



Illustration : Sophie Casson

# Soins préventifs et de santé

## **Auteure**

**Sylvie Lévesque, INSPQ**

## **Collaboratrice**

**Lyse Lefebvre, INSPQ**

*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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

# Table des matières

## Au sujet des soins préventifs et de santé pendant la grossesse

- Échographie et radiographie
- Échographie
- Radiographie

## Immunisation

- Immunisation contre certaines maladies ou infections
- Immunisation et allaitement

## Prévention et traitement des infections

- Rhume et grippe
- Toxoplasmose
- Infections urinaires
- Infections vaginales
- Streptocoques du groupe B
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang

## Prévention et traitement des principales malaises mineurs

- Nausées et vomissements
- Constipation et hémorroïdes
- Reflux gastro-œsophagien
- Crampes dans les jambes
- Troubles du sommeil



## Messages clés à transmettre aux futurs parents

## Ressources et liens

## Lexique

## Références



## Au sujet des soins préventifs et de santé pendant la grossesse

Au cours de leur grossesse, parfois même avant de savoir qu'elles sont enceintes, de nombreuses femmes ont eu recours à des soins préventifs ou de santé. Plusieurs se questionnent sur les risques et les bénéfices associés à ces soins ou sur les meilleurs moyens de se protéger et de protéger leur enfant à naître.

Cette fiche aborde les effets de la radiographie et de l'échographie sur la grossesse, puis l'immunisation, la prévention et le traitement des infections et des malaises mineurs lors de la grossesse.



# Échographie et radiographie

## Échographie

L'échographie est une technique d'imagerie qui utilise des ultrasons pour visualiser certaines parties de l'organisme. Elle fait partie des examens de routine lors d'un suivi de grossesse et permet de rendre compte du déroulement de la grossesse. Cette technique est sécuritaire pour la santé de la femme enceinte et celle du fœtus<sup>1, 2</sup>.

## Radiographie

Les femmes peuvent être inquiètes parce qu'elles ont eu une radiographie alors qu'elles ignoraient qu'elles étaient enceintes ou parce que leur état de santé actuel requiert une radiographie.

Les radiographies (rayons X) sont des rayonnements électromagnétiques. Dans l'environnement qui entoure l'humain, différentes sources produisent des rayonnements électromagnétiques, comme les rayons ultraviolets et les micro-ondes. Certains aliments, des matériaux de construction et l'air ambiant peuvent aussi contenir une certaine quantité de rayonnements.

Comparativement à ces autres sources, les rayons X sont plus chargés en rayonnements électromagnétiques. Ils ont aussi un pouvoir ionisant : ils peuvent charger électriquement le corps, ce qui peut entraîner des lésions aux cellules ou à l'ADN.

Les rayons X ont cependant des avantages, car ils permettent notamment un diagnostic impossible à l'œil nu. Le médecin traitant ou le spécialiste en radiologie peut évaluer les bénéfices de cet examen médical en regard des risques potentiels pour le développement du fœtus.

## Conséquences possibles sur la santé

La grande majorité des radiographies ne sont pas associées à des conséquences nuisibles sur la santé de la femme enceinte ou celle du fœtus.

La puissance des radiographies est mesurée en rads. Il est estimé qu'une exposition supérieure à 10 rads augmente le risque de nuire au développement du fœtus<sup>3</sup>. Toutefois, le nombre de rads par examen radiographique est généralement de 5 ou moins. À titre d'exemple, la dose de rayons X est en moyenne de 0,01 millième de rad (ou 0,00001 rad) pour une radiographie dentaire, de 60 millièmes de rad (ou 0,06 rad) pour une radiographie à la poitrine et de 800 millièmes de rad (ou 0,8 rad) pour un CT-scan<sup>4</sup>.

Par ailleurs, toutes les radiographies n'ont pas le même effet sur le fœtus. Les rayons X qui ciblent la partie supérieure du corps de la femme n'atteignent pas le fœtus, alors que les

radiographies dirigées vers la partie inférieure du corps entraînent l'émission de rayons près du fœtus ou à travers ce dernier<sup>5</sup>.

Le fœtus est plus sensible que l'adulte aux effets dommageables des rayonnements, puisque ses cellules se divisent plus rapidement et se développent pour devenir des cellules spécialisées. Dans le cas où des cellules fœtales sont atteintes, les conséquences pour la grossesse ou pour l'enfant à naître peuvent être<sup>3</sup> :

- une fausse-couche;
- des malformations congénitales;
- un retard de croissance intra-utérin;
- une déficience intellectuelle.

Ces effets sont en fonction du stade de la grossesse et de la dose d'irradiation<sup>5</sup>. Ainsi, plus la dose est faible, plus le risque diminue. De plus, l'effet tératogène des rayons X est plus prononcé entre la 8<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> semaine de grossesse<sup>6</sup>.

## Mesures préventives

Pour réduire les risques associés aux radiographies, il est suggéré que la femme enceinte :

- en discute avec le médecin traitant pour évaluer les options possibles (imagerie par résonance magnétique [IRM] ou échographie);
- avise le technicien en radiologie pour la mise en place d'une mesure de protection (tablier en plomb);
- attende, si possible, après l'accouchement pour effectuer une radiographie qui est non urgente<sup>7</sup>.



# Immunisation

Idéalement, la mise à jour de la vaccination devrait être faite avant la grossesse. Le but de l'immunisation pendant la grossesse est de créer chez la femme enceinte un état d'immunité qui la protégera, de même que son fœtus, si elle est en contact avec un organisme agresseur<sup>8, 9</sup>. L'immunisation permet aussi de protéger le nouveau-né pendant les 6 à 12 premiers mois de sa vie.

On distingue deux types de vaccins, soit les vaccins vivants et les vaccins inactivés (non vivants). Tous deux amènent le corps à fabriquer des anticorps qui protègent contre la maladie pour laquelle ils sont élaborés :

- Le **vaccin vivant atténué**, c'est-à-dire préparé à partir d'agents infectieux vivants affaiblis, procure habituellement une protection à long terme avec une seule dose;
- Le **vaccin inactivé** est constitué à partir d'agents infectieux d'un virus ou d'une bactérie qui ont été tués ou de toxines auxquelles on a fait perdre leur pouvoir pathogène. Ce vaccin requiert plus d'une dose et dans certains cas, des rappels périodiques pour offrir une bonne protection<sup>10</sup>.

Les vaccins vivants atténués peuvent dans de très rares cas causer la maladie. Pour cette raison, ils sont en général contre-indiqués pendant la grossesse<sup>8</sup>.

Cependant, lorsque la probabilité d'une infection est élevée ou que celle-ci est susceptible de constituer un risque pour la femme enceinte et le fœtus, l'utilisation d'immunoglobulines ou l'immunisation avec un vaccin vivant est alors conseillée<sup>10</sup>. Avoir été vaccinée avec un vaccin vivant atténué alors que la grossesse n'était pas connue pose un risque très limité pour la poursuite de celle-ci<sup>8</sup>. La femme enceinte peut discuter de ce risque avec son médecin traitant.

La vaccination avec un vaccin inactivé est possible pendant la grossesse s'il est recommandé à cause de facteurs de risques particuliers comme une exposition ou une condition médicale exemple : influenza, pneumocoque, rage<sup>8</sup>.

Le contact d'une femme enceinte avec quelqu'un qui a été vacciné n'est pas dangereux<sup>10</sup>. Conséquemment, les enfants d'une femme enceinte peuvent se faire vacciner, sans que cela représente un danger pour celle-ci<sup>8</sup>.

Pour plus de renseignements sur les indications de la vaccination pendant la grossesse, consulter les documents suivants :

- Section 1.9.6 du *Protocole d'immunisation du Québec*, « Immunisation au cours de la grossesse »;
- Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation, éd. Évolutive, modifié le 23 avril 2014. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-04-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-04-fra.php);
- Tableau 2 du document *Immunisation pendant la grossesse* produit en 2008 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## Immunisation contre certaines maladies ou infections

### Varicelle

Une infection à la varicelle durant la grossesse est plus sévère que chez une femme non enceinte<sup>11</sup>. Contracter la varicelle durant la grossesse peut avoir des répercussions sur le développement du fœtus<sup>12</sup> :

- Bien que la plupart des bébés nés de mères ayant eu la varicelle durant leur grossesse soient en santé, de 1 à 3 % de ces nouveau-nés présentent une ou plusieurs malformations congénitales attribuables à cette infection<sup>12</sup>. Les risques de malformations sont plus élevés lorsque la varicelle est contractée durant le deuxième trimestre de la grossesse<sup>12</sup>.
- Si la femme contracte la varicelle moins de cinq jours avant l'accouchement et de un à deux jours après l'accouchement, il y a une possibilité (de 20 ou 30 %) que son bébé contracte aussi la varicelle. Cette varicelle est grave et peut avoir des complications importantes pour la santé du bébé<sup>12</sup>. Des immunoglobulines spécifiques contre le virus de la varicelle peuvent être administrées à la femme enceinte ou au nouveau-né exposés<sup>8</sup>.

Le vaccin contre la varicelle ne doit pas être administré durant la grossesse, car il s'agit d'un virus vivant atténué<sup>8</sup>. Il est indiqué aux femmes enceintes considérées non protégées et qui sont exposées directement à la varicelle de consulter un médecin. Pour être considérée protégée, une personne doit avoir fait la varicelle ou avoir été vaccinée<sup>8</sup>.

Dans le cas où la femme enceinte ne sait pas si elle est protégée contre le virus de la varicelle, une analyse sanguine peut établir s'il y a présence ou non d'anticorps contre le virus de la varicelle. Il est d'usage que la vaccination RRO-Var (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle) soit offerte aux femmes après l'accouchement dans le milieu hospitalier si celles-ci n'ont pas la couverture nécessaire<sup>8</sup>.

### Rubéole

Lorsqu'une femme est atteinte de la rubéole durant sa grossesse, le bébé est susceptible d'être atteint du syndrome de la rubéole congénitale et de manifester à sa naissance un ou plusieurs symptômes associés à cette maladie<sup>13, 14</sup>. Le risque de malformations congénitales à la suite d'une infection maternelle à la rubéole est essentiellement limité aux 16 premières semaines de gestation<sup>13</sup>.

Le consensus actuel de pratique est de ne pas vacciner les femmes enceintes contre la rubéole<sup>8</sup>, à cause du risque théorique d'effets tératogènes du virus de la rubéole. Le virus contenu dans le vaccin peut traverser la barrière placentaire et infecter le fœtus, bien qu'aucun cas de rubéole congénitale n'ait été observé dans des centaines de cas de vaccination par inadvertance durant la grossesse<sup>8,102</sup>.

Par ailleurs, la vaccination accidentelle d'une femme enceinte ou d'une femme qui est devenue enceinte dans le mois suivant la vaccination ne nécessite pas d'envisager une interruption de grossesse<sup>8</sup>.

Si la femme n'est pas vaccinée contre la rubéole, une analyse sanguine permet de vérifier la présence ou non d'anticorps. En l'absence d'anticorps, le vaccin contre la rubéole (RRO ou RRO-Var) est recommandé après l'accouchement<sup>103</sup>.

## Grippe

Le vaccin contre la grippe est recommandé à toutes les femmes enceintes au 2<sup>e</sup> et au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse car le risque de complications associé à la grippe augmente au cours du 2<sup>e</sup> trimestre et particulièrement au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse. Au 1<sup>er</sup> trimestre, le vaccin est également recommandé si la femme enceinte présente une condition médicale augmentant le risque de complications<sup>8,104</sup>.

