INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Soins préventifs et de santé

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE

Québec

AUTEURE 2011

Sylvie Lévesque, INSPQ

COLLABORATEURS 2011

Lyse Lefebvre, INSPQ
Pierre-André Dubé, INSPQ
Lyne Tardif, CHU Sainte-Justine
Michel Lavoie, INSPQ
Nicole Boulianne, INSPQ
Gisèle Trudeau, INSPQ

RÉVISEURS 2018

Christine Motheron, CSSS Québec Nord
Marie Bélanger-Martin, CSSS Québec Nord
Majolie Lavoie, CSSS Québec Nord

COLLABORATEURS 2018

Isabelle Boucoiran, CHU Sainte-Justine
Fatima Kakkar, CHU Sainte-Justine
Marie-Sophie Brochet, Centre IMAGe
Nicole Boulianne, INSPQ
Gaston De Serres, INSPQ
Denis D'Amours, GMFU-SFA
Evelyne Fleury, MSSS
Charlène Duquette, MSSS

CHARGÉE DE PROJET

Pascale Turcotte, INSPQ

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, INSPQ

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Anouk Sugàr, INSPQ

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique assure la rigueur et le consensus des pratiques. Il est composé de représentants des organisations suivantes :

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec;
Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
Ministère de la Santé et des Services sociaux;
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
Ordre des pharmaciens du Québec;
Ordre professionnel des diététistes du Québec;
Ordre des psychologues du Québec;
Ordre des sages-femmes du Québec;
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
Protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique Info-Santé.
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

COMITÉ DE VALIDATION

Un comité de validation assure la pertinence du contenu pour les intervenants et les professionnels en périnatalité.

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 la page « Reproduction et droits d'auteurs » du Portail d'information prénatale, à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/a-propos/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 http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php ou en écrivant un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

1 Soins préventifs et de santé pendant la grossesse 1
Section 1 : Échographie et radiographie 1
1.1 Échographie 1
1.2 Radiographie 1
Section 2 : Immunisation et maladies infectieuses 3
1.3 Immunisation 3
1.4 Maladies infectieuses et grossesse 4
Section 3 : Prévention et traitement des infections 7
1.5 Rhume et grippe 7
1.6 Toxoplasmose 10
1.7 Infections urinaires 14
1.8 Infections vaginales 15
1.9 Streptocoques du groupe B 19
1.10 Infections transmissibles sexuellement et par le sang 20
Section 4 : Prévention et traitement des malaises mineurs 32
1.11 Nausées et vomissements 32
1.12 Constipation et hémorroïdes 34
1.13 Reflux gastro-œsophagien 37
1.14 Crampes dans les jambes 38
1.15 Troubles du sommeil 39
2 Pour accompagner les parents 43
3 Ressources et liens utiles 46
4 Lexique 47
5 Références 50

1 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.

Section 1 : Échographie et radiographie

1.1 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 dépistage et de diagnostic recommandés lors d'un suivi de grossesse, et elle permet de rendre compte du déroulement de la grossesse. Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), lors d'une grossesse normale, deux échographies obstétricales sont nécessaires. La première est faite à partir de la 10^{e} semaine de grossesse. Elle sert à déterminer avec précision l'âge gestationnel (1), à identifier les grossesses gémellaires, la chorionicité, certaines malformations, et à mesurer la clarté nucale qui peut être intégrée dans certains tests de dépistage de la trisomie 21. La SOGC précise aussi quelques autres conditions qui justifient une échographie au premier trimestre (2). La deuxième échographie, effectuée entre la 18^{e} et la 22^{e} semaine, permet d'évaluer l'anatomie fœtale et la localisation placentaire. C'est à ce moment que le sexe du fœtus peut être visualisé, mais l'examen n'est pas fait dans cet objectif. D'autres examens échographiques peuvent être nécessaires ultérieurement, s'ils sont est médicalement indiqués (3).

1.2 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. Lors d'une radiographie, la femme enceinte doit informer le personnel qu'elle est enceinte, afin que les mesures de protection soient prises.

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.

Comparativement aux rayonnements produits par ces autres sources, les rayons X ont une énergie plus grande. Ceci leur confère un pouvoir ionisant, ce qui peut entraîner, à hautes doses, des effets néfastes comme des lésions ou des mutations aux cellules. Toutefois, dans la très grande majorité des examens d'imagerie, les bénéfices diagnostiques dépassent très largement les risques induits par la radiation.

Les rayons X permettent notamment d'émettre certains diagnostics impossibles à réaliser 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 (4).

1.2.1 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 (5).

La puissance des radiographies est mesurée en milligrays (mGy). Il est estimé qu'une exposition supérieure à 100 mGy augmente le risque de nuire au développement du fœtus (5,6). Toutefois, le nombre de mGy reçus par un fœtus lors d'un examen radiographique est généralement inférieur à 10. À titre d'exemple, la dose de rayons X est en moyenne de 0,0001 mGy pour une radiographie dentaire, de 0,01 mGy pour une radiographie des poumons et de 0,8mGy pour une tomodensitométrie (5).

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 (7).

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 (4,8) :

- une fausse-couche;
- des malformations congénitales;
- un retard de croissance intra-utérin;
- une microcéphalie et une déficience intellectuelle;
- un risque accru de cancer dans l'enfance ou à l'âge adulte (7).

Ces effets sont en fonction du stade de la grossesse et de la dose d'irradiation. Ainsi, plus la dose est faible, plus le risque diminue. De plus, l'effet tératogène des rayons X est plus prononcé entre la 8^{e} et la 15^{e} semaine de grossesse(4,7).

1.2.2 MESURES PRÉVENTIVES

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

- discute avec le médecin traitant pour évaluer s'il existe d'autres méthodes pouvant fournir les informations recherchées;
- s'assure que le technicien en radiologie met en place une mesure de protection (tablier en plomb);
- attende, si possible, après l'accouchement pour effectuer une radiographie qui est non urgente (9).

Section 2 : Immunisation et maladies infectieuses

1.3 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 certains agents infectieux (10,11). Certains vaccins, tels que celui contre la coqueluche (12) et la grippe permettent aussi de protéger le nouveau-né pendant les premiers mois de sa vie (13).

On distingue deux types de vaccins, soit les vaccins vivants atténués 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 atténués, procure habituellement une protection à plus long terme (14)
- Le **vaccin inactivé** est constitué à partir d'agents infectieux d'un virus ou d'une bactérie qui ont été tués, ou à partir de toxines auxquelles on a fait perdre leur pouvoir pathogène. Ce type de vaccin requiert plus d'une dose et, dans certains cas, des rappels périodiques pour offrir une bonne protection (15).

Les vaccins vivants atténués sont en général contre-indiqués pendant la grossesse, en raison d'un risque théorique d'infection pour l'embryon ou le fœtus (11).

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 est alors conseillée (16). Cela dit, 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 (11). À ce jour, les études publiées concernant les vaccins couramment utilisés n'ont pas observé d'effets néfastes chez le fœtus (17). La femme enceinte peut discuter de ce risque avec son professionnel assurant le suivi de grossesse.

La vaccination avec un vaccin inactivé est possible pendant la grossesse s'il est recommandé en raison de facteurs de risque particuliers, comme une exposition ou une condition médicale (p. ex. : influenza, pneumocoque, rage) (11).

Le contact d'une femme enceinte avec quelqu'un qui a été vacciné n'est pas dangereux (18). Conséquemment, les enfants d'une femme enceinte peuvent se faire vacciner, sans que cela représente un danger pour celle-ci (11).

L'administration du vaccin contre la fièvre jaune est généralement contre-indiquée chez la femme enceinte. Il peut parfois être donné dans des circonstances exceptionnelles, après discussion avec un médecin spécialiste en santé voyage ou en médecine tropicale (11,19).

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

- Protocole d'immunisation du Québec, « Vaccinologie pratique - Grossesse » : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccinologie-pratique/grossesse/

- *Guide canadien d'immunisation*, Immunisation durant la grossesse et l'allaitement (Agence de la santé publique du Canada) : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-4-immunisation-durant-grossesse-allaitement

1.3.1 IMMUNISATION ET ALLAITEMENT

Il n'y a pas de contre-indication à la vaccination durant l'allaitement, autant pour les vaccins inactivés que pour les vaccins vivants, à l'exception du vaccin contre la fièvre jaune (11,17).

Le virus vaccinal de la rubéole est le seul à avoir été retrouvé dans le lait maternel, mais rien n'indique un risque pour l'enfant allaité (11).

1.4 Maladies infectieuses et grossesse

1.4.1 VARICELLE

Une infection à la varicelle durant la grossesse est plus sévère que chez une femme non enceinte (21). Contracter la varicelle durant la grossesse peut avoir des répercussions sur le développement du fœtus (22) :

- 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 (22). Les risques de malformations s'élèvent à 2 % lorsque la varicelle est contractée entre la 13e et la 20e semaine de la grossesse (22).
- Si la femme développe la varicelle moins de cinq jours avant l'accouchement ou deux jours après l'accouchement, il y a une possibilité (de 20 ou 30 %) que son bébé contracte aussi la varicelle. La varicelle du nouveau-né (varicelle néonatale) est grave et peut entraîner des complications importantes pour la santé du bébé (23,24). Des immunoglobulines spécifiques contre le virus de la varicelle peuvent être administrées à la femme enceinte ou aux nouveau-nés exposés (11).

Il est recommandé aux femmes enceintes considérées comme non protégées qui ont été en contact direct ou significatif avec un cas de varicelle de consulter un médecin dans les 24 heures. Pour être considérée comme protégée, une personne doit avoir eu la varicelle ou avoir été vaccinée (11). Dans le cas où la femme enceinte ne sait pas si elle est protégée contre le virus de la varicelle, et qu'elle a été exposée à cette maladie, une analyse sanguine peut établir s'il y a présence ou non d'anticorps contre ce virus. Si elle n'a pas les anticorps, elle pourrait recevoir des immunoglobulines.

Le vaccin contre la varicelle ne doit pas être administré durant la grossesse, car il s'agit d'un virus vivant atténué (11). 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 (11). Pour une femme qui n'a pas les anticorps contre la varicelle, le vaccin (deux doses) pourra être administré après l'accouchement (11).

À noter que certaines précautions sont à prendre après un vaccin contre la varicelle, s'il y a apparition d'une éruption varicelliforme au point d'injection. Dans ce cas, les lésions devraient être couvertes car elles peuvent contenir du virus vaccinal. La femme enceinte qui n'a pas fait la varicelle ou n'est pas vaccinée devrait éviter d'entrer en contact avec ces lésions (20).

1.4.2 Rubéole

Grâce à la vaccination, la rubéole est une maladie très rare au Québec et au Canada. On conseille à la femme de consulter un professionnel de la santé si elle pense avoir eu un contact avec quelqu'un ayant cette maladie. Une analyse sanguine permet de vérifier la présence ou non d'anticorps. En l'absence d'anticorps ou de preuve de vaccination antérieure, le vaccin combiné contre la rubéole, rougeole oreillon et varicelle (RRO ou RRO-Var) est recommandé après l'accouchement, en vue d'une grossesse ultérieure (25).

Le consensus actuel de pratique est de ne pas vacciner les femmes enceintes contre la rubéole (11), 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 (11,14).

Lorsqu'une femme est atteinte de la rubéole au début de sa grossesse, le bébé est susceptible d'être atteint du syndrome de la rubéole congénitale et de manifester à sa naissance une ou plusieurs malformations ou atteintes associées à ce syndrome (26,27). Ce risque de malformations congénitales est essentiellement limité aux infections maternelles à la rubéole qui se seraient développées dans les 16 premières semaines de gestation (26). Cette situation pourrait nécessiter d'envisager une interruption de grossesse.

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 (11).

1.4.3 Grippe

Au Québec, la vaccination contre la grippe est offerte gratuitement à toutes les femmes enceintes au deuxième et au troisième trimestre de grossesse (parce que le risque de complications augmente au deuxième trimestre et surtout au troisième trimestre). Elle est également offerte dès le premier trimestre chez les femmes enceintes présentant une condition médicale qui augmenterait le risque de complications de la grippe (11,28,29).

Le vaccin inactivé est bien toléré pendant la grossesse et la surveillance des effets secondaires n'a pas soulevé de préoccupation quant à l'innocuité du vaccin. Le vaccin antigrippal vivant atténué intranasal n'est pas recommandé chez la femme enceinte (30).

La vaccination maternelle présenterait également un avantage pour l'enfant à naître. Des études ont démontré une réduction de 41 à 63 % du taux d'influenza chez les enfants de moins de 6 mois dont la mère avait été vaccinée (31–33). Il est également recommandé que les membres de la maisonnée soient vaccinés contre la grippe afin de prévenir la transmission au nouveau-né. Notons toutefois que les nourrissons de moins de 6 mois ne peuvent pas recevoir le vaccin contre la grippe (34).

1.4.4 Hépatite B

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte d'une hépatite B aiguë pendant la grossesse, cela n'augmente pas les risques de mortalité ou de malformations chez l'enfant à naître, mais une étude a démontré une augmentation des accouchements prématurés et des bébés de petits poids à la naissance (35).

Cependant, le risque principal est la transmission de la maladie de la mère porteuse d'une hépatite B chronique à son enfant lors de l'accouchement. Pour les bébés nés d'une mère porteuse d'hépatite B chronique, il est recommandé d'administrer les immunoglobulines HBIg et le vaccin à la naissance, suivis d'une dose de vaccin un mois plus tard et d'une deuxième dose cinq mois après la première dose, afin de diminuer les risques de transmission (11). Lorsqu'un nourrisson est infecté par l'hépatite B, il a un risque de l'ordre de 90 % de développer une hépatite B chronique (35).

Le vaccin contre l'hépatite B est un vaccin inactivé qui peut être administré pendant la grossesse. Il est recommandé que les femmes enceintes à risque accru d'hépatite B soient vaccinées (88).

