



Photo : Mark Bowden

Alimentation et gain de poids

Auteure

Renée Cyr, Direction de santé publique de l'Estrie

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Section 1 : L'alimentation pendant la grossesse

Au sujet de l'alimentation pendant la grossesse

Définir l'alimentation saine

Les besoins nutritifs pendant la grossesse

Les calories

Les protéines

L'acide folique

Le fer

Le calcium

La vitamine D

La vitamine B₆

Les acides gras et les oméga-3

Des produits alimentaires à consommer avec modération

Café, thé et autres aliments contenant de la caféine

Tisanes et plantes médicinales

Édulcorants ou substituts du sucre

Des situations où la prudence est recommandée

Méthylmercure et consommation de poisson

Apport excessif en rétinol (ou vitamine A préformée)

La listériose et les autres infections d'origine alimentaire

Des questions fréquentes

Le végétarisme

Les probiotiques

L'alimentation sans allergène

Les malaises mineurs liés à l'alimentation

Section 2 : Le gain de poids pendant la grossesse

Au sujet du gain de poids pendant la grossesse

De nouvelles recommandations

Une prise de poids graduelle

Des situations préoccupantes

Surplus de poids

Gain de poids élevé

Poids inférieur au poids santé et faible gain de poids

Diriger vers des ressources



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens

Lexique

Références

Annexe

Cette fiche traite de l'alimentation et du gain de poids des femmes en santé qui sont enceintes d'un seul bébé. Les grossesses multiples, la grossesse à l'adolescence, la présence de conditions particulières (par ex., risques au plan nutritionnel, maladie physique ou mentale) ne sont pas abordées dans cette fiche, car ces situations font l'objet de recommandations particulières et exigent une évaluation, un plan de traitement et un suivi personnalisés. Cette fiche comporte deux sections.

Section 1 : L'alimentation pendant la grossesse

Cette section comprend l'information sur l'alimentation pendant la grossesse.

Au sujet de l'alimentation pendant la grossesse

Généreuse et variée, une saine alimentation contribue à la santé et au bien-être de la femme enceinte. Elle fournit les matériaux nécessaires à la croissance et au développement du fœtus. Elle permet également à la future mère et au bébé de mettre en réserve les éléments nutritifs dont ils auront besoin d'ici la naissance et dans les mois qui suivront celle-ci.

Définir l'alimentation saine

Une bonne alimentation durant la grossesse se définit de la même façon qu'en toute autre période de la vie. Elle est basée sur le *Guide alimentaire canadien* et comprend :

- des aliments variés, savoureux et peu transformés;
- beaucoup de fruits et de légumes;
- des produits frais et riches en fibres;
- du poisson et des gras de qualité;
- une quantité limitée d'aliments à faible valeur nutritive.

Pour les femmes âgées de 19 à 50 ans qui ne sont pas enceintes ou qui n'allaitent pas, le nombre de portions recommandé chaque jour dans le *Guide alimentaire canadien* est le suivant :

- 6 à 7 portions de produits céréaliers;
- 7 à 8 portions de légumes et de fruits;
- 2 portions de lait et de substituts;
- 2 portions de viandes et de substituts.

Les recommandations sont très semblables pour les femmes enceintes¹. Ainsi, le nombre de portions recommandé reste le même pendant le premier trimestre de la grossesse (c'est-à-dire pendant les 14 premières semaines). Il augmente un peu par la suite, à mesure que le fœtus et les tissus maternels prennent de l'expansion et que les besoins en calories et en éléments nutritifs augmentent¹.

Les femmes enceintes n'ont donc pas à manger pour deux¹. Cependant, une alimentation saine, variée et riche en éléments nutritifs est importante, à la fois pour elles et pour le bébé qu'elles portent. De même, les autres grands principes d'une saine alimentation s'appliquent :

- Manger de façon régulière – c'est-à-dire consommer au moins trois repas par jour et des collations, au besoin – de façon à prévenir les baisses d'énergie;
- Éviter de sauter des repas, y compris le petit-déjeuner. Le premier repas de la journée est important pour rétablir la glycémie (le taux de sucre dans le sang);
- Boire beaucoup d'eau, et boire souvent pour bien s'hydrater;
- Consommer des fibres alimentaires pour faciliter le travail des intestins;
- Manger lentement... et avec plaisir.

Pour de plus amples renseignements sur les recommandations du *Guide alimentaire canadien*, consulter la section *Ressources et liens utiles*.

Les besoins nutritifs pendant la grossesse

Pendant la grossesse, les éléments nutritifs sont requis en plus grande quantité pour assurer la croissance du fœtus et des tissus maternels.

Toutefois, les changements métaboliques et hormonaux qui accompagnent la grossesse se traduisent par une utilisation plus efficace des éléments nutritifs². Ainsi, pour plusieurs éléments nutritifs, l'apport recommandé est le même pour les femmes enceintes et non enceintes. C'est le cas notamment des vitamines E et K, du phosphore et du potassium. D'autres éléments, par ailleurs, font l'objet de recommandations particulières ou d'un intérêt particulier en lien avec la grossesse.

Les calories

Les besoins en calories augmentent de façon graduelle durant la grossesse. Pendant les premières semaines, ils sont à peu près les mêmes qu'avant que la femme soit enceinte. Une augmentation du nombre de calories est indiquée à partir du deuxième trimestre (à partir de la 15^e semaine)².

Quelle quantité prendre?

Le nombre de calories supplémentaires qui est requis est influencé par de nombreux facteurs, dont ceux-ci :

- le métabolisme de chaque femme;
- sa dépense énergétique et son niveau d'activité physique;
- sa constitution physique¹.

En moyenne, les femmes enceintes ont besoin d'environ 350 calories additionnelles chaque jour pendant le deuxième trimestre et de 450 calories de plus par jour au cours du troisième trimestre.

Il s'agit cependant de valeurs moyennes. Sur le plan individuel, le nombre de calories supplémentaires peut varier :

- Les femmes qui sont maigres ou menues au début de leur grossesse peuvent avoir besoin d'une plus grande quantité de calories que celle qui est indiquée plus haut;
- De même, les femmes qui présentent de l'embonpoint ou de l'obésité au moment de devenir enceintes peuvent avoir besoin d'un nombre de calories additionnelles inférieur à la valeur moyenne recommandée.

Où en trouver?

Sur le plan pratique, l'ajout de 350 à 450 calories à partir du quatrième mois de grossesse équivaut à deux ou trois portions additionnelles du *Guide alimentaire canadien*. Celles-ci

peuvent provenir de n'importe quel groupe d'aliments. À titre d'exemple, la femme pourrait ajouter les aliments suivants à ses repas ou collations de la journée :

- Un muffin, un yogourt et une pomme;
- Un bol de céréales au petit-déjeuner, une tasse de lait et une banane;
- Une soupe aux légumes, un morceau de fromage et une tranche de pain;
- Un mélange de noix et de fruits séchés, un œuf et un demi-bagel.

Le choix des aliments à ajouter varie en fonction des préférences de la mère, de sa culture et de sa situation économique. Il peut aussi dépendre des forces et des lacunes qu'elle a remarquées dans son alimentation. Par exemple, une femme qui consomme peu de produits laitiers peut choisir des aliments de ce groupe lorsque vient le temps d'augmenter son apport énergétique et nutritionnel.

Puisque le modèle d'alimentation basé sur le *Guide alimentaire canadien* fournit la plupart des éléments nutritifs dont les femmes ont besoin, il est intéressant de s'y référer et de vérifier avec la future mère comment son alimentation se compare avec le guide (par ex., est-ce que son alimentation comprend des aliments de chacun des groupes? Inclut-elle le nombre de portions suggérées?), puis d'établir avec elle les ajustements souhaitables.

Il est à noter que toutes les femmes enceintes ne commencent pas leur grossesse avec les mêmes réserves nutritionnelles. Certaines femmes courent davantage de risques de souffrir de déficiences nutritionnelles et peuvent avoir des besoins plus élevés que les autres. Selon leur situation, le professionnel de la santé pourra discuter avec elles des ressources pouvant les aider (par ex., les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité [SIPPE], les associations pour personnes allergiques) et pourra les diriger vers un diététiste, au besoin.

Les protéines

Les protéines sont des constituants de presque toutes nos cellules, notamment celles du sang, des muscles et des organes vitaux. Elles jouent également le rôle d'enzymes, d'hormones et d'anticorps. Elles participent à la formation de ces cellules, mais aussi à leur fonctionnement et à leur entretien. Durant la grossesse, elles sont essentielles au développement du fœtus et du placenta, ainsi qu'à l'expansion du volume sanguin.

Quelle quantité prendre?

Pendant la **première moitié de la grossesse** (les 20 premières semaines), le besoin en protéines est le même que chez les femmes non enceintes, c'est-à-dire de **46 grammes par jour**³. L'apport recommandé pour la **seconde moitié de la grossesse** (de la 20^e semaine à l'accouchement) est de **71 grammes par jour**.

En Amérique du Nord, les apports habituels en protéines suffisent généralement à combler les besoins. Les données de la plus récente enquête de consommation alimentaire auprès des Québécois vont dans le même sens. Elles montrent que les femmes âgées de 19 à 50 ans consomment chaque jour des aliments qui leur fournissent environ 80 g de protéines⁴. Cette quantité convient non seulement aux femmes adultes, mais aussi aux femmes enceintes.

Où en trouver?

Comme le montre le tableau 1, les principales sources alimentaires de protéines sont :

- les viandes et les substituts de la viande (volaille, poisson et fruits de mer, légumineuses, œufs, noix et beurres de noix);
- le lait et les substituts du lait (fromages, yogourts, boissons de soya).

Tableau 1
Les sources alimentaires de protéines

Aliment	Portion du Guide alimentaire	Teneur en protéines (g)
Viandes, volailles, poissons		
Viande maigre (bœuf, veau, porc), cuite	75 g (2 ½ oz)	20 – 28
Volaille (chair blanche ou brune), cuite	75 g (2 ½ oz)	19 - 25
Poisson cuit (morue, saumon, sole)	75 g (2 ½ oz)	15 - 20
Thon ou saumon en conserve égoutté	75 g (2 ½ oz)	16 - 20
Palourdes, moules, pétoncles	75 g (2 ½ oz)	18 - 19
Crevettes, homard	75 g (2 ½ oz)	15
Substituts de la viande		
Haricots de soya cuits	175 ml (¾ de tasse)	21
Tofu ferme	150 g/175 ml (¾ de tasse)	21
Lentilles cuites	175 ml (¾ de tasse)	13
Haricots blancs, rouges ou pinto cuits	175 ml (¾ de tasse)	8 - 14
Pois chiches en conserve	175 ml (¾ de tasse)	9
Œufs	2 gros	12
Arachides écalées	60 ml (¼ de tasse)	10
Beurre d'arachides	30 ml (2 c. à soupe)	8
Amandes, pistaches, noix d'acajou	60 ml (¼ de tasse)	5 - 8

Tableau 1 (suite)
Les sources alimentaires de protéines

Aliment	Portion du Guide alimentaire	Teneur en protéines (g)
Laits et substituts du lait		
Lait (écrémé, 1 %, 2 %, 3,5 %)	250 ml (1 tasse)	8 - 9
Lait de beurre, lait au chocolat	250 ml (1 tasse)	8 - 9
Boisson de soya	250 ml (1 tasse)	7
Yogourt	175 ml (¾ de tasse)	7 - 9
Fromage (cheddar, emmental, gouda, édam)	50 g (1 ½ oz)	12 - 13
Fromage cottage, ricotta	125 ml (½ tasse)	15
Fromage fondu en tranches minces	2 ½ tranches (50 g)	12
Crème glacée, pouding préparé avec du lait	125 ml (½ tasse)	2 - 4
Produits céréaliers		
Pain	1 tranche, ½ pita (35 g)	3
Céréales chaudes ou prêtes à servir	1 portion (30 g)	2 - 4
Riz, millet ou boulgour cuits	125 ml (½ tasse)	2 - 4
Fruits et légumes		
Brocoli, chou de Bruxelles, pois verts	125 ml (½ tasse)	3
Oignon, poivron, courge, tomate	125 ml (½ tasse)	1
Banane, pomme, orange, poire	125 ml (½ tasse)	1

Les données proviennent de Santé Canada (2008). *Valeur nutritive de quelques aliments usuels*. Ottawa : Publications Santé Canada, 60 p. www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/fiche-nutri-data/nvscf-vnqau-fra.pdf

L'acide folique

Les folates, ou la vitamine B9, font partie de la famille des vitamines B et sont naturellement présents dans les aliments. Leur forme synthétique, l'acide folique, se trouve dans les aliments enrichis et les suppléments. Le terme « folates alimentaires » décrit toutes les formes de folates présentes dans les aliments, c'est-à-dire le folate naturel et l'acide folique qu'on trouve dans les aliments enrichis.

