de la maladie.

En cas de survenue d'une poussée pendant le post-partum chez une femme qui allaite, y a-t-il des précautions à prendre concernant l'utilisation de flash de corticoïdes ?

L'allaitement n'est pas une contre-indication à réaliser des flash de corticoïdes :

- La quantité ingérée via le lait est très faible, environ 1 % de la dose reçue par la mère.
- Aucun événement particulier n'a été signalé à ce jour chez les enfants allaités de mères traitées.

Il est simplement recommandé de ne pas allaiter durant le flash de cortisone (en comprimé ou en perfusion) et de respecter un délai minimal de 4 heures entre la fin de ce traitement et la reprise des tétées.

Quant à la décision de poursuivre l'allaitement en cas de poussée, c'est une balance entre les bénéfices et les risques, et une décision vraiment individuelle.

En complément de la prise en charge neurologique, quel sera le suivi à prévoir en post-partum ?

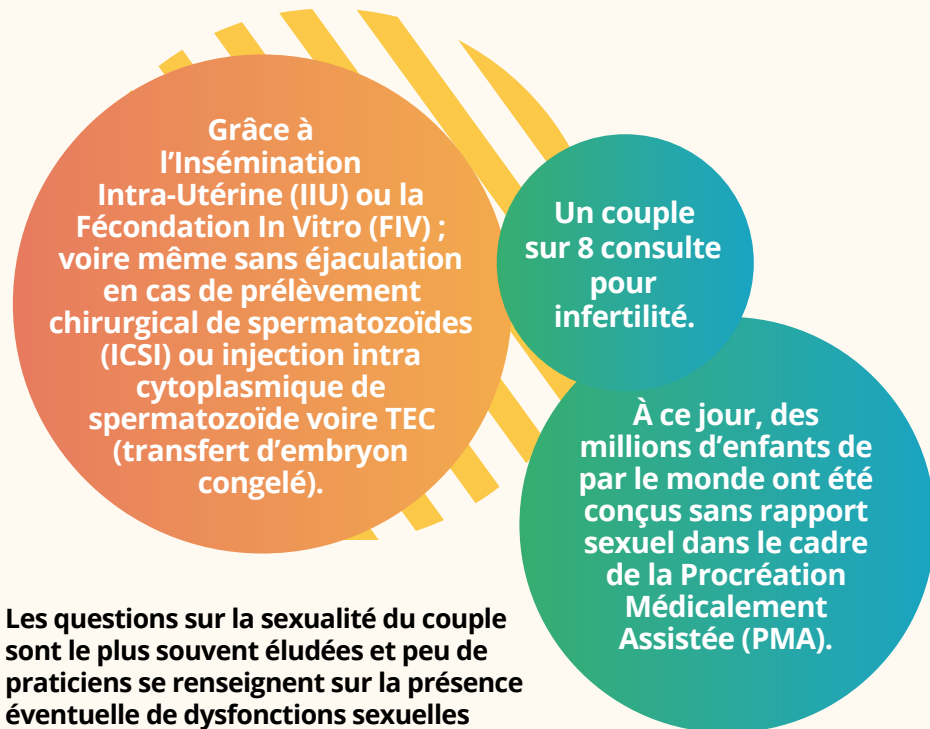


La prise en charge du post-partum des patientes suivies pour une SEP ne diffère pas de la prise en charge habituelle. On insiste néanmoins encore plus sur la **prévention des troubles urinaires mécaniques liés à la grossesse**, qui peuvent s'associer aux **troubles vésico-sphinctériens de la SEP.**

Dans ce contexte, la rééducation périnéale au cours du post-partum est particulièrement à encourager.



Point également important, **vigilance particulière quant à la dépression du post-partum**, qui ne semble pas plus fréquente chez les patientes SEP, mais qui reste **insuffisamment dépistée** et qui, si elle n'est pas prise en charge, peut entraîner des répercussions particulièrement sévères.



Les questions sur la sexualité du couple sont le plus souvent éludées et peu de praticiens se renseignent sur la présence éventuelle de dysfonctions sexuelles pouvant être à l'origine de l'infertilité.