Le vaccin est bien toléré pendant la grossesse et la surveillance des effets secondaires n'a pas soulevé de préoccupation sur l'innocuité du vaccin. Celui-ci est utilisé au cours de la grossesse depuis plusieurs années.

Il est également recommandé que les membres de la maisonnée soient vaccinés contre la grippe afin de prévenir la transmission au nouveau-né. Par cette mesure préventive, le nouveau-né est protégé contre les risques de maladie et de décès associés à la grippe durant les premiers mois de vie<sup>17</sup>. Notons toutefois que les nourrissons de moins de six mois ne peuvent pas recevoir le vaccin contre la grippe.

## Rage

À cause des conséquences importantes liées au non-traitement d'une exposition à la rage, la grossesse n'est pas considérée comme une contre-indication à un traitement suivant cette exposition<sup>11, 9, 8</sup>.

## Immunisation et allaitement

Il n'y a pas de contre-indication à la vaccination durant l'allaitement lorsqu'il s'agit d'un vaccin inactivé.

De même, certains vaccins vivants atténués comme ceux de la rubéole et de la varicelle peuvent être donnés à la mère allaitante. Bien qu'ils puissent être excrétés dans le lait maternel et transmis à l'enfant, ils n'infectent généralement pas le nourrisson; si l'infection se produit, elle est bénigne, car elle est atténuée<sup>8</sup>.



# Prévention et traitement des infections

Cette section décrit différentes infections pouvant être présentes lors de la grossesse. Les symptômes courants, les conséquences possibles sur la santé et les méthodes de prévention ou de traitement sont abordés pour plusieurs infections.

## Rhume et grippe

### Rhume

Le rhume est une infection virale qui touche les voies respiratoires supérieures. Il se manifeste par<sup>18</sup> :

- une rhinite;
- une irritation de la gorge;
- de la congestion nasale;
- de la toux.

Il est estimé qu'un adulte présente en moyenne de deux à trois rhumes par année; conséquemment, il est fort possible que plusieurs femmes enceintes en soient aussi atteintes. Le rhume n'est pas associé à des complications fœtales ou maternelles<sup>18</sup>. La fièvre est plus légère pendant un rhume.

### Grippe

La grippe est une infection causée par le virus de l'influenza. Elle se distingue du rhume par la présence de<sup>18</sup> :

- frissons;
- douleurs musculaires;
- fatigue;
- fièvre élevée. La fièvre correspond soit à une température buccale de 38 °C à 38,4 °C qui persiste 24 heures ou plus, soit à une température buccale de 38,5 °C ou plus mesurée à deux reprises.

Les femmes qui développent des complications de l'influenza seraient davantage sujettes à des accouchements prématurés, des fausses-couches et des morts fœtales<sup>16, 19, 20</sup>. C'est la température corporelle élevée due à la fièvre qui peut engendrer des risques de malformations (plutôt que l'infection elle-même)<sup>18, 20</sup>.

La grossesse n'augmente pas le risque de contracter la grippe, mais les femmes enceintes, à cause des changements à leur physiologie et à leur système immunitaire, sont plus vulnérables aux complications de la grippe<sup>21, 22, 23</sup>, particulièrement lors du troisième trimestre<sup>18</sup>. L'incidence de la grippe durant la grossesse est similaire à celle dans la population en général, se situant entre 2 et 22 %<sup>18</sup>.

## Prévention

Outre le vaccin contre l'influenza saisonnière, différentes mesures de prévention sont efficaces<sup>24</sup> :

- Se laver les mains régulièrement avec de l'eau et du savon;
- Éternuer dans un mouchoir et le jeter, ou encore éternuer dans le pli du coude en l'absence de mouchoir.

## Traitement

Tant pour le rhume que pour la grippe, le principal traitement est axé sur le soulagement des symptômes<sup>18</sup>. Pour se sentir mieux, la personne enrhumée ou grippée peut<sup>25</sup> :

- se reposer à la maison, surtout en cas de fièvre;
- boire beaucoup de liquide;
- éviter de fumer ou d'être exposée à la fumée secondaire des produits du tabac.

La femme enceinte peut avoir recours à différents moyens pour soulager les symptômes liés au rhume et à la grippe, comme le montre le tableau 1<sup>18</sup> :

**Tableau 1**  
**Soulagement des symptômes de la grippe et du rhume**

Symptômes	Traitements
<b>Congestion nasale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser une solution nasale saline pour aider à libérer le mucus.</li> <li>• Si ce traitement ne soulage pas la congestion, recourir à un décongestionnant topique à longue action, à raison d'une vaporisation dans chaque narine deux fois par jour au besoin, pour un maximum de trois à cinq jours.</li> <li>• <b>Attention</b> : Seuls les décongestionnants topiques contenant de l'oxymétazoline ou de la xylométazoline sont indiqués. Les décongestionnants systémiques pris par voie orale sont à éviter (par ex., pseudoéphédrine).</li> </ul>
<b>Maux de tête, fièvre et douleurs musculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre de l'acétaminophène.</li> </ul>
<b>Irritation de la gorge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se gargariser à l'eau tiède salée plusieurs fois par jour.</li> <li>• Prendre de l'acétaminophène.</li> </ul>

Les médicaments pour le rhume ou la grippe qui contiennent plusieurs principes actifs ou de l'alcool sont à éviter afin de ne pas exposer le fœtus inutilement à ces produits<sup>18</sup>.

De plus, on ne connaît pas bien l'innocuité des antiviraux pour la grippe chez la femme enceinte; ceux-ci n'ont par ailleurs que des effets modestes sur les symptômes. Leur usage doit être évalué au cas par cas, par un médecin.

Il est suggéré que les femmes enceintes aient un suivi médical en cas de grippe ou de fièvre. Si d'autres types d'infections sont soupçonnés (par ex., sinusite, bronchite), il est indiqué de consulter son médecin, car plusieurs traitements sont possibles et ils varient selon le stade de la grossesse.

#### **NOTE : Mise en garde sur les anti-inflammatoires**

En raison des risques qui y sont associés, **l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas suggérée pendant la grossesse et n'est pas recommandée à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse.**

Ces produits sont des médicaments aux propriétés analgésiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires. Parmi les plus utilisés, on retrouve l'ibuprofène (Advil<sup>md</sup>, Motrin<sup>md</sup>), l'AAS (Aspirine<sup>md</sup>) et le diclofénac (Voltaren<sup>md</sup>), qui sont en vente libre.

Lorsqu'une situation particulière nécessite la prise d'un anti-inflammatoire chez une femme enceinte, il convient qu'elle en discute avec le médecin ou le pharmacien. De même, ceux-ci pourront aussi rassurer une femme qui s'inquiète à propos de la prise d'un anti-inflammatoire avant la confirmation de la grossesse.

L'**acétaminophène** (Tylenol<sup>md</sup>, Abenol<sup>md</sup>, Atasol<sup>md</sup>) est un médicament aux propriétés analgésiques et antipyrétiques qui, contrairement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, est dépourvu de propriétés anti-inflammatoires. Son utilisation est **sécuritaire** lors de la grossesse. Il peut être employé pour soulager la fièvre et la douleur, les symptômes du rhume et de la grippe et les maux de tête, entre autres.

## Allaitement

Le rhume et la grippe ne sont pas des contre-indications à l'allaitement. Le risque de transmission à l'enfant par le lait maternel est faible, comparé au risque de transmission par d'autres voies (par ex., gouttelettes respiratoires, contact direct avec le bébé).

Plusieurs médicaments en vente libre peuvent se retrouver dans le lait maternel. Leur usage n'est toutefois pas incompatible avec l'allaitement. Il est indiqué d'en discuter avec le pharmacien.

Bien que nous disposions de peu de données sur l'utilisation des antiviraux lors de l'allaitement, elle comporte probablement peu de risques pour la majorité des enfants allaités. Une approche au cas par cas doit être préconisée.

## Toxoplasmose

La toxoplasmose est une maladie infectieuse causée par un parasite, le *Toxoplasma gondii*. Ce dernier est transmis aux humains par trois modes :

- L'exposition au parasite présent dans les excréments de chat par le biais de la litière ou de la terre (par ex., en jardinant ou en consommant un produit qui a été souillé par le contact de la terre contaminée);
- La consommation de viande contaminée crue ou pas assez cuite ou encore de lait non pasteurisé qui renferme le parasite;
- De façon congénitale, par passage transplacentaire de la femme enceinte au fœtus qu'elle porte<sup>26</sup>.

La toxoplasmose est une maladie relativement commune, qui passe souvent inaperçue. Lors du premier trimestre, l'infection fœtale est peu prévalente (environ 6 % des cas), alors qu'au troisième trimestre, la prévalence d'infection est élevée (environ 80 %).

### Symptômes

Lorsqu'ils sont présents, les symptômes courants incluent :

- une enflure des ganglions lymphatiques;
- un mal de tête;
- un mal de gorge;
- de la fièvre;
- des douleurs musculaires;
- un inconfort vague<sup>27</sup>.

Les gens les plus susceptibles de développer des complications à la suite de cette infection sont ceux dont le système immunitaire est affaibli. Lorsqu'une personne est infectée, elle développe habituellement une immunité (c'est-à-dire des anticorps) contre la toxoplasmose.

### Conséquences possibles sur la santé

Bien que l'infection soit généralement sans gravité pour la santé de la femme enceinte, les conséquences sont plus importantes pour le fœtus. La gravité de l'atteinte fœtale est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel : les conséquences pour le fœtus qui a été infecté tôt durant la grossesse sont habituellement plus sérieuses que lors d'une infection plus tardive.

Les conséquences possibles sur la santé de l'enfant à naître incluent<sup>28</sup> :

- la chorioretinite;
- les troubles de l'ouïe et de la vision;
- l'épilepsie;
- le retard mental.



## Dépistage

Il existe des tests permettant de détecter la présence d'anticorps de la toxoplasmose chez la femme enceinte. Cependant, dans la plupart des cas, la présence d'anticorps (révélée par un test positif) ne signifie pas qu'un traitement soit nécessaire, puisque beaucoup de femmes auront développé des anticorps en raison d'une exposition préalable à cette maladie<sup>29</sup>. Des examens plus poussés seront donc nécessaires.

Un test négatif signifie pour sa part que la femme enceinte ne possède pas d'anticorps et qu'elle pourrait donc par la suite transmettre le parasite au fœtus qu'elle porte si elle devait être atteinte durant sa grossesse. Ce test de dépistage pourrait être répété si la femme présentait au cours de la grossesse des symptômes liés à l'infection au *Toxoplasma gondii*.

## Prévention

La toxoplasmose peut être prévenue si on observe les mesures d'hygiène suivantes<sup>30, 27, 26</sup> :

- Se laver les mains après avoir touché des animaux, jardiné ou touché des objets souillés par la terre;
- Éviter de nettoyer les bacs de litière des chats. Si cela n'est pas possible, porter des gants lors du nettoyage;
- Porter des gants pour faire du jardinage;
- Bien faire cuire la viande avant de la manger (une viande bien cuite perd sa couleur rouge et devient beige rosé, avec une température supérieure à 68 °C);
- Laver ou peler les fruits et les légumes avant de les manger;
- Laver les instruments de cuisine et les surfaces et se laver les mains après la manipulation d'aliments;
- Pour les femmes enceintes qui ont un chat : ne pas lui donner de la viande crue ou pas assez cuite et garder l'animal à l'intérieur afin de prévenir sa contamination.

(La listériose est abordée dans la fiche *Alimentation et gain de poids*)

## Infections urinaires

Une infection urinaire est une infection qui touche une ou plusieurs parties du système urinaire : les reins, les uretères, la vessie et l'urètre. Il existe différentes formes d'infections urinaires : la bactériurie asymptomatique, l'infection urinaire basse (cystite aiguë) et l'infection urinaire haute (pyélonéphrite aiguë ou PNA).