Les folates jouent un rôle important dans la division cellulaire, la production des acides aminés et celle de certains acides nucléiques, comme l'ADN^{5, 6}. Lors des périodes de

croissance rapide, telles que la grossesse, les folates contribuent à la formation de nouvelles cellules. Ils favorisent aussi l'expansion du volume sanguin chez la femme enceinte et la croissance des tissus chez elle et le fœtus.

Étant donné la rapidité de la division cellulaire et la formation de nouvelles cellules lors de la grossesse, l'embryon et le fœtus sont plus sensibles à une déficience en folates ou à des erreurs dans leur métabolisme⁶. Une déficience en acide folique est liée à la présence accrue de malformations congénitales, dont les anomalies du tube neural.

Qu'est-ce qu'une anomalie du tube neural?

Au cours des premières semaines suivant la fécondation, une bande de cellules se développe tout le long de la surface dorsale de l'embryon, formant d'abord une rainure, puis un tube creux, le tube neural. Celui-ci est le précurseur de la moelle épinière et du cerveau. Il se ferme entre le 25^e et le 29^e jour de gestation. La fermeture incomplète du tube neural cause une malformation.

Les anomalies de fermeture du tube neural viennent au premier rang des malformations congénitales entraînant des limitations fonctionnelles. Le spina-bifida est la forme la plus connue et la plus courante de ces anomalies. L'enfant atteint naît avec une partie de la moelle épinière ou des nerfs spinaux à l'extérieur du canal rachidien.

Quelle quantité prendre?

L'apport nutritionnel recommandé durant la grossesse a été fixé à **600 microgrammes (µg) (c'est-à-dire 0,6 mg) de folates alimentaires par jour**. La plupart des femmes enceintes nord-américaines ont de la difficulté à obtenir cette quantité de folates uniquement à partir de l'alimentation.

Afin de réduire le risque d'anomalies du tube neural et pour combler les besoins en folate, qui sont accrus durant la grossesse, toutes les femmes enceintes et celles qui souhaitent le devenir devraient prendre chaque jour une **multivitamine contenant 400 µg (0,4 mg) d'acide folique**⁵.

Bien que cette recommandation universelle s'applique à la majorité des femmes enceintes, certaines ont des besoins plus précis. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, conjointement avec le programme Motherisk, a proposé des adaptations pour tenir compte des divers facteurs pouvant influencer la prise d'acide folique⁷. Ces renseignements sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2
Recommandations relatives à la prise d'acide folique^z

Pour qui?	Quoi?	Quand?
Pour les femmes enceintes ne présentant pas de risque particulier, dont la grossesse est planifiée, et qui ont l'habitude de bien suivre les ordonnances.	Recommander une alimentation riche en folates et la prise d'une multivitamine contenant de 0,4 à 1,0 mg d'acide folique.	Au moins 3 mois avant la conception, puis tout au long de la grossesse et de la période post-partum (de 4 à 6 semaines ou aussi longtemps que l'allaitement se poursuit).
<p>Pour les femmes qui présentent des risques, c'est-à-dire celles qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont déjà eu un enfant atteint d'une anomalie du tube neural; • ont un membre de la famille immédiate atteint d'une anomalie du tube neural; • font partie de groupes ethniques courant un risque plus élevé d'avoir un enfant atteint d'une anomalie du tube neural (par ex., les sikhs); • souffrent d'épilepsie, de diabète insulino-dépendant, d'obésité (IMC > 35). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recommander d'accroître leur consommation d'aliments riches en folates et de prendre chaque jour une multivitamine contenant 5 mg d'acide folique. 2. Recommander par la suite la prise journalière d'une multivitamine contenant de 0,4 à 1,0 mg d'acide folique. 	<p>Au moins 3 mois avant la conception et poursuivre de 10 à 12 semaines après la conception.</p> <p>Tout au long de la grossesse et durant la période postnatale (de 4 à 6 semaines après la naissance ou aussi longtemps que l'allaitement se poursuit).</p>
Pour les femmes qui ont de la difficulté à se conformer aux prescriptions de médicaments, qui ont une alimentation approximative, qui n'ont pas de moyens contraceptifs et qui consomment des drogues ou de l'alcool.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recommander un counseling concernant la prévention de malformations congénitales (et les diriger vers un spécialiste si elles le désirent). 2. Recommander d'accroître leur consommation d'aliments riches en folates et de prendre chaque jour une multivitamine contenant 5 mg d'acide folique. 3. Recommander par la suite la prise journalière d'une multivitamine contenant de 0,4 à 1,0 mg d'acide folique. 	<p>Au moins 3 mois avant la conception et poursuivre de 10 à 12 semaines après la conception.</p> <p>Tout au long de la grossesse et durant la période postnatale (de 4 à 6 semaines après la naissance ou aussi longtemps que l'allaitement se poursuit).</p>

Supplément unique d'acide folique ou multivitamine?

Il est recommandé de **privilégier une multivitamine** qui, en plus de contenir de l'acide folique, renferme d'autres éléments nutritifs, notamment du fer. En effet, plusieurs études récentes montrent ce qui suit :

- Une multivitamine contenant de l'acide folique offre une protection contre des anomalies autres que celles du tube neural, notamment les anomalies cardiovasculaires et les anomalies touchant les membres^{8, 9}. Elle offrirait également une protection contre d'autres problèmes, comme les fissures labiales ou palatines et la prééclampsie;
- Une multivitamine incluant plusieurs vitamines et minéraux prise durant la grossesse est préférable à un supplément contenant seulement un ou deux micronutriments^{10, 11}.

Les études portant sur les caractéristiques des femmes qui prennent ou non un supplément d'acide folique montrent que :

- le fait de connaître les bienfaits de l'acide folique a été associé à une prise accrue de suppléments, tant avant que pendant la grossesse¹²;
- les femmes qui avaient eu l'occasion de discuter de l'acide folique avec un professionnel de la santé sont plus nombreuses à consommer un supplément et à en consommer de façon régulière (au moins quatre jours par semaine)^{13, 6}.

Où trouver de l'acide folique dans les aliments?

Les folates et l'acide folique sont présents dans une grande variété d'aliments. Les principales sources sont :

- les produits céréaliers enrichis^a (pains, céréales et pâtes alimentaires);
- les légumes verts (épinards, laitue romaine, brocoli, choux de Bruxelles);
- les légumineuses (lentilles, haricots secs);
- les oranges et le jus d'orange.

Le tableau 3 présente la quantité de folates contenue dans certains aliments.

^a Depuis 1998, le gouvernement du Canada exige que la farine blanche, les pâtes et la semoule de maïs soient enrichies d'acide folique. Depuis, les pains, les céréales et les pâtes alimentaires contribuent de façon importante à l'apport en folates alimentaires.

Tableau 3
Sources de folates alimentaires

Aliment	Portion du <i>Guide alimentaire</i>	Microgrammes ^b de folates en équivalents de folates alimentaires (µg ÉFA)
Lentilles et haricots romains	175 ml (¾ de tasse)	265 – 270
Haricots noirs	175 ml (¾ de tasse)	190
Okra	125 ml (½ tasse)	140
Haricots blancs	175 ml (¾ de tasse)	125
Asperges et épinards cuits	125 ml (½ tasse)	120
Légumes verts à salade, comme la laitue romaine, les feuilles de moutarde et la chicorée	250 ml (1 tasse)	80 - 110
Haricots pinto, haricots rouges et pois chiches	175 ml (¾ de tasse)	70 - 100
Pâtes alimentaires faites avec de la farine de blé enrichie	125 ml (½ tasse)	90
Avocats	½ fruit	80
Graines de tournesol écalées	60 ml (¼ de tasse)	80
Bagel fait de farine de blé enrichie	½ bagel (45 g)	60 – 75
Choux de Bruxelles, betteraves et brocoli cuits	125 ml (½ tasse)	70
Pain fait avec de la farine de blé enrichie ou de la semoule de maïs enrichie	1 tranche ou ½ pita ou ½ tortilla (35 g)	45 - 65
Épinards crus	250 ml (1 tasse)	60
Jus d'orange préparé à partir de concentré	125 ml (½ tasse)	60
Persil	125 ml (½ tasse)	50
Panais	125 ml (½ tasse)	50
Arachides écalées	60 ml (¼ de tasse)	45
Œufs	2 gros	45
Maïs	125 ml (½ tasse)	40
Algues	125 ml (½ tasse)	40
Orange	1 moyenne	40
Pois verts	125 ml (½ tasse)	40

^b Quantités approximatives provenant du Fichier canadien sur les éléments nutritifs, 2007b.

Tableau 3 (suite)
Sources de folates alimentaires

Aliment	Portion du <i>Guide alimentaire</i>	Microgrammes ^c de folates en équivalents de folates alimentaires (µg ÉFA)
Framboises et fraises, mûres	125 ml (½ tasse)	15 - 35
Céréales enrichies prêtes à manger	30 g (2 c. à soupe)	10 - 35
Brocoli et chou-fleur crus	125 ml (½ tasse)	30
Pois mange-tout	125 ml (½ tasse)	30
Jus d'ananas	125 ml (½ tasse)	30
Noix, amandes et noisettes écalées	60 ml (¼ de tasse)	20 - 30
Carottes miniatures	125 ml (½ tasse)	25
Kiwi	1 gros	20
Clémentine	1 fruit	20

Tiré de : Santé Canada (2009), *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé – Le folate contribue à une grossesse en santé* :

Le fer

Le fer est un élément nutritif essentiel. Il fait partie intégrante de plusieurs protéines, dont l'hémoglobine des globules rouges et certains enzymes. Il joue un rôle important dans le transport de l'oxygène et le métabolisme de l'énergie. Il participe également à plusieurs processus physiologiques vitaux, comme la régulation de la croissance des cellules et de leur différenciation.

Pendant la grossesse, les besoins en fer augmentent considérablement¹⁴ :

- en raison de l'augmentation du volume sanguin (et, par le fait même, de la masse d'hémoglobine);
- pour soutenir la croissance du fœtus et du placenta;
- pour permettre au fœtus d'emmagasiner les réserves de fer dont il aura besoin pendant les six premiers mois de sa vie.

Lorsque se présente une déficience en fer, le sang renferme moins d'hémoglobine et transporte moins efficacement l'oxygène des poumons jusqu'aux tissus. Le système immunitaire est affaibli et les enzymes qui favorisent la transformation des calories en énergie font défaut. Les femmes se sentent alors fatiguées et résistent mal aux infections.

^c Quantités approximatives provenant du Fichier canadien sur les éléments nutritifs, 2007b.

Cette déficience en fer peut entraîner de l'anémie chez la mère, un accouchement prématuré ou un faible poids à la naissance et un risque accru de mortalité périnatale chez le nourrisson.

Quelle quantité prendre?