Parfois, l'annonce de l'infertilité et/ou sa prise en charge en Procréation Médicalement Assistée (PMA) induit des difficultés sexuelles dans un couple, jusqu'alors épanoui sexuellement.

● TROUBLES SEXUELS RESPONSABLE DE L'INFERTILITÉ

Selon une étude récente, une dysfonction sexuelle concernant l'homme, la femme, ou les deux membres du couple, pourrait être à l'origine de l'infertilité dans 2,8 % dans l'étude kerneis.

Ceci est probablement sous-estimé : car bien souvent, les médecins n'interrogent pas ou peu les couples consultant pour infertilité sur leur sexualité, et les patients n'évoquent que très rarement, spontanément ces troubles.

La prise en charge de ces couples nécessite l'aide d'un psychologue et/ou d'un sexologue qui peut s'avérer souvent essentielle.

Les troubles sexuels de l'homme

Chez l'homme, la fertilité naturelle est dépendante de sa capacité à produire une émission de sperme intravaginale, à la suite d'une séquence-type : désir, excitation, érection puis éjaculation quasi systématiquement associée à un orgasme.

Pour plus d'informations sur les troubles sexuels de l'homme, se référer au tome 2 « Santé sexuelle chez l'homme » (QR code présent dans la conclusion).

- **Les causes anatomiques** peuvent être constitutionnelle : micropénis, courbure congénitale du pénis, ou acquise : déformation du pénis liée à certaines pathologies.
- **La dysfonction érectile** est une pathologie fréquente, 15 à 22 % dans la population infertile contre 7 à 9 % dans la même classe d'âge. Elle est parfois si sévère qu'elle entraîne une incapacité de pénétration vaginale.
- **L'éjaculation précoce** survenant en moins de 2 à 3 minutes est responsable de trouble de la reproduction et concerne près de 30 % des hommes. Mais il existe chez environ 10 % de ces éjaculateurs précoces, une éjaculation ante portas (qui survient avant même la pénétration) et qui limite ainsi fortement les chances de grossesse.

Certains hommes souffrent d'anéjaculation (c'est à dire une absence d'éjaculation). Dans ce cas, il faut bien distinguer l'éjaculation rétrograde totale de l'anéjaculation per coïtale. Dans le cas d'une éjaculation rétrograde totale, il existe un orgasme associé mais le sperme est émis dans la vessie. .

- **Les troubles douloureux**

● LES TROUBLES SEXUELS DE LA FEMME

La fonction reproductrice de la femme est physiologiquement dissociée de la fonction sexuelle. Une femme peut, en effet, être enceinte sans n'avoir ressenti ni de plaisir, ni d'excitation, ni même du désir.

Les douleurs générées par la pénétration doivent faire rechercher une endométriose, et peuvent être à l'origine d'une raréfaction des rapports, d'une dépression, de troubles du désir ou de l'orgasme.

Le vaginisme concerne 12 à 17% des femmes : contraction involontaire des muscles périnéaux rendant impossible la pénétration, absence de rapport. Il est rarement avoué d'emblée, peut-être retrouvé lors d'examen gynécologique : amenant à une prise en charge spécialisée. Ces femmes ont adapté leur vie sexuelle, évitant l'acte sexuel afin de ne pas avoir de pénétration ; ce n'est que lorsqu'elles ont un désir d'enfant qu'elles consultent parfois très tardivement au stade de la demande de la PMA.

Les douleurs neuropathiques sévères de la SEP chez la femme, rendent parfois la pénétration douloureuse et obligeant à interrompre le coït.

Les troubles sexuels liés au couple

Certains couples consultent pour infertilité alors qu'ils n'ont pas ou très peu de rapports sexuels.

Il est important de savoir s'il s'agit d'un couple en crise, avec conjugopathie, difficulté de communication et parfois un évitement de l'intimité et cherchant à avoir un enfant pour des raisons de représentation sociale ; ou s'il s'agit d'un couple en harmonie avec un réel désir d'enfant mais avec un intérêt très limité envers la sexualité.

● LA PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE RESPONSABLE DES TROUBLES SEXUELS

Au moment du diagnostic :

La période d'essai avant le bilan d'infertilité peut parfois être longue entraînant un appauvrissement de la sexualité avec préoccupations autour de la conception.