L'infection urinaire est causée par une prolifération anormale d'agents infectieux dans le système urinaire. La bactérie *E. coli* est la principale cause des infections urinaires (environ 90 % des cas)<sup>31, 32</sup>. Étant donné leur anatomie, les femmes sont beaucoup plus sujettes que les hommes aux infections urinaires : la taille courte de l'urètre (environ 4 cm) et la proximité du rectum facilitent l'accès des bactéries à la vessie.

De nombreuses femmes seront incommodées durant leur grossesse par une infection urinaire en raison du taux important d'œstrogène circulant et de la glycosurie associée. Il est évalué qu'entre 2 et 20 % des femmes en sont atteintes au cours de leur grossesse<sup>33, 34, 35</sup>. Les streptocoques du groupe B sont responsables d'environ 5 % des infections urinaires chez les femmes enceintes (voir la section *Streptocoques du groupe B*).

## Symptômes

Les infections urinaires sont couramment asymptomatiques<sup>33, 36</sup>. Lorsque des symptômes sont présents, ils incluent<sup>37</sup> :

- des douleurs ou des brûlures au moment d'uriner;
- un sentiment persistant d'avoir besoin d'uriner;
- une augmentation de la fréquence du besoin d'uriner;
- une odeur désagréable qui se dégage de l'urine;
- une pression ou des douleurs dans l'abdomen;
- une présence de sang dans l'urine.

## Conséquences possibles sur la santé

Lorsqu'elle n'est pas traitée, la bactériurie asymptomatique peut progresser vers une forme plus aiguë. Il est estimé que cela se produit chez 20 à 40 % des femmes enceintes atteintes de cette infection.

Les formes plus aiguës d'infections urinaires sont associées à des conséquences négatives sur la grossesse, comme<sup>38</sup> :

- le travail avant terme;
- la prééclampsie;
- une faible croissance intra-utérine;
- un accouchement prématuré.

## Prévention

Il existe différents moyens de prévenir une infection urinaire. Comme la principale source de contamination est la bactérie *E. coli*, il est important de suivre quelques mesures d'hygiène :

- S'essuyer ou se laver la région génitale de l'avant vers l'arrière<sup>31</sup>;
- Uriner afin de vider la vessie après une relation sexuelle<sup>31</sup>;
- Laver la région des organes génitaux quotidiennement, et avant et après les rapports sexuels<sup>31, 39</sup>.

Les femmes enceintes qui ont un historique d'infections urinaires (plus de trois épisodes par année) peuvent bénéficier d'un traitement prophylactique, tout au long de la grossesse et jusqu'à quatre à six semaines après l'accouchement<sup>36</sup>.

## Traitement

Toute infection urinaire chez une femme enceinte doit être traitée, même si elle est asymptomatique :

- Plusieurs antibiotiques sécuritaires existent pour la femme enceinte et le fœtus. Le choix de l'antibiotique est fait en fonction des résultats de l'analyse et de la culture d'urine;
- La consommation de probiotiques<sup>41</sup> ou de canneberges, sous forme de jus ou de comprimés<sup>40</sup>, ne présente aucun bénéfice de traitement.

## Infections vaginales

Les infections vaginales touchent de nombreuses femmes. Il s'agit du motif de consultation médicale le plus fréquent chez les femmes. On retrouve trois types d'infections vaginales :

- Vulvo-vaginite à levures (ou vaginite à champignons)
- Vaginose bactérienne;
- Trichomonase.

Le dépistage systématique des infections vaginales durant la grossesse n'est pas requis. La moitié des cas d'infections vaginales lors de cette période guérissent sans traitement<sup>42</sup>.

### Vulvo-vaginite à levures

Les vulvo-vaginites à levures (ou vaginites à champignons) sont les infections vaginales les plus fréquentes. Il est estimé que trois femmes sur quatre en sont atteintes au cours de leur vie. Dans la très grande majorité (90 % des cas), ce type de vaginite est causé par le *Candida albicans*.

La grossesse est un moment où la fréquence d'infections à levures augmente; près de 15 % des femmes en sont atteintes, particulièrement lors du troisième trimestre.

#### Symptômes

La vulvo-vaginite à levures s'observe par la présence des symptômes suivants :

- pertes vaginales blanches, en grains ou en mottes<sup>43</sup>;
- œdème au niveau de la vulve et du vagin<sup>44</sup>;
- érythème<sup>44</sup>.

Cette infection peut toutefois passer inaperçue chez certaines femmes, puisqu'environ 20 % des cas sont asymptomatiques.

#### Conséquences possibles sur la santé

Ce type d'infection n'empêche pas le bébé de naître en santé et de bien se développer.

#### Traitement

Si la vulvo-vaginite à levures n'est accompagnée d'aucun symptôme, il n'est pas nécessaire de la traiter.

Des médicaments intravaginaux en vente libre sont disponibles pour les femmes qui sont en mesure de reconnaître les signes et symptômes de cette infection et qui en sont incommodées. Ces médicaments sont sécuritaires durant la grossesse.

Des médicaments peuvent aussi être prescrits par le médecin. Il s'agit habituellement de traitements de six ou sept jours<sup>43</sup>. La durée du traitement peut toutefois être plus longue chez les femmes enceintes afin de prévenir le risque de récurrence, qui est élevé pendant la grossesse.

L'administration par voie orale de produits à base de composés de type *azole* n'est pas suggérée comme première méthode de traitement, tout comme l'administration par voie intravaginale d'acide borique. Leur emploi est possible pendant la grossesse lors de certaines situations particulières, sous la supervision d'un médecin<sup>45</sup>.

## Vaginose bactérienne

De nombreuses femmes souffrent de ce type d'infection vaginale : sa prévalence se situe entre 10 et 30 % lors de la grossesse. Pour environ une femme sur deux, la vaginose bactérienne est asymptomatique<sup>44, 46</sup>.

### Symptômes

Lorsqu'ils sont présents, les symptômes associés à la vaginose bactérienne sont<sup>43</sup> :

- des pertes vaginales abondantes non inflammatoires de couleur blanche ou grise et malodorantes (odeur de poisson);
- des démangeaisons;
- une sensation de brûlure.

### Conséquences possibles sur la santé

Plusieurs études établissent un lien entre la présence d'une infection vaginale bactérienne et différentes conséquences sur la grossesse :

- Un risque deux fois plus grand de travail avant terme;
- Un risque accru de 10 % de rupture prématurée des membranes;
- Un risque accru de 40 % que le bébé soit de faible poids à la naissance.

## Prévention

Différentes mesures préventives peuvent être mises de l'avant pour prévenir la vaginose bactérienne :

- Limiter ou éviter les douches vaginales (moins de trois par mois);
- Adopter des comportements sexuels sécuritaires;
- Cesser la consommation de tabac.

Le dépistage d'une vaginose bactérienne lors du suivi de grossesse n'est pas systématique; il est fait lorsque la femme présente des symptômes de vaginose, a des antécédents de travail avant terme ou présente une menace de travail avant terme<sup>43, 44, 47</sup>.

## Traitement

Lorsqu'une vaginose bactérienne est diagnostiquée, l'administration d'un traitement pharmacologique par voie orale, comme le métronidazole ou la clindamycine, est suggérée<sup>48</sup>. Ce traitement est prescrit par le médecin traitant et n'est pas en vente libre. Le traitement privilégié dure sept jours. Comme de nombreuses récurrences sont observées, la femme enceinte pourra être attentive à la présence de symptômes après le traitement.

## Trichomonase

Ce type d'infection vaginale est moins prévalent que les autres types. La trichomonase est une infection transmissible sexuellement. Elle résulte de l'introduction du parasite *Trichomonase vaginalis* dans le vagin à la suite d'un rapport sexuel avec un partenaire infecté.

## Symptômes

Les symptômes associés à la trichomonase sont les suivants :

- Pertes vaginales beiges ou jaune verdâtre, écumeuses et malodorantes;
- Picotements;
- Troubles de la miction.

Cependant, jusqu'à la moitié des femmes qui contractent une trichomonase sont asymptomatiques<sup>44, 47</sup>.

## Conséquences possibles sur la santé

Durant la grossesse, la présence de trichomonase a été associée à un risque accru de 40 % que le bébé soit de faible poids et naisse avant terme<sup>49</sup>. De plus, à cause des effets inflammatoires que la trichomonase occasionne aux parois vaginales, la femme infectée est plus susceptible de contracter le VIH lors d'une relation sexuelle non protégée avec un partenaire infecté<sup>50</sup>.

## Traitement

Lorsqu'il y a confirmation du diagnostic de trichomonase, la femme enceinte pourra avoir recours à un traitement à dose unique de métronidazole prescrit par le médecin.

Il y a une absence de consensus sur la nécessité de dépister et de traiter les femmes asymptomatiques affectées par la trichomonase lors de la grossesse. Le médicament utilisé à cette fin n'a pas démontré qu'il prévenait efficacement les conséquences défavorables pour la grossesse<sup>51</sup>.

## Les probiotiques et les infections vaginales

Le recours aux probiotiques lors de la grossesse demeure controversé<sup>41, 52</sup>. Les données sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des probiotiques comme mode de traitement pour les infections vaginales. Leur utilisation n'est pas appuyée par les autorités gouvernementales ou les associations professionnelles. Cependant, il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter si une femme enceinte en a consommé<sup>41, 53</sup>.

Dans le cas où la femme enceinte souhaite avoir recours à des probiotiques, elle pourra être dirigée vers un professionnel de la santé afin qu'il choisisse une souche de probiotiques étudiée et qui détient un code NPN. Un probiotique n'est pas conseillé chez les femmes enceintes qui souffrent d'un déficit immunitaire.

## Streptocoques du groupe B

Les streptocoques du groupe B (SGB) sont des bactéries communes qui se retrouvent dans le vagin, le rectum et la vessie des femmes<sup>54</sup>. Elles font partie de la flore vaginale normale : de 5 à 40 % des femmes enceintes en sont colonisées, c'est-à-dire que ces bactéries sont présentes dans leur organisme, sans qu'elles présentent de symptôme<sup>55</sup>.

Chez certaines femmes enceintes, les SGB peuvent causer des infections (par ex., infections urinaires), de l'inflammation et de la douleur<sup>54</sup>.

## Conséquences possibles sur la santé

Il est estimé qu'environ 50 % des femmes colonisées par les SGB les transmettent à leur bébé lors de l'accouchement<sup>56</sup>. Bien que la très grande majorité des bébés ne soient pas affectés par ces bactéries, un petit nombre, estimé entre 1 et 2 %, développera une infection pouvant toucher leur sang, leur cerveau, leurs poumons et leur moelle épinière<sup>54</sup>.

Les facteurs associés aux risques d'infection à SGB chez le nouveau-né sont les suivants :

- Un début du travail avant 37 semaines de gestation, qu'il y ait rupture ou non des membranes;
- La prolongation de la rupture des membranes au-delà de 18 heures;
- La présence de fièvre légère et inexplicquée chez la mère durant le travail;
- Un précédent enfant de la mère présentant une infection à SGB à l'accouchement;
- Chez la mère, une infection passée de la vessie ou des reins causée par une bactériurie à SGB.