L'apport nutritionnel recommandé a été fixé à **27 mg de fer par jour**. La plupart des femmes enceintes nord-américaines ont de la difficulté à obtenir cette quantité de fer uniquement par l'alimentation.

Pour combler les besoins accrus en fer, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre un **supplément contenant de 16 à 20 mg de fer chaque jour**^{15, 14}, et ce, sous la forme d'une multivitamine contenant aussi de l'acide folique.

La prise d'un tel supplément sur une base quotidienne augmente le taux d'hémoglobine dans le sang de la mère¹⁶. Les données montrent également que les femmes qui ont consommé chaque jour un supplément de fer sont moins susceptibles d'avoir une déficience en fer ou de l'anémie à terme¹⁶.

Il est à noter que les femmes qui souffrent d'une déficience en fer ou d'anémie devraient être évaluées pour que soit déterminée la quantité additionnelle de fer qu'elles doivent prendre sous forme de supplément.

Où en trouver?

Les aliments riches en fer sont les suivants :

- La viande, la volaille, le poisson et les fruits de mer;
- Les produits céréaliers enrichis de fer (pains, céréales, pâtes alimentaires);
- Les légumineuses (pois chiches, lentilles);
- Certains fruits et légumes (fruits secs, épinards, pois verts, pommes de terre);
- Les noix (pacanes, pistaches, amandes).

Dans les aliments, le fer existe sous deux formes :

- Le **fer hémique** est présent uniquement dans la viande, la volaille, le poisson et les fruits de mer;
- Le **fer non hémique** est présent à la fois dans les aliments d'origine animale et dans les végétaux (les légumes, les produits céréaliers et les légumineuses).

Le fer hémique est mieux absorbé que le fer non hémique¹⁴. Pour améliorer l'absorption de ce dernier dans l'organisme, la femme enceinte peut, au cours du même repas, manger :

- un aliment contenant de la vitamine C (jus d'orange, tomate, brocoli, poivron);
- de la viande, de la volaille, du poisson ou des fruits de mer (même en petites quantités)¹⁴.

Au contraire, certaines substances contenues dans les aliments peuvent réduire l'absorption du fer d'origine végétale, surtout si elles sont consommées au cours du même repas. Ces substances sont par exemple :

- les composés phénoliques présents dans le thé;
- les oxalates contenus dans le chocolat;
- le calcium pris sous forme de supplément.

Il est proposé d'éviter de consommer ces substances en même temps que les aliments sources de fer.

Les tableaux 4 et 5 proposent des listes d'aliments contenant du fer hémique et non hémique.

Tableau 4
Aliments contenant à la fois du fer hémique et non hémique

Aliment	Fer en milligrammes ^d par portion du <i>Guide alimentaire</i> (75 g cuit)
Bœuf	1,5 – 3
Crevettes	2
Sardines	2
Agneau	1,5 – 1,8
Poulet	1
Porc	0,5 – 1
Poisson (saumon, truite, flétan, aiglefin, perche)	0,5 – 1
Autres sources de fer hémique	
Phoque	13,5 – 21
Canard sauvage	7,5
Cœur, rognons	4 – 9
Huîtres, moules	5 - 7
Boudin noir	5
Original	4

Note : Bien que le foie soit une excellente source de fer, il n'est pas inclus dans cette liste à cause de sa teneur élevée en vitamine A. Pour la plupart des types de foie, la teneur en vitamine A d'une seule portion du *Guide alimentaire canadien* (75 g cuit) excède l'apport maximal tolérable (AMT) fixé chez les femmes en âge de procréer.

^d Quantités approximatives provenant du Fichier canadien sur les éléments nutritifs, 2007b. La quantité totale de fer renferme différentes proportions de fer hémique et non hémique.

Tableau 5
Aliments contenant uniquement du fer non hémique

Aliment	Portion du Guide alimentaire	Fer en milligrammes ^e
Graines de citrouille	60 ml (¼ de tasse)	8,5
Tofu, moyen ou ferme	150 g (5 ¼ oz)	2 - 7
Légumineuses (haricots secs, lentilles, pois chiches)	175 ml (¾ de tasse)	2 – 6,5
Céréales chaudes instantanées (enrichies de fer)	175 ml (¾ de tasse)	3 - 6
Céréales froides (enrichies de fer)	30 g (1 oz)	4
Certains légumes (citrouilles, cœurs d'artichaut, pois verts, pommes de terre, épinards)	125 ml (½ tasse)	1 – 2
Noix, arachides et graines de tournesol	60 ml (¼ de tasse)	0,5 – 2
Œufs	2 gros	1,8
Pâtes alimentaires (enrichies de fer)	125 ml (½ tasse)	1 – 1,5
Jus de pruneau	125 ml (½ tasse)	1,5
Beurre d'arachides et beurres de noix, comme le beurre d'amandes	30 ml (2 c. à soupe)	0,5 – 1,5
Pain (enrichi de fer)	1 tranche	1

Les deux tableaux proviennent de : Santé Canada (2009), *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé – Le fer contribue à une grossesse en santé* : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/iron-fer-fra.php>

Le calcium

Le calcium participe à la formation et à l'entretien des os et des dents. Il intervient également dans le fonctionnement du système nerveux et du travail musculaire ainsi que dans la coagulation du sang. Durant la grossesse, diverses adaptations surviennent dans le métabolisme du calcium, permettant une meilleure absorption du minéral, ainsi qu'une excrétion réduite au niveau des reins, tout ceci dans le but de fournir au fœtus suffisamment de calcium pour la formation des os¹⁷.

Quelle quantité prendre?

L'apport en calcium considéré comme étant suffisant reste le même qu'avant la grossesse : il est estimé à **1 000 mg par jour**.

^e Quantités approximatives provenant du Fichier canadien sur les éléments nutritifs, 2007b. La quantité totale de fer tient uniquement compte du fer non hémique.

Où en trouver?

Dans l'alimentation nord-américaine, les principales sources de calcium sont :

- le lait;
- les substituts du lait (yogourts, fromages, boissons de soya enrichies);
- tous les mets préparés avec ces aliments (les poudings, les plats gratinés, les potages qui comportent de la crème, etc.).

D'autres aliments contiennent également du calcium, mais en plus petite quantité que dans les laits et substituts. Parmi ces aliments, on trouve :

- le brocoli et les légumes à feuilles vert foncé;
- les amandes et le beurre de sésame;
- le saumon en conserve avec les arêtes;
- le tofu.

Le tableau 6 présente des sources alimentaires de calcium.

Tableau 6
Les sources alimentaires de calcium

Aliment	Portion du <i>Guide alimentaire</i>	Teneur en calcium (mg) ^f
LAITS ET SUBSTITUTS		
Laits		
Écrémé, 1 %, 2 % et 3,25 % M.G.	250 ml (1 tasse)	300 - 320
Boisson de riz ou de soya enrichie	250 ml (1 tasse)	320
Babeurre	250 ml (1 tasse)	300
Lait au chocolat	250 ml (1 tasse)	300
Yogourts, desserts		
Nature ou aux fruits, 0,1 %, 1,5 % et 3 % M.G.	175 g (¾ de tasse)	200 - 300
Yogourt glacé	125 ml (½ tasse)	90 - 110
Crème glacée	125 ml (½ tasse)	100 - 130
Pouding instantané, préparé avec lait	125 ml (½ tasse)	141
Pouding au riz maison	125 ml (½ tasse)	115

^f Les données présentées dans ce tableau proviennent de : Santé Canada (2008), *Valeur nutritive de quelques aliments usuels*. Ottawa : Publications Santé Canada, 60 p. : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/fiche-nutri-data/nvscf-vnqau-fra.pdf

Tableau 6 (suite)
Les sources alimentaires de calcium

Aliment	Portion du Guide alimentaire	Teneur en calcium (mg) ⁹
Fromages		
Suisse	50 g (1 ½ oz)	396
Mozzarella	50 g (1 ½ oz)	323
Cheddar	50 g (1 ½ oz)	311
Ricotta	125 ml (½ tasse)	356
Brick	50 g (1 ½ oz)	255
Cottage (2 % M. G.)	125 ml (½ tasse)	75
AUTRES SOURCES		
Sardines en conserve	100 g (3 ½ oz)	300
Saumon en conserve avec arêtes	75 g (2 ½ oz)	200
Tofu ferme	100 g (3 ½ oz)	156
Amandes	60 ml (¼ de tasse)	100
Beurre de sésame, Tahini	30 ml (2 c. à table)	130
Brocoli	125 ml (½ tasse)	70
Jus de fruits enrichi de vitamine D et calcium	125 ml (½ tasse)	185

La vitamine D

La vitamine D joue un rôle important dans le métabolisme du calcium et dans la santé des os et des dents. Elle participe également à la régulation de la croissance des cellules, à l'immunité et au métabolisme cellulaire. Au cours des dernières années, un grand nombre d'études a été publié sur le lien entre la vitamine D et le cancer, les maladies auto-immunes et les maladies cardiovasculaires^{18, 19, 20}.

⁹ Les données présentées dans ce tableau proviennent de : Santé Canada (2008), *Valeur nutritive de quelques aliments usuels*. Ottawa : Publications Santé Canada, 60 p. : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/fiche-nutri-data/nvscf-vnqau-fra.pdf

Quelle quantité prendre?

L'apport recommandé en vitamine D a été révisé et en décembre 2010, il a été fixé à **15 microgrammes (µg) ou 600 UI (unités internationales) par jour²¹**, et ce, pour l'ensemble des individus âgés de 9 ans à 70 ans. C'est également la quantité recommandée pendant la grossesse, une quantité difficile à obtenir uniquement par l'alimentation.

Dès l'annonce des nouvelles recommandations, Santé Canada soulignait avoir entrepris des travaux pour modifier ses politiques correspondantes et les messages transmis à la population. Cet organisme encourage les femmes enceintes à suivre les conseils du document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, notamment de boire chaque jour 500 ml (2 tasses) de lait ou de boisson de soja enrichie.

Où en trouver?

Les principales sources alimentaires de vitamine D sont :

- le lait de vache (qui est obligatoirement enrichi de vitamine D au Canada);
- les boissons de soja enrichies;
- les poissons gras, comme le saumon, la truite et les sardines;
- les œufs;
- la margarine.

Le contenu en vitamine D de divers aliments est présenté dans le tableau 7. Il est à noter que les multivitamines recommandées aux femmes enceintes contiennent également de la vitamine D.

Tableau 7
Aliments sources de vitamine D

Aliment	Portion du <i>Guide alimentaire</i>	Vitamine D (UI)
Lait	1 tasse	100
Yogourt enrichi ^h	80 ml (6 onces)	20
Boisson au riz ou au soja enrichie	1 tasse	80
Jus d'orange enrichi ⁱ	½ tasse	45
Margarine enrichie ^j	2 c. à thé	51
Jaune d'œuf	1	25

^h Enrichie de vitamine D.

ⁱ Enrichie de vitamine D.

^j Enrichie de vitamine D.

Tableau 7 (suite)
Aliments sources de vitamine D

Aliment	Portion du Guide alimentaire	Vitamine D (UI)
Hareng ou truite cuits	75 g (2 ½ oz)	156
Maquereau cuit	75 g (2 ½ oz)	80
Saumon de l'Atlantique cuit	75 g (2 ½ oz)	225
Saumon en conserve ou cuit ^k	75 g (2 ½ oz)	608
Sardines de l'Atlantique en conserve	75 g (2 ½ oz)	70
Sardines du Pacifique en conserve	75 g (2 ½ oz)	360
Thon léger ou blanc en conserve	75 g (2 ½ oz)	41
Thon pâle en conserve (albacore, ahi)	75 g (2 ½ oz)	105
Thon listao cuit	75 g (2 ½ oz)	381
Thon rouge cuit	75 g (2 ½ oz)	690

Source du tableau : HealthLink BC, *Food sources of calcium and vitamin D*:
<http://www.healthlinkbc.ca/healthfiles/hfile68e.stm>

La vitamine B₆

La vitamine B₆ (ou pyridoxine) joue un rôle dans de nombreux mécanismes de régulation et de construction des tissus. Elle participe au bon fonctionnement du système nerveux central et à l'élaboration de l'hémoglobine. Elle est également indispensable au bon développement fœtal.