Devant la pression sociale et souvent familiale de concevoir pour être « normal », l'infertilité peut retentir sur le plan psychosocial avec des troubles dépressifs, un sentiment d'isolement social, de l'anxiété, une diminution de l'estime de soi, voire de la culpabilité, en particulier chez les femmes.

L'infertilité et la PMA ont un impact majeur sur tous les aspects de la vie intime, sociale, professionnelle.

- **Dans le couple :** il peut y avoir une baisse de l'estime de soi, une culpabilité, une honte, un questionnement autour du donneur de gamète, un sentiment d'adultère, une crainte retrouvée que les rapports sexuels pendant la grossesse nuisent à l'enfant.
- **L'infertilité entraîne** une diminution de la spontanéité, l'absence d'activité en dehors des jours d'ovulation, une diminution du désir sexuel, une diminution de la satisfaction sexuelle.
- Désorganisation de la vie sexuelle : une modification de l'objectif, non plus plaisir intimité mais procréation, perte du caractère hédonique, une stéréotypie du rapport sexuel, avec diminution des préliminaires, une programmation du rapport sexuel...

Les couples font de plus en plus l'amour alors qu'ils en ont de moins en moins envie : retentissement sur la qualité de la vie.

- Pendant la période périovulatoire, les rapports ont lieu plusieurs fois par jour. Il y a un changement de la motivation : non plus désir érotique mais désir d'enfant et ainsi **le désir d'enfant diminue le désir sexuel**. Le rapport sexuel peut-être qualifié d'inutile par les patientes en dehors de l'ovulation.
- L'infertilité engendre un stress pouvant lui-même aggraver l'infertilité.
- La prise d'initiative chez la femme peut être modifiée par l'absence de désir entraînant des troubles chez l'homme. Parfois attitude paradoxale consistant à éviter les rapports sexuels au cours de l'ovulation pour éviter la déception au moment de l'arrivée des règles.
- **Chez la femme :** Perte de la féminité, une culpabilité, une perturbation du rôle social de la femme en tant que mère, une prise de poids chez la femme avec modification de l'image corporelle, liée parfois au traitement hormonal de la PMA.
- **Chez l'homme :** Une menace de l'identité sexuelle masculine : confusion entre fertilité et virilité. Il y a identification de l'homme aux qualités de son sperme. Il peut y avoir une recherche de démonstration de virilité à travers une sexualité extra conjugale... Les troubles érectiles démontrés, vont être aggravés par une composante psychogène, **une anxiété de performance sexuelle** et l'annonce d'azoospermie va entraîner **une anxiété de performance reproductive**.

● L'IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE EN PMA SUR LA SEXUALITÉ

La PMA permet à environ 70% des couples d'avoir un enfant laissant aussi de nombreux couples désemparés en « échec de PMA ». Parmi eux, certains couples auront une grossesse spontanée, d'autres adopteront, et certains vivront sans enfant.

Il est souhaitable que le praticien qui prend en charge des couples en vue d'une PMA connaisse ces possibles troubles sexuels, afin qu'il puisse les diagnostiquer et prendre en charge le couple ou l'adresser à un spécialiste (sexologue, psychologue, psychiatre, andrologue...).

Azoospermie : absence de sperme.

05

Conclusion

Le dépistage des troubles sexuels est indispensable et doit faire partie de l'interrogatoire du neurologue. Pour cela, il peut être aidé de questionnaires. **N'hésitez pas également à en parler à vos soignants !**

La programmation de la grossesse est un mot clef : en effet une consultation pré-conceptionnelle (c'est-à-dire avant d'être enceinte), aussi bien au niveau neurologique que gynécologique, est indispensable.

En effet, nous avons vu à quel point la planification des grossesses et sa réalisation en pratique, aussi bien au niveau neurologique que gynécologique, au cours de la SEP, était importante.

De façon encourageante, certaines données ont montré que cet accompagnement permet incontestablement d'augmenter le nombre de patientes SEP qui conduisent avec succès à un projet de grossesse.

Les vaccinations doivent aussi être anticipées !

Il faut également rappeler la nécessité que la patiente ait une maladie contrôlée depuis au moins 1 an avant d'envisager une grossesse.