1.4.5 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 (prophylaxie postexposition comprenant quatre doses de vaccin et une dose d'immunoglobulines) suivant cette exposition (11,21,36).

1.4.6 Coqueluche

La coqueluche est une infection transmissible des voies respiratoires qui peut s'avérer mortelle pour les nouveau-nés. La prévention par la vaccination est efficace pour protéger la femme enceinte et le nouveau-né.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande le vaccin acellulaire contre la coqueluche (dcaT) combiné au vaccin contre le tétanos pour les femmes enceintes pour protéger la femme durant la grossesse et le nouveau-né durant les premiers mois de vie. La vaccination est recommandée entre la 21^{e} semaine et la 32^{e} semaine de grossesse (10).

Section 3 : 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.

Mise en garde utile à rappeler aux parents : il est recommandé de consulter un professionnel de la santé avant de prendre des médicaments prescrits, des médicaments sans ordonnance et des produits de santé naturels.

1.5 Rhume et grippe

1.5.1 Rhume

Le rhume est une infection virale qui touche les voies respiratoires supérieures. Le rhume est principalement causé par des coronavirus, mais également par plusieurs autres virus. Il se manifeste par (37) :

- 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 (37). Il est parfois accompagné d'une fièvre légère.

1.5.2 Grippe (et syndrome d'allure grippale)

La grippe est une infection causée par le virus de l'influenza. Elle se distingue du rhume parce qu'elle est plus virulente. La présentation clinique « typique » de l'influenza est une maladie d'apparition brusque avec (37):

- fièvre;
- toux;
- douleurs musculaires (myalgies) ou articulaires (arthralgies);
- fatigue intense (prostration);
- mal de gorge.

Cet ensemble de symptômes ou « syndrome d'allure grippale » peut cependant aussi être causé par plusieurs autres virus respiratoires (par exemple adenovirus, virus parainfluenza, virus respiratoire syncytial, etc.). Lorsqu'on fait des tests virologiques qui permettent d'identifier chacun des virus qui causent le syndrome d'allure grippale chez les adultes, on détecte l'influenza chez environ un tiers des patients, d'autres virus respiratoires chez un autre tiers et chez le dernier tiers les tests sont négatifs.

Contrairement au rhume, la grippe dans sa forme typique peut dans certains cas avoir des conséquences chez la femme enceinte et son fœtus. Les femmes qui développent des complications de l'influenza (ex. : pneumonie) seraient dans de rares cas sujettes à des accouchements prématurés, à des fausses-couches et à des morts fœtales (38–40).

Un risque de malformations fœtales relativement faible serait en lien avec la fièvre très élevée plutôt qu'avec l'infection elle-même (37,41).

La grossesse n'augmente pas le risque de contracter la grippe, mais les femmes enceintes, à cause des changements à leur physiologie, sont plus vulnérables aux complications de la grippe (42–44), particulièrement lors du troisième trimestre. L'**incidence** de la grippe durant la grossesse est similaire à celle dans la population générale, se situant autour de 5 % (37).

1.5.3 Prévention du rhume et de la grippe

Outre le vaccin contre l'influenza saisonnière, différentes mesures de prévention sont efficaces (45) :

- 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.

1.5.4 Traitement du rhume et de la grippe

Il est souhaitable que la femme enceinte qui a la grippe consulte un professionnel de la santé pour évaluer les risques et bénéfices de prendre des médicaments même sans ordonnance. Dans certains cas, elle peut être soulagée sans en prendre. Dans d'autres situations, le professionnel de la santé conclura qu'il est mieux pour la santé de la mère et du bébé de prendre un médicament. Les femmes enceintes qui ont la grippe peuvent être traitées avec l'antiviral oseltamivir (tamiflu [md]) 75 mg BID pendant 5 jours. Si d'autres types d'infections sont soupçonnés (ex. : sinusite, bronchite), plusieurs traitements sont possibles et ils varient selon le stade de la grossesse.

Pour se sentir mieux, la personne enrhumée ou grippée peut :

- 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 (37). La prise des médicaments et les recommandations présentées au tableau 1, ci-dessous, sont possibles.

Tableau 1 Soulagement des symptômes de la grippe et du rhume (37)

SYMPTÔMES	TRAITEMENTS
Congestion nasale	▪ Utiliser une solution nasale saline pour aider à libérer le mucus. ▪ 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 3 à 5 jours. ▪ **Attention** : Les décongestionnants systémiques (p. ex. : pseudoéphédrine) sont à éviter au premier trimestre, mais le recours à quelques doses aux deuxième et troisième trimestres peut être envisagé en cas de congestion importante si les décongestionnants topiques sont inefficaces et en l'absence de contre-indication.
Maux de tête, fièvre et douleurs musculaires	▪ Prendre de l'acétaminophène pour une durée limitée (maximum 4000 mg/jour).
Irritation de la gorge	▪ Se gargariser à l'eau tiède salée plusieurs fois par jour. ▪ Prendre de l'acétaminophène pour une durée limitée (maximum 4000 mg/jour). ▪ Prendre des pastilles.
Toux	▪ Boire beaucoup d'eau fraiche

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 (37).

Le traitement antiviral pris dans les 48 heures suivant le début des symptômes permet de diminuer la durée de la grippe d'environ une journée et montre une réduction des complications chez les femmes enceintes. Le comité consultatif national de l'immunisation reconnaît la grossesse comme un facteur de risque de complications de la grippe et recommande que les femmes enceintes atteintes de l'influenza soient traitées avec un agent antiviral (oseltamivir) (46). À noter qu'en tout temps, le clinicien doit exercer son jugement clinique lors de l'administration d'un traitement antiviral à la femme enceinte (37).

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 26e semaine de grossesse. À noter qu'une utilisation occasionnelle ou sur une période de moins de 72 heures avant la 26e semaine de gestation est acceptable (37).

Ces produits sont des médicaments aux propriétés analgésiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires. Parmi les plus utilisés, on trouve l'ibuprofène (Advilmd, Motrinmd), l'AAS (Aspirinemd) à 325 mg et plus par dose et le diclofénac (Voltarenmd), qui sont en vente libre.

Lorsqu'une situation particulière nécessite la prise d'un médicament chez une femme enceinte, il convient qu'elle en discute avec un professionnel de la santé. C'est encore plus vrai pour les anti-inflammatoires. Le professionnel de la santé consulté pourra aussi rassurer la femme qui s'inquiète à propos de la prise d'un anti-inflammatoire avant la confirmation de la grossesse.

L'acétaminophène (Tylenolmd, Abenolmd, Atasolmd) est un médicament aux propriétés analgésiques et antipyrétiques qui, contrairement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, est dépourvu de propriétés anti-inflammatoires. Après la consultation d'un professionnel de la santé, l'utilisation de l'acétaminophène peut être envisagée lors de la grossesse pour soulager la fièvre, la douleur, les maux de tête ainsi que les symptômes du rhume et de la grippe, si c'est nécessaire.

1.5.5 Allaitement

Le rhume et la grippe ne sont pas des contre-indications à l'allaitement. Lors de l'infection chez la mère, les anticorps et les facteurs immunitaires développés à l'encontre du virus seront transférés dans le lait maternel conférant ainsi au bébé une protection contre l'infection.

Plusieurs médicaments en vente libre peuvent se retrouver dans le lait maternel. Leur usage est rarement incompatible avec l'allaitement sauf pour certains médicaments contenant de la pseudoéphédrine. Une seule dose de cette molécule peut réduire de 24 % la production lactifère (47). Il est indiqué d'en discuter avec le pharmacien.

Le traitement antiviral peut être considéré chez une femme qui allaite, selon la gravité des symptômes et les facteurs de risque. Ce traitement est recommandé chez les femmes qui ont accouché dans les deux semaines précédentes. À noter qu'en tout temps, le clinicien doit exercer son jugement clinique lors de l'administration d'un traitement antiviral à une femme qui allaite (37).

1.6 Toxoplasmose

La toxoplasmose est une maladie infectieuse causée par le parasite *Toxoplasma gondii*.

Ce dernier est transmis des animaux aux humains par trois modes :

- La consommation de viande crue ou pas assez cuite d'animaux infectés ou encore de lait non pasteurisé qui renferme le parasite. C'est le mode de transmission le plus fréquent;
- L'exposition au parasite présent dans les excréments de chat par le biais de la litière ou de la terre (ex. : en jardinant ou en consommant un produit qui a été souillé par le contact de la terre contaminée). La personne qui ne se lave pas les mains avant de boire ou de manger après avoir

touché une source contaminée pourra favoriser la transmission du parasite des mains à la bouche, puis l'ingérer (48);

- De façon congénitale, par **passage transplacentaire** du parasite de la femme enceinte au fœtus, pendant la grossesse. (49)

La prévalence de la toxoplasmose varie énormément entre les pays (de 10 à 80 %), voire même d'une communauté à l'autre (50). En Amérique du Nord, la prévalence est entre 10 et 30 % (51). Lors du premier trimestre, le risque de transmission fœtale est faible, mais ce risque augmente au cours du troisième trimestre (51).

Manifestations cliniques

La toxoplasmose est asymptomatique la plupart du temps (80 %) chez l'individu en santé (immunocompétent). Lorsqu'ils sont présents, les symptômes chez les individus en santé sont (48) :

- une enflure des ganglions lymphatiques et de la rate;
- un mal de tête;
- un mal de gorge;
- de la fièvre;
- des douleurs musculaires;

Le tableau clinique est différent chez les personnes immunosupprimées ou chez les nouveau-nés infectés lors du premier trimestre. Les gens les plus susceptibles de développer des complications à la suite de cette infection sont ceux dont le système immunitaire est affaibli (immunosupprimés). Lorsqu'une personne est infectée, elle développe 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 peuvent être plus importantes pour le fœtus. 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 (48,52) :

- la choriorétinite;
- les troubles de l'ouïe et de la vision;
- l'épilepsie;
- des anomalies cardiaques et cérébrales;
- le retard mental;
- une mortinaissance.

Dépistage

Il existe des tests permettant de détecter la présence d'anticorps dirigés contre le parasite *Toxoplasma gondii* chez la femme enceinte. Le dépistage est réalisé seulement chez la femme enceinte qui présente des symptômes ou des facteurs de risque liés à l'infection au *Toxoplasma gondii*. 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 antérieure. Des examens complémentaires seront donc nécessaires pour les femmes enceintes qui ont un test positif, afin de déterminer si l'infection est récente et si, en conséquence, elles ont besoin d'un traitement (53).

Un test négatif signifie pour sa part que la femme enceinte ne possède pas les anticorps dirigés contre ce parasite. Elle pourrait donc être infectée pendant la grossesse et transmettre le parasite au fœtus.

Le test de dépistage peut être répété si la femme présente, au cours de la grossesse, des symptômes ou des facteurs de risque liés à l'infection au *Toxoplasma gondii*.

Prévention

Diverses mesures d'hygiène peuvent être adoptées pour prévenir la toxoplasmose (48,54,55) :

- Cuire la viande à une température interne sécuritaire. Un thermomètre numérique peut être utilisé pour vérifier la température interne des aliments;

	TEMPÉRATURE MINIMALE SÉCURITAIRE	CARACTÉRISTIQUES	
Bœuf, veau, agneau Pièces entières (ex. : rôtis) ou en morceaux (ex. : steaks, côtelettes)	63 °C (145 °F)	Mi-saignant	Le boeuf ou le veau attendri mécaniquement doit être retourné deux fois durant la cuisson.
	71 °C (160 °F)	À point	
	77 °C (171 °F)	Bien cuit	
Viandes hachées ou mélanges de viandes (bœuf, veau, porc, agneau) Ex. : hamburgers, saucisses, boulettes de viande, pains de viande, plats en casserole	71 °C (160 °F)	Le centre de la viande et le jus qui s'en écoule ne doivent pas être rosés.	
Porc Pièces entières ou en morceaux (ex. : jambon, longes de porc, côtes levées)	71 °C (160 °F)		
Volaille (poulet, dinde, canard et gibier à plumes) Hachée ou en morceaux (ex. : cuisses, poitrines, pilons)	74 °C (165 °F)		
Entière	82 °C (180 °F)	Le jus qui s'en écoule doit être clair, et la viande doit se détacher facilement des os.	
Viande de gibier sauvage ou d'élevage (ex. : chevreuil, lapin, cerf, sanglier) Pièces entières, en morceaux ou viande hachée	74 °C (165 °F)		
Poisson	70 °C (158 °F)		
Fruits de mer	74 °C (165 °F)	La coquille des mollusques (ex. : huîtres, moules, palourdes) doit s'ouvrir pendant la cuisson.	
Saucisses fumées (à hot-dog)	74 °C (165 °F)	Évitez que les liquides dans les emballages de saucisses coulent sur d'autres aliments ou sur le matériel de cuisine.	
Plats à base d'œufs ou de fromage, farces	74 °C (165 °F)	Il est préférable que la farce soit cuite séparément de la volaille.	
Restants de table	74 °C (165 °F)	Les soupes, les sauces et les mets en sauce doivent être réchauffés jusqu'à ébullition. Ne jamais réchauffer les restants de table plus d'une fois.	

Source : guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, Édition 2021.

- Laver les fruits et les légumes avant de les préparer et de les manger;
- Laver les instruments de cuisine et les surfaces, et se laver les mains après la manipulation d'aliments;
- Porter des gants pour faire du jardinage;
- Se laver les mains après avoir touché un chat, jardiné ou touché des objets souillés par la terre.

D'autres recommandations concernant la manipulation sécuritaire des aliments pour prévenir la toxoplasmose sont disponibles dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, aux pages 104 à 116.