Faut-il prendre un supplément?

Bien que certaines études aient suggéré qu'un supplément de cette vitamine puisse réduire l'incidence de prééclampsie chez les femmes enceintes ou améliorer le score d'Apgar chez les nouveau-nés, une recension de revues systématiques montre qu'il n'y a pas de bénéfices accrus à consommer la vitamine B₆ sous forme de supplément durant la grossesse²².

^k Comprend le quinnat, le coho, le saumon rose, le saumon rouge.

Où en trouver?

On trouve la vitamine B₆ dans :

- la viande, le poisson et la volaille;
- les légumineuses;
- certains fruits et légumes (banane, pomme de terre);
- les fruits séchés (pruneaux, dattes, figues);
- les céréales;
- les noix et différentes graines (sésame, tournesol).

Les acides gras et les oméga-3

La consommation d'acides gras, en particulier des oméga-3, a fait l'objet de plusieurs études en lien avec la grossesse. Il en ressort que ces acides gras sont essentiels au développement du fœtus, particulièrement l'acide docosahexaénoïque (ADH).

On sait, par exemple, que la concentration d'ADH dans le cerveau augmente très rapidement durant la grossesse, puis durant les premières années de vie²³. L'accumulation se poursuit pendant l'enfance et l'adolescence, quoique plus lentement. Le cerveau a besoin de cette substance non seulement pour fonctionner, mais aussi pour se développer.

Quelle quantité prendre?

Les recherches des dernières années montrent que le lien entre les gras et la santé se situe davantage au niveau de la qualité des lipides que de leur quantité totale.

L'idée n'est donc pas d'éliminer les gras, mais plutôt d'**en consommer modérément**, et surtout de les choisir avec soin. À cet égard, il faut **consommer de préférence des lipides insaturés** (polyinsaturés et mono-insaturés), qui sont des sources importantes d'acides gras essentiels (oméga-3 et oméga-6). Ces derniers doivent être fournis par l'alimentation, étant donné que notre corps ne peut les fabriquer¹.

Le tableau 8 présente les différentes catégories d'acides gras et leur provenance.

¹ Santé Canada (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien. Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs*. Ottawa : Publications Santé Canada, 49 p.

Tableau 8
Les principales sources d'acides gras

Nomenclature		Principales sources
Gras insaturés (à privilégier)	Gras mono-insaturés	Acides gras oméga-9 <ul style="list-style-type: none"> Huiles d'olive et de canola. Gras contenu dans les avocats, les olives et les amandes.
	Gras polyinsaturés	Acides gras oméga-6 <ul style="list-style-type: none"> Huiles de maïs, de tournesol et d'arachides. Acides gras oméga-3 <ul style="list-style-type: none"> D'origine marine (ADH et AEP) : les poissons gras comme le saumon, le maquereau, la sardine. D'origine végétale (ALA) : les graines de lin moulues, le soja, les noix.
Gras saturés		<ul style="list-style-type: none"> Gras animal : gras contenus dans la viande, le beurre et la crème. Huiles tropicales : huile de palme, de noix de coco.
Gras trans		Ils proviennent d'huiles végétales qui ont été hydrogénées, transformées pour convenir aux besoins de l'industrie alimentaire. On les trouve dans plusieurs produits de boulangerie (beignets, biscuits, craquelins, muffins commerciaux), dans les produits panés et le <i>shortening</i> végétal.

Où en trouver?

Les principales sources d'acides gras oméga-3 dans l'alimentation nord-américaine sont :

- les poissons gras (le saumon, la truite, le maquereau, la sardine, le hareng);
- certains fruits de mer (les moules, les huîtres);
- les graines et l'huile de lin;
- les fèves et l'huile de soya;
- l'huile de canola;
- les graines de chanvre et les noix de Grenoble;
- certaines algues²⁴.

Pour augmenter l'apport en oméga-3, il est recommandé de consommer des poissons qui en sont riches une ou deux fois par semaine. Viennent ensuite d'autres moyens, comme cuisiner avec de l'huile de canola, ajouter des graines de lin moulues aux céréales du matin, choisir des noix de Grenoble comme collation ou comme ingrédients dans les recettes qui contiennent des noix.

Pour en savoir plus, consulter l'annexe, où sont présentés un court texte sur la valeur nutritive du poisson et un tableau indiquant la quantité d'ADH dans les aliments.

Des produits alimentaires à consommer avec modération

Café, thé et autres aliments contenant de la caféine

Le café est une boisson populaire et sa consommation a fait l'objet de plusieurs études. Le *Rapport sur la consommation alimentaire des adultes québécois* (2009) montre que les apports en caféine sont très variables, mais qu'ils s'inscrivent habituellement dans les limites suggérées. Ainsi, ils fluctuent entre 25 et 97 mg par jour chez les femmes de 19 à 30 ans (apport médian : 61 mg/j) et entre 139 et 270 mg par jour chez les femmes de 31 à 50 ans (apport médian : 204 mg/j)⁴.

Chez les adultes en bonne santé, il n'y a pas de preuve qu'une quantité modérée de café (de 3 à 4 tasses par jour, ce qui donne de 300 à 400 mg de caféine) nuise à la santé²⁵. Certains groupes peuvent toutefois être plus sensibles aux effets de la caféine, comme les enfants et les adolescents ou les personnes qui souffrent d'hypertension.

Pour ce qui est des femmes enceintes, les études réalisées sur la consommation de caféine durant la grossesse démontrent que :

- la consommation de caféine serait peu susceptible de causer des malformations congénitales chez l'enfant²⁶;
- les preuves sont insuffisantes à l'heure actuelle pour confirmer ou réfuter que la consommation de caféine a un effet sur le poids à la naissance ou sur le déroulement de la grossesse²⁷;
- il peut être prudent pour les femmes enceintes de limiter leur consommation de café à **2 ou 3 tasses par jour, ce qui est l'équivalent de 300 mg de caféine**²⁵.

La caféine peut provenir du café, mais aussi d'autres boissons et aliments, comme le thé, les boissons gazeuses, le chocolat et les boissons énergisantes. Notez que **les boissons énergisantes ne sont pas conseillées aux femmes enceintes**. L'étiquette de ces différentes boissons en fait clairement mention. Les tableaux 9 et 10 présentent la teneur en caféine de certains produits couramment consommés.

Tableau 9
Teneur en caféine de certains produits couramment consommés

Produit	Taille de la portion	Caféine (mg) (valeurs approximatives)
Café		
Espresso	28 ml (1 oz)	75
Infusé	237 ml (8 oz)	135
Torréfié et moulu, percolateur	237 ml (8 oz)	118
Torréfié et moulu, filtre	237 ml (8 oz)	179
Torréfié et moulu, décaféiné	237 ml (8 oz)	3
Instantané	237 ml (8 oz)	76 – 106
Instantané, décaféiné	237 ml (8 oz)	5
Thé		
Mélange régulier	237 ml (8 oz)	43
Vert	237 ml (8 oz)	30
Instantané	237 ml (8 oz)	15
En feuilles ou en sachets	237 ml (8 oz)	50
Décaféiné	237 ml (8 oz)	0
Boissons au cola		
Cola régulier	355 ml (12 oz)	36 - 46
Cola diète	355 ml (12 oz)	39 - 50
Produits à base de cacao		
Lait au chocolat	237 ml (8 oz)	8
Mélange pour chocolat chaud	237 ml (8 oz)	5
Friandises, chocolat au lait	28 g (1 oz)	7
Friandises, chocolat sucré	28 g (1 oz)	19
Chocolat à cuisson, non sucré	28 g (1 oz)	25 - 58
Gâteau au chocolat	80 g (2,8 oz)	6
Carrés au chocolat (<i>brownies</i>)	42 g (1,5 oz)	10
Mousse au chocolat	90 g (3,2 oz)	15
Pouding au chocolat	145 g (5,1 oz)	9

Tiré de www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1167_BoissonsEnergisantes.pdf, page 20.

Tableau 10
Quantification de la caféine dans certaines boissons énergisantes

Produit	Format (ml)	Caféine (mg) (d'après l'entreprise)	Caféine (mg) MESURÉE par format original ^m	Comparatif : caféine (mg) par 250 ml
Red Bull® régulier Lot no 1	250 (1 tasse)	80	74	74
Red Bull® régulier Lot no 2			70	70
Guru Full On® Lot no 1	355 (1 1/2 tasse)	Extrait de guarana	130	91
Guru Full On® Lot no 2			143	101

Tiré de www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1167_BoissonsEnergisantes.pdf, page 21.

Tisanes et plantes médicinales

Une enquête réalisée au Québec auprès de 3354 femmes qui ont donné naissance à un enfant entre janvier 1998 et décembre 2003 indique que 9 % d'entre elles avaient utilisé des produits naturels pendant leur grossesse. La camomille, le thé vert, la menthe poivrée et le lin (huile ou graines de lin) étaient les produits les plus couramment utilisés²⁸.

Dans l'ensemble, les informations concernant les effets des herbes et des tisanes sur la croissance du fœtus, sur la formation et le développement des organes, sur le risque de malformations, de naissance prématurée ou de fausse couche, de même que sur la santé de la mère (œdème, hypertension) sont insuffisantes pour tirer des conclusions²⁹.

La plupart des experts et des organismes gouvernementaux font conséquemment les recommandations suivantes :

- Pendant le premier trimestre de la grossesseⁿ, les femmes enceintes ne devraient consommer aucun médicament, plante médicinale ou produit de santé naturel, à moins d'une recommandation de leur médecin;
- Le gingembre est une exception à la règle. Il a fait l'objet d'études auprès de femmes enceintes, s'est avéré efficace pour diminuer les nausées matinales et aucun effet indésirable n'a été rapporté^{29, 30}. Pour de plus amples renseignements, consulter la fiche *Soins préventifs et de santé*, section *Nausées et vomissements*;
- Les tisanes suivantes sont généralement considérées comme inoffensives si elles sont consommées avec modération (de deux à trois tasses par jour) : pelure d'agrumes, gingembre, fleur de tilleul, mélisse officinale, pelure d'orange et églantier³¹.

^m Dosages effectués au laboratoire du Centre de toxicologie du Québec en septembre 2009.

ⁿ Période où la division cellulaire est très intense et rapide (croissance et différenciation des tissus et des organes). Cette période est marquée par le besoin de matériaux particuliers (comme l'acide folique), mais aussi par une très grande sensibilité aux poisons, aux toxines et aux agents pathogènes).

Édulcorants ou substituts du sucre

Les édulcorants sont des substances ayant un pouvoir sucrant sans contenir autant de calories que le sucre. Certains, comme l'aspartame ou le polydextrose, sont utilisés comme additifs alimentaires. Ils sont ajoutés dans divers aliments commerciaux, notamment dans les boissons gazeuses, les desserts, les céréales de petit-déjeuner et la gomme à mâcher.

D'autres, comme la saccharine et les cyclamates, sont utilisés uniquement comme édulcorants de table, c'est-à-dire qu'on peut s'en procurer pour les ajouter soi-même au café ou aux autres boissons chaudes et dans les recettes de dessert. Ils ne sont pas utilisés comme additifs alimentaires.

Au Canada, les édulcorants ne sont autorisés qu'après évaluation de leur innocuité, et une dose journalière permise est déterminée. Les données scientifiques disponibles en ce moment montrent que **les produits actuellement utilisés comme édulcorants au Canada peuvent être consommés sans danger**, y compris par les femmes enceintes et par celles qui allaitent.