Retrouvez les tomes précédents de cette série sur la thématique de la sexualité



Références

1. Confavreux C *et al.* Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. *N Engl J Med.* 1998 Jul 30;339(5):285-91.
2. Jouslain C. *et al.*, 2017 X. 3. Lacroix P, 2017. 4. Courtois D *et al.*, 2014. 5. Bresch S, Colamarino R. Questionnaires d'autoévaluation : dépistages simples et rapides des troubles sexuels en pratique neurologique, *Pratique Neurologique-FMC* 2023, 14:163-167. 6. Houtchens MK *et al.* Contraception for women with multiple sclerosis: Guidance for healthcare providers. *Mult Scler.* 2017;23:757-764.
7. Maillart E, 2020. 8. OMS. Planification Familiale/Contraception. 2022 Disponible en ligne sur : <https://www.who.int/fr/>. Site consulté le 10/05/2024.
9. HAS. Fiche mémo. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post IVG). 2013 (Mise à jour 2019). Disponible en ligne sur www.has-santé.fr. Site consulté le 10/05/2024. 10. HAS. Fiche mémo. Contraception estroprogestative transdermique ou vaginale : dispensation en officine. 2013 (Mise à jour 2019). Disponible en ligne sur www.has-sante.fr. Site consulté le 10/05/2024. 11. OMS. École de santé publique Bloomberg. Agence des Etats-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. 2018. Disponible en ligne sur www.who.int/fr.
12. JORF n°0049 27/02/2022 p.72, texte n°28. 13. Vukusic S *et al.*, 2021. 14. Simone IL *et al.*, 2021. 15. Vukusic S *et al.*, 2004. 16. Coyle PK *et al.*, 2019. 17. Montalban X *et al.*, 2018. 18. Nouvelles recommandations SF-SEP « SEP et grossesse ». 19. Vukusic S, 2012. 20. Recommandations de la SF-SEP « Vaccinations et sclérose en plaques ». 21. HAS 2019. 22. Vaccination Info service. 23. Calendrier vaccinal 2021. 24. Gagneux-Brunon A, 2021. 25. INCA 2022. 26. Foster E *et al.*, 2020. 27. Doosti R *et al.*, 2018. 28. Marrie RA *et al.*, 2020. 29. Lamaita R *et al.*, 2021. 30. Michel L *et al.*, 2012. 31. Amato MP *et al.*, 2017. 32. HAS 2009. 33. Krysko KM *et al.*, 2021. 34. Vukusic S *et al.*, 2015. 35. Alroughnai R *et al.*, 2016. 36. García-Duarte S, *et al.* Quality of Sexuality during Pregnancy, We Must Do Something-Survey Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 5;20(2):965. 37. Staruch M, *et al.* Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):53-8. PMID: 26994386. 38. Thomas E, *et al.* Sexualité durant la grossesse : revue systématique. *La Revue Sage-Femme.* Volume 18, Issue 6, 2019, Pages 293-301, ISSN 1637-4088. 39. Hughes SE *et al.*, 2014. 40. Krysko KM, 2020. 41. Hedström AK *et al.*, 2020. 42. Borba WV *et al.*, 2018. 43. Langer-Gould M, 2019. 44. Courtilot C *et al.*, 2017. 45. Bove R *et al.*, 2020. 46. Jolving LR *et al.*, 2020. 47. Pinborg *et al.* Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2009;24(4):991-9. 48. Troude *et al.*, DAIFI Group. Seven out of 10 couples treated by IVF achieve parenthood following either treatment, natural conception or adoption. *Reprod Biomed Online.* 2016;33(5):560-7. 49. Kerneis *et al.*, 2004. 50. Hatzimouratidis *et al.* 2010. 51. www.gyneco-online.com



Sanofi Winthrop Industrie

82 avenue Raspail, 94250 Gentilly

Pour contacter l'information médicale

Par internet : <https://www.sanofimedicalinformation.com>

Par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h
aux numéros suivants :

Téléphone depuis la Métropole
0 800 394 000 Service & appel gratuits

Téléphone depuis les DROM COM
0 800 626 626 Service & appel gratuits

Retrouvez plus d'informations au sujet de la sclérose
en plaques sur le site www.sep-ensemble.fr