Pour les femmes enceintes qui ont un chat :

- Éviter de nettoyer les bacs de litière du chat. La litière devrait être nettoyée tous les jours par une autre personne. Si cela n'est pas possible, porter des gants lors du nettoyage;
- Ne pas donner au chat de la viande crue ou pas assez cuite;
- Si possible, pour les chats qui utilisent une litière, les garder à l'intérieur, afin de prévenir une éventuelle infection par le parasite *Toxoplasma gondii*. Les chats qui n'utilisent pas de litière peuvent continuer à aller à l'extérieur.

Traitement

Les traitements avec des antibiotiques et antiparasitaires s'adressent aux femmes enceintes et aux personnes immunosupprimées. Si une femme enceinte est infectée par le parasite *Toxoplasma gondii*, le traitement doit être poursuivi tout au long de la grossesse. En fonction de l'évaluation du placenta et du nouveau-né, le nouveau-né pourrait aussi avoir besoin d'un traitement.

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

1.7 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), tandis que les streptocoques du groupe B sont responsables d'environ 5 % des infections urinaires chez les femmes enceintes (voir la section « Streptocoques du groupe B ») (56,57).

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 (58). La grossesse augmente ce risque par l'augmentation du taux d'hormones circulantes, les changements anatomiques et l'augmentation du glucose urinaire. Les femmes enceintes sont également plus à risque de développer des complications. Dans cette population, l'incidence de la bactériurie asymptomatique se situe entre 2 et 14 %, celle de la cystite entre 1 et 4 %, et la pyélonéphrite aiguë complique 1 à 2 % des grossesses (57).

Symptômes

De 2 à 10 % des infections urinaires chez les femmes enceintes sont asymptomatiques (59). Voici les signes possibles d'infection urinaire (58) :

- Sensation de brûlure en urinant;
- Impression d'avoir besoin d'uriner plus souvent;
- Besoin urgent d'uriner sans en être capable;

- Pertes d'urine;
- Urine trouble, foncée, ou contenant du sang;
- Sensation de pression au bas-ventre.

Conséquences possibles sur la santé

Lorsqu'elle n'est pas traitée, la bactériurie asymptomatique peut progresser vers une pyélonéphrite aiguë. Cette progression se produirait chez 20 à 40 % des femmes enceintes non traitées, contrairement à seulement 1 à 2 % chez les femmes non enceintes non traitées (57,59). Les bactériuries asymptomatiques et les cystites non traitées sont associées à des complications maternelles et fœtales, comme (57,59) :

- La pyélonéphrite aiguë;
- Le travail prématuré;
- 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 (56) :

- S'essuyer ou se laver la région génitale de l'avant vers l'arrière;
- Uriner afin de vider sa vessie après une relation sexuelle;
- Laver la région des organes génitaux quotidiennement.

Une analyse et une culture urinaires peuvent être demandées mensuellement si les femmes enceintes ont des antécédents. Les femmes enceintes qui ont un historique d'infections urinaires (plus de trois épisodes par année) peuvent bénéficier d'un traitement **prophylactique** (préventif), tout au long de la grossesse et jusqu'à quatre à six semaines après l'accouchement (60).

Traitement

Toute infection urinaire chez une femme enceinte doit être traitée, même si elle est asymptomatique. Plusieurs antibiotiques peuvent être pris pendant la grossesse, tels que l'amoxicilline, la céphalexine ou la nitrofurantoïne (57). Le choix de l'antibiotique est fait en fonction des résultats de l'analyse et de la culture d'urine. Il est également tributaire de la gravité d'infection, c'est-à-dire du fait qu'il s'agisse d'une infection urinaire basse ou haute (PNA). À noter que la consommation de probiotiques (61) ou de canneberges, sous forme de jus ou de comprimés, ne présente aucun bénéfice de prévention ou de traitement (62).

Une culture d'urine doit être effectuée une semaine après la fin du traitement pour s'assurer de l'éradication de la bactérie. Une culture mensuelle pourrait être envisagée par la suite (57).

1.8 Infections vaginales

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

- Vulvo-vaginite à levures (aussi appelée vaginite à champignons ou à candida);

- 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 (63).

1.8.1 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 vulvo-vaginite à levures n'est pas considérée comme une infection transmise sexuellement (64).

La grossesse est un moment où les femmes sont plus colonisées par le *Candida albicans,* passant de 20 % des femmes à 30 % (65,66).

Signes cliniques

La vulvo-vaginite à levures s'observe par la présence des symptômes suivants (64) :

- Pertes vaginales blanches, en grains ou en mottes, d'aspect « fromage cottage »;
- Enflure au niveau de la vulve et du vagin;
- Sensation d'irritation, démangeaisons et/ou rougeur;
- Sensation de brûlure à la vulve en urinant ou lors des relations sexuelles.

Cette infection peut toutefois passer inaperçue chez certaines femmes, puisqu'environ 20 % des cas sont asymptomatiques (64).

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 colonisation à levure est asymptomatique, il n'est pas nécessaire de la traiter.

Des traitements topiques intravaginaux en vente libre sont disponibles, comme le clotrimazole, pour les femmes qui sont en mesure de reconnaître les signes et symptômes de cette infection et qui en sont incommodées. Ces médicaments peuvent être utilisés durant la grossesse. Dans certaines situations, des suppositoires intravaginaux (ou ovules), comme le miconazole, peuvent être suggérés pour un traitement de sept jours (64,64). Les applicateurs vaginaux ne sont en général pas contre-indiqués pendant la grossesse, à moins de condition médicale particulière (ex. : rupture prématurée des membranes). De très rares cas d'effets indésirables graves peuvent survenir au cours de certains traitements intra vaginaux (67).

Des médicaments peuvent aussi être prescrits par le médecin. Il s'agit habituellement de traitements de six ou sept jours (68). 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. L'utilisation de Fluconazole orale pendant le 1er trimestre de la grossesse a été associée à un

risque augmenté de malformations cardiaques et est donc déconseillée (69). Leur emploi est possible pendant la grossesse lors de certaines situations particulières, sous la supervision d'un professionnel de la santé (70).

1.8.2 VAGINOSE BACTÉRIENNE

Elle est causée par un débalancement de la flore vaginale qui entraîne la croissance de bactéries anaérobies (comme le *Gardnerella vaginalis*). De nombreuses femmes souffrent de ce type d'infection vaginale : sa prévalence se situe entre 6 et 32 % lors de la grossesse (71). Pour environ une femme sur deux, la vaginose bactérienne est asymptomatique (70). La vaginose bactérienne n'est pas transmise sexuellement.

Symptômes

Lorsqu'ils sont présents, les symptômes associés à la vaginose bactérienne peuvent comprendre (68,72) :

- Des pertes vaginales abondantes non inflammatoires, de couleur blanche ou grise et malodorantes (odeur de poisson);
- Des démangeaisons;
- Une sensation de brûlure;
- De la douleur lors des relations sexuelles.

Conséquences possibles sur la santé

Plusieurs études établissent un lien entre la présence d'une vaginose bactérienne et différentes conséquences sur la grossesse (71) :

- Travail et accouchement prématuré;
- Rupture prématurée des membranes;
- Avortement spontané;
- Chorioamnionite;
- **Endométrite** post-partum;
- Infections de la plaie en cas de césarienne;
- Infections post-chirurgicales;
- Syndrome inflammatoire pelvien subclinique.

Prévention

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

- Éviter les douches vaginales;
- Limiter le nombre de partenaires sexuels;
- 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 prématuré (68,70,71).

Traitement

Chez les femmes présentant des symptômes ou chez les femmes enceintes asymptomatiques, lorsqu'une vaginose bactérienne est diagnostiquée, l'administration d'un traitement pharmacologique par voie orale, comme le métronidazole ou la clindamycine, est suggérée (73). Ce traitement est prescrit par le professionnel de la santé et n'est pas en vente libre. Le traitement privilégié dure sept jours. Comme des récurrences sont observées dans jusqu'à 30 % des cas, la femme enceinte pourra être attentive à la présence de symptômes après le traitement. Puisque ce n'est pas une infection transmise sexuellement, le ou la conjoint(e) n'a pas besoin d'être traité(e).

1.8.3 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. Les hommes infectés ont tendance à présenter moins de symptômes que les femmes infectées (73).

Symptômes

De 64 à 90 % des personnes infectées sont asymptomatiques. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes associés à la trichomonase sont les suivants (68,73) :

- Pertes vaginales beiges ou jaune verdâtre, écumeuses et malodorantes;
- Picotements, brûlement;
- Troubles de la miction;
- Douleur lors des relations sexuelles;
- Saignement après une relation sexuelle (pétéchies sur la muqueuse génitale).

Conséquences possibles sur la santé

Durant la grossesse, la présence de trichomonase a été associée à un accouchement prématuré (73).

Traitement

Chez les femmes présentant des symptômes, lorsqu'il y a confirmation du diagnostic de trichomonase, la femme enceinte et son partenaire sexuel peuvent avoir recours à un traitement de métronidazole prescrit par le médecin. Le traitement du partenaire, même sans dépistage préalable, améliore le taux de guérison chez la femme enceinte (73).

Les avantages du dépistage et de la prise en charge de l'infection chez les femmes asymptomatiques qui ont des antécédents d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes ne sont pas clairement définis (73).

1.8.4 LES PROBIOTIQUES ET LES INFECTIONS VAGINALES

Le recours aux probiotiques lors de la grossesse demeure controversé (61,74). 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 (61,75).

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 (76).

1.9 Streptocoques du groupe B

Les streptocoques du groupe B (SGB) sont des bactéries qui se trouvent dans le vagin, le rectum et la vessie. Environ de 6 à 36 % des femmes enceintes présentent une colonisation vaginale-rectale (77).

Conséquences possibles sur la santé

Chez certaines femmes enceintes, les SGB peuvent causer des infections maternelles (ex. : infections urinaires) et des infections post-partum telle une infection de plaie (77,78). De plus, la colonisation des femmes par les SGB est associée à certains effets indésirables sur la grossesse tels le travail prématuré et la rupture prématurée des membranes (78).

Il est estimé qu'environ 50 % des femmes colonisées par les SGB les transmettent à leur bébé lors de l'accouchement. Bien que la très grande majorité des bébés ne soient pas affectés par ces bactéries (79), un petit nombre d'entre eux, estimé à entre 1 et 2 %, développeront une infection pouvant toucher leur sang, leur cerveau, leurs poumons et leur moelle épinière (77).

Les facteurs associés aux risques d'infection à SGB chez le nouveau-né sont les suivants (78) :

- La prématurité : le début du travail avant 37 semaines de gestation;
- La prolongation de la rupture des membranes au-delà de 18 heures;
- La présence d'une fièvre légère et inexpliquée chez la mère durant le travail;
- Un précédent enfant de la mère présentant une infection à SGB à l'accouchement;
- Chez la mère, un antécédent d'infection de la vessie ou des reins causée par une bactériurie à SGB;
- La présence d'une infection du liquide amniotique;
- Le faible statut socio-économique.

Dépistage

Les infections à SGB peuvent être dépistées lors de la grossesse et traitées afin de diminuer les risques d'infections néonatales et maternelles (77,78,80). En 2013, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) suggérait dans ses lignes directrices(78) d'offrir un dépistage de la colonisation à streptocoques du groupe B chez toutes les femmes enceintes entre la 35e et la 37e semaine de grossesse au moyen d'un prélèvement vaginal et rectal. Cette approche s'applique également aux femmes pour qui une césarienne est planifiée.

Traitement (antibioprophylaxie)

En raison de l'association forte entre la colonisation et l'infection néonatale à SGB, la SOGC a formulé des recommandations pour l'administration d'antibiotiques intraveineux au moment du début du travail ou de la rupture des membranes (78). Ces recommandations s'appliquent chez :

- toutes les femmes ayant eu un résultat positif pour le SGB dans le cadre du dépistage entre 35 et 37 semaines de gestation;
- toutes les femmes ayant déjà accouché d'un enfant qui présentait une infection à SGB;
- toutes les femmes ayant présenté une bactériurie à SGB (documentée) lors de la grossesse en cours.

Par contre, l'antibioprophylaxie administrée 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 (78). L'administration d'antibiotiques avant l'accouchement aux femmes colonisées par les SGB ou ayant des facteurs de risque n'est donc pas recommandée (81).

1.10 Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse, la santé de la femme enceinte et celle du bébé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la SOGC recommandent que l'on offre à toutes les femmes enceintes de passer des tests de dépistage pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le virus de l'hépatite B et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) lors du bilan prénatal. Dans certaines situations, les professionnels de la santé responsables du suivi de grossesse peuvent aussi recommander des tests de dépistage d'autres ITSS comme l'herpès ou le virus de l'hépatite C.

En présence de facteurs de risque d'ITSS chez la femme enceinte pendant la grossesse, il est indiqué de répéter le dépistage au besoin plus d'une fois, mais au minimum une fois vers la 28^{e} semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

Les tableaux ci-dessous présentent 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 :

- le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/
- les outils Intervention préventive relative aux ITSS : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000091/
- les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : www.inesss.qc.ca/publications/guides-dusage-optimal.html
- le dépliant Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000538/
- le feuillet Que doit savoir une femme enceinte à propos des tests de dépistage du VIH et des autres ITSS? : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000539/

1.10.1 CHLAMYDIA

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT[1]
Infection bactérienne causée par *Chlamydia trachomatis*. Elle peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations oro-génitales, vaginales ou anales avec pénétration; ▪ contact entre les organes génitaux; ▪ partage de jouets sexuels; **De la mère à l'enfant** au moment de l'accouchement, même au cours d'une césarienne.	**Femmes atteintes** ▪ La majorité des femmes sont asymptomatiques. ▪ Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent des pertes vaginales anormales, un saignement vaginal anormal, un saignement après les relations sexuelles, un malaise urinaire, du prurit, des écoulements ou des douleurs dans la région de l'anus. ▪ En l'absence de traitement, l'infection par Chlamydia trachomatis peut mener à l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), qui peut se manifester par des douleurs abdominales basses, des douleurs aux annexes ou à la mobilisation du col ou de la dyspareunie profonde. L'AIP entraîne des risques d'infertilité, de grossesse ectopique et de douleur pelvienne chronique chez la femme.	**Grossesse** ▪ Il ne semble pas y avoir d'association fiable entre les issues défavorables à la grossesse et la cervicite à Chlamydia trachomatis. **Santé du bébé** ▪ Si la mère est infectée, une transmission à l'enfant survient dans 50 % des naissances par voie vaginale. ▪ Au moins 20 % des nouveau-nés infectés développent une conjonctivite lorsqu'ils ont entre une et deux semaines. ▪ 20 % des nouveau-nés infectés développent une pneumonie avant l'âge de 6 mois.	**Personnes atteintes** ▪ Généralement, la chlamydia se guérit par la prise d'antibiotiques en comprimés par voie orale, en dose unique ou pendant 7 jours. ▪ Les partenaires sexuels d'une personne qui a la chlamydia devraient être avisés le plus rapidement possible afin de passer un test de dépistage et de recevoir un traitement épidémiologique. Une intervention précoce permet d'éviter les complications. Si les partenaires sexuels ne reçoivent pas de traitement, la personne risque d'attraper de nouveau l'infection. ▪ Chez la femme enceinte, pour s'assurer que l'infection est guérie, un test de contrôle doit être effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement (81).