Cependant, pour des motifs nutritionnels, les femmes enceintes devraient être mises en garde **contre une consommation excessive de produits contenant des édulcorants artificiels**, puisque de tels aliments risquent de remplacer des aliments riches en nutriments et constituant une bonne source d'énergie³².

Des situations où la prudence est recommandée

Méthylmercure et consommation de poisson

Depuis plusieurs années, on entend parler des effets néfastes du mercure sur la santé. La contamination par le mercure provient principalement de sources industrielles : la combustion du charbon et d'autres combustibles fossiles, les incinérateurs de déchets municipaux, les boues d'épuration et de déchets d'hôpital, les cimenteries.

Le mercure étant très volatil, il peut voyager dans l'air sur de grandes distances avant de se déposer. Dans l'eau, il est transformé en méthylmercure, la forme la plus dangereuse de mercure. Il s'accumule ainsi dans la chair des poissons, qui l'absorbent parfois à partir des eaux environnantes, mais surtout après avoir avalé d'autres poissons qui contiennent du mercure^{33, 34}.

Ainsi, la chair d'un poisson prédateur qui s'alimente de grandes quantités d'autres poissons aura tendance à contenir plus de mercure que celle d'un poisson qui se nourrit d'insectes ou de plancton. De même, plus un poisson grossit, plus son niveau de contamination augmente.

Parmi les poissons de mer, ce sont les grands prédateurs comme le requin et l'espadon qui renferment de grandes quantités de mercure. Chez les poissons d'eau douce, ceux qui en contiennent le plus ont aussi en commun de se nourrir d'autres poissons (par ex., l'achigan, le doré jaune et le brochet).

Pourquoi se préoccuper du méthylmercure?

On a observé différents effets néfastes sur la santé humaine par suite d'une exposition au méthylmercure. La gravité de ces effets serait liée à la dose absorbée et à la durée de l'exposition. L'accumulation de fortes doses se traduit par différents troubles, touchant notamment la motricité fine, l'attention, l'apprentissage verbal et la mémoire^{33, 34}.

Lorsqu'il est ingéré, le méthylmercure est presque complètement absorbé à partir du tube digestif et redistribué à tous les tissus, dont le système nerveux central. Le méthylmercure traverse également le placenta. Le cerveau du fœtus est particulièrement vulnérable au méthylmercure, d'où l'importance pour les femmes enceintes de surveiller leur consommation de poissons prédateurs.

Le tableau suivant présente les espèces de poissons à privilégier et celles qu'il vaut mieux consommer avec modération ou moins souvent durant la grossesse.

Tableau 11
Poissons et mercure

Poissons ou fruits de mer contenant de faibles concentrations de mercure	Poissons contenant de fortes concentrations de mercure
À privilégier	À consommer avec modération
<ul style="list-style-type: none"> • Mollusques (moules, huîtres cuites, pétoncles et palourdes). • Crustacés (crevettes, crabe, homard). • Poissons : saumon, truite (mouchetée, saumonée, arc-en-ciel), hareng, flet, anchois, merlu, sole, morue, aiglefin, goberge, suceur ballot, éperlan, maquereau de l'Atlantique, capelan, meunier noir, alose savoureuse, grand corégone, poulamon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poissons de mer^o : requin, espadon, thon frais ou congelé, escolier, hoplostète orange. • Poissons d'eau douce^p : brochet, achigan, doré, maskinongé, touladi (truite grise).

Le thon : un cas d'espèce

Le thon en conserve fait partie des poissons les plus consommés au Québec. Il convient donc de faire quelques distinctions :

- Le **thon mis en conserve** est généralement plus jeune et de plus petite taille que le thon vendu frais ou congelé, ce qui signifie que sa concentration en mercure est beaucoup plus faible. Cependant, les concentrations de mercure varient d'une espèce de thon en conserve à l'autre;
- Le **thon blanc** (thon germon) contient de plus grandes quantités de mercure que le thon pâle. À titre préventif, Santé Canada recommande à la femme enceinte ou qui prévoit le devenir ainsi qu'à la femme qui allaite de se limiter à **4 portions de thon blanc en conserve par semaine, c'est-à-dire 300 grammes** (rappelons qu'une portion du *Guide alimentaire canadien* équivaut à un poids de 75 grammes ou 2½ onces, soit un volume de 125 ml ou ½ tasse);
- Le **thon pâle en conserve**, quant à lui, contient d'autres espèces de thon, comme le listao, le thon à nageoires jaunes ou le thon mignon, dont les concentrations en mercure sont plus faibles. Il ne fait l'objet d'aucune mise en garde.

^o Les femmes enceintes, celles qui prévoient le devenir et celles qui allaitent devraient limiter leur consommation à 150 g par mois (2 portions de 75 g)³⁵.

^p Aux femmes qui planifient une grossesse, aux femmes enceintes et à celles qui allaitent, on recommande d'éviter de consommer souvent ces espèces³⁵.

Les poissons de pêche sportive

Les femmes enceintes qui consomment des poissons de pêche sportive de façon régulière^q devraient vérifier si des avis ont été émis à cet égard dans leur région (auprès du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs en composant le 418 521-3830 ou le 1 800 561-1616, ou en consultant son site Internet au www.mddep.gouv.qc.ca/eau/guide).

Poisson cru et sushi

Les poissons peuvent contenir des bactéries, des virus et même des parasites que seule la cuisson peut détruire. Il est donc conseillé aux femmes enceintes d'**éviter de consommer du poisson cru, fumé ou mariné**. Cette recommandation ne les empêche pas de fréquenter le comptoir de sushi, si elles commandent des produits autres que ceux qui contiennent du poisson cru, fumé ou mariné.

Apport excessif en rétinol (ou vitamine A préformée)

On recommande aux femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir d'**éviter les aliments qui renferment de très grandes quantités de rétinol** (des aliments comme le foie et ses dérivés), puisque des apports excessifs peuvent nuire au fœtus¹. De même, les femmes enceintes devraient se limiter à une seule dose quotidienne de multivitamine, de façon à ne pas dépasser la quantité souhaitable de rétinol⁵.

Il est à noter que la vitamine A joue plusieurs rôles majeurs dans l'organisme : elle favorise une bonne vision, participe à la croissance des os et des dents, contribue à la santé de la peau et des muqueuses et protège contre les infections. Il est donc important d'en obtenir suffisamment.

Pour éviter toute confusion, il est souhaitable d'expliquer aux femmes enceintes que **la consommation habituelle de vitamine A ne cause aucun problème. C'est l'excès de rétinol qui est à surveiller**.

La listériose et les autres infections d'origine alimentaire

La listériose est une maladie d'origine alimentaire. Elle est causée par la *Listeria monocytogenes* (communément appelée *Listeria*), une bactérie largement répandue dans l'environnement (sol, végétation, eau) et qui peut, dans certains cas, contaminer les aliments.

La listériose est relativement rare, mais certaines personnes y sont plus vulnérables. Ainsi, le risque de contracter la maladie est de 15 à 20 fois plus élevé chez les femmes enceintes que chez tout autre adulte en santé. Cette vulnérabilité est en grande partie liée à la façon dont la bactérie se multiplie. Celle-ci se propage par transmission intracellulaire, ce qui la protège contre les réponses immunitaires normales et lui permet de traverser la barrière placentaire.

^q Si on ne consomme du poisson qu'à l'occasion, par exemple lors d'un voyage de pêche, le risque d'accumuler des contaminants dans l'organisme est alors quasi inexistant. Ainsi, aucune restriction n'est suggérée.

Une fois colonisée, l'unité fœto-placentaire devient un milieu privilégié pour la reproduction de la bactérie³⁶.

L'infection peut avoir des conséquences graves durant la grossesse, comme celles-ci :

- Une fausse couche ou une mortinaissance;
- L'accouchement d'un bébé prématuré ou gravement malade^{37, 38, 39}.

Il est à noter que pour les autres infections d'origine alimentaire, celles causées par les salmonelles ou la bactérie *E. coli* par exemple, le risque est le même pour les femmes enceintes et pour la population générale en bonne santé.

Manifestations et traitement

Les femmes enceintes qui contractent la listériose ont souvent des symptômes bénins qui ressemblent à ceux de la grippe : des frissons, de la fatigue, des maux de tête et des douleurs musculaires et articulaires. Celles qui ont de la fièvre doivent consulter un médecin. Rappelons que la fièvre correspond à :

- une température buccale de 38 à 38,4 °C, qui persiste 24 heures ou plus;
- une température buccale de 38,5 °C ou plus, mesurée à deux reprises.

S'il n'y a aucune raison apparente de fièvre, la listériose doit être suspectée^{37, 39}. La maladie peut être traitée efficacement à l'aide d'antibiotiques. Un traitement précoce auprès de la femme enceinte peut prévenir l'infection chez le fœtus et chez le nouveau-né^{37, 39}.

Contrairement à plusieurs bactéries, la *Listeria* peut survivre et parfois proliférer sur les aliments conservés au réfrigérateur. Par contre, la bactérie est détruite lors de la cuisson.

Les aliments contaminés ont une apparence, une odeur et un goût normaux.

Prévention

Pour réduire le risque de contracter la listériose (et d'autres infections bactériennes, comme celles causées par les salmonelles ou la bactérie *E. coli*), il importe tout d'abord que les femmes enceintes suivent les conseils généraux sur l'hygiène et la salubrité des aliments, c'est-à-dire les précautions de base concernant le choix, la conservation et la manipulation des aliments.

On trouve ces conseils généraux à la section *Prévention des infections d'origine alimentaire* du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (p. 68-75) ou sur le site de Santé Canada, à la rubrique *La Listeria et la listériose* :

<http://canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/poisoning-intoxication/listeriosis-listeria-listeriose-fra.php>.

Choisir des substituts plus sécuritaires

Puisque les femmes enceintes constituent un groupe de personnes particulièrement susceptible de contracter la listériose, il est préférable d'exclure de leur menu certains aliments et de les remplacer par des substituts plus sécuritaires, qui sont présentés dans le tableau 12^{38, 40, 39}.

Tableau 12
Des choix alimentaires pour diminuer le risque de listériose

Catégorie d'aliments	Aliments à éviter	Substituts plus sécuritaires
Lait	<ul style="list-style-type: none"> Le lait non pasteurisé. 	<ul style="list-style-type: none"> Le lait pasteurisé.
Fromages	<ul style="list-style-type: none"> Les fromages non pasteurisés. Les fromages à pâte molle comme le brie et le camembert (qu'ils soient pasteurisés ou non). Les fromages à pâte semi-ferme non pasteurisés, comme le roquefort et le stilton. Les fromages frais de style hispanique (queso fresco, queso blanco, queso panela, fromage halloumi), qu'ils soient pasteurisés ou non. 	<ul style="list-style-type: none"> Les fromages pasteurisés. Les fromages à pâte ferme, comme le cheddar, l'emmental, le gruyère, le suisse. Les fromages cuits (le fromage utilisé dans une omelette, par exemple, un croque-monsieur ou un mets gratiné).
Viandes et volailles	<ul style="list-style-type: none"> Les saucisses à hot-dog, les charcuteries et les viandes tranchées. Les pâtés et viandes à tartiner réfrigérés. Les viandes et les volailles crues (par ex., steak tartare) ou pas assez cuites. 	<ul style="list-style-type: none"> Les saucisses à hot-dog, les charcuteries et les viandes tranchées réchauffées jusqu'à ce que de la vapeur s'en dégage (ou jusqu'à l'atteinte d'une température de 74 °C ou 165 °F). Les pâtés et viandes à tartiner mis en conserve (en pots de verre ou boîtes métalliques qu'on n'a pas à réfrigérer avant d'ouvrir). Les viandes et les volailles cuites à une température interne sûre (consulter le tableau 13, qui indique les températures de cuisson interne).
Poissons et fruits de mer	<ul style="list-style-type: none"> Les poissons et fruits de mer fumés réfrigérés. Les poissons et fruits de mer crus (par ex., huîtres ou moules crues) ou pas assez cuits^r. 	<ul style="list-style-type: none"> Les poissons et fruits de mer fumés qui sont cuits (sur une pizza, par exemple, ou dans une casserole aux fruits de mer). Les poissons et fruits de mer cuits à une température interne sûre (consulter le tableau 13, qui indique les températures de cuisson interne).