## Dépistage

Les infections à SGC peuvent être dépistées lors de la grossesse et traitées afin de réduire la probabilité que le bébé en soit atteint. Trois méthodes sont proposées<sup>57, 56, 54</sup> :

- Faire un dépistage chez toutes les femmes enceintes entre la 35<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse et traiter les mères qui présentent une infection à SGB et qui sont exposées à des facteurs de risque;
- Faire un dépistage chez toutes les femmes enceintes entre la 35<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse et traiter les mères qui présentent une infection à SGB dès le début du travail;
- Traiter les femmes qui présentent un risque accru de transmettre les bactéries à SGB à leur enfant, sans faire de dépistage.

## Traitement

Depuis plusieurs années, les études démontrent que l'utilisation d'une antibioprofylaxie pendant la grossesse entraîne une baisse considérable des taux de colonisation maternelle et d'infection néonatale<sup>58, 59</sup>. Par contre, comme l'indiquent les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur la prévention de l'infection néonatale à streptocoques B, la chimioprofylaxie qui est donnée à la femme enceinte avant le début du travail ou la rupture des membranes est inefficace et mène, à terme, à une récurrence de la colonisation par des SGB dans plus des deux tiers des cas<sup>56</sup>.

## Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent un danger pour le fœtus lors de la grossesse. Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec conseillent que l'on offre aux femmes enceintes des tests de dépistage pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès, le virus de l'hépatite B et le VIH.

Il est indiqué que les femmes qui sont continuellement exposées à des facteurs de risque d'ITSS pendant la grossesse se voient offrir des tests de dépistage tous les trimestres<sup>45</sup>.

Le tableau 2 ci-dessous présente les ITSS les plus fréquentes, leurs symptômes, les conséquences possibles sur la grossesse et la santé du bébé, ainsi que les méthodes de prévention et de traitement.

Pour de plus amples renseignements sur les ITSS, consulter la section 6 des *Lignes directrices canadiennes pour les infections transmissibles sexuellement* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-4-fra.php>.

**Tableau 2**  
**Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

ITSS	Description	Symptômes	Conséquences possibles sur la santé	Prévention et traitement
<b>Chlamydia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infection bactérienne qui se transmet par contact avec une personne infectée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une infection pour laquelle beaucoup de femmes sont asymptomatiques : ce chiffre est estimé à 90 %.</li> <li>Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent un écoulement vaginal, des troubles de la miction, des douleurs dans le bas de l'abdomen, des saignements vaginaux anormaux et des douleurs lors des rapports sexuels<sup>45, 60</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À la lumière des données actuelles, il n'y aurait pas d'association fiable entre cette infection et des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse<sup>45</sup>.</li> <li>Risques de transmission lors de l'accouchement : une transmission verticale (de la mère à l'enfant) survient dans 50 à 75 % des naissances par voie vaginale d'une mère infectée<sup>45, 60</sup>.</li> <li>Les principales manifestations cliniques retrouvées chez le nourrisson sont une conjonctivite et une pneumonie<sup>45, 60</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'infection à chlamydia se traite à l'aide d'antibiotiques<sup>45, 60</sup>.</li> <li>Le partenaire sexuel a besoin d'être traité, qu'il ait passé un test de dépistage ou non.</li> <li>Il n'y a pas de contre-indication à l'allaitement chez une femme ayant une infection à chlamydia ou qui reçoit un traitement antibiotique.</li> </ul>
<b>Gonorrhée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infection bactérienne qui se transmet par contact avec une personne infectée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une infection pour laquelle beaucoup de femmes sont asymptomatiques : ce chiffre est estimé à 40 %.</li> <li>Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent : des pertes et des saignements vaginaux anormaux, des troubles de la miction et des douleurs abdominales ou pelviennes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associée à un accouchement prématuré, à une rupture prématurée des membranes, à l'endométrite, à chorio-amnionite et à la septicémie.</li> <li>Les principales manifestations cliniques retrouvées chez le nourrisson sont une conjonctivite, des abcès au cuir chevelu, une infection systémique et une méningite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comme on retrouve plusieurs souches et que celles-ci sont multirésistantes, il est indiqué de faire une culture cellulaire afin de pouvoir évaluer la sensibilité des souches aux antibiotiques.</li> <li>Ce traitement devrait être accompagné d'un traitement contre la chlamydia, à moins que le test de dépistage de celle-ci soit négatif.</li> <li>La gonorrhée se traite à l'aide d'antibiotiques<sup>45, 60</sup>.</li> <li>Généralement, on ne considère pas que les antibiotiques contre la gonorrhée soient nuisibles à l'allaitement.</li> </ul>



**Tableau 2 (suite)**  
**Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

ITSS	Description	Symptômes	Conséquences possibles sur la santé	Prévention et traitement
<b>Syphilis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection bactérienne qui se transmet par contact (oral, génital, anal, ou de sang à sang) avec une personne infectée.</li> <li>• La syphilis non traitée comporte plusieurs stades évolutifs qui présentent chacun des manifestations cliniques variées<sup>60</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> stade (de 3 à 90 jours après le contact) : présence d'un ulcère non douloureux (gorge, organes génitaux, anus).</li> <li>• 2<sup>e</sup> stade (de 2 semaines à 6 mois après début de l'infection) : fièvre, syndrome d'allure grippale, apparition de rougeurs sur la paume des mains, la plante des pieds ou ailleurs sur le corps, ganglions enflés.</li> <li>• 3<sup>e</sup> stade (de 1 an à plus de 20 ans) : complications neurologiques ou cardiaques sérieuses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La transmission se produit à travers le placenta ou à l'accouchement.</li> <li>• La syphilis complique peu souvent la grossesse, notamment à cause de sa prévalence réduite. Cependant, son risque de transmission au fœtus, lorsqu'elle n'est pas traitée, avoisine les 100 %.</li> <li>• Pendant la grossesse, la syphilis infectieuse peut entraîner une infection fœtale, conduisant à une mortinaissance, un accouchement avant terme, des malformations congénitales et une maladie active au moment de l'accouchement<sup>45</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez la femme enceinte, les traitements varient en fonction du stade de la syphilis.</li> <li>• La pénicilline-G (benzathine) est efficace pour prévenir la transmission de la mère au fœtus et traiter l'infection fœtale.</li> <li>• Chez les mères qui allaitent, la présence de lésions syphilitiques primaires ou secondaires s'accompagne d'un risque théorique de transmission de la syphilis au nourrisson<sup>45</sup>.</li> </ul>
<b>Hépatite B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection virale qui se transmet par contact des organes génitaux ou d'une plaie avec le sang, le sperme et les sécrétions vaginales d'une personne infectée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs personnes ne présentent pas de symptômes.</li> <li>• Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent : fatigue, fièvre, douleurs au ventre, perte d'appétit, maux de cœur, vomissements, jaunisse (parfois).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les mères atteintes d'une infection aiguë à l'hépatite B ou qui sont porteuses du virus peuvent le transmettre à leur nourrisson, au moment de l'accouchement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des cas de transmission verticale (de la mère à l'enfant) peuvent être prévenus par l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B et d'un vaccin contre l'hépatite B au nouveau-né, avec rappels à 1 mois et à 6 mois<sup>45</sup>.</li> <li>• La 1<sup>re</sup> dose du vaccin devrait être administrée chez le bébé né d'une mère infectée dans les 12 heures suivant la naissance. Les immunoglobulines, elles, devraient être administrées immédiatement après la naissance.</li> </ul>

**Tableau 2 (suite)**  
**Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

ITSS	Description	Symptômes	Conséquences possibles sur la santé	Prévention et traitement
<b>VIH (virus d'immuno-déficience humaine)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection virale qui se transmet par contact des organes génitaux ou d'une plaie avec le sang, le sperme et les sécrétions vaginales d'une personne porteuse du virus ou par contact de sang à sang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infection peut être présente sans symptômes, même pendant de nombreuses années.</li> <li>• Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent : grande fatigue, transpiration abondante (la nuit), perte de poids, ganglions enflés au cou, aux aisselles et à l'aîne, diarrhée, fièvre et toux persistante.</li> <li>• Le VIH peut entraîner des manifestations plus graves comme certains types de cancer, des infections (par ex., pneumonie), de même qu'une évolution vers le sida et ultimement, la mort.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mère peut transmettre le virus à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'amorce du traitement antirétroviral lors de la grossesse est cruciale pour réduire la transmission verticale (de la mère à l'enfant).</li> <li>• Il est fortement recommandé de ne pas allaiter, étant donné que le VIH peut se transmettre par le lait maternel<sup>46</sup>.</li> </ul>

**Tableau 2 (suite)**  
**Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

ITSS	Description	Symptômes	Conséquences possibles sur la santé	Prévention et traitement
<p><b>Herpès</b></p> <p>Pour en savoir plus : <a href="#">SOGC</a> et <a href="#">Passport Santé</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection virale très prévalente au Québec qui est causée par le virus de l'herpès simplex (VHS-1 ou VHS-2) : il est estimé que plus de 20 % des gens en sont atteints<sup>60</sup>.</li> <li>• L'herpès se transmet aussi par contact oro-génital avec une personne infectée (VHS-1 ou « feux sauvages »), que cette personne soit symptomatique ou pas.</li> <li>• Le risque de contracter une infection à VHS serait plus élevé durant la grossesse.</li> <li>• Les récurrences seraient plus fréquentes chez les femmes enceintes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infection à VHS est souvent asymptomatique : la grande majorité des personnes infectées par l'herpès génital ne le savent pas<sup>61</sup>.</li> <li>• Cloques d'eau douloureuses sur les organes génitaux et l'anus.</li> <li>• Sensation de brûlure en urinant.</li> <li>• Pertes vaginales.</li> <li>• Fièvre, courbatures, maux de tête.</li> <li>• Parfois, écoulement anormal par le pénis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité d'infection néonatale (acquisition de l'infection au moment de l'accouchement ou peu après par l'intermédiaire d'une exposition au virus se trouvant dans le tractus génital maternel) ou congénitale (très rare phénomène attribuable à l'acquisition fœtale du VHS <i>in utero</i>, par passage transplacentaire).</li> <li>• Risques de transmission variables en fonction : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ du <i>stade de l'infection</i> : s'agit-il d'un premier épisode ou d'une récurrence?</li> <li>○ de l'<i>état immunitaire précédent</i> : la femme avait-elle déjà des anticorps résultant d'une exposition précédente?</li> </ul> </li> <li>• Manifestations possibles chez le nouveau-né infecté : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infection cutanée, oculaire et buccale;</li> <li>○ Maladie affectant le système nerveux central;</li> <li>○ Maladie disséminée.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut évaluer les antécédents quant à l'herpès génital de façon précoce durant la grossesse.</li> <li>• Pour un couple où la femme enceinte n'a jamais eu de crises d'herpès et où le conjoint est porteur du VHS-1 ou 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstinence suggérée pour contacts oraux/anogénitaux et anogénitaux/anogénitaux;</li> <li>○ Utiliser un condom.</li> </ul> </li> <li>• Pour les femmes enceintes qui présentent des infections récurrentes, un traitement suppressif pourrait être envisagé dès la 36<sup>e</sup> semaine, pour réduire le risque de lésions et transmission virale au moment de l'accouchement.</li> <li>• Un traitement (l'acyclovir) peut être offert durant la grossesse, sans crainte pour le développement du fœtus<sup>60</sup>.</li> </ul>



# Prévention et traitement des principales malaises mineurs

La femme enceinte peut être incommodée par différents malaises qui entraînent rarement des complications plus<sup>62</sup>. Des moyens peuvent aider à prévenir, réduire ou traiter certains de ces malaises. Plusieurs moyens sont proposés dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, p. 100-110.

Dans cette section sont abordés les malaises mineurs couramment présents lors de la grossesse.