1 Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents « Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS » de l'INESSS, qui se trouvent à l'adresse suivante : www.inesss.qc.ca, section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

CHLAMYDIA (suite)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
	Hommes atteints ▪ Les hommes sont souvent asymptomatiques. ▪ Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent du prurit urétral, un malaise urinaire, des écoulements anormaux par le pénis, des douleurs aux testicules ou dans la région de l'anus, des écoulements anormaux par l'anus, du prurit anal.		▪ Les personnes infectées devraient attendre d'être guéries (après traitement de plusieurs jours ou 7 jours post unidose ou arrêt des symptômes) pour avoir des relations sexuelles. Si elles ne peuvent attendre, elles devraient utiliser un condom ou un carré de latex. **Nouveau-nés** ▪ Les tests de dépistage et le traitement durant la grossesse sont les meilleurs moyens de prévenir la transmission de la mère infectée à l'enfant. ▪ L'administration d'un onguent ophtalmique est offerte à tous les bébés nés au Québec (82). La Société canadienne de pédiatrie ne recommande pas l'application systématique (83). ▪ 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 (macrolide préférable à tétracycline) (84).

1.10.2 GONORRHÉE

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
Infection bactérienne causée par *Neisseria gonorrhoeae.* Elle peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations oro-génitales, vaginales ou anales avec pénétration; ▪ contact entre les organes génitaux; ▪ partage de jouets sexuels; **De la mère à l'enfant** au moment de l'accouchement.	**Femmes atteintes** ▪ La cervicite peut être symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. ▪ Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent des pertes vaginales anormales, un saignement vaginal anormal, un saignement après les relations sexuelles, un brûlement mictionnel ou un malaise urinaire, du prurit, des écoulements ou des douleurs à l'anus, des maux de gorge. ▪ En l'absence de traitement, l'infection gonococcique peut mener à l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), qui peut se manifester par des douleurs abdominales basses, des douleurs aux annexes ou à la mobilisation du col ou de la dyspareunie profonde. L'AIP entraîne des risques d'infertilité, de grossesse ectopique et de douleur pelvienne chronique chez la femme.	▪ La gonorrhée est associée à un risque accru d'avortement spontané, de rupture prématurée des membranes et de travail prématuré. **Santé du bébé** Les principales manifestations cliniques chez le nourrisson sont : ▪ une conjonctivite grave pouvant entraîner des ulcérations de la cornée, la perforation du globe oculaire, l'atteinte visuelle permanente et la cécité (82); ▪ l'infection généralisée (sepsie).	▪ Généralement, la gonorrhée se guérit par la prise d'antibiotiques en comprimés par voie orale ou par injection intramusculaire, en dose unique ou pendant 7 jours. ▪ Les partenaires sexuels d'une personne qui a la gonorrhée devraient être avisés le plus rapidement possible afin de passer un test de dépistage et de recevoir un traitement épidémiologique. Une intervention précoce permet d'éviter les complications. Si les partenaires sexuels ne reçoivent pas de traitement, la personne risque d'attraper de nouveau l'infection. ▪ Chez la femme enceinte, pour s'assurer que l'infection est guérie, un test de contrôle doit être effectué le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement (85). ▪ Les personnes infectées devraient attendre d'être guéries (après traitement de plusieurs jours ou 7 jours post unidose ou arrêt des symptômes) pour avoir des relations sexuelles. Si elles ne peuvent attendre, elles devraient utiliser un condom ou un carré de latex.

GONORRHÉE (suite)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
	Hommes atteints ▪ L'urétrite est généralement symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. ▪ Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent des écoulements par le pénis, un brûlement mictionnel ou un malaise urinaire, des douleurs aux testicules ou dans la région de l'anus, du prurit anal, des maux de gorge.		**Nouveau-nés** ▪ Les tests de dépistage et le traitement durant la grossesse sont les meilleurs moyens de prévenir la transmission de la mère infectée à l'enfant. ▪ L'administration d'un onguent ophtalmique est offerte à tous les bébés nés au Québec (82,86). La Société canadienne de pédiatrie ne recommande pas l'application systématique (83). ▪ Généralement, on ne considère pas que les antibiotiques contre la gonorrhée soient nuisibles à l'allaitement.

1.10.3 SYPHILIS

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
Infection bactérienne causée par *Treponema pallidum*. Elle peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations oro-génitales, vaginales ou anales avec pénétration; ▪ contact entre les organes génitaux; ▪ contact direct de la peau ou des muqueuses avec les lésions cutanées ou muqueuses d'une personne infectée; ▪ partage de jouets sexuels; **Par contact avec le sang d'une personne infectée**, par exemple lorsqu'il y a partage de matériel d'injection (rare);	▪ La syphilis non traitée comporte plusieurs stades. Les stades primaires et secondaires peuvent passer inaperçus. ▪ Stade primaire (de 10 à 90 jours après le contact) : présence d'un ulcère (chancre), le plus souvent unique, non douloureux (bouche, gorge, organes génitaux, anus). Le chancre disparaît sans traitement en 3 à 6 semaines. ▪ Stade secondaire (de 4 à 10 semaines, mais parfois plusieurs mois après l'apparition du chancre) : éruption cutanée diffuse, le plus souvent d'aspect maculopapuleux, pouvant toucher la paume des mains et la plante des pieds, fièvre, syndrome d'allure grippale, adénopathies. Les lésions disparaissent habituellement, sans traitement, en 3 à 12 semaines. ▪ Stade de latence précoce ou tardive : période asymptomatique.	**Grossesse** ▪ Pendant la grossesse, la syphilis infectieuse (stade primaire, secondaire ou latent précoce) peut entraîner une mortinaissance (environ 40 % des grossesses chez les femmes atteintes de syphilis en phase infectieuse) ou un accouchement prématuré. **Santé du bébé** ▪ Le risque de transmission de l'infection au fœtus durant la grossesse, pour les femmes non traitées, va de 70 à 100 % dans le cas de syphilis primaire ou secondaire. Il est de 40 % en présence d'une syphilis latente précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive. ▪ Les nouveau-nés sont souvent asymptomatiques.	**Personnes atteintes** ▪ Généralement, la syphilis se guérit par la prise d'antibiotiques par injection intramusculaire. Le traitement est gratuit. Les femmes enceintes qui ont la syphilis devraient être orientées vers un professionnel de la santé expérimenté (87). ▪ Les partenaires sexuels d'une personne qui a la syphilis devraient être avisés le plus rapidement possible afin de passer un test de dépistage et, dans certains cas, de recevoir un traitement épidémiologique. Une intervention précoce permet d'éviter les complications. Si les partenaires sexuels ne reçoivent pas de traitement, la personne risque d'attraper de nouveau l'infection. ▪ Les femmes qui sont traitées pour la syphilis pendant la grossesse auront un suivi médical régulier afin d'effectuer des analyses sérologiques et d'autres tests de suivi (64).

SYPHILLIS (suite)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.	▪ Stade tertiaire (en moyenne de 5 à 30 ans après l'acquisition de l'infection) : lésions cutanées et ostéo-articulaires, complications neurologiques ou cardiaques sérieuses. Les complications associées au stade tertiaire peuvent être irréversibles, malgré le traitement entrepris.	▪ Lorsque les nouveau-nés ont des symptômes, il peut s'agir, entre autres, de reniflements, d'éruptions cutanées, de lésions mucocutanées, de pneumonie, d'hépatosplénomégalie, d'adénopathies, d'anémie hémolytique, de thrombocytopénie ou d'ostéochondrite.	▪ Les personnes qui ont l'infection devraient attendre d'être guéries (après traitement de plusieurs jours ou 7 jours post unidose ou arrêt des symptômes) pour avoir des relations sexuelles. Si elles ne peuvent attendre, elles devraient utiliser un condom ou un carré de latex. **Nouveau-nés** ▪ Les tests de dépistage et le traitement durant la grossesse sont les meilleurs moyens de prévenir la transmission de la mère infectée à l'enfant. ▪ La syphilis peut causer des anomalies congénitales qui ne disparaîtront pas après le traitement si celui-ci est administré en postnatal. ▪ Chez les mères qui allaitent, la présence de lésions syphilitiques primaires ou secondaires sur les seins s'accompagne d'un risque théorique de transmission de la syphilis au nourrisson.

1.10.4 HÉPATITE B

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
Infection du foie causée par le virus de l'hépatite B. Elle peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations vaginales ou anales avec pénétration; ▪ partage de jouets sexuels; **Par contact avec le sang d'une personne infectée**, par exemple lorsqu'il y a partage de matériel d'injection; **De la mère à l'enfant** pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.	▪ L'infection peut être aiguë ou chronique. L'infection aiguë se guérit d'elle-même dans un délai de 6 mois. ▪ Environ 50 à 80 % des adultes qui ont une infection aiguë ne présentent pas de symptômes. ▪ Lorsqu'ils sont présents, les symptômes de l'infection aiguë peuvent inclure : fatigue, fièvre légère, douleurs abdominales, perte d'appétit, nausées, vomissements, jaunisse, arthralgies. ▪ Moins de 5 % des personnes infectées à l'âge adulte développent une infection chronique. ▪ Lorsqu'il est présent, le symptôme de l'infection chronique le plus fréquent est la fatigue. En l'absence de traitements, les porteurs chroniques peuvent développer une cirrhose ou un cancer du foie.	**Grossesse** ▪ Il n'y a pas d'association entre les issues défavorables à la grossesse et l'hépatite B (88). **Santé du bébé** ▪ Les symptômes d'une infection aiguë sont rares chez les nourrissons et les enfants. ▪ 90 % des nourrissons infectés développeront une infection chronique.	**Personnes atteintes** ▪ Il est recommandé aux femmes qui ont l'hépatite B ou dont le partenaire a l'hépatite B qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes d'en informer leur médecin, leur sage-femme ou leur infirmière praticienne spécialisée. ▪ Une femme enceinte qui est exposée à l'hépatite B ou qui risque de contracter l'infection peut recevoir les immunoglobulines contre l'hépatite B ou le vaccin pendant sa grossesse ▪ Si nécessaire, un traitement de soutien peut soulager les symptômes de l'infection aiguë. Il existe des traitements qui peuvent limiter les complications. ▪ Les partenaires sexuels et les contacts domiciliaires d'une personne qui a l'hépatite B devraient être avisés le plus rapidement possible afin d'être évalués, de passer un test de dépistage et de recevoir le vaccin, avec ou sans immunoglobulines, afin d'éviter les complications.

HÉPATITE B (suite)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
			Nouveau-nés ▪ La vaccination des femmes, avant la grossesse, est le meilleur moyen de prévenir la transmission de l'infection. ▪ Les tests de dépistage et le suivi médical durant la grossesse permettront de déterminer s'il est nécessaire d'administrer le vaccin et les immunoglobulines dès la naissance pour prévenir la transmission de la mère infectée à l'enfant. ▪ 95 % des cas de transmission de la mère à l'enfant peuvent être prévenus par l'administration au nouveau-né d'immunoglobulines contre l'hépatite B et de 3 doses du vaccin contre l'hépatite B dans les 6 mois suivant la naissance (64). ▪ Idéalement, les immunoglobulines devraient être administrées dans un délai de 12 heures après la naissance, et le vaccin devrait être administré dès la naissance, sinon dans les 7 jours (11). ▪ Il n'y a pas de contre-indication à l'allaitement (88).