Ce tableau a été préparé à partir des données de Santé Canada et des informations publiées par le Listeria Working Group en juillet 2010. Comme la liste des aliments composant les **substituts plus sûrs** est mise à jour pour tenir compte des cas de listériose rapportés et des nouvelles connaissances sur le sujet, il est avisé de la consulter régulièrement sur le site de Santé Canada (*Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes*³⁸) : <http://canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/safety-salubrite/pregnant-enceintes-fra.php>.

^r Les viandes et poissons qui sont mangés crus tout de suite après avoir été chassés ou pêchés, comme c'est la coutume chez certains peuples autochtones, n'ont pas été associés à un risque accru de listériose. S'ils ne sont pas consommés dans l'immédiat, ils doivent être manipulés et préparés en suivant les conseils généraux pour éviter les infections alimentaires.

Bien cuire les aliments

La chaleur détruit les bactéries comme *Listeria*, *Salmonella* et *E. coli*. Une cuisson adéquate est le meilleur moyen pour s'assurer que les aliments en sont exempts⁴¹.

Comme le changement de couleur des aliments n'est pas un indice fiable que l'aliment est cuit et salubre⁴¹, il est recommandé de vérifier leur température lors de la cuisson en utilisant un thermomètre numérique pour aliments. C'est la seule façon de vérifier si les aliments ont été bien cuits et ont atteint une température interne sécuritaire. Pour plus de renseignements sur l'utilisation d'un thermomètre à cuisson, consulter le site de [Santé Canada](http://santecanada.ca).

Le tableau 13 présente la liste des températures de cuisson de différents aliments.

Tableau 13
Températures sécuritaires de cuisson interne

Aliment	Température
Bœuf, veau et agneau (coupes entières et morceaux)	
Mi-saignant	63 °C (145 °F)
À point	71 °C (160 °F)
Bien cuit	77 °C (170 °F)
Porc	
Coupes entières et morceaux	71 °C (160 °F)
Volaille (poulet, dinde, canard, etc.)	
Morceaux	74 °C (165 °F)
Volaille entière	85 °C (185 °F)
Viande hachée et mélanges de viande (hamburgers, saucisses, boulettes de viande, pains de viande, plats de viande en casserole, etc.)	
Bœuf, veau, agneau et porc	71 °C (160 °F)
Volaille	74 °C (165 °F)
Œufs	
Mets à base d'œufs	74 °C (165 °F)
Autres	
Hot-dogs, farce, restes, fruits de mer, etc.	74 °C (165 °F)

Source : *Températures sécuritaires de cuisson interne* : <http://canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/safety-salubrite/cook-temperatures-cuisson-fra.php>

Des questions fréquentes

Le végétarisme

Une alimentation végétarienne bien planifiée est appropriée à toutes les périodes de la vie, y compris durant la grossesse. Une alimentation végétarienne, définie ici comme excluant la viande, les poissons et fruits de mer, et parfois aussi les produits qui en contiennent, peut fournir suffisamment d'éléments nutritifs pour respecter les recommandations actuelles.

Une revue systématique des études a montré qu'une alimentation végétarienne pendant la grossesse peut être adéquate sur le plan nutritionnel et entraîner une expérience de grossesse favorable à la fois pour la mère et pour le bébé⁴³. La revue concernait les éléments nutritifs en lien avec le végétarisme, c'est-à-dire les protéines, les acides gras oméga-3, le fer, le zinc, l'iode, le calcium ainsi que les vitamines D et B₁₂.

La plupart des femmes végétariennes devraient être en mesure de satisfaire adéquatement leurs besoins nutritionnels durant la grossesse si leur alimentation est bien planifiée. Celles qui ont une alimentation peu variée ou peu abondante pourraient avoir besoin de l'aide d'un diététiste pour combler leurs besoins nutritionnels et ceux du bébé à naître⁴².

Les probiotiques

Le terme *probiotique* signifie « qui contient des micro-organismes vivants qui ont un effet bénéfique sur celui qui les consomme ». On l'utilise pour désigner des aliments, certains yogourts par exemple, ou encore des suppléments, vendus sous forme de poudre ou de capsules.

Dans les aliments, ce sont les produits laitiers fermentés (yogourt, kéfir) qui constituent la source la plus courante de probiotiques. Il est à noter que les yogourts étiquetés « probiotiques » se distinguent des yogourts traditionnels en ce sens qu'ils contiennent des souches de bactéries différentes, capables de se rendre jusqu'à l'intestin.

Les suppléments de probiotiques, quant à eux, contiennent beaucoup plus de micro-organismes que les aliments, et des variétés différentes. On se tourne vers eux pour un effet dit thérapeutique.

D'après une revue systématique et une méta-analyse des études, l'utilisation de probiotiques est considérée comme étant sécuritaire pour les femmes enceintes^{43, 44}. En effet, les souches de bactéries *Lactobacillus* et *Bifidobacterium* (celles qui sont généralement présentes dans les aliments) n'ont aucun effet sur l'incidence de césarienne, le poids à la naissance et l'âge gestationnel⁴³.

Pour une utilisation sous forme de supplément, il importe de vérifier si le produit détient un numéro de produit naturel (NPN), ce qui indique qu'il a été homologué par Santé Canada. Quant aux autres variétés de probiotiques, il serait prématuré de les recommander, étant donné l'état actuel des connaissances.

L'alimentation sans allergène

Une alimentation sans allergène exclut une série d'aliments reconnus capables de provoquer une réaction allergique chez les sujets sensibles : les œufs, les arachides et les noix, le lait, le bœuf, ainsi que plusieurs poissons et crustacés. Quelques études ont proposé qu'une alimentation sans allergène pendant la grossesse puisse prévenir les allergies chez le bébé.

Or, selon une revue systématique des études, il est peu probable que l'adoption d'une alimentation sans allergène réduise le risque que l'enfant souffre d'allergies. Il est même possible que ce modèle d'alimentation ait des effets négatifs sur l'état nutritionnel de la mère et du fœtus⁴⁵. Conséquemment, il n'est pas recommandé que les femmes enceintes modifient leur alimentation dans le but de prévenir les allergies chez leur enfant à naître.

Les malaises mineurs liés à l'alimentation

Divers malaises mineurs courants durant la grossesse peuvent incommoder les femmes enceintes et nuire à leur alimentation. C'est le cas notamment des nausées, de la constipation ou du reflux gastro-œsophagien. Des mesures peuvent aider à prévenir, réduire ou traiter les symptômes. Pour de plus amples renseignements, consulter la fiche *Soins préventifs et de santé*.

Section 2 : Le gain de poids pendant la grossesse

Cette section aborde l'information sur le gain de poids pendant la grossesse.

Au sujet du gain de poids pendant la grossesse

L'indice de masse corporelle (IMC)^s de la femme avant d'être enceinte ainsi que le poids qu'elle prend durant sa grossesse ont tous deux une influence déterminante sur la croissance fœtale. Ils sont étroitement associés au poids à la naissance du bébé ainsi qu'à plusieurs indicateurs de santé de la mère et du bébé^{46, 47}.

Ainsi, conseiller les femmes au sujet du poids qu'elles doivent prendre pendant la grossesse est un aspect important du suivi prénatal. Le poids que gagne la mère, par exemple, inclut le poids du bébé qu'elle porte, mais aussi celui des structures qui assurent la protection et le développement du fœtus (le placenta, l'utérus, le sang, le liquide amniotique) et de celles qui préparent la mère pour la période postnatale et l'allaitement (les seins, qui prennent du poids).

De nouvelles recommandations

Au Canada, les recommandations concernant le gain de poids durant la grossesse s'appuient sur celles de l'Institute of Medicine des États-Unis⁴⁸. Elles proposent une fourchette de gains de poids en fonction de l'indice de masse corporelle que présente la femme au moment de devenir enceinte.

Les gains de poids recommandés, présentés dans le tableau 14, sont associés aux meilleurs paramètres de grossesse, c'est-à-dire à une croissance fœtale optimale ainsi qu'au moindre risque de problèmes de santé chez la mère (hypertension, prééclampsie) et de complications à l'accouchement.

Tableau 14
Gain de poids recommandé durant la grossesse

Nouvelles recommandations sur le gain de poids pendant la grossesse selon l'IMC au moment de devenir enceinte	
IMC avant la grossesse	Gain de poids total
Maigreur (< 18,5)	12,5 – 18 kg (27,5 – 40 lb)
Poids santé (18,5 – 24,9)	11,5 – 16 kg (25 – 35 lb)
Embonpoint (25,0 – 29,9)	7 – 11,5 kg (15 – 25,3 lb)
Obésité (> 30,0)	5 – 9 kg (11 – 20 lb)

Source des données : Institute of Medicine, 2009.

^s L'indice de masse corporelle (IMC) est un outil permettant d'estimer la corpulence d'une personne et les risques pour la santé liés au poids. Au début de la grossesse, il est fréquemment utilisé pour déterminer dans quelle catégorie de poids (maigreur, poids santé, embonpoint, obésité) se situait la femme avant de devenir enceinte et pour déterminer le gain de poids le plus approprié. Pour calculer l'IMC, il faut diviser le poids en kilos par la taille en mètre élevée au carré (kg/m²).

Mises à jour en mai 2009⁴⁹, ces recommandations comportent deux changements majeurs :

- Les seuils correspondant à chaque catégorie d'IMC (maigreur, poids santé, embonpoint, obésité) ont été revus pour correspondre à ceux de l'Organisation mondiale de la Santé;
- Le gain de poids minimal recommandé aux femmes enceintes qui souffrent d'obésité a été diminué (de 6,8 kg à 5 kg) et un seuil maximal (9 kg) a été ajouté.

Ces modifications tiennent compte des connaissances scientifiques les plus récentes, mais aussi des nouvelles tendances observées au sein de la population. Par exemple, les femmes sont de plus en plus nombreuses à présenter de l'embonpoint et de l'obésité au moment de devenir enceintes, et plusieurs gagnent trop de poids durant leur grossesse^{50, 51, 52, 49}.

Pour de plus amples renseignements sur la prise de poids saine pendant la grossesse, consulter la section *Ressources et liens utiles*.

Une prise de poids graduelle

La prise de poids durant la grossesse est naturellement graduelle. Elle est plus lente lors des trois premiers mois, puis s'accroît par la suite. La plupart des femmes prennent de 2 à 3 kilos au cours du premier trimestre, puis environ 500 grammes par semaine pendant les deuxième et troisième trimestres (c'est-à-dire à partir de la 15^e semaine).

Toutefois, le gain de poids varie d'une femme à l'autre, et parfois d'une grossesse à l'autre chez une même femme. De légères fluctuations sont donc possibles. Ces fluctuations deviennent préoccupantes à partir du moment où elles constituent un « patron », c'est-à-dire lorsque le gain de poids s'écarte de la moyenne semaine après semaine, et mois après mois.

Les femmes qui ont tendance à prendre beaucoup de poids ou à prendre du poids trop rapidement bénéficieraient d'une aide qui leur permettrait d'examiner et de revoir leurs habitudes de vie, de telle sorte que le gain de poids s'inscrive à l'intérieur des limites suggérées⁵³. Il en est de même des femmes qui prennent trop peu de poids ou qui en perdent, particulièrement si elles ont commencé leur grossesse avec un IMC de moins de 18,5.

Des situations préoccupantes

Présenter de l'embonpoint et de l'obésité au moment de devenir enceinte et gagner trop de poids durant la grossesse sont des situations préoccupantes, d'abord à cause de la prévalence accrue de ces deux conditions, mais aussi à cause de leurs conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant.