## Nausées et vomissements

Les nausées et les vomissements sont parmi les malaises de grossesse les plus fréquemment rapportés<sup>63, 64</sup>. Entre 50 et 75 % des femmes enceintes font l'expérience de nausées et la moitié d'entre elles ont aussi des vomissements<sup>63, 65</sup>. De façon générale, les nausées et les vomissements débutent entre la 4<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> semaine de grossesse et sont rarement observés après la 22<sup>e</sup> semaine<sup>63</sup>.

Les causes exactes des nausées durant la grossesse ne sont pas bien connues, mais l'augmentation des taux d'hormones serait possiblement impliquée<sup>66, 67</sup>. Ces malaises n'entraînent pas de conséquences graves pour la femme enceinte ou pour l'enfant à naître.

Un petit nombre de femmes (entre 0,5 et 2 %) souffrent d'une forme plus sévère et persistante de ces symptômes, nommée **hyperémèse gravidique**<sup>63</sup>. Cette affection nécessite souvent une hospitalisation, car elle est associée à des vomissements persistants quotidiens, à une perte de plus de 5 % du poids avant la grossesse, à une déshydratation sévère et à un déséquilibre électrolytique<sup>66</sup>.

### Prévention

La prise d'une multivitamine contenant de l'acide folique, idéalement avant la conception, non seulement réduit le risque de malformations congénitales chez le fœtus, mais permet également de diminuer la fréquence et la sévérité des nausées et des vomissements durant la grossesse. En effet, la prise de multivitamine aurait pour effet d'optimiser l'état nutritionnel et le métabolisme de la femme enceinte<sup>68</sup>.

Pour de plus amples renseignements sur la prise d'une multivitamine contenant de l'acide folique, consulter la fiche *Alimentation et gain de poids*.

### Traitement

Différents moyens peuvent être utilisés pour réduire les nausées et les vomissements chez la femme enceinte, en fonction de la sévérité de ses symptômes, des répercussions sur sa qualité de vie et des conséquences possibles sur la santé de l'enfant à naître<sup>68</sup>.

Dans un premier temps, la femme enceinte peut **modifier ses habitudes alimentaires et de vie**. Bien que l'efficacité de ces mesures ne soit pas appuyée par des données probantes, elles ne présentent aucun danger pour la femme enceinte<sup>63, 69, 68, 66</sup> :

- Tenter de manger avant d'avoir faim ou aussitôt que la faim se fait sentir, pour éviter d'avoir l'estomac vide;
- Manger un peu avant de se lever le matin : biscottes, craquelins, pain grillé;
- Manger une collation riche en protéines avant de se mettre au lit : noix, yogourt, fromage;
- Prendre de petits repas légers et fréquents (toutes les deux ou trois heures par exemple) et éviter d'en sauter;
- Manger des aliments dont on a envie;
- Éviter les aliments très gras ou épicés;
- Privilégier des boissons froides, acides (par ex., limonade) ou aromatiques (par ex., tisanes à la menthe ou à l'orange);
- Boire entre les repas, plutôt qu'en mangeant;
- Se reposer (par ex., faire des siestes, écouter les journées de travail);
- Éviter certains stimuli dans l'environnement (par ex., odeurs fortes, chaleur, humidité, bruits, etc.);
- Se lever lentement de son lit ou de sa chaise et éviter les changements brusques de position.

Dans un second temps, des **traitements non pharmacologiques** peuvent être utilisés si la femme enceinte est en mesure de s'alimenter et de s'hydrater convenablement :

- **La vitamine B<sub>6</sub> (pyridoxine)** est un traitement intéressant<sup>64</sup>. Les études concluent à son efficacité probable pour réduire les nausées, et à l'absence d'effets indésirables<sup>70, 71, 72</sup>. Cependant, la vitamine B<sub>6</sub> ne serait pas efficace pour réduire les vomissements<sup>68</sup>;
- **Le gingembre**, consommé sous différentes formes (par ex., pastilles, boissons), peut être efficace pour réduire les nausées et les vomissements<sup>73, 70, 64, 69, 65</sup>. Toutefois, le gingembre pris en quantité importante ou sous forme de comprimés n'est pas suggéré, car peu d'études ont été menées à ce jour pour établir l'innocuité et l'efficacité de cet aliment<sup>68, 67</sup>;
- **L'acupuncture et l'acupression** sont également des solutions à considérer<sup>63, 64, 69, 65, 62, 68</sup>. En effet, bien que l'efficacité constatée varie d'une étude à l'autre<sup>63, 64, 69, 68</sup>, ces méthodes sont suggérées, car elles n'ont pas d'effets indésirables sur la grossesse<sup>68</sup>. Leur coût peut toutefois limiter leur accessibilité;
- Différentes formes de psychothérapies<sup>63, 69</sup>, telles **l'hypnose et la méditation**, peuvent être des traitements de remplacement à considérer, mais l'efficacité de ces techniques est appuyée par peu d'études, et les résultats s'avèrent variables<sup>63, 69</sup>.

Dans un troisième temps, la femme enceinte peut prendre des **médicaments antiémétiques** selon les conseils de son médecin. Certains médicaments ont été étudiés chez les femmes enceintes, sont efficaces et ne présentent pas de risque pour le déroulement de la grossesse<sup>63, 64, 69</sup>. Par contre, des effets indésirables sont possibles (par ex., somnolence, sécheresse de la bouche)<sup>63</sup>.

Si la femme enceinte ne parvient pas à s'alimenter et à s'hydrater convenablement, il est conseillé qu'elle soit suivie par un médecin, car la déshydratation peut nécessiter une hospitalisation<sup>63</sup>.

## Diriger vers des ressources

Il est indiqué de diriger les femmes enceintes qui présentent des nausées et des vomissements plus persistants et sévères vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Les signes suivants sont à surveiller<sup>66</sup> :

- Symptômes de déshydratation (par ex., émission non fréquente d'urine, urine de couleur foncée);
- Vomissements répétés tout au long de la journée,
- Présence de sang dans les vomissements;
- Douleur ou crampes abdominales;
- Perte de plus de 5 % du poids avant la grossesse.

## Constipation et hémorroïdes

### Constipation

La constipation est un malaise courant durant la grossesse, au cours duquel le transit intestinal est ralenti. Ce problème touche entre le tiers et la moitié des femmes enceintes. Il est plus souvent observé lors du premier et du troisième trimestre<sup>74, 75</sup>.

Les symptômes suivants sont associés à la constipation<sup>76</sup> :

- Consistance anormale des selles (selles trop dures);
- Diminution de la quantité de selles émises ou de la fréquence de la vidange intestinale (moins de trois fois par semaine);
- Difficulté d'expulsion des selles.

Certains changements physiologiques normaux durant la grossesse peuvent être à l'origine de la constipation, notamment la compression du côlon par l'utérus, la consommation réduite de liquide chez certaines femmes qui souffrent de nausées et de vomissements ou la prise de suppléments de fer<sup>77, 74</sup>. L'augmentation de la concentration de progestérone vers la fin de la grossesse joue également un rôle dans la réduction de l'activité des muscles gastro-intestinaux<sup>78</sup>.

### Hémorroïdes

Les hémorroïdes sont des veines dilatées qui se forment dans la paroi du rectum et de l'anus<sup>79</sup>. Elles peuvent résulter de la constipation, de la pression accrue sur les veines rectales lors de la grossesse ou de l'action de certaines hormones sur le système gastro-intestinal<sup>77</sup>.

Les hémorroïdes ne présentent pas de conséquences nuisibles à la santé de la femme enceinte ou à celle de son bébé à naître, mais entraînent un inconfort. Les symptômes incluent<sup>79</sup> :

- des démangeaisons ou des douleurs dans la région anale;
- des saignements mineurs lors de la défécation.

La prévalence attribuée aux hémorroïdes varie considérablement d'une étude à l'autre, allant de 5 à 85 % chez les femmes enceintes<sup>77</sup>, principalement lors des deuxième et troisième trimestres. Il semble toutefois y avoir une surévaluation de ce malaise, puisque seulement 50 % des gens qui le rapportent en souffrent réellement<sup>74</sup>. Bien qu'elles régressent habituellement après l'accouchement, les hémorroïdes demeurent présentes chez de 15 à 24 % des nouvelles mères<sup>77</sup>.

## Traitement

Les mesures non pharmacologiques sont à privilégier, tant pour la constipation que pour les hémorroïdes<sup>77, 74</sup>. Il est possible de **modifier certaines habitudes alimentaires et de vie** :

- Augmenter l'apport en fibres à environ de 25 à 30 grammes par jour, en consommant notamment des fruits, des légumes, des légumineuses et du son<sup>77, 74</sup> (pour une liste plus complète, consulter la fiche *Fibres* du site Extenso). Néanmoins, il importe de dire à la femme enceinte que la consommation d'une trop grande quantité de fibres peut causer des ballonnements et des flatulences. Ces effets peuvent être minimisés si on commence par de petites quantités et qu'on augmente graduellement jusqu'à ce que l'efficacité du traitement soit observée ou en fonction de la tolérance de la personne<sup>80, 76</sup>;
- Augmenter sa consommation d'eau pour atteindre de 6 à 8 verres par jour (de 1,5 à 2 litres)<sup>77, 74</sup>;
- Pratiquer une activité physique de façon modérée, comme la marche ou la natation<sup>77, 74</sup>.

Une **information claire sur l'hygiène intestinale** doit aussi être transmise :

- Il est souhaitable d'aller à la selle lorsque le besoin se fait sentir, afin d'éviter de nuire au mouvement péristaltique<sup>81</sup>, puisque cela aurait pour conséquence de déshydrater les selles et de rendre leur évacuation plus difficile;
- Le rythme du transit intestinal peut varier d'un individu à l'autre, sans que cela soit signe de constipation. Pour plusieurs personnes, le matin ou après les repas est le moment le plus propice pour aller à la selle<sup>77</sup>;
- Au moment de la défécation, il faut éviter de forcer en retenant son souffle<sup>81</sup>, mais plutôt s'assurer de bien relâcher la musculature du plancher pelvien;
- La position suivante est favorable à la défécation : pointe des pieds ou pieds sur un petit banc, genoux légèrement plus hauts que les hanches, avant-bras appuyés sur les cuisses, dos droit<sup>77</sup>;
- Un massage abdominal peut aider, dans le sens des aiguilles d'une montre (pour suivre le côlon)<sup>77</sup>.



Dans les cas où ces moyens ne sont pas suffisants, la femme enceinte peut ajouter à son alimentation des suppléments de fibres alimentaires ou un laxatif de lest (psyllium ou méthylcellulose), par exemple Metamucil<sup>md</sup>, Prodiem<sup>md</sup> et les céréales All-Bran<sup>md</sup> Bran Buds<sup>md</sup> de Kellogg's.

Les laxatifs émoullissants, comme le docusate sodique (Colace<sup>md</sup>, Soflax<sup>md</sup>), peuvent aussi être utilisés sans danger<sup>77, 74, 81, 82/a></sup>. Bien qu'ils soient sécuritaires lors de la grossesse, ces produits peuvent avoir des effets indésirables, comme des ballonnements, des flatulences et des crampes à l'estomac.

Pour traiter les hémorroïdes, les mesures suivantes sont utiles<sup>74</sup> :

- Bien nettoyer la région anale après chaque selle;
- Faire des bains de siège à l'eau tiède de 3 à 4 fois par jour pendant de 15 à 20 minutes;
- Faire une application locale de crème ou d'onguent, comme une compresse d'hamamélis ou de la pommade d'oxyde de zinc, car cela peut aider à réduire les symptômes associés aux hémorroïdes (douleur, sensation de brûlure, démangeaison, inconfort et irritation).

**L'utilisation d'huile de ricin doit être évitée** chez les femmes enceintes, car elle peut stimuler les contractions utérines et est associée à un risque de détresse fœtale si elle est faite peu de temps avant l'accouchement. Ce produit n'est pas conseillé chez les femmes qui allaitent, car la prise d'une bonne quantité par la mère pourrait entraîner des effets indésirables comme la diarrhée et l'insomnie chez la mère ainsi que les tremblements chez les nourrissons exposés<sup>74</sup>.

Pour de plus amples renseignements sur les moyens de réduire la constipation et les hémorroïdes, consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, p. 105.

## Diriger vers des ressources

Les professionnels sont encouragés à diriger les femmes enceintes qui présentent des problèmes de constipation ou d'hémorroïdes plus persistants et sévères vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Les signes suivants sont à surveiller<sup>79, 76</sup> :

- La constipation dure plus de trois semaines;
- Du sang est présent lors de la défécation;
- La constipation est accompagnée de fièvre, de faiblesse ou d'une perte de poids;
- Une douleur sévère, qui est associée à la présence des hémorroïdes.

## Reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien, communément appelé brûlures d'estomac, survient lorsque le contenu de l'estomac remonte dans l'œsophage ou dans la bouche. Puisque le contenu de

l'estomac est acide, le reflux entraîne une inflammation de l'œsophage, ce qui explique les sensations de brûlure dans l'abdomen et le goût acide dans la gorge<sup>83</sup>.

Lors de la grossesse, la diminution du tonus du sphincter œsophagien inférieur, l'augmentation du niveau de progestérone et l'expansion de l'utérus (qui accentue la pression dans l'abdomen) sont des facteurs qui contribuent au reflux<sup>84</sup>.

Le reflux gastro-œsophagien touche environ de 30 à 80 % des femmes enceintes. Il apparaît généralement aux premier et deuxième trimestres et se résorbe après l'accouchement<sup>84, 85</sup>. Ce trouble présente peu de risques pour la santé de l'enfant à naître ou celle de la femme enceinte, mais peut nuire au bien-être et à la qualité de vie de cette dernière.

## Symptômes

Les symptômes apparaissent souvent après les repas<sup>84, 85, 83</sup> :

- Sensation de brûlure d'estomac (pyrosis);
- Douleurs dans la région supérieure de l'abdomen;
- Régurgitation;
- Goût acide ou amer dans la gorge;
- Indigestion;
- Nausées et vomissements.

## Traitement

Pour soulager les symptômes, les **modifications dans les habitudes alimentaires ou de vie** sont souvent privilégiées<sup>84, 83</sup> :

- Élever la tête du lit de 10 à 15 cm, de façon à avoir la tête et les épaules à un niveau plus haut que l'estomac (la gravité aiderait à prévenir le reflux);
- Prendre des repas légers et fréquents (toutes les deux ou trois heures par exemple);
- Éviter les aliments qui favorisent le reflux, comme le café, le thé, le chocolat, les boissons gazeuses, les boissons énergisantes, la menthe, les aliments très gras, les épices;
- Éviter de manger ou de boire au moins trois heures avant le coucher;
- Mâcher de la gomme pour augmenter la production de salive, ce qui peut aider à neutraliser l'acide gastrique;
- Éviter de s'allonger après avoir mangé;
- Éviter de porter des vêtements trop serrés, car ils peuvent exercer une pression sur l'abdomen.

Élever la tête de lit est une mesure particulièrement efficace pour réduire le reflux auprès de la population adulte<sup>86</sup>. L'efficacité des autres mesures n'est pas appuyée par des données probantes, mais ces mesures sont utilisées parce qu'elles ne présentent aucun danger pour la femme enceinte<sup>83</sup>.

Lorsque ces mesures ne sont pas suffisantes, certains **traitements pharmacologiques** peuvent être utilisés pendant la grossesse :

- Les **antiacides** (par ex., Roloids<sup>md</sup>, Tums<sup>md</sup>, Maalox<sup>md</sup>) permettent de soulager les symptômes en neutralisant l'acidité gastrique pendant une courte période. Leur efficacité est donc temporaire<sup>84</sup>. Ils sont en vente libre;
- Les **antagonistes des récepteurs H2** diminuent la production d'acide par l'estomac. La ranitidine est un type de médicament antagoniste dont l'efficacité pendant la grossesse a été établie<sup>84, 85</sup>;
- Les **inhibiteurs de la pompe à protons** (IPP) sont des médicaments plus puissants, prescrits par le médecin dans le cas où les antiacides ou les antagonistes H2 ne soulagent pas les symptômes. L'oméprazole est l'IPP privilégié durant la grossesse<sup>84</sup>.

## Diriger vers des ressources

Les professionnels sont encouragés à diriger les femmes enceintes qui présentent des reflux plus persistants et sévères vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Les signes suivants sont à surveiller<sup>83</sup> :

- Des reflux fréquents (par ex., de deux à trois fois par semaine);
- Une difficulté à avaler ou des douleurs lors de la déglutition;
- Une perte de poids inexplicquée;
- Des douleurs à la poitrine;
- La présence de sang dans les vomissements ou dans les selles (selles de couleur foncée).

## Crampes dans les jambes

Les crampes dans les jambes constituent un malaise courant durant la grossesse. Environ de 5 à 30 % des femmes enceintes en souffriraient<sup>87</sup>. Ces crampes constituent des contractions musculaires involontaires qui entraînent une douleur aux mollets ou aux pieds. Elles surviennent le plus souvent pendant la nuit et deviennent plus fréquentes au cours du deuxième ou troisième trimestre<sup>88</sup>.

Leurs causes exactes ne sont pas connues, mais certaines recherches suggèrent que l'accumulation d'acides lactique et pyruvique dans les jambes due à une mauvaise circulation sanguine serait en cause<sup>88</sup>. Ce malaise est également associé à une déficience en magnésium<sup>87</sup>. Les crampes dans les jambes ne sont pas dangereuses pour la santé de la femme enceinte ou celle du fœtus.

## Prévention et traitement

Pour aider à prévenir les crampes dans les jambes pendant la grossesse, les mesures suivantes peuvent être utilisées :

- Étirer les muscles du mollet avant d'aller au lit<sup>88</sup>;
- Pratiquer une activité physique<sup>88</sup>;
- Bien s'hydrater<sup>88</sup>;
- Prendre des suppléments de magnésium ou de sodium<sup>88, 89, 87</sup>.

Les multivitamines ou les suppléments minéraux semblent également aider à réduire les crampes, bien qu'il ne soit pas possible de déterminer précisément quel ingrédient est responsable de cet effet. Le calcium n'offre, quant à lui, aucun bénéfice<sup>89</sup>.

Lorsqu'une crampe se présente, les mesures suivantes peuvent aider<sup>88</sup> :

- Étirer les muscles douloureux;
- Marcher ou secouer les jambes;
- Prendre une douche ou un bain chaud;
- Masser les muscles douloureux avec de la glace.

## Troubles du sommeil

Les besoins en sommeil varient d'un individu à l'autre. Au sein de la population en général, il est estimé que ce besoin est d'environ 8 heures par période de 24 heures (avec des variations de 6 à 9 heures)<sup>90</sup>. Aucune donnée ne permet de statuer sur le nombre d'heures de sommeil requis durant la grossesse<sup>15</sup>.

Durant la période périnatale, les femmes sont plus susceptibles de vivre des périodes de sommeil troublées. En effet, lors de la grossesse, le sommeil peut être influencé par les particularités propres à chacun des trimestres :

- Au **premier trimestre**, l'augmentation de la concentration en progestérone entraîne une plus grande envie de dormir<sup>15</sup>. Le sommeil peut être perturbé par l'envie d'uriner plus fréquente, la sensibilité des seins et les nausées matinales<sup>91</sup>;
- Au **deuxième trimestre**, peu de troubles du sommeil sont rapportés. L'apparition des crampes aux jambes ou du syndrome des jambes sans repos peut nuire au sommeil de certaines femmes<sup>91</sup>;
- Au **troisième trimestre**, la difficulté de trouver une position confortable pour dormir, des brûlures d'estomac, des crampes aux jambes, des ronflements, l'envie plus fréquente d'uriner, des états d'éveil plus longs et la fatigue matinale peuvent nuire à la qualité du sommeil<sup>91</sup>. C'est durant ce trimestre que certaines femmes enceintes rapportent le plus grand manque de sommeil<sup>15</sup> ou un sommeil de moindre qualité<sup>92</sup>.

De plus, les perturbations dans le sommeil peuvent être attribuables aux changements physiques et hormonaux associés à la période périnatale ainsi qu'aux besoins de l'enfant lors de ses premiers mois de vie<sup>15</sup>. Des facteurs psychosociaux peuvent également nuire à la qualité du sommeil (par ex., des craintes ou de l'ambivalence à l'égard de la grossesse ou de l'arrivée de l'enfant, du stress lié aux conditions de vie, des relations interpersonnelles difficiles, etc.).

## Symptômes de l'insomnie

Un des troubles de sommeil les plus courants est l'insomnie. Ses symptômes sont les suivants<sup>93</sup> :

- Difficulté à s'endormir;
- Réveils fréquents durant la nuit;
- Réveil prématuré;
- Sommeil de qualité variable (par ex., plusieurs nuits de sommeil de faible qualité suivies par une nuit de sommeil de bonne qualité);
- Fatigue ou envie de dormir durant le jour;
- Difficultés de concentration ou oublis fréquents;
- Irritabilité;
- Diminution du niveau de motivation ou d'énergie;
- Inquiétudes par rapport au sommeil.

## Traitement

Si des changements dans les habitudes de sommeil sont observés, mais qu'ils ne nuisent pas aux activités durant la journée, il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Par contre, si les activités durant la journée sont touchées, certains moyens peuvent être utilisés pour **favoriser une bonne hygiène de sommeil**<sup>94, 95</sup> :

- Dormir le temps nécessaire pour se sentir reposé;
- Maintenir un horaire de sommeil régulier, c'est-à-dire se coucher et se lever aux mêmes heures tous les jours;
- Éviter de se forcer à dormir;
- Éviter de consommer des stimulants (par ex., café, chocolat, boissons gazeuses contenant de la caféine, boissons énergisantes), en particulier dans les heures qui précèdent le coucher;
- Aménager un environnement propice au sommeil (par ex., éteindre les lumières intérieures et extérieures, contrôler les bruits environnants et la température);
- Éviter d'utiliser la chambre à coucher pour des activités non liées au sommeil (par ex., étudier, manger);
- Tenter de résoudre les problèmes ou les soucis quotidiens avant l'heure du coucher. Au besoin, préparer une liste pour le lendemain;
- Incorporer la pratique régulière d'exercices physiques à son horaire quotidien, préférablement plus de quatre heures avant le coucher. Pour de plus amples renseignements sur la pratique d'activité physique durant la grossesse, consulter la fiche *Activité physique et mieux-être*;
- Éviter de faire des siestes durant le jour, particulièrement si elles dépassent de 20 à 30 minutes ou ont lieu vers la fin de la journée.

Les **thérapies cognitivo-comportementales** sont considérées comme efficaces pour traiter ou réduire les troubles du sommeil auprès de la population adulte<sup>96</sup>. Ce type de psychothérapie a pour objectif de modifier les pensées ainsi que les comportements qui contribuent aux difficultés de sommeil chez la personne<sup>96</sup>.

Si les troubles de sommeil persistent et nuisent aux activités quotidiennes et à la qualité de vie, des **traitements pharmacologiques** existent :

- Des somnifères peuvent être prescrits par le médecin pour aider à récupérer. Bien qu'ils soient assez sécuritaires pour être administrés lors de la grossesse, des contre-indications et effets secondaires peuvent y être associés;
- Des produits pouvant favoriser le sommeil sont en vente libre (par ex., Nytol<sup>md</sup>, Dormex<sup>md</sup>, Benadryl<sup>md</sup>, Graval<sup>md</sup>). Il est important que les femmes enceintes discutent de leur usage avec un pharmacien ou un professionnel de la santé. D'autres agents médicamenteux prescrits peuvent être utilisés de façon sécuritaire durant la grossesse, mais il faut discuter de ces produits avec un médecin, qui doit superviser leur utilisation.

Il existe également des produits de santé naturels qui ont des propriétés sédatives, mais une prudence s'impose quant à leur utilisation chez les femmes enceintes<sup>97, 98, 99, 100, 101</sup>. Quel que soit le produit désiré, il ne devrait être utilisé que sur ordonnance du médecin ou conseil du pharmacien. L'automédication est à éviter.

## 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.



### Échographie et radiographie

- L'échographie est une technique qui permet de visualiser certains organes. Elle fait partie des examens de routine lors d'un suivi de grossesse et permet de rendre compte de son déroulement. Cet examen est sécuritaire pour votre santé et celle de votre bébé.
- La radiographie est un examen médical qui peut présenter un risque durant la grossesse, si la dose de rayons X est très élevée. Cependant, la majorité des radiographies émettent de très faibles doses de rayons X et ne présentent donc pas de risque pour le bébé.



### Immunisation

Il existe différents types de vaccins. Certains peuvent être donnés pendant la grossesse, d'autres pas. Il n'y a pas de risque à côtoyer des gens qui reçoivent des vaccins.



### Prévention et traitement des infections

- En tout temps, il est fortement recommandé de consulter votre médecin si vous faites de la fièvre.
- Le rhume est une infection courante. Il ne se guérit pas par les médicaments, bien que ceux-ci puissent en atténuer les symptômes. Les solutions salines et l'acétaminophène sont de bons choix.
- Il se peut que vous soyez incommodée par une infection urinaire pendant votre grossesse. Il est conseillé de la traiter. Les médicaments antibiotiques disponibles sont sécuritaires pour soigner cette infection.
- Il existe différents types d'infections vaginales. Si vous en êtes incommodée, il est conseillé de consulter votre médecin avant de traiter l'infection pour en déceler la cause. Des médicaments sécuritaires sont disponibles.
- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) présentent des risques pour la santé du bébé à naître. Si vous avez des doutes, il est conseillé de le signaler à votre professionnel de la santé. Des tests de dépistage peuvent être faits en tout temps et répétés au besoin.



## Prévention et traitement des principaux maux mineurs

Plusieurs maux mineurs sont fréquents pendant la grossesse. Bien qu'ils ne présentent généralement pas de risque pour votre santé ou celle de votre bébé, ces maux peuvent être inconfortables. Il existe différentes façons de les soulager en changeant certaines habitudes de vie. Parlez-en à votre professionnel de la santé.



## 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.

### Pour en savoir plus sur la vaccination durant la grossesse

#### **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)**

La SOGC a publié en 2008 une directive sur l'immunisation pendant la grossesse.

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui236CPG0911f.pdf>.

### Pour en savoir plus sur les effets des médicaments sur la grossesse et l'allaitement

#### **Centre IMAGe**

Ce centre d'information québécois est destiné aux professionnels de la santé et offre des renseignements sur les effets des médicaments durant la grossesse ou l'allaitement.

514 345-2333 ou <http://image.chu-sainte-justine.org>

#### **Motherisk**

Cet organisme répond aux questions du public et des professionnels sur différents thèmes concernant la grossesse et l'allaitement.

1 877 327-4636 (service en français offert) ou [www.motherisk.org](http://www.motherisk.org) (site en anglais) :

- Information sur les maladies infectieuses :  
[www.motherisk.org/women/infectiousDiseases.jsp](http://www.motherisk.org/women/infectiousDiseases.jsp)
- Information sur les nausées et vomissements :  
[www.motherisk.org/women/morningSickness.jsp](http://www.motherisk.org/women/morningSickness.jsp)

### Pour avoir davantage d'information sur les sources alimentaires de fibres

#### **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](http://www.extenso.org)



## Lexique

**Antiémétique :**

Qui agit contre les nausées et les vomissements.

**Antipyrétique :**

Qui agit contre la fièvre.

**Bactériurie :**

Présence de très grandes quantités de bactéries dans l'urine fraîchement émise.

**Barrière placentaire :**

Structures anatomiques qui séparent la circulation sanguine maternelle de la circulation sanguine du fœtus.

**Choriorétinite :**

Inflammation de la rétine et de la choroïde.

**CT-scan :**

Technique d'imagerie cérébrale.

**Déséquilibre électrolytique :**

Déséquilibre dans les rapports entre différents électrolytes (par ex., sodium, potassium, calcium, magnésium) et l'eau contenus dans l'organisme.

**Dysurie :**

Troubles de la miction.

**Érythème :**

Lésion dermatologique courante caractérisée par une rougeur de la peau.

**Fausse-couche :**

Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours des 20 premières semaines de grossesse.

**Glycosurie :**

Présence de sucre dans les urines.

**Incidence :**

Nombre de nouveaux cas d'une maladie ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée et dans une population déterminée.

**Innocuité :**

Caractère de ce qui est sans danger.

**Malformations congénitales :**

Anomalies morphologiques des organes, des membres ou des tissus présentes dès la naissance (héréditaires ou non).

**Morbidité :**

Caractère de ce qui est malade.

**Mortinaissance :**

Naissance d'un enfant mort-né.

**Mouvement péristaltique :**

Mouvement par lequel les intestins se contractant sur eux-mêmes favorisent l'acte de la digestion.

**Œdème :**

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

**Passage transplacentaire :**

Passage à travers le placenta, dans le sens mère-fœtus ou l'inverse.

**Prééclampsie :**

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

**Prévalence :**

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

**Prophylactique :**

Se dit d'un traitement ou d'un remède préventif.

**Retard de croissance intra-utérin :**

Complication de la grossesse définie par une croissance insuffisante du fœtus à un âge gestationnel donné (croissance inférieure au 10<sup>e</sup> percentile).

**Rhinite :**

Inflammation, hypersécrétion et écoulement d'origine virale ou allergique qui affectent les muqueuses du nez et des voies respiratoires supérieures.

**Sphincter œsophagien inférieur :**

Muscle en forme d'anneau situé à la jonction de l'œsophage et de l'estomac, qui s'ouvre pour laisser passer la nourriture dans l'estomac et se contracte pour empêcher celle-ci de remonter.

**Syndrome des jambes sans repos :**

Sensation désagréable ressentie dans les membres inférieurs déclenchée par l'immobilité et provoquant un besoin de bouger les jambes en les agitant, en se levant ou en marchant.

**Tératogène :**

Susceptible de provoquer des malformations congénitales par son action sur le fœtus.

## Références

1. Torloni, M. R. et collab. (2009). Safety of ultrasonography in pregnancy : WHO systematic review of the literature and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 33(5), 599-608. John Wiley & Sons, Ltd. Document consulté de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.6328/pdf>
2. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2005). Directives cliniques de la SOGC : Effets biologiques et innocuité de l'échographie obstétricale. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(6), 576-580. Document consulté de <http://sogc.org/fr/guidelines/effets-biologiques-et-innocuite-de-lechographie-obstetricale/>
3. Ratnapalan, S. et Gideon Koren, N. B. (2003). *Ionizing radiation during pregnancy*. Document consulté le 31 mai 2011 de [www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content\\_id=667](http://www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content_id=667)
4. Reproductive Toxicology Center (2011). *X Rays*.
5. Santé Canada. (2006). *Radiographies et grossesse*. Ottawa : Santé Canada.
6. Karam, P. A. (2000). Determining and reporting fetal radiation exposure from diagnostic radiation. *Health Physics*, 79, S85. Document consulté de <http://www.hps1.org/sections/rso/ophpinfo/fetalexp.PDF>
7. Health Physics Society. (2009). *Radiation exposure and pregnancy*. Document consulté de [www.hps.org](http://www.hps.org)
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Protocole d'immunisation du Québec*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec. Document consulté de <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>
9. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2008). Directives cliniques de la SOGC : Immunisation pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(12), 1155-1. Document consulté de <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/qui236CPG0911f.pdf>
10. Organization of Teratology Information Specialists. (2005). *Vaccines and pregnancy*. Document consulté de <http://www.otispregnancy.org/files/vaccines.pdf>
11. Centers for Disease Control & Prevention. (2007). *Guidelines for vaccinating pregnant women*. Atlanta, GA : US Department of health and human services.
12. Organization of Teratology Information Specialists. (2002). *La varicelle et la grossesse*. Document consulté de [http://www.otispregnancy.org/pdf/chickenpox\\_fr](http://www.otispregnancy.org/pdf/chickenpox_fr)

13. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2008). Directives cliniques de la SOGC : Rubéole au cours de la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(2), 159-166. Document consulté de <http://sogc.org/fr/guidelines/rubeole-au-cours-de-la-grossesse>
14. Organization of Teratology Information Specialists. (2005). *Measles, mumps, rubella and the MMR vaccine during pregnancy*. Document consulté de <http://www.otispregnancy.org/files/mmr.pdf>
15. Chang, J. J. et collab. (2010). Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes : Is there a relationship? *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 107-114. Elsevier. Document consulté de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079209000446>
16. Organization of Teratology Information Specialists. (2006). *Influenza and the vaccine during pregnancy*. Document consulté de <http://www.otispregnancy.org/files/influenza.pdf>
17. Berghella, V. et collab. (2010). Preconception Care. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 65(2), 119-131. Document consulté de [http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2010/02000/Preconception\\_Care.22.aspx](http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2010/02000/Preconception_Care.22.aspx)
18. Martin, Brigitte (2007). Rhume et grippe. Dans Ferreira, Ema, *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 279-292). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
19. Englund, J. A. (2003). Maternal immunization with inactivated influenza vaccine : rationale and experience. *Vaccine*, 21(24), 3460-3464. Elsevier.
20. Labant, A. et Greenawalt, J. A. (2009). Pandemic flu : a major concern for pregnant women. *Nursing for women's health*, 13(5), 374-382. Wiley Online Library.
21. Toal, M. et collab. (2010). Swine flu and pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(2), 97-100.
22. Elliott, E. J. (2010). Pregnancy and pandemic flu. *Clinical Infectious Diseases*, 50, 691-692. UChicago Press.
23. Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et Bresee, J. S. (2008). Pandemic influenza and pregnant women. *Emerging Infectious Diseases*, 14(1), 95. Centers for Disease Control.
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Grippe saisonnière*. Document consulté de [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/influenza/index.php?accueil](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil)
25. Le Collège des médecins de famille du Canada. (2007). *Le rhume et la grippe – Comment les prévenir et se soigner*.
26. Ross, D. S., Jones, J. L. et Lynch, M. F. (2006). Toxoplasmosis, cytomegalovirus, listeriosis, and preconception care. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 189-193. Springer.

27. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (1999). *Toxoplasmose*. Document consulté de <http://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/toxoplasmosis.html>
28. Coonrod, D. V. et collab. (2008). The clinical content of preconception care : infectious diseases in preconception care. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(6), S296-S309.
29. Société canadienne de pédiatrie (2010). Des questions courantes sur le diagnostic et la prise en charge de la toxoplasmose congénitale. *Paediatric Child Health*, 4(2), 142-147.
30. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2006). *Toxoplasma gondii*. Document consulté de [http://www.infectiologie.com/site/medias/\\_documents/officiels/afssa/Toxoplasma090207.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/officiels/afssa/Toxoplasma090207.pdf)
31. Amiri, F. N. et collab. (2009). Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(1), 104-110. Document consulté de <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa971.pdf#page=104>
32. Ferreira, Ema (2007). Infections urinaires. Dans Ferreira, Ema, *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 293-303). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
33. Borg, G. A. V. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377-381.
34. Masson, P. et collab. (2009). Meta-analyses in prevention and treatment of urinary tract infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 23(2), 355-385. Elsevier.
35. Morgan, K. L. M. (2004). Management of UTIs during pregnancy. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(4), 254-258.
36. Dwyer, P. L. et O'Reilly, M. (2002). Recurrent urinary tract infection in the female. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 14(5), 537-543.
37. Mantha, Marie-Michèle (2011). *Infection urinaire*. Passeport Santé.
38. Mazor-Dray, E. et collab. (2009). Maternal urinary tract infection : is it independently associated with adverse pregnancy outcome? *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(2), 124-128.
39. Mantha, Marie-Michèle. (2008). *Infection urinaire*. Passeport Santé.
40. Jepson, R. G., Mihaljevic, L. et Craig, J. (2004). Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, 1-19.
41. Abad, C. L. et Safdar, N. (2009). The Role of Lactobacillus Probiotics in the Treatment or Prevention of Urogenital Infections - A Systematic Review. *Journal of Chemotherapy*, 21(3), 243-252.

42. US Preventive Services Task Force (2008). Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery : US preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 148(3), 214-219.
43. Blanc, Ariane (2007). Infections vaginales. Dans Ferreira, Ema, *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 305-316). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
44. Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. (2010). Pertes vaginales. *Les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
45. Agence de santé publique du Canada. (2009). *Lignes directrices canadiennes pour les infections transmises sexuellement 2006*. Mises à jour 2008. Ottawa : gouvernement du Canada.
46. Nelson, D. B. et collab. (2008). Characteristics and pregnancy outcomes of pregnant women asymptomatic for bacterial vaginosis. *Maternal and Child Health Journal*, 12(2), 216-222.
47. Sangkomkamhang, U. S., Lumbiganon, P., Prasertcharoensook, W., et Laopaiboon, M. (2008). Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery.: *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
48. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2010). Dépistage et prise en charge de la vaginose bactérienne pendant la grossesse. *JOGC*, 211, 709-716.
49. Cotch, M. et collab. (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. *Sexually transmitted diseases*, 24(6), 353-360.
50. Sobel, J. D. (2005). What's new in bacterial vaginosis and trichomoniasis? *Infectious Disease Clinics of North America*, 19, 387-406.
51. Wendel, K. A. et Workowski, K. A. (2007). Trichomoniasis : challenges to appropriate management. *Clinical infection Diseases*, 44(S3), S123-S129.
52. Senok, A. C. et collab. (2009). Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(4).
53. Mantha, Marie-Michèle et Manceau, V. (2008). *Vaginite*. Passeport Santé.
54. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2010). *Infection à streptocoques du groupe B (SGB) pendant la grossesse*.
55. Institut Pasteur. (2007). *Streptococcies A et B*.
56. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2004). *Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B à début précoce*.



57. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2002). Soins de santé préventifs. Prévention de l'infection à streptocoque du groupe bêta-hémolytique (strept.groupe B) chez les nouveau-nés. Énoncé de recommandations officielles. *Le Médecin du Québec*, 37(5), 95-98.
58. Allen, U. D., Navas, L. et King, S. M. (1993). Effectiveness of intrapartum penicillin prophylaxis in preventing early-onset group B streptococcal infection: results of a meta-analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 149(11), 1659. Canadian Medical Association.
59. Smaill, F. (2000). Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonisation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*,(2).
60. Felix, J., Ferreira, E., et Malo, J. (2007). Infections transmises sexuellement. Dans Ferreira, Ema., *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 317-339). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
61. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2008). *Directive clinique sur la prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse*. : SOGC. Document consulté de <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui208CPG0806FrevA.pdf>
62. Haute Autorité de Santé. (2005). *Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations professionnelles*. Document consulté de [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)
63. Ferreira, Ema (2007). Nausées et vomissements. Dans Ferreira, Ema, *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 435-447). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
64. Jewell, D. et Young, G. (2002). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *ACP JOURNAL CLUB*, 137(2), 67. American College of Physicians.
65. Organization of Teratology Information Specialists. (2007). *Nausea and vomiting in pregnancy (NVP)*.
66. Smith, J. A., Refuerzo, J. S., et Ramin, S. M. (2011). *Patient information : nausea and vomiting of pregnancy*. Document consulté le 17 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/patient-information-nausea-and-vomiting-of-pregnancy](http://www.uptodate.com/contents/patient-information-nausea-and-vomiting-of-pregnancy)
67. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2002). Prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 24(10), 824-831. Document consulté de <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui120FCPG0210F.pdf>
68. Smith, J. A., Refuerzo, J. S., et Ramin, S. M. (2011). *Treatment of nausea and vomiting of pregnancy (hyperemesis gravidarum and morning sickness)*. Document consulté le 16 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/topic.do?topicKey=OBGYN/6811](http://www.uptodate.com/contents/topic.do?topicKey=OBGYN/6811)

69. King, T. L. et Murphy, P. A. (2009). Evidence-based approaches to anaging nausea and vomiting in early pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(6), 430-444. Elsevier.
70. Ensiyeh, J. et Sakineh, M. A. C. (2009). Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy : a randomised controlled trial. *Midwifery*, 25(6), 649-653. Elsevier.
71. Sahakian, V. et collab. (1991). Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy : a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Obstetrics & Gynecology*, 78(1), 33-36.
72. Vutyavanich, T., Kraissarin, T. et Ruangsri, R. (2001). Ginger for nausea and vomiting in pregnancy : randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 577-582.
73. Borrelli, F. et collab. (2005). Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 849-856.
74. Gagné, V. (2007). Constipation et hémorroïdes. Dans Ferreira, E., *Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 463-481). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
75. Bradley, C. S. et collab. (2007). Constipation in pregnancy - Prevalence, symptoms and risk factors. *Obstetrics and Gynecology*, 110(6), 1351-1357.
76. Wald, A. (2011). *Patient information : Constipation in adults*. Document consulté le 17 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/patient-information-constipation-in-adults?view=print](http://www.uptodate.com/contents/patient-information-constipation-in-adults?view=print)
77. Avsar, A. F. et Keskin, H. L. (2010). Haemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(3), 231-237.
78. Jewell, D. J. et Young, G. (2000). Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst.Rev.*, (2).
79. Bleday, R. (2011). *Patient information : Hemorrhoids*. Document consulté le 18 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/patient-information-hemorrhoids](http://www.uptodate.com/contents/patient-information-hemorrhoids)
80. Wald, A. (2011). *Management of chronic constipation in adults*. Document consulté le 17 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?source=see_link)
81. Mantha, Marie-Michèle (2009). *Hémorroïdes*. Passeportsante.net. Document consulté de [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hemorroïdes\\_pm#P56\\_3766](http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hemorroïdes_pm#P56_3766)
82. Wald, A. (2003). Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 32(1), 309-322.

83. Kahrilas, P. J. (2011). *Patient information : acid reflux (gastroesophageal reflux disease) in adults*. Document consulté le 19 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/patient-information-acid-reflux-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults](http://www.uptodate.com/contents/patient-information-acid-reflux-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults)
84. Pham, C. Q. D. (2007). Reflux gastro-œsophagien et ulcère gastro-duodénal. Dans Éditions du CHU Sainte-Justine, *Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique*, (p. 449-455). Montréal.
85. Bianco, A. (2011). *Maternal gastrointestinal tract adaptation in pregnancy*. Document consulté le 19 mai 2011 de [www.uptodate.com/contents/maternal-gastrointestinal-tract-adaptation-to-pregnancy](http://www.uptodate.com/contents/maternal-gastrointestinal-tract-adaptation-to-pregnancy)
86. Kaltenbach, T., Crockett, S. et Gerson, L. B. (2006). Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Archives of Internal Medicine*, 166, 965-971.
87. Dahle, L. O. et collab. (1995). The effect of oral magnesium substitution on pregnancy-induced leg cramps. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 173, 175-180.
88. Harms, R. W. (2011). *What causes leg cramps during pregnancy and can they be prevented?* Document consulté le 6 juin 2011 de [www.mayoclinic.com/health/leg-cramps-during-pregnancy/AN02132](http://www.mayoclinic.com/health/leg-cramps-during-pregnancy/AN02132)
89. Young, G. et Jewell, D. (2002). Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(1).
90. Cote, K. (2003). *Sommeil normal et hygiène du sommeil*. Société canadienne du sommeil. Document consulté de [http://www.canadiansleepsociety.ca/Map/www/pdf/brochure/sommeil\\_normal.pdf](http://www.canadiansleepsociety.ca/Map/www/pdf/brochure/sommeil_normal.pdf)
91. Driver, H. (2006). *Le sommeil chez la femme*. Société canadienne du sommeil
92. Facco, F. L. et collab. (2010). Sleep disturbances in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 115(1), 77-83.
93. Bonnet, M. H. et Arand, D. L. (2011). *Patient information : Insomnia*. Document consulté de <http://www.uptodate.com/contents/patient-information-insomnia>
94. Bonnet, M. H. et Arand, D. L. (2011). *Treatment of insomnia*. Document consulté de <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia>
95. Bonnet, M. H. et Arand, D. L. (2011). *Patient information : Insomnia treatments*. Document consulté de <http://www.uptodate.com/contents/patient-information-insomnia-treatments?view=print>
96. Babson, K. A., Feldner, M. T. et Badour, C. L. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Sleep Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 629-640. Elsevier.
97. Cheuk, D. et collab. (2007). *Acupuncture for insomnia. status and date*: Edited (no change to conclusions), published in, 2.

98. Taibi, D. M. et collab. (2007). A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. *Sleep Medicine Reviews*, 11(3), 209-230. Elsevier.
99. Fernandez-San-Martin, M. et collab. (2010). Effectiveness of Valerian on insomnia : a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Medicine*. Elsevier.
100. Salter, S. et Brownie, S. (2006). Treating primary insomnia - The efficacy of valerian and hops. *issues*, 2008, 2007.
101. Sun, J. L. et collab. (2010). Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia : a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. Elsevier.
102. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation*, éd. évolutive, modifié le 30 novembre 2012. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php).
103. Comité sur l'immunisation du Québec, Preuve d'immunité de la femme enceinte contre la rubéole, INSPQ, consulté le 2 septembre 2014  
[http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1259\\_preuveimmufemmeenceinterubeole.pdf](http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1259_preuveimmufemmeenceinterubeole.pdf)2011
104. Keller-Stanislawski, B. et collab.(2014) Safety of immunization during pregnancy : a review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. *Vaccine*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.052>

## Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Collaborateurs	Réviseurs externes
<b>Soins préventifs et de santé</b>	<b>Sylvie Lévesque</b> , conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ	<b>Lyse Lefebvre</b> , pharmacienne, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, INSPQ  <b>Pierre-André Dubé</b> , pharmacien, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, INSPQ	<b>Lyne Tardif</b> , pharmacienne, Centre IMAGE, CHU Sainte- Justine  <b>Michel Lavoie</b> , conseiller scientifique en prévention des traumatismes, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ  <b>Nicole Boulianne</b> , chef d'unité scientifique Immunisation, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ  <b>Gisèle Trudeau</b> , médecin- conseil en immunisation, INSPQ

## 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.



Illustration : Sophie Casson