1.10.5 VIH (Virus de l'Immunodéficience humaine)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
Infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elle peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations vaginales ou anales avec pénétration ou (rarement) relations oro-génitales; **Par contact avec le sang d'une personne infectée :** ▪ par exemple lorsqu'il y a partage de matériel d'injection; **De la mère à l'enfant** : ▪ pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement; ▪ de la mère à l'enfant lors de l'allaitement.	▪ Certaines personnes infectées n'ont pas de symptômes pendant plusieurs années. ▪ Les symptômes de la primo-infection apparaissent de 2 à 4 semaines après l'infection par le virus. Ils disparaissent généralement au bout de 1 à 3 semaines. ▪ Les symptômes de la primo-infection ressemblent à ceux de la grippe ou de la mononucléose. Ils incluent : perte de poids, ganglions enflés au cou, aux aisselles et à l'aine, diarrhée, maux de gorge, fièvre et toux persistante. Souvent, ces symptômes non spécifiques ne sont pas associés à la possibilité d'une infection par le VIH. ▪ Lorsque les symptômes de la primo-infection disparaissent, l'infection devient asymptomatique et peut le demeurer pendant plusieurs années. Toutefois, le virus est toujours présent; il peut être transmis et entraîner des complications.	**Grossesse** ▪ Si non traitée, l'infection par le VIH est associée à plus de complications périnatales (fausse-couche, perte fœtale, accouchement prématuré, chorioamnionite) (89). ▪ En cas de traitement, il reste un surrisque d'accouchement prématuré chez les femmes vivant avec le VIH. Ce surrisque est en particulier plus prononcé chez les femmes traitées par inhibiteur des protéases, sans que l'explication physiopathologique soit encore comprise (89). **Santé du bébé** ▪ Sans traitement, le taux de transmission de la mère à l'enfant se situe autour de 30 % (90). ▪ Les résultats des études sur l'exposition au traitement ne sont pas clairs.	**Personnes atteintes** ▪ Il est recommandé aux femmes vivant avec le VIH ou dont le partenaire vit avec le VIH qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes d'en informer leur médecin, leur sage-femme ou leur infirmière praticienne spécialisée. ▪ Il n'existe pas de traitement pour guérir l'infection. Une combinaison de médicaments antirétroviraux permet d'inhiber la réplication virale à des niveaux indétectables, de ralentir de façon importante la progression de l'infection et de reconstituer le système immunitaire. Ce traitement diminue de façon importante le risque de voir l'infection évoluer vers le sida. ▪ Les partenaires sexuels de la femme enceinte qui a le VIH devraient être avisés le plus rapidement possible afin de passer un test de dépistage, d'être évalués et de recevoir un suivi approprié, dans le but d'éviter les complications. ▪ La prophylaxie préexposition pourrait être envisagée, après discussion des bénéfices et des risques, si le partenaire de la femme qui souhaite devenir enceinte ou qui est enceinte vit avec le VIH et présente un risque de transmettre l'infection (91).

VIH (VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE) (suite)

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
	▪ Après quelques années sans traitement ni suivi médical, le VIH finit par affaiblir le système immunitaire. Cela peut entraîner des manifestations plus graves comme certains types de cancers, des infections aux poumons, aux yeux ou au cerveau, de même qu'une évolution vers le sida.	▪ Il est recommandé de suivre ces enfants et de bien documenter dans leur dossier médical leur exposition au traitement antirétroviral (89).	**Nouveau-nés** ▪ Plusieurs mesures contribuent à prévenir la transmission de la mère à l'enfant : les tests de dépistage, la prise d'antirétroviraux et un suivi médical durant la grossesse, l'administration d'un traitement intraveineux durant le travail et l'accouchement, de même que l'administration d'un traitement antirétroviral au nouveau-né pendant 6 semaines (90). ▪ Une césarienne élective peut être recommandée dans certains cas (92). ▪ Lorsque le traitement de la mère (pendant la grossesse, le travail et l'accouchement) et du nouveau-né (pendant quelques semaines) est optimal, le taux de transmission de la mère à l'enfant est inférieur à 0,2 % (89). ▪ Il est recommandé aux femmes vivant avec le VIH d'éviter l'allaitement.

1.10.6 HERPÈS

DESCRIPTION	SYMPTÔMES	CONSÉQUENCES POSSIBLES SUR LA GROSSESSE ET LA SANTÉ DU BÉBÉ	PRÉVENTION ET TRAITEMENT
Infection causée par le virus *herpès simplex* de type 1 (VHS-1) ou de type 2 (VHS-2). Le VHS-1 est la cause de l'herpès labial (feu sauvage). Il peut aussi se transmettre aux organes génitaux. Le VHS-2 touche principalement les organes génitaux; il se transmet plus rarement à la bouche. L'herpès génital peut se transmettre : **Par voie sexuelle lors de :** ▪ relations oro-génitales, vaginales ou anales avec pénétration; ▪ contact entre les organes génitaux; ▪ partage de jouets sexuels; **Par contact** : ▪ avec les lésions ou, pendant les périodes d'excrétion virale asymptomatique, avec la peau ou les muqueuses de la région infectée; **De la mère à l'enfant :** ▪ pendant la grossesse (transplacentaire) ou au moment de l'accouchement.	La plupart des personnes ne présentent pas de signes ni de symptômes caractéristiques. Par conséquent, une majorité de personnes ignorent qu'elles sont infectées par le VHS. Lorsqu'il y a des symptômes, ce sont généralement les suivants : **Lors de l'épisode initial :** ▪ Lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base **érythémateuse**, bilatérales et assez diffuses situées sur les organes génitaux, autour de l'anus et sur les cuisses; ▪ Fièvre, myalgie, maux de tête; **Lors des épisodes récurrents :** ▪ Démangeaisons, sensation de brûlure ou de picotements, douleurs musculaires et maux de tête avant l'apparition des lésions (prodrome); ▪ Lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base érythémateuse situées sur les organes génitaux, l'anus et les cuisses. Entre les épisodes d'herpès, une personne infectée peut transmettre le virus même si elle n'a aucun symptôme (période d'excrétion virale asymptomatique).	**Grossesse** ▪ Il semble exister une association entre l'infection herpétique non traitée et l'accouchement prématuré. Cette association peut disparaître si l'infection est traitée. Les fœtopathies herpétiques sont très rares (93). **Santé du bébé** ▪ La transmission de la mère infectée à son enfant est plus fréquente lorsque la mère contracte l'infection pendant sa grossesse que si elle l'a contractée avant. ▪ L'infection chez le nouveau-né est associée à un taux variable, mais significatif de **morbidité** et de mortalité. La morbidité est principalement neurologique (retard mental, cécité, épilepsie, atteinte neuromotrice) (93). Les manifestations peuvent aller de lésions à la peau, à la bouche ou aux yeux à des atteintes disséminées, comme la pneumonie ou les dommages au cerveau.	**Personnes atteintes** ▪ Il est recommandé aux femmes qui vivent avec l'herpès génital ou dont le partenaire vit avec l'herpès génital qui planifient une grossesse ou qui sont enceintes d'en informer leur médecin, leur sage-femme ou leur infirmière praticienne spécialisée. ▪ Il n'existe pas de traitement pour guérir l'infection. Certains médicaments permettent de soulager les symptômes, de réduire la fréquence et la durée des épisodes et de diminuer le risque de transmission de l'infection. ▪ Pour les femmes enceintes qui présentent des infections récurrentes, un traitement suppressif pourrait être envisagé à partir de la 36e semaine pour réduire le risque de lésions et la transmission virale au moment de l'accouchement (64,94). Si des lésions génitales sont présentes au début du travail, une césarienne peut être envisagée. ▪ Les partenaires sexuels d'une personne qui a l'herpès génital devraient être avisés qu'elle a l'infection et qu'il est possible de transmettre le virus même sans présence de symptômes.

Section 4 : Prévention et traitement des malaises mineurs

La femme enceinte peut être incommodée par différents malaises qui entraînent rarement des complications (95). Plusieurs moyens pour aider à prévenir, réduire ou traiter certains de ces malaises sont proposés dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, dans la section « Malaises de grossesse ». L'information qui suit peut être transmise en individuel à la femme enceinte qui en exprime le besoin.

1.11 Nausées et vomissements

Les nausées et les vomissements sont parmi les malaises de grossesse les plus fréquemment rapportés (96,97). Jusqu'à 74 % des femmes enceintes font l'expérience de nausées et/ou de vomissements, et 50 % ont des vomissements (98). De façon générale, les nausées et les vomissements débutent entre la 4e et la 9e semaine de grossesse et sont rarement observés après la 22e semaine (96).

Les causes exactes des nausées durant la grossesse ne sont pas bien connues, mais l'augmentation des taux d'hormones et le ralentissement de la vidange gastrique seraient possiblement impliqués (99).

Un petit nombre de femmes (entre 0,5 et 2 %) souffrent d'une forme plus sévère et persistante de ces symptômes, nommée **hyperémèse gravidique** (96). Cette affection nécessite souvent une hospitalisation, car elle est associée à des vomissements persistants quotidiens, à une perte de poids supérieure à 5 % par rapport au poids avant la grossesse (poids prégravide), à une déshydratation sévère et à un **déséquilibre électrolytique** (100).

1.11.1 Prévention

Certaines femmes enceintes seraient plus sévèrement incommodées par le fer contenu dans les multivitamines. Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), les femmes souffrant de nausées et de vomissements de la grossesse (NVG) peuvent cesser de prendre leurs vitamines prénatales contenant du fer au premier trimestre et les remplacer par de l'acide folique seul (101).

La prise de doxylamine et de pyridoxine (Diclectin) à titre préventif au début de la grossesse peut être efficace chez les femmes à risque élevé de NVG (101).

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

1.11.2 Traitement

Différents moyens peuvent être utilisés pour réduire les NVG 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 (99,101).

Dans un premier temps, la femme enceinte peut modifier ses habitudes alimentaires et de vie. Elle peut manger tout ce qui lui plaît et qui est sécuritaire pendant la grossesse. (96,99–102). Voici ce qu'elle peut faire :

- Manger un peu avant de se lever le matin : biscottes, craquelins, pain grillé;

- Se lever lentement de son lit ou de sa chaise et éviter les changements brusques de position;
- Se reposer (ex. : faire des siestes, écourter les journées de travail);
- Éviter certains stimuli dans l'environnement (ex. : odeurs fortes, chaleur, humidité, bruits, etc.);
- Éviter de rester longtemps sans manger et tenter de manger avant d'avoir faim, ou aussitôt que la faim se fait sentir, pour éviter d'avoir l'estomac vide;
- Manger plus souvent et en plus petites quantité, par exemple en prenant de petits repas légers toutes les deux ou trois heures, et en évitant de sauter des repas;
- Boire entre les repas plutôt qu'en mangeant;
- Manger une collation riche en protéines avant de se mettre au lit (ex. : noix, yogourt, fromage);
- Manger des aliments qu'elle tolère et dont elle a envie;
- Éviter les aliments ayant une odeur forte ou dont la texture est incommodante;
- Privilégier des aliments froids et/ou sous forme liquide et des boissons froides, acides (ex. : limonade) ou aromatiques.

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. Voici les traitements pouvant réduire les NVG (101) :

- L'efficacité du gingembre est démontrée. Le gingembre de qualité pharmaceutique a une composition plus fiable. La posologie recommandée est de 250 mg par voie orale, quatre fois par jour;
- L'acupuncture et l'acupression sont efficaces pour réduire les nausées et les vomissements, mais les données sont insuffisantes chez les femmes enceintes. L'acupression peut s'autoadministrer sans frais, semble sécuritaire et peut diminuer les NVG. Il existe sur le marché des bracelets anti-nausées qui, en exerçant une pression sur un point spécifique du poignet, soulageraient les nausées. Ce point, qui est situé sur la face interne de l'avant-bras, à une distance de trois doigts du poignet, correspond au point d'acupuncture P6. Les bracelets sont disponibles en pharmacie. Il est aussi possible de masser légèrement le point P6 du bout du doigt;
- La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience peut être efficace (ex. : amélioration de la gestion du stress, réduction de l'anxiété) comme complément à la pyridoxine.

Un traitement pharmacologique est souvent nécessaire. Plusieurs médicaments antiémétiques sont efficaces et sécuritaires pendant la grossesse (96,101) :

- La pyridoxine (vitamine B_6, 200 mg et moins par jour) ou le Diclectin^{md} (combinaison de pyridoxine et de doxylamine, quatre comprimés par jour) devrait constituer le traitement de référence puisque leur efficacité et leur innocuité sont le plus amplement démontrées.
- Les antagonistes des récepteurs H1 (ex. : Gravol^{md}) peuvent être envisagés pour le traitement des épisodes aigus ou chroniques de nausées et de vomissements.

D'autres options thérapeutiques sont disponibles et devraient, comme les options précédentes, être discutées avec le professionnel de santé. À noter que des effets indésirables sont possibles (ex. : somnolence, sécheresse de la bouche) (96).

La SOGC précise aussi d'autres options de traitement dans sa directive clinique sur la prise en charge des nausées et des vomissements de la grossesse (101). Le médecin doit être consulté par les femmes ne répondant pas aux moyens non pharmaceutiques pour soulager les NVG ni à la médication de première intention que constitue le Diclectin.

1.11.3 Diriger vers des ressources

Si la femme enceinte ne parvient pas à s'alimenter et à s'hydrater convenablement, il est conseillé qu'elle voit rapidement un professionnel de la santé, car la déshydratation peut nécessiter une hospitalisation (96).

Il est indiqué de diriger les femmes enceintes qui présentent des nausées et des vomissements plus persistants et sévères vers des ressources spécialisées (ex. : obstétricien, diététiste-nutritionniste), qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Les signes suivants sont à surveiller (100) :

- Symptômes de déshydratation (ex. : bouche sèche, émission non fréquente d'urine, urine de couleur foncée);
- Vomissements répétitifs 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.

1.12 Constipation et hémorroïdes

1.12.1 Constipation

La constipation est un malaise courant durant la grossesse, au cours de laquelle 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 trimestres (103,104). L'augmentation de la concentration de progestérone vers la fin de la grossesse joue un rôle dans la réduction de l'activité des muscles gastro-intestinaux (97). 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 peuvent être liées à la constipation (103,105).

Les critères suivants sont associés à la constipation (106) :

- Consistance anormale des selles (selles trop dures);
- Diminution de la quantité de selles émises ou de la fréquence de la vidange intestinal (moins de trois fois par semaine);
- Difficulté d'expulsion des selles;
- Sensation d'obstruction au niveau de l'anus;
- Sensation de vidange incomplète après le passage de selles;
- Manœuvre manuelle nécessaire pour faciliter le passage de selles.