Surplus de poids

Les femmes qui commencent leur grossesse avec un surplus de poids sont plus susceptibles de rencontrer les problèmes suivants^{46, 54, 55} :

- Accouchement par césarienne;
- Diabète;
- Prééclampsie;
- Hypertension.

Leurs enfants courent aussi plus de risques de souffrir de l'obésité et de ses complications^{56, 57}.

Gain de poids élevé

Un gain de poids élevé durant la grossesse est quant à lui associé aux problèmes suivants chez la mère^{50, 58, 57, 52, 59, 47, 60} :

- Risque accru de complications à l'accouchement;
- Rétention de poids à la suite de l'accouchement.

Les bébés dont la mère présente un gain de poids trop élevé pendant la grossesse sont plus susceptibles de présenter ces problèmes :

- Une croissance fœtale excessive;
- Une macrosomie fœtale.

Les conséquences négatives sur la santé s'additionnent si un gain de poids important durant la grossesse est combiné à un IMC élevé.

Poids inférieur au poids santé et faible gain de poids

La situation inverse est également préoccupante. Ainsi, un faible gain de poids durant la grossesse est associé à une augmentation du risque de donner naissance à un bébé d'un poids trop petit pour son âge gestationnel.

Le risque est accentué chez les femmes souffrant de maigreur au début de leur grossesse^{50, 46, 58, 59, 60}.

Pour connaître leur IMC^{t*}, les femmes peuvent consulter le site Internet de Santé Canada qui a l'utilité de donner rapidement l'IMC : elles y inscrivent leur taille, de même que leur poids avant de devenir enceintes, et le calcul de l'IMC se fait automatiquement : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php

^t Rappelons qu'on peut calculer l'IMC en divisant le poids en kilos par la taille métrique au carré (kg/m²).

Diriger vers des ressources

Les femmes enceintes qui présentent une situation particulière (par ex., grossesses multiples, grossesse à l'adolescence, risques au plan nutritionnel, maladie physique ou mentale) doivent se faire donner des recommandations spéciales liées à leur alimentation et à leur gain de poids pour favoriser une grossesse en santé.

Les professionnels sont encouragés à diriger ces femmes vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation, un traitement et un suivi personnalisés sur le plan nutritionnel (voir section *Ressources et liens utiles*).

Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



Une alimentation saine et variée pendant la grossesse est le meilleur moyen d'assurer la croissance de votre bébé et de mettre en réserve les éléments nutritifs dont vous et lui aurez besoin après sa naissance.

Pour une alimentation saine et variée, vous pouvez vous baser sur les recommandations du Guide alimentaire canadien, qui vous permettront d'obtenir une quantité suffisante d'énergie et la plupart des éléments nutritifs pour bien commencer votre grossesse. Ce guide recommande de manger chaque jour : des produits céréaliers (de six à sept portions), des légumes et des fruits (de sept à huit portions), du lait et des substituts (deux portions) et des viandes et des substituts (deux portions).

Au fur et à mesure que votre grossesse avance (surtout durant les deuxième et troisième trimestres), il faut un peu plus de calories, de protéines, de vitamines et de minéraux. Ces besoins peuvent être comblés en ajoutant deux ou trois portions par jour, que vous pouvez choisir dans n'importe quel groupe du *Guide alimentaire*. Voici quelques exemples d'aliments que vous pouvez ajouter à vos repas et collations de la journée :

- Un muffin, un yogourt et une pomme;
- Un bol de céréales au petit-déjeuner, une tasse de lait et une banane;
- Une soupe aux légumes, un morceau de fromage et une tranche de pain;
- Un mélange de noix et de fruits séchés, un œuf et un demi-bagel.



Il est fortement recommandé de prendre tous les jours une multivitamine qui contient de l'acide folique et du fer.

L'acide folique joue un rôle essentiel dans la formation des nouvelles cellules et réduit le risque de malformations chez le bébé. Comme il en faut une plus grande quantité dès le début de la grossesse, on recommande aux femmes de prendre un supplément d'acide folique avant même de devenir enceintes, puis tout au long de la grossesse. Il est recommandé de prendre le supplément sous la forme d'une multivitamine qui contient également du fer.

Il est important de prendre une seule dose de multivitamines par jour (celle qui a été recommandée par votre médecin). Des effets négatifs peuvent survenir si la dose quotidienne est trop grande.



La prise de poids durant la grossesse varie d'une femme à l'autre et dépend de différents facteurs.

Durant la grossesse, il est normal de prendre du poids pour permettre au bébé de se développer et de naître en santé. Le nombre de kilos que vous prendrez inclut le poids de votre bébé, mais aussi celui de tout ce qui l'entoure et assure sa croissance et sa protection, comme le poids de l'utérus et du liquide amniotique. Le gain de poids est établi en fonction de votre indice de masse corporelle avant d'être enceinte. Si vous aviez alors un poids santé, la prise de poids recommandée durant la grossesse varie de 11,5 à 16 kg (de 25 à 35 lb). Par contre, si vous étiez mince ou maigre avant d'être enceinte, une prise de poids plus élevée est recommandée. Enfin, si vous aviez un surplus de poids ou souffriez d'obésité, on recommande une prise de poids plus faible.

La prise de poids est graduelle, c'est-à-dire qu'elle débute lentement et augmente par la suite. La plupart des femmes prennent de 2 à 3 kilos (de 4,5 à 6,5 lb) au cours du premier trimestre, puis environ 500 grammes (1 lb) par semaine pendant les deuxième et troisième trimestres (à partir de la 15^e semaine).

Une saine alimentation, combinée à la pratique d'activités physiques durant la grossesse, est le meilleur moyen d'assurer une prise de poids graduelle qui se situe dans les limites recommandées.



Les contaminants et substances que contiennent certains aliments peuvent avoir des répercussions sur votre santé et celle de votre bébé.

Certains aliments présentent un risque de nuire au déroulement de la grossesse et au développement de votre bébé. Il est possible de les éviter et de les remplacer par d'autres produits. Voici des suggestions :

- Éviter les aliments les plus susceptibles de causer la listériose (par ex., la viande, la volaille et le poisson crus ou pas assez cuits, les produits non pasteurisés) et les remplacer par des substituts plus sûrs;
- Choisir des poissons qui contiennent de faibles concentrations de méthylmercure (par ex., le thon pâle en conserve, les mollusques, les crustacés, le saumon et la truite);
- Limiter la consommation de caféine et remplacer le café et les autres boissons riches en caféine par du lait, de l'eau, des jus de légumes ou de fruits.

Ressources et liens intéressants

Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Les sites Internet sur l'alimentation saine pendant la grossesse abondent et leurs informations sont parfois contradictoires (par ex., les tisanes et les produits naturels durant la grossesse, l'usage d'édulcorants, etc.).

En cas de doute, les professionnels devraient vérifier ces informations auprès des organismes chargés d'émettre les recommandations (et donc responsables d'examiner les données et les preuves), tels que Santé Canada, Motherisk et la Société canadienne de pédiatrie, et **toujours vérifier la date de mise à jour** de la rubrique consultée.

Guide alimentaire canadien

Le modèle d'alimentation recommandé dans le guide est fondé sur les connaissances scientifiques actuelles en nutrition. Ce modèle a été développé pour respecter les normes nutritionnelles et s'appuie sur les données probantes reliant l'alimentation à la réduction du risque de maladies chroniques. Il décrit les types et quantités d'aliments à consommer.

Bien manger avec le Guide alimentaire canadien : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf

Fiche de suivi : Mes portions du Guide alimentaire (grossesse : femme de 19 à 50 ans) : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/track-suivi/table_female-femme_pregnance_age19-50-fra.php.

Motherisk

Cet organisme répond aux questions du **public** et des **professionnels** sur les effets de l'alcool, des drogues, des médicaments et des produits naturels pendant la grossesse et l'allaitement. Aide téléphonique en français. 1 877 327-4636 ou www.motherisk.org

Santé Canada

Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Renseignements relatifs au Guide alimentaire canadien : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/guide-prenatal-fra.php

Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Gain de poids pendant la grossesse : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/ewbambsa-fra.php

Calculateur d'IMC et de gain de poids pendant la grossesse : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/bmi/index-fra.php

Classification du risque pour la santé en fonction de l'IMC : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php

Extenso, le portail d'information de NUTRIUM

Extenso bénéficie de l'expertise d'une solide équipe de professionnels de la santé spécialisés en nutrition (médecins, nutritionnistes et autres spécialistes). www.extenso.org

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

La sécurité des aliments et vous. Le plaisir de bien manger commence par de bonnes pratiques dans votre cuisine :

<http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Consommation/toxiinfections/Pages/Prevention.aspx>

Ordre professionnel des diététistes du Québec

L'OPDQ offre la possibilité de diriger la femme enceinte vers un diététiste ou un nutritionniste afin qu'elle bénéficie d'une évaluation nutritionnelle, d'un plan de traitement nutritionnel personnalisé et d'une surveillance de son état nutritionnel.

www.opdq.org

Lexique

Âge gestationnel :

Âge du fœtus calculé à partir du premier jour des dernières règles.

Fausse couche :

Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours du premier trimestre de grossesse.

Fissure labiale ou palatine :

Malformation qui consiste en une séparation de la lèvre pouvant aller jusqu'à la narine, associée à une séparation dans la gencive et le palais.

Folates alimentaires :

Inclut toutes les formes de folates présentes dans les aliments, c'est-à-dire le folate naturel et l'acide folique qu'on trouve dans les aliments enrichis.

Hémoglobine :

Principal constituant des globules rouges et substance riche en fer qui assure la fixation de l'oxygène des poumons et sa redistribution dans les différents organes.

Indice de masse corporelle (IMC) :

Outil servant à mesurer le rapport entre le poids et la taille d'une personne afin d'évaluer les risques pour sa santé.

Innocuité :

Caractère de ce qui est sans danger.

Macrosomie fœtale :

Condition médicale d'un fœtus dont les dimensions dépassent les valeurs normales maximales (au-dessus du 90^e percentile) et dont le poids à la naissance est supérieur à 4000 g.

Méta-analyse :

Technique statistique qui combine les données issues d'études comparables, ce qui permet d'arriver à des conclusions plus solides que les études individuelles.

Mortinaissance :

Naissance d'un enfant mort-né.

Œdème :

Gonflement d'un organe ou d'un tissu dû à une accumulation ou à un excès intratissulaire de liquides.

Prééclampsie :

Complication survenant durant la grossesse caractérisée par une hypertension artérielle et un taux élevé de protéines dans les urines.

Prévalence :

Nombre de cas (nouveaux et anciens) liés à une maladie, recensés dans une population déterminée, à un moment donné.

Rétinol :

Forme sous laquelle se présente la vitamine A dans les aliments d'origine animale, notamment dans les produits laitiers, le foie des animaux et les huiles de foie de poisson.

Revue systématique :

Démarche scientifique basée sur un protocole détaillé préalable qui consiste à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes portant sur un sujet particulier et à faire une synthèse des résultats.

Score d'Apgar :

Méthode de classement qui permet d'évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né dès les premiers instants de sa vie.

Références

1. Williamson, C. S. (2006). Nutrition in pregnancy. *Nutrition bulletin*, 31(1), 28-59. John Wiley & Sons.
2. Santé Canada. (2009). Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Renseignements relatifs au *Guide alimentaire canadien*. Ottawa : gouvernement du Canada. Document consulté de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/guide-prenatal-fra.php>
3. Institute of Medicine (1990). *Nutrition status and weight gain. Nutrition in pregnancy*, National Academies Press. Washington, DC.
4. Blanchet, Carole, Plante, C., et Rochette, L. (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois. Rapport de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 2.2)*. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Document consulté de : http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/931_RapportNutritionAdultes.pdf
5. Santé Canada. (2009). *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : FOLATE*. Ottawa. Document consulté de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/folate-fra.php>
6. Tam, C. et collab. (2009). Periconceptional folic acid supplementation : a new indication for therapeutic drug monitoring. *Therapeutic Drug Monitoring*, 31(3), 319-326.
7. Wilson, R. D. et collab. (2007). Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007 : the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(12), 1003-1026.
8. Czeizel, A. E. (2009). Periconceptional folic acid and multivitamin supplementation for the prevention of neural tube defects and other congenital abnormalities. *Birth Defects Research Part A : Clinical and Molecular Teratology*, 85(4), 260-268.
9. Goh, Y. I. et collab. (2006). Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(8), 680-689.
10. Glenville, M. (2006). Nutritional supplements in pregnancy : commercial push or evidence based? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(6), 642-647.
11. Shah, P. S. et Ohlsson, A. (2009). Effects of prenatal multimicronutrient supplementation on pregnancy outcomes : a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 180(12), E99-108.
12. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Document consulté de : <http://www.santepublique.gc.ca/eem>

13. Morin, P. et collab. (2007). Multivitamin supplement for primary prevention of birth defects : application of a preventive clinical practice. *Canadian Family Physician*, 53(12), 2142-2143.
14. Santé Canada. (2009). *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : FER*. Ottawa. Document consulté de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/iron-fer-fra.php>
15. Cockell, K. A., Miller, D. C. et Lowell, H. (2009). Application of the dietary reference intakes in developing a recommendation for pregnancy iron supplements in Canada. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90(4), 1023-1028.
16. Pena-Rosas, J. P. et Viteri, F. E. (2006). Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews* (en ligne), 3.
17. Mulligan, M. L. et collab. (2009). Implications of vitamin D deficiency in pregnancy and lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Elsevier.
18. Chung, M., Balk, E. M., Brendel, M., Ip, S., Lau, J., Lee, J., Lichtenstein, A., Patel, A., Raman, G., Tatsioni, A., Terasawa, T., et Trikalinos, T. A. (2009). *Vitamin D and calcium : systematic review of health outcomes* : US Department of Health and Human Services.
19. Kimball, S., Fuleihan, G. E. H. et Vieth, R. (2008). Vitamin D : a growing perspective. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 45(4), 339-414. Informa Healthcare.
20. Kovacs, C. S. (2008). Vitamin D in pregnancy and lactation : maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88(2), 520S-528S.
21. Ross, A. C., Taylor, C. L., Yaktine, A. L., et Del Valle, H. B. (2010). *Dietary Reference intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC : The National Academies Press.
22. Thaver, D., Saeed, M. A. et Bhutta, Z. A. (2006). Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
23. Cetin, I. et Koletzko, B. (2008). Long-chain omega-3 fatty acid supply in pregnancy and lactation. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic*, 11(3), 297-302.
24. Blanchard, D. S. (2006). Omega-3 fatty acid supplementation in perinatal settings. *MCN : The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(4), 250-256.
25. Higdon, J. V. et Frei, B. (2006). Coffee and health : a review of recent human research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 46(2), 101-123.
26. Browne, M. L. (2006). Maternal exposure to caffeine and risk of congenital anomalies : a systematic review. *Epidemiology*, 17(3), 324-331.
27. Jahanfar, S. et Sharifah, H. (2009). Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(2).

28. Moussally, K., Oraichi, D. et Berard, A. (2009). Herbal products use during pregnancy : prevalence and predictors. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(6), 454-461.
29. Born, D. et Barron, M. L. (2005). Herb use in pregnancy : what nurses should know. *MCN : The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(3), 201.
30. Motherisk (2005). *Herbal products*. www.motherisk.org [en ligne]. Document consulté de <http://www.motherisk.org/women/mothernature.jsp>
31. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Grossesse en santé. Caféine*. Document consulté de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/know-savoir/cafeine-fra.php>
32. Santé Canada. (2007). *Aliments et nutrition. Succédanés du sucre. Questions et réponses : Saccharine*. Document consulté de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/addit/sweeten-edulcor/saccharin_qa-qr-fra.php
33. Santé Canada. (2007). *Évaluation des risques pour la santé liés au mercure présent dans le poisson et bienfaits pour la santé associés à la consommation de poisson*. Ottawa : Santé Canada, Bureau d'innocuité des produits chimiques. Document consulté de : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/hpfb-dqpsa/bcs-bsc/human_health-f/H164-54-2007F.pdf
34. Santé Canada. (2009). *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : Poissons et acides gras omega-3*. Ottawa : gouvernement du Canada. Document consulté de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/omega3-fra.php>
35. Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. (2002). *Guide de consommation du poisson de pêche sportive en eau douce*. Document consulté de <http://www.mddep.gouv.qc.ca/eau/guide/>
36. Janakiraman, V. (2008). Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1(4), 179. MedReviews, LLC.
37. Bortolussi, R. (2008). Listeriosis : a primer. *Canadian Medical Association Journal*, 179(8), 795-797.
38. Santé Canada. (2010). *Votre santé et vous. Listeria et salubrité des aliments*. Document consulté de http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H13-7-47-2010-fra.pdf
39. Listeria Working Group for the Council of Chief Medical Officers of Health. (2011). *Prevention of Listeriosis: Considerations for development of public health messages*.
40. Santé Canada. (2010). *Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes*. Ottawa : gouvernement du Canada. Document consulté de : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H14-55-2-2010-fra.pdf
41. Santé Canada (2010). *Températures sécuritaires de cuisson interne*. Gouvernement du Canada [en ligne]. Document consulté de <http://canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/safety-salubrite/cook-temperatures-cuisson-fra.php>

42. Craig, W. J. et Mangels, A. R. (2009). Position of the American Dietetic Association : vegetarian diets. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(7), 1266-1282.
43. Dugoua, J. J. et collab. (2009). Probiotic safety in pregnancy : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of Lactobacillus, Bifidobacterium, and Saccharomyces spp. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC*, 31(6), 542.
44. Allen, S. J. et collab. (2010). Dietary supplementation with lactobacilli and bifidobacteria is well tolerated and not associated with adverse events during late pregnancy and early infancy. *Journal of Nutrition*, 140(3), 483. Am Soc Nutrition.
45. Kramer, M. S. et Kakuma, R. (2006). Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
46. Ay, L. et collab. (2009). Maternal anthropometrics are associated with fetal size in different periods of pregnancy and at birth. The Generation R Study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(7), 953-963.
47. Kelly, C. Y. et Clancy, C. M. (2009). Importance of recommendations for gestational weight gain. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 96-99.
48. Santé Canada. (2010). *Recommandations canadiennes relatives au gain de poids durant la grossesse*. Ottawa : gouvernement du Canada. Document consulté de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/ewba-mbsa-fra.php>
49. Rasmussen, K. M. et Yaktine, A. L. (2009). *Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines*, The National Academies Press. Washington, DC.
50. Stotland, N. E. et collab. (2006). Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 635-643.
51. Kuehn, B. M. (2009). Guideline for pregnancy weight gain offers targets for obese women. *Journal Of the American Medical Association*, 302(3), 241-242.
52. Dietz, P. M., Callaghan, W. M. et Sharma, A. J. (2009). High pregnancy weight gain and risk of excessive fetal growth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(1), 51-56.
53. Stuebe, A. M., Oken, E. et Gillman, M. W. (2009). Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(1), 58.
54. Magriples, U. et coll. (2009). The effects of obesity and weight gain in young women on obstetric outcomes. *American Journal of Perinatology*, 26(5), 365-371.
55. American Dietetic Association et collab. (2009). Position of the American Dietetic Association and American Society for Nutrition : obesity, reproduction and pregnancy outcomes. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(5), 918-927.
56. Oken, E. (2009). Maternal and child obesity : the causal link. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(2), 361-377.

57. Davis, E. et Olson, C. (2009). Obesity in Pregnancy. *Primary Care : Clinics in Office Practice*, 36(2), 341-356. Elsevier.
58. Crane, J. M. et collab. (2009). The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(1), 28-35.
59. Dietz, P. M. et collab. (2009). Low pregnancy weight gain and small for gestational age : a comparison of the association using 3 different measures of small for gestational age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(1), 53-57.
60. Siega-Riz, A. M. et collab. (2009). A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations : birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(4), 339.e1-339.e14.

Annexe

Le poisson, un allié pour la santé de la mère et du bébé en développement

Les poissons ont une excellente valeur nutritive. Ils renferment notamment :

- des protéines de haute qualité;
- de la vitamine D;
- une variété de minéraux comme l'iode, le sélénium, le magnésium, le fer et le cuivre. Ces éléments nutritifs assurent diverses fonctions liées à la croissance, à la réparation des tissus et au bon fonctionnement de l'organisme, tant chez la mère que chez le fœtus;
- moins de gras que la viande. S'ils en contiennent, ce sont des gras polyinsaturés, dont des oméga-3. Ceux-ci sont des acides gras essentiels, recherchés pour leurs bienfaits sur la santé.

À l'instar de plusieurs associations professionnelles et des experts de plusieurs pays, Santé Canada recommande aux femmes enceintes de continuer à consommer **au moins 2 portions de 75 g de poisson chaque semaine**, comme il est suggéré dans le *Guide alimentaire canadien*, et de rechercher particulièrement les poissons dont la teneur en acides gras oméga-3 est élevée, comme le saumon, la truite, le hareng, le maquereau ou la sardine.

Tableau 15
Teneur en acide docosahexaénoïque (ADH) (un oméga-3)

Aliments (portion de 75 g)	Teneur en ADH (mg)
Saumon de l'Atlantique, au four ou grillé	1090
Saumon en conserve, égoutté, avec arêtes	530
Truite arc-en-ciel d'élevage, au four ou grillée	620
Hareng de l'Atlantique, fumé et salé	880
Sardines en conserve	380 - 650
Maquereau bleu de l'Atlantique	520
Moules, bouillies ou cuites vapeur	380
Huîtres, bouillies ou cuites vapeur	446
Crevettes, bouillies ou cuites vapeur	100

Tableau 15 (suite)
Teneur en acide docosahexaénoïque (ADH) (un oméga-3)

Aliments (portion de 75 g)	Teneur en ADH (mg)
Goberge de l'Atlantique, au four ou grillée	340
Aiglefin, au four ou grillé	120
Morue de l'Atlantique, au four ou grillée	120

Source : Santé Canada, Valeur nutritive de quelques aliments usuels, Ottawa : publications Santé Canada, 2008, 60 p. : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/fiche-nutri-data/nvscf-vnqau-fra.pdf

Mise en garde : La façon d'exprimer le contenu en oméga-3 des aliments varie selon les sources : elle inclut parfois l'ensemble des oméga-3, parfois seulement ceux d'origine marine (ADH et AEP) et parfois seulement l'ADH.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Révisseuses externes
Alimentation	Renée Cyr , diététiste, Direction de santé publique de l'Estrie	<p>Nicole April, médecin-conseil, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ (pour la section sur les infections d'origine alimentaire)</p> <p>Véronique Binek et l'équipe du Dispensaire diététique de Montréal</p> <p>Julie Lauzière, diététiste consultante</p> <p>Lucie Tremblay, diététiste, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches</p> <p>Huguette Turgeon-O'Brien, professeure associée, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval</p>

Le comité d'accompagnement scientifique

Un comité d'accompagnement scientifique a été mis en place afin de suivre l'ensemble des travaux. Il est présidé par l'INSPQ et composé de représentantes des organisations suivantes :

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le comité de validation

Le contenu des fiches, une fois approuvé par le comité scientifique, est ensuite commenté par les membres du comité de validation, qui l'expérimentent aussi auprès de la clientèle. Ce comité est composé de professionnelles de la santé et des services sociaux de différentes régions, occupant les fonctions suivantes :

- Infirmière;
- Travailleuse sociale;
- Diététiste;
- Sage-femme;
- Accompagnante à la naissance.



Photo : Mark Bowden