Traitement

Les mesures non pharmacologiques sont à privilégier, tant pour la constipation que pour les hémorroïdes (103,105). Il est possible de modifier certaines habitudes alimentaires et de vie :

- Augmenter l'apport en fibres à environ 25 à 30 grammes par jour, en consommant notamment des aliments à grains entiers, des légumes et des fruits (frais, séchés, congelés ou en conserve), , des noix, des graines et des légumineuses (103,105). L'augmentation rapide de l'apport en fibres ou la consommation d'une très grande quantité de fibres peuvent causer des ballonnements et des flatulences. Ces effets peuvent être minimisés en commençant par de petites quantités et en augmentant graduellement jusqu'à ce que l'efficacité du traitement soit observée ou en fonction de la tolérance de la personne (106,108);
- Augmenter la consommation d'eau pour atteindre un minimum de 6 à 8 verres par jour (de 1,5 à 2 litres) (103,105);
- Pratiquer une activité physique régulière de façon légère à modérée, comme la marche ou la natation (103,105).

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** (109), puisque nuire à ce mouvement 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 (105);
- Au moment de la défécation, il faut éviter de forcer en retenant son souffle (109), 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 (105);
- Un massage abdominal peut aider, dans le sens des aiguilles d'une montre (pour suivre le côlon (105).

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[md], Prodiem[md] et les céréales All-Bran[md] Bran Buds[md] de Kellogg's.

Dans certaines situations, l'utilisation de laxatifs est nécessaire. Les laxatifs émollients, comme le docusate sodique (Colace[md], Soflax[md]), peuvent aussi être utilisés (103,105,109,110). 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. Le Lactulose[md], laxatif osmotique, peut aussi être utilisé pendant la grossesse. Chez les femmes qui présentent de la constipation chronique, les laxatifs osmotiques comme le polyéthylène glycol 3350 (Lax-A-Day[md]) sont le traitement de choix. De plus, les laxatifs dits stimulants, comme le Senokot[md] et le Dulcolax[md], peuvent être prescrits pour une courte utilisation si les autres traitements de première ligne se sont avérés inefficaces.

L'utilisation d'huile végétale 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 (103).

1.12.2 Hémorroïdes

Les hémorroïdes internes ou externes sont des varices qui se forment dans la paroi du rectum et de l'anus (105). Elles peuvent être secondaires à la constipation, à la pression accrue sur les veines rectales lors de la grossesse ou à l'action de certaines hormones sur le système gastro-intestinal (104).

Les hémorroïdes ne présentent pas de conséquences nuisibles à la santé de la femme enceinte ou à celle de son bébé à naître. Les symptômes incluent (107) :

- des démangeaisons, un inconfort ou une sensation d'irritation 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 (105), 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 (103). Bien qu'elles régressent habituellement après l'accouchement, les hémorroïdes demeurent présentes chez 15 à 24 % des nouvelles mères (105).

Traitement

Pour traiter les hémorroïdes, les mesures suivantes sont utiles (103) :

- Si les hémorroïdes sont secondaires à la constipation, appliquer également les recommandations pour le traitement de la constipation;
- 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 10 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, démangeaisons, inconfort et irritation).

L'intervention chirurgicale n'est pas recommandée comme traitement des hémorroïdes puisqu'elle peut être associée à un risque de travail prématuré (111).

1.12.3 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 (ex. : diététiste-nutritionniste), qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Les signes suivants sont à surveiller (106,107) :

- La constipation dure plus de trois semaines;
- Du sang en quantité importante est présent lors de la défécation;
- La constipation est accompagnée de fièvre, de faiblesse ou d'une perte de poids;

- Une douleur sévère est associée à la présence des hémorroïdes.

1.13 Reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien, communément appelé brûlures d'estomac, survient lorsque le contenu de l'estomac remonte dans l'œsophage et parfois jusque 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 supérieur et le goût acide dans la gorge(112).

Lors de la grossesse, la cause du reflux gastro-œsophagien est probablement multiple et implique des facteurs hormonaux et mécaniques, dont la diminution du tonus du sphincter œsophagien inférieur et la réduction de l'activité des muscles gastro-intestinaux en lien avec l'augmentation du niveau de progestérone ainsi que l'expansion de l'utérus (qui accentue la pression dans l'abdomen) (113).

Le reflux gastro-œsophagien touche environ de 30 à 80 % des femmes enceintes, soit environ 22 % au premier trimestre, 39 % au deuxième et 73 % au troisième (113,114). 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(113). Les symptômes se résorbent habituellement après l'accouchement.

1.13.1 Symptômes

Les symptômes apparaissent souvent après les repas (112–114) :

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

1.13.2 Traitement

Pour soulager les symptômes, les modifications dans les habitudes alimentaires ou de vie sont souvent privilégiées(112,113) :

- 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);
- Éviter de manger ou de boire au moins trois heures avant le coucher;
- Manger en position assise et éviter de s'allonger après avoir mangé;
- Prendre des repas légers et fréquents (toutes les deux ou trois heures, par exemple);
- Boire entre les repas;
- 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;
- Si ces aliments causent des inconforts, éviter les agrumes, les tomates et les épices;

- 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 chez la population adulte(115). 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(112).

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

- Les **antiacides** (ex. : Rolaids[md], Tums[md], Maalox[md], Gaviscon[md]) permettent de soulager les symptômes en neutralisant l'acidité gastrique pendant une courte période. Leur efficacité est donc temporaire(113). Ils sont en vente libre;
- Les **antagonistes des récepteurs H2** diminuent la production d'acide par l'estomac. La ranitidine (Zantac[md]) est un type de médicament antagoniste dont l'efficacité pendant la grossesse a été établie (113,114);
- 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 (Losec[md]) est l'IPP privilégié durant la grossesse(113).

1.13.3 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(112) :

- Des reflux non contrôlés malgré un traitement pharmacologique adéquat;
- Une difficulté à avaler ou des douleurs lors de la déglutition;
- Une perte de poids inexpliquée;
- Des douleurs à la poitrine;
- La présence de sang dans les vomissements ou dans les selles (selles de couleur foncée).

1.14 Crampes dans les jambes

Les crampes dans les jambes constituent un malaise courant durant la grossesse. Environ de 30 à 50 % des femmes enceintes en souffriraient(116). 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 du troisième trimestre(116,117).

Leurs causes exactes ne sont pas connues. Les crampes aux jambes sont possiblement associées à un déséquilibre métabolique pendant la grossesse, à l'inactivité ou à l'excès d'exercices, à un débalancement des électrolytes (magnésium, calcium et sodium) ou à une déficience en vitamines E et D (116).

1.14.1 PRÉVENTION ET TRAITEMENT

Pour aider à prévenir les crampes dans les jambes pendant la grossesse, les mesures suivantes peuvent être utilisées(117) :

- Étirer les muscles du mollet avant d'aller au lit;
- Pratiquer une activité physique;
- Bien s'hydrater.

Les suppléments de magnésium, calcium, vitamine B ou C ne sont pas recommandés car leur efficacité et leur sécurité n'ont pas été démontrées (116). Toutefois, les multivitamines prénatales contribuent à l'apport recommandé en vitamines et minéraux.

Lorsqu'une crampe se présente, les mesures suivantes peuvent aider(117) :

- Étirer les muscles douloureux;
- Se lever du lit, marcher ou secouer les jambes;
- Prendre une douche ou un bain chaud;
- Masser les muscles douloureux avec de la glace.

1.15 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) (118). Aucune donnée ne permet de statuer sur le nombre d'heures de sommeil requis durant la grossesse(119).

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(119). Cependant, le sommeil peut être perturbé par l'envie d'uriner plus fréquente, la sensibilité des seins et les nausées matinales(120);
- 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(120);
- Au **troisième trimestre**, la difficulté de trouver une position confortable pour dormir, un mal de dos, des brûlures d'estomac, des crampes aux jambes, des ronflements, l'envie plus fréquente d'uriner, des états d'éveil plus longs et l'anxiété par rapport à l'accouchement peuvent nuire à la qualité du sommeil(120). C'est durant ce trimestre que certaines femmes enceintes rapportent le plus grand manque de sommeil(119) ou un sommeil de moindre qualité(121).

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(119). Des facteurs psychosociaux peuvent également nuire à la qualité du sommeil (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.).

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.

1.15.1 Symptômes de l'insomnie

Un des troubles de sommeil les plus courants est l'insomnie. Les symptômes sont les suivants(122) :

- Difficulté à s'endormir;
- Réveils fréquents durant la nuit;
- Réveil précoce;
- Sommeil de qualité variable (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.

1.15.2 Pour faciliter le sommeil

Certains moyens peuvent être utilisés pour favoriser une bonne hygiène de sommeil(122,123) :

- Dormir le temps nécessaire pour se sentir reposée;
- 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;
- Manger à des heures fixes, éviter les soupers tardifs et copieux;
- Éviter de consommer des stimulants (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 (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 (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. Faire des activités calmes en soirée (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 qui dépassent 20 à 30 minutes ou qui ont lieu vers la fin de la journée;
- Éviter l'utilisation des écrans avant de se coucher;

Si le sommeil ne vient pas au bout de 20 minutes, se lever, changer de pièce et retourner au lit seulement lorsque le besoin de sommeil se fera sentir de nouveau(124).

1.15.3 Traitement des troubles du sommeil

Les **thérapies cognitivo-comportementales** sont considérées comme efficaces pour traiter ou réduire les troubles du sommeil chez la population adulte(125). Ce type de psychothérapie a pour objectif de modifier les pensées ainsi que les comportements qui contribuent aux difficultés de sommeil chez la personne(125).

Si les troubles de sommeil persistent et nuisent aux activités quotidiennes et à la qualité de vie, des traitements pharmacologiques en vente libre existent. Quel que soit le produit désiré, il ne devrait être utilisé que sur ordonnance d'un professionnel de la santé ou sur le conseil du pharmacien. L'automédication est à éviter.

- Des somnifères peuvent être prescrits par le professionnel de la santé pour aider à récupérer. Bien que plusieurs molécules soient assez sécuritaires pour être administrées lors de la grossesse, des contre-indications et des effets secondaires peuvent y être associés. Une évaluation est recommandée afin de faire le meilleur choix pour la patiente. Les antihistaminiques demeurent toutefois l'option de premier recours(126);
- Des produits pouvant favoriser le sommeil sont en vente libre (ex. : Nytol[md], Dormex[md], Benadryl[md], Gravol[md]). 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 durant la grossesse, mais il faut discuter de ces produits avec un professionnel de la santé, qui doit superviser leur utilisation.

Il existe également des produits de santé naturels (p. ex. : valériane) qui ont des propriétés sédatives, ainsi que différentes approches comme l'acupuncture, mais la prudence s'impose quant à leur utilisation chez les femmes enceintes (127–131). Par exemple, selon les données disponibles actuellement, il demeure préférable d'éviter la mélatonine pendant la grossesse(132).

2 Pour accompagner les parents

Voici quelques questions qui peuvent vous permettre d'accompagner les futurs parents dans leur préparation. Les questions sont formulées simplement afin d'explorer avec les futures mères et les futurs pères, leurs connaissances et leurs préoccupations dans le contexte d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Elles sont suivies de quelques pistes de réponses pour compléter l'information dont ils ont besoin. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Que savez-vous sur l'information que l'échographie permet de connaître?

L'échographie est une technique qui permet de visualiser certains organes. Elle fait partie des examens de dépistage recommandés lors d'un suivi de grossesse et permet de rendre compte de son déroulement.

Qu'aimeriez-vous savoir sur les tests de dépistage au début de la grossesse?

Le test de dépistage de la trisomie 21 se fait par une analyse du sang de la mère, avec ou sans échographie. Il permet d'évaluer si la probabilité (le risque) que le bébé soit atteint de la trisomie 21 est faible ou élevée. Ce test est sans danger pour le fœtus. Lors de l'échographie, il est possible de mesurer la clarté nucale qui peut être intégrée dans certains tests de dépistage de la trisomie 21.

Vous trouverez plus d'information à ce sujet dans la rubrique « Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 » du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* et sur le site du ministère de la santé et des Services sociaux : https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-de-tests-de-porteur/programme-quebecois-de-depistage-prenatal/

Quelle information pourrait vous être utile sur la vaccination pendant la grossesse?

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.

Varicelle : La vaccination contre la varicelle n'est pas recommandée pendant la grossesse. Il est recommandé aux femmes enceintes considérées comme non protégées et qui ont été en contact direct ou significatif avec un cas de varicelle de consulter dans les 24 heures un professionnel de la santé.

Rubéole : 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, en vue d'une grossesse ultérieure.

Cocheluche : La vaccination est recommandée à toutes les femmes enceintes entre la 21e semaine et la 32e semaine de grossesse.

Grippe : Au Québec, la vaccination contre la grippe est offerte gratuitement à toutes les femmes enceintes au deuxième et au troisième trimestre de grossesse (parce que le risque de complications augmente au deuxième trimestre et surtout au troisième trimestre de la grossesse), ainsi qu'au premier trimestre chez les femmes enceintes présentant une condition médicale qui augmenterait le risque de complications de la grippe.

Hépatite B : Le vaccin contre l'hépatite B est un vaccin inactivé qui peut être administré pendant la grossesse. La SOGC recommande la vaccination seulement pour les femmes enceintes à risque accru.

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.

Quelle information pourrait vous être utile sur la vaccination pendant l'allaitement?

Il n'y a pas de contre-indication à la vaccination durant l'allaitement, autant pour les vaccins inactivés que pour les vaccins vivants, à l'exception du vaccin contre la fièvre jaune

Qu'aimeriez-vous savoir sur les principales infections pendant la grossesse?

- En tout temps, la femme enceinte doit consulter un professionnel de la santé si elle fait de la fièvre.
- Lorsqu'une situation particulière nécessite la prise d'un médicament (surtout un anti-inflammatoire) chez une femme enceinte, il convient qu'elle en discute avec un professionnel de la santé.

Rhume : 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 nasales salines sont de bons choix.

Grippe : En cas de grippe (influenza), le traitement antiviral (p. ex. : oseltamivir) pris dans les 48 heures suivant le début des symptômes montre une réduction des complications chez les femmes enceintes.

Infections d'origine alimentaire : Pour la prévention des infections d'origine alimentaire (ex. : listériose, toxoplasmose), suivre les recommandations précisées dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant* à la page 104.

Infection urinaire : Une infection urinaire peut survenir pendant la grossesse. Il est conseillé de la traiter. Les médicaments antibiotiques peuvent être pris pendant la grossesse.

Infection vaginale : Il existe différents types d'infections vaginales. Si la femme enceinte est incommodée, il lui est conseillé de consulter un professionnel de la santé avant de traiter l'infection, pour en déceler la cause. Des médicaments permettent de traiter ces infections adéquatement pendant la grossesse.

Infections à streptocoques du groupe B : Concernant les infections à streptocoques du groupe B, en raison de l'association forte entre la colonisation et l'infection néonatale à SGB, la SOGC a

formulé des recommandations pour l'administration d'antibiotiques intraveineux au moment du début du travail ou de la rupture des membranes (78). Ces recommandations s'appliquent chez :

- toutes les femmes ayant eu un résultat positif pour le SGB dans le cadre du dépistage entre 35 et 37 semaines de gestation;
- toutes les femmes ayant déjà accouché d'un enfant qui présentait une infection à SGB;
- toutes les femmes ayant présenté une bactériurie à SGB (documentée) lors de la grossesse en cours.

Par contre, l'administration d'antibiotiques avant l'accouchement aux femmes colonisées par les SGB ou ayant des facteurs de risque n'est pas recommandée (78).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : Les ITSS présentent des risques pour la santé du bébé à naître. Si la femme enceinte a des doutes, il lui est conseillé de le signaler à un professionnel de la santé. Des tests de dépistage peuvent être faits en tout temps et répétés au besoin.

Qu'aimeriez-vous savoir sur les nausées, les vomissements et les autres malaises liés à la grossesse?

Quelques malaises peuvent se présenter pendant la grossesse (ex. : hémorroïdes, troubles du sommeil, constipation, crampes dans les jambes). Bien qu'ils ne présentent généralement pas de risque pour la santé de la femme enceinte ou celle du bébé, ces malaises peuvent être incommodants. Il existe différentes façons de les soulager en changeant certaines habitudes de vie.

La femme enceinte est encouragée à aller chercher un soutien individuel auprès d'un professionnel de la santé pour explorer les possibilités de soulagement des malaises liés à la grossesse.

La prise de doxylamine et de pyridoxine à titre préventif au début de la grossesse peut être efficace chez les femmes à risque élevé de nausées et de vomissements de la grossesse. D'autres options de traitement sont aussi disponibles pour diminuer les nausées et vomissements de la grossesse. Il est conseillé à la femme enceinte d'en parler à son professionnel de la santé.

3 Ressources et liens utiles

En raison de leur pertinence, 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. 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

Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)
Le CIQ publie et met à jour le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)
La SOGC a publié en 2008 une directive sur l'immunisation pendant la grossesse.
www.jogc.com/article/S1701-2163(18)30010-0/abstract

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 www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe

4 Lexique

Adénopathie :
Augmentation de volume d'un ganglion lymphatique, le plus souvent de cause infectieuse, inflammatoire ou tumorale.

Anémie hémolytique :
Diminution du nombre de globules rouge secondaire dû à leur destruction accélérée.

Antiémétique :
Qui agit contre les nausées et les vomissements.

Antipyrétique :
Qui agit contre la fièvre.

Aspect maculopapuleux :
Se dit d'une éruption cutanée, le plus souvent érythémateuse, constituée de tâches planes ou légèrement surélevées, de taille variable pouvant confluer en plaque.

Avortement spontané (Fausse-couche) :
Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours des 20 premières semaines de grossesse.

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.

Cervicite :
Inflammation du col de l'utérus.

Chorioamnionite :
Infection du placenta et/ou des membranes.

Choriorétinite :
Inflammation de la rétine et de la choroïde.

Clarté nucale :
Espace entre la peau et le rachis au niveau de la nuque du fœtus. Se mesure entre la 11e semaine et la 13e semaine de grossesse par une échographie. Cet espace est corrélé avec le risque d'anomalies des chromosomes et d'anomalies cardiaques fœtales.

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

Dyspareunie :
Douleurs lors de rapports sexuels.

Endométrite :
Inflammation de la muqueuse de l'utérus.

Érythémateux :
Rougeâtre.

Excrétion virale :
Expulsion de particules virales du corps. Les voies les plus fréquentes sont l'appareil respiratoire, le tractus génital et le tractus intestinal.

Hépatosplénomégalie :
Augmentation de volume du foie et de la rate.

Hyperémèse gravidique :
Forme sévère de nausées et vomissement chez la femme enceinte, qui disparait habituellement après le 3e mois de grossesse.

Immunocompétent :
Capacité à produire une réponse immunitaire efficace.

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.

Lésion mucocutanée :
Lésion affectant les régions muqueuses (bouche par exemple) et la peau.

Lésion pustuleuse :
Petite lésion sphérique bulleuse remplie de liquide opalescent (pus).

Lésion vésiculaire :
Petite lésion sphérique bulleuse remplie de liquide clair.

Lésion ulcérée :
Lésion correspondant à une perte de substance en profondeur de la peau ou d'une muqueuse (p. ex.: aphte).

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 de liquides dans les tissus.

Ostéochondrite :
Inflammation du cartilage.

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

Pétéchie :
Petite tache cutanée rouge ou violet foncée, ne disparaissant pas à la pression, et correspondant à une petite hémorragie localisée.

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

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

Prodrome :
Symptômes précédant la maladie.

Prophylaxie postexposition :
Administration d'un traitement à une personne qui a une exposition à risque de transmission d'un pathogène, afin de prévenir cette transmission.

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.

Syndrome inflammatoire pelvien subclinique :
Infection ascendante de l'utérus et des trompes de Fallope sans symptômes. Peut être aiguë ou chronique (on parle habituellement de maladie inflammatoire pelvienne ou d'atteinte inflammatoire pelvienne).

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

Thrombocytopénie :
Nombre de plaquettes sanguines anormalement bas.

5 Références

1. SOGC. Détermination de l'âge gestationnel par échographie (Directive clinique) [En ligne]. 2014 [cité le 25 mai 2016]. Disponible: http://sogc.org/fr/guidelines/determination-de-lage-gestationnel-par-echographie/

2. Van den Hof MC, Smithies M, Nevo O, Ouellet A. Directive clinique sur l'utilisation de l'échographie au premier trimestre. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(3):396‑404.

3. [En ligne]. SOGC. Content of a Complete Routine Second Trimester Obstetrical Ultrasound Examination and Report; 2009 [cité le 22 juin 2016]. Disponible: http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui223CPG0903.pdf

4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation - ACOG. Obstettrics Gynecoly [En ligne]. 2017 [cité le 7 févr 2018];130(4). Disponible: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Guidelines-for-Diagnostic-Imaging-During-Pregnancy-and-Lactation

5. Tirada N, Dreizin D, Khati NJ, Akin EA, Zeman RK. Imaging Pregnant and Lactating Patients. RadioGraphics. 2015;35(6):1751‑65.

6. International commission on radiological protection. Pregnancy and Medeical Radiation. Annals of the ICRP. Publication 84. Pergamon. [En ligne]. Vol. 30. 2000 [cité le 4 avr 2018]. Disponible: http://www.icrp.org/publication.asp?id=icrp%20publication%2084

7. [En ligne]. Santé Canada. Exposition professionnelle au rayonnement; 2011 [cité le 1 juin 2016]. Disponible: http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/environ/expos-fra.php

8. www.motherisk.org/prof/updatesDetail.jsp?content_id=667 [En ligne]. Ratnapalan S, Gideon Koren NB. Ionizing radiation during pregnancy; 2003.

9. Brent R. Pregnancy and radiation exposure [En ligne]. Health Physics Society; 2014 [cité le 1 juin 2016]. Disponible: https://hps.org/hpspublications/articles/pregnancyandradiationexposureinfosheet.html

10. Castillo E, Poliquin V. No 357 – Immunisation pendant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(4):490‑502.

11. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec - Édition 6; 2013 [cité le 1 juin 2016]. Disponible: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/html/

12. Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Stratégie optimale de vaccination contre la coqueluche au Québec [En ligne]. 2018. Disponible: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2369_strategie_vaccination_coqueluche_quebec.pdf

13. [En ligne]. Agence de la santé publique du Canada. Immunisation durant la grossesse et l'allaitement : Guide canadien d'immunisation; 2007 [cité le 13 déc 2018]. Disponible: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-4-immunisation-durant-grossesse-allaitement.html

14. [En ligne]. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation; 2007 [cité le 15 août 2016]. Disponible: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php

15. [En ligne]. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation; édition évolutive [cité le 17 déc 2018]. Disponible: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html

16. [En ligne]. Organization of Teratology Information Specialists. Vaccines and pregnancy; 2014 [cité le 1 juin 2016]. Disponible: http://mothertobaby.org/fact-sheets/vaccines-pregnancy/pdf/

17. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases, Pickering LK. Red book: 2009 report of the Committee on Infectious Diseases [En ligne]. Elk Grove Village, IL : American Academy of Pediatrics; 2009 [cité le 14 juin 2016]. Disponible: http://www.r2library.com/public/ResourceDetail.aspx?authCheck=true&resid=1227

18. Organization of Teratology Information Specialists. Vaccines and pregnancy [En ligne]. 2005. Disponible: _http://www.otispregnancy.org/files/vaccines.pdf_

19. Kuhn S, Twele-Montecinos L, MacDonald J, Webster P, Law B. Case report: probable transmission of vaccine strain of yellow fever virus to an infant via breast milk. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2011;183(4):E243-245.

20. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Var : vaccin contre la varicelle - Vaccins - Professionnels de la santé - MSSS; [cité le 12 févr 2019]. Disponible: http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/var-vaccin-contre-la-varicelle/

21. [En ligne]. Centers for Disease Control & Prevention. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women | CDC; 2013 [cité le 13 juin 2016]. Disponible: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.html

22. [En ligne]. Organization of Teratology Information Specialists. Chicken Pox (Varicella) and the Vaccine and Pregnancy; 2014 [cité le 13 juin 2016]. Disponible: http://mothertobaby.org/fact-sheets/chicken-pox-varicella-vaccine-pregnancy/pdf/

23. Charlier C, Le Mercier D, Salomon L. Varicelle, zona et grossesse. Presse Médicale. 2014;43(6):656‑75.

24. Shrim A, Koren G, Yudin MH, Farine D. No. 274-Management of Varicella Infection (Chickenpox) in Pregnancy -. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(8):652‑7.

25. Comité sur l'immunisation du Québec. Preuve d'immunité de la femme enceinte contre la rubéole : sérologie et vaccination. Inst Natl Santé Publique Qué [En ligne]. 2011; Disponible: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1259_PreuveImmuFemmeEnceinteRubeole.pdf

26. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques de la SOGC : Rubéole au cours de la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(2):159-66.

27. [En ligne]. Organization of Teratology Information Specialists. Measles, mumps, rubella and the MMR vaccine during pregnancy; 2014. Disponible: http://mothertobaby.org/fact-sheets/measles-mumps-rubella-mmr-vaccine-pregnancy/pdf/

28. Keller-Stanislawski B, Englund JA, Kang G, Mangtani P, Neuzil K, Nohynek H, et al. Safety of immunization during pregnancy : A review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. Vaccine. 2014;32(52):7057-64.

29. Comité d'immunisation du Québec. Vaccination des femmes enceintes contre l'influenza saisonnière. Institut national de santé publique du Québec; 2009.

30. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vaccin intranasal contre l'influenza (Flumist®) Questions et réponses à l'intention des professionnels de la santé [En ligne]. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016. Disponible: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-278-25W.pdf

31. Madhi SA, Cutland CL, Kuwanda L, Weinberg A, Hugo A, Jones S, et al. Influenza Vaccination of Pregnant Women and Protection of Their Infants. N Engl J Med. 2014;371(10):918-31.

32. Steinhoff M, Katz J, Englund J, Khatry S. Year-round influenza immunisation during pregnancy in Nepal: a phase 4, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Infect Dis. 2017;17(9):981-9.

33. Tapia MD, Sow SO, Tamboura B, Tégueté I, Pasetti MF, Kodio M, et al. Maternal immunisation with trivalent inactivated influenza vaccine for prevention of influenza in infants in Mali: a prospective, active-controlled, observer-blind, randomised phase 4 trial. Lancet Infect Dis. 2016;16(9):1026-35.

34. [En ligne]. Gouvernement du Québec. Vaccination contre la grippe; 2018 [cité le 17 déc 2018]. Disponible: https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccins/vaccination-contre-la-grippe/

35. Ferreira E, Martin B, Morin C. Pathologies hépatiques. Dans: Grossesse et allaitement: guide thérapeutique 2e édition. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 492-522.

36. SOGC. Immunisation pendant la grossesse- Directive clinique [En ligne]. 2009 [cité le 1 juin 2016]. Disponible: http://sogc.org/fr/guidelines/immunisation-pendant-la-grossesse-remplace-220-dec-2008/

37. Ferreira E, Martin B, Morin C. Rhume et grippe. Dans: Grossesse et allaitement: guide thérapeutique. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 843-63.

38. Englund JA. Maternal immunization with inactivated influenza vaccine : rationale and experience. Vaccine. 2003;21(24):3460-4.

39. Fell DB, Savitz DA, Kramer MS, Gessner BD, Katz MA, Knight M, et al. Maternal influenza and birth outcomes: systematic review of comparative studies. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(1):48-59.

40. Labant A, Greenawalt JA. Pandemic flu : a major concern for pregnant women. Nurs Womens Health. 2009;13(5):374-82.

41. Labant A, Greenawalt JA. Pandemic flu : a major concern for pregnant women. Nurs Womens Health. 2009;13(5):374-82.

42. Toal M, Gyeman-Duah K, Schwenk A, Yoong W. Swine flu and pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2010;30(2):97-100.

43. Elliott EJ. Pregnancy and pandemic flu. Clin Infect Dis. 2010;50:691-2.

44. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Bresee JS. Pandemic influenza and pregnant women. Emerg Infect Dis. 2008;14(1):95.

45. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Grippe (Influenza); 2015. Disponible: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil

46. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2017-2018 - Canada.ca [En ligne]. 2018 [cité le 17 déc 2018]. Disponible: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-2018-2019.html

47. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. Eighth edition. Philadelphia, PA : Elsevier; 2016. 975 p.

48. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Toxoplasmose [En ligne]. 2016. Disponible: http://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/toxoplasmosis.html

49. Ross DS, Jones JL, Lynch MF. Toxoplasmosis, cytomegalovirus, listeriosis, and preconception care. Matern Child Health J. 2006;10:189-93.

50. Pappas G, Roussos N, Falagas ME. Toxoplasmosis snapshots: Global status of Toxoplasma gondii seroprevalence and implications for pregnancy and congenital toxoplasmosis. Int J Parasitol. 2009;39(12):1385-94.

51. Robert-Gangneux F, Darde M-L. Epidemiology of and Diagnostic Strategies for Toxoplasmosis. Clin Microbiol Rev. 2012;25(2):264-96.

52. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care : infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6):S296-309.

53. Société canadienne de pédiatrie. Des questions courantes sur le diagnostic et la prise en charge de la toxoplasmose congénitale. Paediatr Child Health. 2010;4(2):142-7.

54. Ross DS, Jones JL, Lynch MF. Toxoplasmosis, cytomegalovirus, listeriosis, and preconception care. Matern Child Health J. 2006;10:189-93.

55. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Toxoplasma gondii. 2006.

56. Amiri FN, Rooshan MH, Ahmady MH, Soliamani MJ. Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. East Mediterr Health J. 2009;15(1):104-10.

57. Ferreira E. Infections urinaires. Dans: Ferreira E, rédacteur. Grossesse et allaitement Guide thérapeutique. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 739-50.

58. Le Collège des médecins de famille du Canada. Les infections urinaires - Un problème courant chez la femme [En ligne]. 2010 [cité le 7 févr 2018]. Disponible: http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3809&terms=infection+urinaire

59. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, rédacteur. Cochrane Database Syst Rev [En ligne]. 2015 [cité le 7 févr 2018]; Disponible: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000490.pub3

60. Dwyer PL, O'Reilly M. Recurrent urinary tract infection in the female. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002;14(5):537-43.

61. Abad CL, Safdar N. The Role of Lactobacillus Probiotics in the Treatment or Prevention of Urogenital Infections - A Systematic Review. J Chemother. 2009;21(3):243-52.

62. Jepson RG, Williams G, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD001321.

63. US Preventive Services Task Force. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery : US preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;148(3):214-9.

64. [En ligne]. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Populations spécifiques – Femmes enceintes; 2013 [cité le 26 oct 2017]. Disponible: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-41.html

65. Aguin TJ, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis in pregnancy. Curr Infect Dis Rep. 2015;17(6):462.

66. Leli C, Mencacci A, Meucci M, Bietolini C, Vitali M, Farinelli S, et al. Association of pregnancy and Candida vaginal colonization in women with or without symptoms of vulvovaginitis. Minerva Ginecol. 2013;65(3):303-9.

67. [En ligne]. Gouvernement du Canada. La crème vaginale TERAZOL 7 à 0,4 % (terconazole) et de la crème vaginale à 0,8 %/ovules vaginaux à 80 mg TERAZOL 3 DUOPAK - Risque d'anaphylaxie et de nécrolyse épidermique toxique - Pour les professionnels de la santé; 2014 [cité le 17 déc 2018]. Disponible: http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/39911a-fra.php

68. Blanc A. Infections vaginales. Dans: Ferreira E, rédacteur. Grossesse et allaitement Guide thérapeutique, 2e édition. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 751-64.

69. Mølgaard-Nielsen D, Pasternak B, Hviid A. Use of oral fluconazole during pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med. 2013;369(9):830-9.

70. Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Pertes vaginales. Les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Disponible: http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/updates-fra.php

71. Yudin MH, Money DM. Dépistage et prise en charge de la vaginose bactérienne pendant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(8):e175-83.

72. New York State Department of Health AIDS Institute. Bacterial Vaginosis [En ligne]. hivguidelines.org; 2009 [cité le 15 août 2016]. Disponible: http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/management-of-stis-in-hiv-infected-patients/bacterial-vaginosis-bv/

73. Van Schalkwyk J, Yudin MH. Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne, Directive clinique de la SOGC. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(3e suppl A):S1-11.

74. Senok AC, Verstraelen H, Temmerman M, Botta GA. Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis. Cochrane Database Syst Rev [En ligne]. 2009;(4). Disponible: WOS:000270686900039

75. http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=vaginite_pm [En ligne]. Mantha M-M, Manceau V. Vaginite; 2008.

76. Doron S, Snydman DR. Risk and Safety of Probiotics. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2015;60(Suppl 2):S129-34.

77. [En ligne]. SOGC. Prise en charge de la bactériurie à streptocoques du groupe B pendant la grossesse; 2012 [cité le 13 juin 2016]. Disponible: http://sogc.org/fr/guidelines/management-of-group-b-streptococcal-bacteriuria-in-pregnancy/

78. SOGC. Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B à début précoce [En ligne]. 2013. Disponible: http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/09/gui298CPG1310F.pdf

79. Institut Pasteur. Streptococcies A et B [En ligne]. 2013 [cité le 16 sept 2010]. Disponible: http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/streptocoques-et-b

80. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. 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. Médecin Qué [En ligne]. 2002 [cité le 14 juin 2016];37(5). Disponible: https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/095-098Preventifs.pdf

81. [En ligne]. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Guide ITSS, Infection à Chlamydia Trachomatis, Infection à Neisseria Gonorrhoeae; 2015 [cité le 22 juin 2016]. Disponible: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majdec2015_.pdf

82. Ministère de la santé et des services sociaux. Prévention de la conjonctivite néonatale [En ligne]. 2017. Disponible: http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/prevention-de-la-conjonctivite-neonatale/a-propos/

83. Société canadienne de pédiatrie, Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Moore Dorothy L., MacDonald Noni E. La prévention de la conjonctivite néonatale. Paediatr Child Health. 2015;20(2):97-100.

84. U.S. National Library of Medicine. Tetracycline [En ligne]. TOXNET toxicology data network; Disponible: https://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/r?dbs+lactmed:@or+(@na+%22TETRACYCLINE%22+)

85. Institut national d'excellence en santé et services sociaux INESSS. Traitement pharmacologique ITSS- Infection à chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae [En ligne]. 2015. Disponible: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majdec2015_.pdf

86. Collège des médecins du Québec [En ligne]. Collège des médecins du Québec. Prévention de la conjonctivite néonatale au Québec : la prophylaxie systématique est encore la norme!; 2017 [cité le 28 mars 2018]. Disponible: http://www.cmq.org/nouvelle/fr/prevention-conjonctivite-neonatale-prophylaxie-systematique-encore-la-norme.aspx

87. Institut national d'excellence en santé et services sociaux INESSS. Traitement pharmacologique ITSS- Syphilis [En ligne]. 2016. Disponible: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/ITSS_Syphilis_WEB_FR.pdf

88. Castillo E, Murphy K, van Schalkwyk J, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Hepatitis B and Pregnancy. Directive clinique de la SOGC. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(3):181-90.

89. Centre maternel et infantile sur le SIDA, CHU Sainte-Justine. Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. 2017.

90. Lapointe N, Samson J, Boucher M. Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse [En ligne]. Centre maternel et infantile sur le SIDA, CHU Sainte-Justine; 2015. Disponible: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-354-01W.pdf

91. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : guide pour les professionnels de la santé du Québec. 2017.

92. Money D, Tulloch K, Boucoiran I, Caddy S, Yudin MH, Allen V, et al. Lignes directrices pour ce qui est des soins à offrir aux femmes enceintes qui vivent avec le VIH et des interventions visant à atténuer la transmission périnatale : Résumé directif de la SOGC. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(8):735-51.

93. Sénat M-V, Anselem O, Picone O, Renesme L, Sananès N, Vauloup-Fellous C, et al. Prévention et prise en charge de l'infection herpétique au cours de la grossesse et de l'accouchement : recommandations pour la pratique clinique – texte des recommandations (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2017;45(12):705-14.

94. Money DM, Steben M, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Guidelines for the Management of Herpes Simplex Virus in Pregnancy, No. 208. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(8):e199-205.

95. [En ligne]. Haute autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations professionnelles.; 2005 [cité le 14 juin 2016]. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf

96. Ferreira E, Martin B, Morin C. Nausées et vomissements. Dans: Grossesse et allaitement: guide thérapeutique. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 471-89.

97. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. ACP J CLUB. 2002;137(2):67-67.

98. Longstreth GF. Approach to the adult with nausea and vomiting. UpToDate. 2018;

99. [En ligne]. Smith JA, Refuerzo J.S., Fox K.A. Treatment of nausea and vomiting of pregnancy. Mise à jour 2018; 2018. Disponible: http://www.uptodate.com/contents/topic.do?topicKey=OBGYN/6811

100. www.uptodate.com/contents/patient-information-nausea-and-vomiting-of-pregnancy [En ligne]. Smith JA, Refuerzo JS, Ramin SM. Patient information : nausea and vomiting of pregnancy; 2011.

101. Campbell K, Rowe H, Azzam H, Lane CA. Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. Directive clinique de la SOGC. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(12):1138-49.

102. King TL, Murphy PA. Evidence-based approaches to anaging nausea and vomiting in early pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2009;54(6):430-44.

103. Gagné V. Constipation et hémorroïdes. Dans: Grossesse et allaitement: guide thérapeutique 2e édition. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013.

104. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SSC, Nygaard IE. Constipation in pregnancy - Prevalence, symptoms and risk factors. Obstet Gynecol. 2007;110(6):1351-7.

105. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2010;30(3):231-7.

106. [En ligne]. Wald A. Patient information : Constipation in adults. Mise à jour 2013; 2011. Disponible: www.uptodate.com/contents/patient-information-constipation-in-adults?view=print

107. www.uptodate.com/contents/patient-information-hemorrhoids [En ligne]. Bleday R. Patient information : Hemorrhoids. Mise à jour 2015; 2011.

108. www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?source=see_link [En ligne]. Wald A. Management of chronic constipation in adults. Mise à jour 2015; 2011.

109. Passeportsante.net [En ligne]. Mantha M-M. Hémorroïdes; 2009. Disponible: http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hemorroides_pm#P56_3766

110. Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2003;32(1):309-22.

111. Mounsey AL, Halladay J, Sadiq TS. Hemorrhoids. Am Fam Physician. 2011;84(2):204-10.

112. www.uptodate.com/contents/patient-information-acid-reflux-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults [En ligne]. Kahrilas PJ. Patient information : acid reflux (gastroesophageal reflux disease) in adults; 2011.

113. Ferreira E, Martin B, Morin C. Reflux gastro-oesophagien et ulcère gastro-duodénal. Dans: Grossesse et allaitement: guide thérapeutique 2e édition. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 523-40.

114. www.uptodate.com/contents/maternal-gastrointestinal-tract-adaptation-to-pregnancy [En ligne]. Bianco A. Maternal gastrointestinal tract adaptation in pregnancy; 2011.

115. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. Arch Intern Med. 2006;166:965-71.

116. Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, rédacteur. Cochrane Database Syst Rev [En ligne]. 2015 [cité le 7 févr 2018]; Disponible: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010655.pub2

117. www.mayoclinic.com/health/leg-cramps-during-pregnancy/AN02132 [En ligne]. Harms RW. What causes leg cramps during pregnancy and can they be prevented? Mise à jour 2016; 2011.

118. Cote K. Sommeil normal et hygiène du sommeil. Société canadienne du sommeil; 2003.

119. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes : Is there a relationship? Sleep Med Rev. 2010;14(2):107-14.

120. Driver H. Le sommeil chez la femme. Société canadienne du sommeil; 2006.

121. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. Obstet Gynecol. 2010;115(1):77-83.

122. http://www.uptodate.com/contents/patient-information-insomnia [En ligne]. Bonnet MH, Arand DL. Patient information : Insomnia. Mise à jour 2015; 2011. Disponible: http://www.uptodate.com/contents/patient-information-insomnia

123. [En ligne]. Bonnet MH, Arand DL. Treatment of insomnia; 2011. Disponible: http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia

124. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. The Lancet. 2012;379(9821):1129-41.

125. Babson KA, Feldner MT, Badour CL. Cognitive Behavioral Therapy for Sleep Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):629-40.

126. McMahon, Jessika. Le traitement de l'insomnie chez la femme enceinte. Qué Pharm [En ligne]. 2010 [cité le 15 mars 2017];57(4). Disponible: http://www.professionsante.ca/files/2010/08/dlman20100708.pdf

127. Cheuk D, Yeung J, Chung K, Wong V. Acupuncture for insomnia. Status Date Ed No Change Conclus Publ In. 2007;2.

128. Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. Sleep Med Rev. 2007;11(3):209‑30.

129. Fernandez-San-Martin M, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gomez P, Calbo-Caldentey C, Flores-Mateo G. Effectiveness of Valerian on insomnia : a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Sleep Med. 2010;

130. Salter S, Brownie S. Treating primary insomnia - The efficacy of valerian and hops. issues. 2006;2008:2007.

131. Sun JL, Sung MS, Huang MY, Cheng GC, Lin CC. Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia : a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2010;

132. [En ligne]. Martin B. Centre IMAGe: Capsules d''information : La mélatonine durant la grossesse; 2015 [cité le 15 mars 2017]. Disponible: https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe/Capsule-d-information

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec