

Guide pratique d'hygiène de vie pendant la grossesse



Noosophie IA

sous la direction de Hieronymus Anonymus



Éditions Noosophie

Guide pratique d'hygiène de vie pendant la grossesse

Noosophie IA

sous la direction de Hieronymus Anonymus

Éditions Noosophie

Informations éditoriales

Titre : Guide pratique d'hygiène de vie pendant la grossesse

Auteur : Noosophie IA

Direction : Hieronymus Anonymus

Éditeur : Éditions Noosophie

Entité éditrice actuelle : Association Noosophie

Localisation publique : Roumagne, Lot-et-Garonne, France

Site : noosophie.fr

Édition : Première édition française v1.0

Date de publication : 29 septembre 2026

Format : DOCX maître / PDF / EPUB

ISBN : non attribué

Prix : Gratuit

Licence : CC BY-NC-ND 4.0

Titulaire des droits / concédant : Hieronymus Anonymus (pseudonyme public ; identité civile non publiée)

© : Hieronymus Anonymus

Contact : contact@noosophie.fr

Cette édition est mise à disposition sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Elle peut être copiée et partagée sous sa forme inchangée, avec attribution, à des fins non commerciales. La diffusion d'une traduction, adaptation, version modifiée ou œuvre dérivée nécessite une autorisation préalable. Pour toute demande : contact@noosophie.fr.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Note sur la génération et la responsabilité éditoriale

Ce livre a été élaboré dans le cadre d'une collaboration entre Hieronymus Anonymus et Noosophe IA. Hieronymus Anonymus a initié le projet, fixé son objet et ses finalités, arbitré les orientations, relu, corrigé et validé le manuscrit final. Noosophe IA a contribué à la recherche documentaire, à la structuration, à la rédaction, à la comparaison des arguments, aux audits de cohérence et à l'édition. Le texte n'est donc ni une sortie brute d'un modèle ni un texte humain simplement corrigé par une IA : il résulte d'un processus itératif de génération, de critique, de vérification et de validation humaine. Les décisions de finalité, de validation et de publication demeurent humaines.

Sommaire

PARTIE I — Commencer par ce qui compte vraiment.....	5
Chapitre 1 — Ce que signifie prendre soin d'une grossesse.....	6
Chapitre 2 — Le noyau dur : ce qui compte vraiment.....	12
PARTIE II — Le quotidien qui protège.....	23
Chapitre 3 — Nourrir la mère et le développement fœtal.....	24
Chapitre 4 — Manger sans s'empoisonner.....	38
Chapitre 5 — Boire : eau, caféine et boissons particulières.....	50
Chapitre 6 — Bouger pendant la grossesse.....	60
Chapitre 7 — Dormir, récupérer et respecter les rythmes.....	71
Chapitre 8 — Psychisme, stress et environnement relationnel.....	81
INTERLUDE — COMPRENDRE.....	92
Chapitre 9 — Ce que reçoit réellement le fœtus.....	93
PARTIE III — Expositions, traitements et prévention.....	106
Chapitre 10 — Médicaments, plantes, huiles essentielles et compléments..	107
Chapitre 11 — Maison, travail et environnement chimique.....	121
Chapitre 12 — Infections, animaux, jardin et vie quotidienne.....	136
Chapitre 13 — Vaccinations et prévention des infections.....	148
PARTIE IV — Continuer à vivre pendant la grossesse.....	159
Chapitre 14 — Vie quotidienne : sexualité, déplacements, soins courants et travail.....	160
PARTIE V — Quand quelque chose ne va pas.....	176
Chapitre 15 — Quand quelque chose ne va pas.....	177
ANNEXE PRATIQUE.....	188
Annexe pratique — Fiches à garder sous la main.....	188

PARTIE I — Commencer par ce qui compte vraiment

Chapitre 1 — Ce que signifie prendre soin d'une grossesse

Prendre soin n'est pas tout contrôler

Une grossesse transforme beaucoup de gestes ordinaires en questions : que manger, comment bouger, quoi éviter, comment dormir, quels médicaments prendre, comment réagir à une période de stress ou à une exposition imprévue. Face à cette accumulation, on peut facilement glisser vers une idée impossible : pour protéger son enfant, il faudrait contrôler parfaitement son corps, ses émotions et son environnement pendant neuf mois.

Ce n'est ni réaliste ni une bonne manière de comprendre la prévention. Le but de l'hygiène de vie est plus simple : réduire les expositions qui comptent vraiment, soutenir ce qui protège la santé de la mère et le développement de l'enfant, et reconnaître les situations où un avis professionnel devient nécessaire.

Une grossesse n'a donc pas besoin d'être parfaite pour être bien accompagnée. Ce guide cherchera une trajectoire suffisamment bonne et corrigible, pas une suite de journées idéales.

La santé de la mère est une finalité, pas seulement un moyen

La femme enceinte n'est pas un environnement destiné au fœtus. Sa santé physique, psychique et sociale compte pour elle-même. Pouvoir manger, dormir, bouger, recevoir des soins, être soutenue, traiter une maladie ou demander de l'aide en cas de violence ou de détresse fait pleinement partie du soin de grossesse.

En même temps, la mère, le placenta et le fœtus forment un système biologique en interaction. Prendre soin de la santé

maternelle contribue donc aussi aux conditions dans lesquelles la grossesse se déroule, sans réduire la mère à cette fonction.

Un risque n'est pas une certitude

Les conseils de grossesse parlent souvent de « risque ». Une augmentation de risque ne signifie pas qu'un dommage va nécessairement survenir. À l'inverse, l'absence de facteur de risque connu ne garantit jamais une issue parfaite.

Pour comprendre une recommandation, quatre éléments comptent au minimum : la probabilité de l'événement, sa gravité possible, l'intensité ou la répétition de l'exposition, et la situation particulière de la grossesse.

Une exposition ponctuelle n'est pas toujours équivalente à une exposition répétée. Une mauvaise nuit, un repas déséquilibré ou une journée sédentaire ne se raisonnent pas comme une habitude chronique. À l'inverse, certaines substances ou situations peuvent justifier une réaction rapide même après une exposition unique importante.

Le moment compte aussi. Le développement embryonnaire et fœtal change au fil des semaines ; une même exposition peut donc avoir un profil différent selon le terme. C'est pourquoi un guide peut donner des principes généraux mais ne remplace pas l'évaluation d'une exposition précise¹.

Hiérarchiser plutôt qu'accumuler les interdits

Toutes les recommandations n'ont pas le même poids. Le guide utilisera quatre niveaux simples.

1. PRIORITÉS FORTES — mesures dont l'enjeu est élevé et la conduite bien établie. Le chapitre 2 les rassemblera sous une forme immédiatement pratique.

2. FACTEURS PROTECTEURS — habitudes qui construisent un terrain favorable dans la durée : alimentation, activité adaptée, sommeil, soutien, soins et organisation du quotidien.

3. PRÉCAUTIONS RAISONNABLES — réductions d'exposition utiles lorsque le coût est faible, sans transformer la grossesse en quête de pureté.

4. QUESTIONS OUVERTES — domaines où la recherche suggère des effets possibles mais ne permet pas encore d'en faire une règle générale.

Cette hiérarchie évite qu'une mesure majeure se perde au milieu de dizaines de précautions secondaires. Elle permet aussi de conserver l'incertitude lorsqu'elle existe au lieu de la transformer en nouvel interdit.

Les émotions ordinaires ne sont pas des toxiques

Joie, peur, irritation, tristesse, ambivalence ou stress ponctuel font partie d'une vie réelle. Une émotion négative n'est pas un produit chimique transmis tel quel au fœtus, et une femme enceinte n'a pas à surveiller chaque montée de stress avec la crainte d'avoir déjà provoqué un dommage.

La question utile est celle de la durée et des conséquences : l'anxiété, la tristesse ou la détresse deviennent-elles persistantes, envahissantes, responsables d'insomnie importante, d'isolement, de difficultés alimentaires ou d'une incapacité à fonctionner ? Dans ce cas, demander de l'aide protège d'abord la personne qui souffre et fait partie du suivi normal de grossesse².

Le chapitre 8 traitera la santé psychique ; le chapitre 9 expliquera ce que le fœtus reçoit réellement de son environnement sans transformer cette science en culpabilité.

Le fœtus se développe dans un milieu, pas dans une bulle

La grossesse met en relation la mère, le placenta et le fœtus. Nutrition, circulation, hormones, métabolisme, immunité, oxygénation, médicaments, substances consommées et signaux sensoriels participent, de façons très différentes, à l'environnement de développement³.

Cela explique pourquoi l'hygiène de vie peut compter sans qu'il soit nécessaire d'imaginer une transmission directe de la personnalité maternelle. Les influences prénatales sont multiples, probabilistes et ne déterminent pas à elles seules la personne que deviendra l'enfant. Le chapitre 9 examinera précisément ce qui est établi, plausible ou encore incertain⁴.

Le contexte individuel change les conseils

Un guide grand public ne connaît pas les antécédents, traitements, résultats biologiques, grossesse multiple, maladie chronique ou complication propre à chaque personne. Une règle valable pour une grossesse sans complication peut devenir inadaptée dans une autre situation.

Il ne faut donc pas opposer « naturel » et « médical ». Une bonne hygiène de vie peut inclure un traitement, une supplémentation, une psychothérapie, un arrêt de travail, une adaptation de l'activité ou une surveillance spécialisée lorsque leur bénéfice est réel.

Une boussole pratique pour le quotidien

Lorsqu'un nouveau conseil apparaît, quatre questions permettent de ne pas se perdre :

1. Est-ce une priorité forte ou une précaution secondaire ?
2. S'agit-il d'une exposition ponctuelle ou répétée ?
3. Puis-je agir simplement dessus sans créer un coût ou une anxiété disproportionnés ?

4. Est-ce une situation que je peux gérer par une habitude de vie ou qui mérite l'avis d'une sage-femme, d'un médecin ou d'un pharmacien ?

Le même mot « risque » peut ainsi conduire à des réponses très différentes selon qu'il s'agit d'un traitement indispensable, d'une consommation régulière, d'un produit ménager utilisé une fois ou d'une souffrance psychique qui dure.

Cinq réflexes dès maintenant

1. Organiser le suivi de grossesse et garder un professionnel de référence pour les questions importantes.

2. Signaler réellement les traitements, compléments, consommations et difficultés au lieu de les cacher par peur d'être jugée.

3. Chercher des habitudes régulières et suffisamment bonnes plutôt qu'une perfection quotidienne impossible.

4. Demander de l'aide lorsqu'un symptôme, une souffrance psychique ou une difficulté devient durable, importante ou inquiétante.

5. Avant de modifier son quotidien à cause d'un nouveau conseil, déterminer s'il s'agit d'une priorité forte, d'une précaution raisonnable ou d'une hypothèse encore incertaine.

Ce que ce guide peut — et ne peut pas — faire

Ce guide peut rendre les recommandations plus lisibles, expliquer leur logique, comparer les niveaux de preuve, éviter des précautions inutiles et aider à préparer les bonnes questions pour une consultation.

Il ne peut pas diagnostiquer une complication, décider d'un traitement individuel, interpréter seul un symptôme inquiétant

ni garantir l'issue d'une grossesse. L'hygiène de vie complète le soin ; elle ne le remplace pas.

À retenir

Prendre soin d'une grossesse consiste moins à poursuivre une perfection impossible qu'à bien hiérarchiser les décisions. Les risques majeurs méritent des règles fortes. Les habitudes protectrices se construisent dans la durée. Les précautions secondaires doivent rester proportionnées. Les émotions ordinaires ne sont pas des fautes. Une difficulté durable mérite de l'aide plutôt que de la culpabilité. Et lorsqu'une situation devient médicale, le guide doit savoir s'effacer devant le professionnel qui connaît la grossesse.

La suite commence par le noyau dur : les quelques mesures qui ont suffisamment d'importance pour être connues avant toutes les autres.

Notes

1. [Review 2025 — Drug safety in pregnancy](#). Cette synthèse rappelle que le profil de risque médicamenteux dépend notamment du stade de la grossesse et du type d'effet considéré.

2. Ameli — Grossesse et santé psychique ; anxiété et dépression pendant et après la grossesse.

3. Review — Placental hormones, IGF-1 and early-life growth ; Review — Maternal immune activation and the role of the placenta ; [Systematic review 2023 — Impact of sound stimulation during pregnancy on fetal learning](#).

4. BMC Medicine 2025 — Prenatal maternal stress: triangulating evidence across sibling, genetic and negative-control approaches ; [Systematic review 2024 — Prenatal maternal distress and offspring brain development](#).

Sources de référence du chapitre

[Santé publique France — De la grossesse à l'arrivée de bébé, avec sérénité.](#) Guide 2026 sur alimentation, activité physique et bien-être.

[Ameli — Grossesse : programme de suivi et première consultation.](#)

[Ameli — Suivi mensuel de la grossesse à partir du 4e mois.](#)

[Ameli — Grossesse et santé psychique ; anxiété et dépression pendant et après la grossesse.](#)

[Ameli — Suivi et accompagnement de la femme pendant la grossesse et après l'accouchement.](#)

Review 2025 — Drug safety in pregnancy.

[Review — Placental hormones, IGF-1 and early-life growth.](#)

[Review — Maternal immune activation and the role of the placenta.](#)

Systematic review 2023 — Impact of sound stimulation during pregnancy on fetal learning.

[BMC Medicine 2025 — Prenatal maternal stress: triangulating evidence across sibling, genetic and negative-control approaches.](#)

Systematic review 2024 — Prenatal maternal distress and offspring brain development.

Chapitre 2 — Le noyau dur : ce qui compte vraiment

Si vous ne retenez que quelques choses

La grossesse donne lieu à une multitude de conseils. Tous n'ont pas la même importance. Avant de penser aux détails, quelques priorités protègent beaucoup plus que la recherche d'une hygiène de vie parfaite : organiser le suivi de grossesse,

éviter l'alcool, traiter sérieusement le tabagisme et les autres consommations, vérifier les médicaments, prévenir les infections évitables, ne pas rater les mesures préventives dépendant du calendrier — notamment certaines vaccinations — et signaler rapidement les difficultés réelles au professionnel qui suit la grossesse.

Ce chapitre rassemble ces priorités. Les chapitres suivants les développeront sans modifier leur hiérarchie.

1. Organiser le suivi, puis dire ce qui se passe réellement

En France, la première consultation de suivi doit avoir lieu au cours du premier trimestre. Le suivi comprend ensuite des consultations, des examens biologiques et des échographies, ainsi qu'un entretien prénatal précoce et un bilan prénatal de prévention. Ces rendez-vous ne servent pas seulement à « vérifier le bébé » : ils permettent aussi d'identifier les traitements en cours, les expositions professionnelles, les difficultés psychiques ou sociales, les consommations, les problèmes alimentaires et les facteurs de risque propres à la grossesse¹.

Le réflexe le plus utile est donc simple : ne pas attendre qu'un problème devienne grave pour en parler. Une consommation de tabac, un traitement psychiatrique, une alimentation très restrictive, des vomissements importants, un travail avec solvants, une peur envahissante ou une consommation de drogue ne doivent pas être cachés pour paraître être une « bonne femme enceinte ». Une information exacte permet au soignant d'adapter les soins ; une information absente l'empêche de le faire.

À faire : prendre ou confirmer le rendez-vous du premier trimestre ; apporter ou photographier la liste des médicaments et compléments ; noter les maladies chroniques et allergies ;

signaler les consommations réelles ; préparer les questions que l'on n'ose pas forcément poser.

2. Alcool : la règle la plus simple est zéro

Aucun seuil de consommation d'alcool sans risque pour le fœtus n'a été établi. La recommandation française reste donc zéro alcool pendant toute la grossesse. L'éthanol franchit le placenta et peut affecter le développement, notamment neurologique².

Cette règle doit rester claire sans produire une conclusion abusive. Si de l'alcool a été consommé avant de savoir que la grossesse avait commencé, ou lors d'un épisode ponctuel, cela ne permet pas de conclure qu'un dommage a eu lieu. La conduite utile est d'arrêter la consommation à partir du moment où elle est identifiée et d'en parler au professionnel de santé si l'exposition a été importante ou inquiète la personne enceinte.

L'entourage peut aider très concrètement : ne pas insister, ne pas minimiser, proposer des boissons sans alcool réellement sans alcool, et ne pas transformer l'abstinence en épreuve sociale.

À faire : ne pas consommer d'alcool ; en cas de difficulté à arrêter, demander de l'aide plutôt que compter uniquement sur la volonté.

3. Tabac : viser l'arrêt, avec aide si nécessaire

Le tabagisme pendant la grossesse augmente plusieurs risques maternels, placentaires et fœtaux. L'objectif est l'arrêt. Mais une dépendance à la nicotine n'est pas un simple manque de discipline : une aide comportementale et, lorsque nécessaire, des substituts nicotiniques peuvent être utilisés pendant la grossesse sous accompagnement professionnel.

Le vapotage ne doit pas être présenté comme une solution anodine de grossesse. Les recommandations françaises déconseillent les produits de vapotage pendant la grossesse ; lorsqu'une substitution est nécessaire, elle doit être discutée avec médecin, sage-femme ou pharmacien³.

L'entourage compte aussi. Une maison et une voiture sans fumée réduisent l'exposition passive et facilitent l'arrêt.

À faire : dire combien on fume réellement ; demander une aide au sevrage ; ne pas attendre d'avoir « réussi seul » pour en parler ; éviter aussi l'exposition régulière à la fumée des autres.

4. Cannabis et autres drogues : parler tôt, sans organiser seul un sevrage complexe

Cannabis, cocaïne, stimulants, opioïdes et autres drogues peuvent affecter la grossesse de façons différentes. La règle générale est d'éviter leur consommation et d'en parler rapidement à l'équipe soignante. Le but n'est pas de punir ni de juger, mais de réduire les risques pour la mère et l'enfant.

Toutes les dépendances ne se gèrent pas de la même façon. En particulier, lorsqu'il existe une dépendance aux opioïdes, un arrêt brutal ou un sevrage improvisé peut lui-même poser problème. Une prise en charge spécialisée, parfois avec traitement de substitution, peut être préférable. C'est précisément pour cela qu'un guide ne doit jamais résumer les addictions à « arrêtez immédiatement et débrouillez-vous »⁴.

À faire : signaler la substance, la fréquence, les mélanges éventuels et la dernière consommation ; demander une orientation en addictologie si nécessaire ; ne pas modifier seul un traitement de substitution.

5. Médicaments : deux règles qui doivent toujours rester ensemble

Première règle : ne pas prendre un médicament de sa propre initiative pendant la grossesse, y compris un produit vendu sans ordonnance, une plante, une huile essentielle ou un complément présenté comme « naturel ».

Deuxième règle, tout aussi importante : ne pas arrêter ni modifier seul un traitement prescrit. Une maladie mal contrôlée peut parfois être plus dangereuse pour la mère ou la grossesse que le médicament lui-même. Le professionnel doit donc évaluer bénéfice, risque, dose et alternative éventuelle⁵.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, dont l'ibuprofène fait partie, illustrent bien pourquoi l'automédication est problématique. En France, ils sont formellement contre-indiqués à partir de 24 semaines d'aménorrhée (début du 6e mois), mais des données internationales signalent déjà un risque rénal fœtal et d'oligoamnios à partir d'environ 20 semaines. Le bon réflexe est donc de ne pas en prendre en automédication pendant la grossesse et de laisser une éventuelle indication au professionnel ; l'aspirine à faible dose spécifiquement prescrite relève d'une autre situation⁶.

À faire : montrer au médecin, à la sage-femme ou au pharmacien tous les médicaments, compléments et produits à base de plantes réellement utilisés ; avant toute nouvelle prise, vérifier sa compatibilité ; ne jamais interrompre seul un traitement chronique.

6. Vitamine B9 : une prévention précoce qui mérite d'être connue

L'acide folique, ou vitamine B9, réduit le risque de certaines anomalies de fermeture du tube neural lorsqu'il est pris au bon moment. Pour la population générale, le repère français et international est de 400 µg par jour, idéalement au moins 4 semaines avant la conception et jusqu'à 12 semaines

d'aménorrhée. Certaines situations à risque élevé peuvent conduire à une dose plus forte — souvent 5 mg/j — sur prescription spécialisée ; ce n'est pas une dose à choisir soi-même⁷.

Beaucoup de grossesses ne sont cependant pas planifiées et certaines personnes découvrent tardivement cette recommandation. Là encore, le bon usage du guide n'est pas de transformer une prévention manquée en culpabilité rétroactive. Si la supplémentation n'a pas été commencée, il faut simplement en parler au professionnel qui suit la grossesse afin de savoir ce qui est encore pertinent selon le terme et la situation.

À faire : vérifier dès le début de grossesse si une supplémentation en B9 a été prescrite et ne pas ajouter soi-même plusieurs compléments contenant vitamines ou oligo-éléments.

7. Prévenir les infections alimentaires réellement évitables

Deux risques sont particulièrement connus pendant la grossesse : la listériose et, chez les femmes non immunisées, la toxoplasmose. Leur prévention repose davantage sur quelques habitudes solides que sur une obsession de la désinfection.

Pour la toxoplasmose, la stratégie dépend du statut immunitaire. Si la femme enceinte n'est pas immunisée, les mesures comprennent notamment une cuisson suffisante de la viande, un lavage soigneux des fruits, légumes et herbes pouvant porter de la terre, l'hygiène des mains après manipulation de viande crue ou jardinage, et des précautions avec la litière des chats. Une personne déjà immunisée n'a pas les mêmes contraintes spécifiques.

Pour la listériose, les points importants concernent surtout la chaîne du froid, la séparation entre aliments crus et prêts à consommer, les dates limites, la cuisson des restes et l'éviction de certains aliments à risque. Le chapitre consacré à l'alimentation donnera la liste pratique ; ici, il faut retenir que la prévention alimentaire est ciblée, pas fondée sur la peur de tout aliment non stérile⁸.

À faire : connaître son statut vis-à-vis de la toxoplasmose ; garder le réfrigérateur suffisamment froid ; respecter les dates limites ; bien séparer cru et cuit ; appliquer les évictions réellement recommandées plutôt qu'inventer des interdictions supplémentaires.

8. Vaccinations : certaines protègent directement le nouveau-né

La vaccination pendant la grossesse n'est pas une catégorie homogène : certains vaccins sont recommandés, d'autres ne le sont pas, et certaines recommandations dépendent de la saison et du terme. Le calendrier doit donc être revérifié pendant chaque grossesse.

En France, en septembre 2026, la vaccination contre la coqueluche est recommandée à chaque grossesse, à partir du deuxième trimestre, de préférence entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée. L'objectif est notamment de transmettre des anticorps au fœtus avant la naissance. La vaccination contre la grippe est recommandée pendant la saison de circulation, quel que soit le trimestre. La vaccination contre le Covid-19 est recommandée dès le premier trimestre selon le calendrier en vigueur. Pour le VRS, le vaccin maternel est recommandé entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée en amont de la période épidémique et jusqu'à sa fin, avec des situations où une protection du nourrisson par anticorps monoclonaux est privilégiée⁹.

Ces informations sont volontairement datées : elles doivent être actualisées avant publication et, dans la vie réelle, vérifiées au moment de la grossesse.

À faire : demander au professionnel qui suit la grossesse quels vaccins sont recommandés maintenant, à quel terme, et lesquels doivent être espacés.

9. Ce qui n'appartient pas au noyau dur

Certaines questions occupent énormément d'espace dans les discussions sur la grossesse alors que leur poids réel est souvent moindre : choisir le produit ménager « parfait », éliminer toute trace de plastique, optimiser chaque heure de sommeil, surveiller chaque émotion, acheter une longue liste de compléments ou suivre des règles alimentaires non officielles.

Ces sujets peuvent parfois justifier une précaution raisonnable. Mais ils viennent après les priorités de ce chapitre. Si une personne évite parfaitement un parfum d'intérieur mais continue à boire régulièrement de l'alcool, si elle achète des compléments coûteux mais ne dit pas à son médecin qu'elle prend un traitement chronique, ou si elle culpabilise pour chaque moment de stress tout en renonçant au suivi psychologique dont elle aurait besoin, la hiérarchie de prévention est inversée.

Le guide conservera donc une règle : on traite d'abord les risques importants et établis, ensuite les habitudes protectrices, puis les expositions secondaires.

La fiche « aujourd'hui »

Pour une grossesse en cours, on peut faire ce contrôle en quelques minutes :

1. J'ai un professionnel ou une équipe qui suit ma grossesse et mes prochains rendez-vous sont organisés.

2. Je ne bois pas d'alcool ; si arrêter est difficile, j'en parle.

3. Si je fume ou consomme une autre substance, le professionnel connaît ma consommation réelle et je dispose d'une stratégie d'aide.

4. Mes médicaments, compléments, plantes et huiles essentielles ont été vérifiés ; je n'arrête pas seul un traitement prescrit.

5. J'ai vérifié la question de la vitamine B9 selon le terme de ma grossesse.

6. Je connais mon statut vis-à-vis de la toxoplasmose et j'applique les règles alimentaires pertinentes.

7. J'ai demandé quels vaccins sont recommandés pendant cette grossesse et à quel moment.

Si ces sept points sont en ordre, une grande partie du noyau de prévention est déjà en place. Les autres chapitres servent ensuite à améliorer le quotidien, pas à reconstruire entièrement la sécurité de la grossesse.

En cas d'écart : corriger, ne pas dramatiser

Une grossesse peut commencer avant d'être connue. Une personne peut avoir bu de l'alcool, fumé, pris un médicament, mangé un aliment déconseillé ou oublié un complément avant de découvrir qu'elle était enceinte. La prévention ne consiste pas à transformer le passé en verdict.

La conduite utile est toujours prospective : identifier précisément l'exposition, arrêter ou modifier ce qui doit l'être avec le bon professionnel, évaluer si un contrôle particulier est nécessaire, puis poursuivre la grossesse avec les mesures adaptées. L'information est utile ; la culpabilité ne remplace aucune prise en charge.

À retenir

Le noyau dur tient en peu de choses : suivi précoce et régulier ; zéro alcool ; aide réelle pour le tabac et les autres addictions ; aucun médicament improvisé et aucun traitement prescrit arrêté seul ; prévention ciblée des infections alimentaires ; vitamine B9 au bon moment ; vaccinations adaptées au terme et à la saison.

Le reste du guide va approfondir chacune de ces dimensions et les habitudes quotidiennes qui les entourent. Mais lorsqu'un conseil futur semble contredire ou noyer ces priorités, c'est cette hiérarchie qu'il faudra conserver.

Notes

1. Ameli — Grossesse : programme de suivi et première consultation.

2. Santé publique France — Zéro alcool pendant la grossesse.

3. Ameli — Tabac et grossesse.

4. Drogues Info Service — Opioides et grossesse ; Ameli — Drogues et grossesse.

5. Ameli — Médicaments et grossesse.

6. Ameli — AINS et antalgiques ; FDA — AINS : éviter à partir d'environ 20 semaines sauf indication médicale ; UKTIS — Ibuprofen/NSAIDs in pregnancy.

7. Anses 2024 — Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par les folates ; WHO — Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects.

8. Ameli — Les aliments à éviter et les précautions d'hygiène pendant la grossesse ; Ameli — Toxoplasmose : gestes de prévention pendant la grossesse.

9. Ameli — Calendrier des vaccinations chez l'adulte et la femme enceinte ; Ameli — Prévenir la bronchiolite : vaccination maternelle contre le VRS ; Ameli — Vaccination contre la grippe 2026-2027.

Sources de référence du chapitre

Anses 2024 — Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par les folates.

WHO — Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects.

FDA — AINS : éviter à partir d'environ 20 semaines sauf indication médicale.

UKTIS — Ibuprofen/NSAIDs in pregnancy.

Ameli — Grossesse : programme de suivi et première consultation.

Santé publique France — Zéro alcool pendant la grossesse.

Ameli — Tabac et grossesse.

Ameli — Drogues et grossesse.

Drogues Info Service — Opioides et grossesse.

Ameli — Médicaments et grossesse.

Ameli — AINS et antalgiques.

Ameli — Les aliments à éviter et les précautions d'hygiène pendant la grossesse.

Ameli — Toxoplasmose : gestes de prévention pendant la grossesse.

Ameli — Calendrier des vaccinations chez l'adulte et la femme enceinte.

Ameli — Prévenir la bronchiolite : vaccination maternelle contre le VRS.

PARTIE II — Le quotidien qui protège

Chapitre 3 — Nourrir la mère et le développement foetal

Manger suffisamment bien, pas manger parfaitement

La grossesse augmente progressivement certains besoins énergétiques et nutritionnels. Elle ne transforme pourtant pas l'alimentation en programme médical permanent. Pour la plupart des grossesses, le socle reste une alimentation variée, suffisamment abondante, construite surtout à partir d'aliments simples et compatible avec l'appétit, le budget, les habitudes culturelles et les éventuels symptômes digestifs.

Deux erreurs sont fréquentes. La première est « manger pour deux », comme si les besoins doublaient. La seconde est l'inverse : chercher à contrôler la prise de poids par une restriction importante. Les besoins énergétiques augmentent surtout à partir du deuxième trimestre, et une grossesse n'est pas le moment d'entreprendre un régime restrictif sans indication et suivi médical.

L'objectif n'est donc pas de remplir chaque jour une grille parfaite. Il est de créer, sur la semaine, une alimentation assez diverse pour couvrir les besoins de la mère et fournir les matériaux nécessaires au développement du fœtus.

La structure d'ensemble avant les micronutriments

Le guide Santé publique France 2026 reprend une structure alimentaire simple : au moins cinq portions de fruits et légumes par jour ; des féculents quotidiennement avec une place régulière aux versions complètes ; des légumes secs au moins deux fois par semaine ; une petite poignée de fruits à coque non salés par jour ; des sources de protéines variées ; du poisson deux fois par semaine dont un poisson gras ; des produits laitiers ou d'autres sources adaptées de calcium ; de l'eau

comme boisson de référence ; et une limitation des aliments très gras, très sucrés, très salés ou ultratransformés¹.

Ces repères sont des directions. Une journée n'a pas besoin de contenir tout ce qui existe dans la liste. C'est la répétition sur plusieurs jours qui permet la diversité.

Une assiette ordinaire peut suffire

Un repas utile n'a pas besoin d'être « spécial grossesse ». Il peut simplement associer un féculent ou des légumes secs, des légumes ou un fruit, une source de protéines, une matière grasse de bonne qualité et de l'eau. Par exemple : lentilles, carottes et œuf bien cuit ; riz, légumes et poisson ; pâtes complètes, sauce tomate et fromage pasteurisé ; semoule, pois chiches et légumes ; soupe, pain complet et yaourt.

Le bénéfice vient davantage de la répétition de ce type d'organisation que de l'achat d'aliments « enrichis pour femmes enceintes ».

La prise de poids est normale et nécessaire

Une grossesse normale s'accompagne d'une prise de poids. Elle correspond au fœtus, au placenta, au liquide amniotique, à l'augmentation du volume sanguin et des tissus maternels, ainsi qu'aux réserves nécessaires à la fin de grossesse et au post-partum.

Des fourchettes de prise de poids selon l'IMC avant grossesse sont encore utilisées en France et par l'OMS comme estimations pratiques. Mais elles ne constituent pas une loi physiologique individuelle. NICE 2025 souligne que le gain pondéral optimal total et par trimestre reste incertain et recommande de centrer les conseils sur une alimentation adaptée et l'activité physique plutôt que sur une pesée répétée sans raison clinique. Le guide ne transforme donc pas une fourchette de kilos en objectif à

atteindre exactement : le suivi du poids sert surtout lorsqu'il existe une préoccupation clinique, une hyperémèse, un diabète gestationnel, une croissance fœtale inhabituelle ou une autre indication².

Il n'existe pas une valeur unique adaptée à toutes les femmes. La corpulence avant la grossesse, une grossesse simple ou multiple, l'état nutritionnel et certaines pathologies modifient la trajectoire souhaitable. La surveillance du poids sert donc à repérer une évolution inadaptée, pas à transformer chaque pesée en jugement.

Une prise insuffisante comme une prise excessive peuvent être associées à des complications. Si le poids devient une source d'angoisse, si l'alimentation est volontairement très restreinte, s'il existe des crises alimentaires ou des antécédents de trouble du comportement alimentaire, il faut l'intégrer explicitement au suivi de grossesse.

Les nutriments qui méritent une attention particulière

La plupart des nutriments doivent venir d'abord d'une alimentation diversifiée. Quelques-uns méritent cependant une attention particulière parce que les besoins augmentent, que les apports peuvent être insuffisants ou que le moment de l'apport compte.

Vitamine B9 : le complément qui n'est pas comme les autres

La vitamine B9, ou acide folique, intervient très tôt dans le développement du système nerveux embryonnaire. Pour la population générale, les recommandations françaises et l'OMS utilisent 400 µg par jour, idéalement au moins 4 semaines avant la conception et jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. Certaines situations à risque élevé justifient une dose supérieure prescrite

médicalement — souvent 5 mg/j — mais cette forte dose ne doit pas être choisie en automédication³.

Les légumes à feuilles, légumes secs, fruits à coque et d'autres aliments apportent naturellement des folates, mais l'alimentation seule ne remplace pas la supplémentation recommandée autour de la conception.

Si la grossesse est déjà avancée et que la B9 n'a pas été prise, cela ne sert à rien de reconstruire mentalement les semaines passées. Il faut simplement signaler la situation au professionnel et suivre les recommandations correspondant au terme actuel.

Fer : davantage de besoins, mais pas de supplément systématique à l'aveugle

Les besoins en fer augmentent pendant la grossesse, notamment parce que le volume sanguin maternel augmente et que le fœtus constitue ses propres réserves. Les légumes secs, viandes, poissons et d'autres aliments contribuent aux apports.

Les données ne conduisent pas partout à la même stratégie. L'OMS recommande à l'échelle mondiale une supplémentation quotidienne de 30 à 60 mg de fer élémentaire pendant la grossesse. La revue Cochrane 2024 montre qu'une supplémentation quotidienne réduit l'anémie et la carence en fer maternelles à terme, mais que ses effets sur la prématurité, la mortalité néonatale et plusieurs autres issues sont faibles, nuls ou incertains. Les recommandations françaises 2026 privilégient davantage une évaluation individuelle par médecin ou sage-femme. Pour ce guide destiné principalement à la France, le fer reste donc une supplémentation à décider selon le contexte, l'alimentation, les résultats biologiques et les facteurs de risque, tout en reconnaissant qu'une stratégie universelle est

recommandée par l'OMS dans d'autres contextes de santé publique⁴.

Pour le fer végétal, associer au repas des aliments riches en vitamine C peut favoriser son absorption. À l'inverse, boire du thé au moment du repas ou juste autour peut la réduire.

Iode : important très tôt, sans multiplier les compléments

Les besoins en iode augmentent pendant la grossesse. L'iode participe au fonctionnement de la thyroïde maternelle et au développement cérébral du fœtus. Les principales sources alimentaires comprennent les poissons de mer, certains produits laitiers, les œufs et le sel iodé.

Cela ne justifie pas de consommer beaucoup de sel : lorsque du sel est utilisé, le choix d'un sel iodé permet simplement de contribuer aux apports. Les référentiels internationaux ne traduisent pas tous l'augmentation des besoins de la même façon : l'OMS vise environ 250 µg d'iode par jour au total pendant la grossesse, tandis que l'American Thyroid Association recommande aux États-Unis un supplément quotidien de 150 µg dans un contexte où les apports sont souvent jugés insuffisants. L'excès d'iode peut lui-même perturber la thyroïde maternelle ou fœtale. Le guide ne retient donc pas une supplémentation universelle improvisée : alimentation, usage du sel iodé, contexte alimentaire et éventuelle maladie thyroïdienne doivent être pris en compte avec le professionnel⁵.

Calcium et vitamine D : penser aux sources régulières

Le calcium participe notamment à la construction du squelette fœtal. Mais la grossesse n'augmente pas, selon l'EFSA, la valeur nutritionnelle de référence par rapport à l'adulte du même âge : l'organisme augmente notamment son absorption. La référence européenne est d'environ 1 000 mg/j entre 18 et 24

ans et 950 mg/j à partir de 25 ans, grossesse comprise. Les produits laitiers sont une source pratique de calcium, mais pas une obligation biologique. Santé publique France 2026 utilise un repère de deux produits laitiers par jour alors qu'Ameli en mentionne encore trois : le guide ne transforme aucun de ces nombres en seuil scientifique. L'objectif est plutôt d'avoir chaque jour des sources suffisantes de calcium — produits laitiers si consommés, certaines eaux riches en calcium, aliments enrichis, poissons avec arêtes comestibles, légumes secs, fruits à coque et autres sources adaptées⁶.

La vitamine D facilite notamment l'utilisation du calcium. Elle est apportée en partie par l'alimentation — surtout certains poissons gras — et produite par la peau sous l'action du soleil. Les recommandations internationales divergent sur une supplémentation systématique : l'OMS ne recommande pas de supplémenter toutes les femmes enceintes dans le seul but d'améliorer les issues maternelles et périnatales, tandis que certains pays utilisent plus largement des suppléments. Le guide conserve donc une décision individualisée selon alimentation, exposition, facteurs de risque, éventuelle carence et pratique clinique, sans faire de l'exposition solaire un traitement⁷.

Vitamine B12 : incontournable en alimentation végétane

La vitamine B12 se trouve naturellement dans les aliments d'origine animale. Une alimentation végétane expose donc à une carence si elle n'est pas supplémentée correctement. Pendant la grossesse, ce point ne doit pas être laissé au hasard : le guide Santé publique France indique qu'une supplémentation en B12 est très importante en lien avec le professionnel de santé⁸.

Une alimentation végétarienne peut tout à fait être variée, mais elle mérite également une attention particulière aux apports en fer, iode, calcium, protéines et vitamine B12 selon la

place réelle des œufs et produits laitiers. Une alimentation végétane nécessite une organisation nutritionnelle et une supplémentation plus rigoureuses.

Choline : un besoin augmenté, sans supplémentation systématique démontrée

La choline participe notamment à la structure des membranes cellulaires, au métabolisme des groupements méthyle et à la synthèse de l'acétylcholine. L'EFSA fixe un apport adéquat de 480 mg/j pendant la grossesse, contre 400 mg/j chez l'adulte non enceinte.

Les œufs, viandes, poissons, produits laitiers, légumineuses et certaines céréales contribuent aux apports. Une alimentation qui exclut plusieurs de ces groupes peut justifier une attention particulière.

Cela ne conduit pas à recommander un complément de choline à toutes les femmes enceintes. Une revue systématique 2025 des essais randomisés et études observationnelles conclut que les données humaines sont encore insuffisantes pour affirmer qu'augmenter la choline par supplément améliore le neurodéveloppement de l'enfant. Le guide retient donc un objectif alimentaire plutôt qu'un nouveau produit « grossesse »⁹.

Soja : une précaution française qui n'est pas un consensus international

La France adopte en 2026 une position particulièrement prudente : Santé publique France recommande de ne pas consommer d'aliments ou boissons à base de soja pendant la grossesse et l'allaitement en raison de leurs isoflavones. Cette recommandation s'appuie notamment sur l'évaluation Anses 2025, qui a fixé pour les femmes enceintes et en âge de procréer une valeur toxicologique de référence très basse — 0,01 mg/kg/j d'isoflavones en équivalent aglycone — à partir d'effets

reproductifs retenus dans l'évaluation toxicologique et de facteurs d'incertitude.

Cette position n'est toutefois pas un consensus international ni la démonstration qu'une portion ordinaire de tofu est tératogène. Le Canada inclut explicitement les boissons de soja enrichies, le tofu et les fèves de soja parmi les aliments protéinés compatibles avec une alimentation saine pendant la grossesse. En septembre 2026, le Committee on Toxicity britannique a également relevé que les valeurs limites proposées par différentes autorités varient fortement et que la valeur Anses n'est pas actuellement endossée par ce comité. Les données humaines disponibles pendant la grossesse restent surtout observationnelles et ne montrent pas un schéma cohérent de dommage clinique lié à la consommation alimentaire habituelle de soja¹⁰.

Pour un guide destiné principalement à la France, la conduite retenue est donc prudente sans être alarmiste : ne pas faire du soja un aliment quotidien indispensable pendant la grossesse, éviter les compléments ou extraits concentrés d'isoflavones, et suivre la recommandation française lorsque cela est facilement compatible avec l'alimentation. Une consommation occasionnelle de tofu ou d'un autre aliment au soja ne constitue pas pour autant une exposition toxique démontrée et ne justifie pas d'inquiétude rétroactive. Pour une alimentation végétane ou très dépendante du soja, supprimer brutalement une source importante de protéines ou de calcium sans remplacement est une mauvaise stratégie : organiser des alternatives avec un professionnel de nutrition est préférable.

Poisson : utile, mais choisir et varier

Le poisson apporte notamment protéines, iode, vitamine D et acides gras oméga-3. Le guide français 2026 recommande d'en

consommer deux fois par semaine, dont une fois un poisson gras, en variant les espèces et les lieux d'approvisionnement.

La grossesse n'est donc pas une raison pour supprimer tous les poissons. Il faut plutôt sélectionner les espèces et respecter les règles de cuisson. Certains grands poissons prédateurs accumulent davantage de mercure et sont à éviter ou à limiter ; les poissons crus, fumés ou marinés posent par ailleurs des questions de sécurité microbiologique qui seront détaillées au chapitre suivant.

Parmi les poissons couramment favorisés figurent notamment sardine, maquereau, hareng, saumon, truite, colin, cabillaud, merlan ou sole, correctement cuits. Les recommandations françaises demandent de limiter notamment le thon et plusieurs espèces prédatrices, et d'éviter certains très grands prédateurs tels que l'espadon, le marlin ou le requin¹¹.

Les compléments : moins simples qu'ils en ont l'air

Une boîte portant les mots « grossesse », « naturel » ou « maternité » n'est pas automatiquement utile. Des compléments peuvent contenir plusieurs vitamines et minéraux, parfois en quantités élevées, et plusieurs produits pris en parallèle peuvent se cumuler.

En dehors de la vitamine B9 normalement prescrite autour du début de grossesse, les autres compléments ne doivent pas être empilés automatiquement. Certains ont une indication claire dans des contextes précis, et les stratégies de population diffèrent entre pays. Le calcium illustre l'intérêt de rester critique : la mise à jour Cochrane 2025 conclut, dans les grands essais les plus fiables, à peu ou pas d'effet d'une supplémentation calcique générale sur la pré-éclampsie ou la prématurité. Le guide ne recommande donc pas le calcium en supplément comme prévention universelle. Les aliments

enrichis spécifiquement destinés aux femmes enceintes n'ont pas non plus d'intérêt particulier si l'alimentation couvre les besoins¹².

Le foie et les produits à base de foie illustrent le problème inverse : ils contiennent beaucoup de fer mais aussi beaucoup de vitamine A préformée, dont des doses élevées peuvent être tératogènes. Ils sont donc déconseillés pendant la grossesse malgré leur image d'aliment « nutritif »¹³.

Quand les nausées rendent les recommandations théoriques

Au premier trimestre, les nausées, dégoûts et vomissements peuvent rendre irréaliste une alimentation idéale. Dans ce cas, l'objectif immédiat devient souvent plus simple : réussir à manger et boire suffisamment.

Des petites prises alimentaires plus fréquentes, éviter de rester longtemps l'estomac vide, choisir des aliments froids lorsque les odeurs déclenchent les nausées et boire davantage entre les repas peuvent aider. Pendant quelques semaines, une alimentation répétitive mais tolérée peut être plus utile qu'un menu parfait impossible à avaler.

En revanche, des vomissements importants ou persistants, une incapacité à boire, une perte de poids ou des signes de déshydratation nécessitent un avis médical. L'hygiène de vie cesse alors d'être la réponse principale¹⁴.

Budget : bien manger ne doit pas supposer des produits spécialisés

Une alimentation adaptée à la grossesse peut être construite avec des aliments ordinaires et peu coûteux : légumes secs, œufs bien cuits, sardines ou maquereaux en conserve adaptés, légumes surgelés nature, fruits et légumes de saison, céréales et féculents, yaourts ou autres sources de calcium, noix ou amandes en petite quantité.

Les produits estampillés « grossesse » ne sont pas une catégorie nécessaire. Le budget est mieux utilisé à sécuriser une alimentation suffisamment abondante et variée qu'à acheter des aliments fonctionnels ou compléments non indiqués.

La fiche pratique d'une semaine alimentaire

Plutôt que compter chaque nutriment, vérifier sur une semaine :

1. Des fruits et légumes apparaissent plusieurs fois par jour et sont correctement lavés.

2. Les féculents sont présents régulièrement, avec une part de céréales complètes ou semi-complètes.

3. Des légumes secs sont consommés plusieurs fois dans la semaine.

4. Les protéines varient : œufs bien cuits, poissons, légumineuses, volailles ou autres viandes selon les habitudes.

5. Le poisson apparaît environ deux fois dans la semaine, avec une espèce grasse une fois et des espèces variées.

6. Des sources de calcium sont présentes chaque jour. Les produits laitiers peuvent y contribuer, mais le nombre de portions n'est pas utilisé comme seuil biologique ; l'objectif est de couvrir globalement les besoins par les sources réellement consommées.

7. Les matières grasses ne sont pas supprimées ; huiles de colza, noix ou olive peuvent avoir leur place.

8. L'eau reste la boisson de base.

9. Les compléments réellement pris sont connus du professionnel de santé.

10. Si l'alimentation est végétalienne, la supplémentation en B12 et l'équilibre global sont suivis.

Cette fiche sert à repérer les grands manques éventuels de l'alimentation réelle, pas à noter chaque journée.

À retenir

Pendant la grossesse, l'alimentation doit d'abord être suffisante, variée et praticable. La qualité générale des repas compte davantage que la recherche d'un aliment miracle. Les besoins en certains nutriments augmentent, mais la plupart des compléments ne doivent pas être pris automatiquement. La vitamine B9 occupe une place particulière au début de la grossesse ; le fer, la vitamine D, l'iode et d'autres suppléments dépendent davantage de la situation individuelle. Une alimentation végétane nécessite une attention médicale et une supplémentation en vitamine B12.

Le chapitre suivant traitera séparément de la sécurité alimentaire : ce qu'il faut réellement éviter, ce qu'il suffit de cuire ou laver, et ce qui relève surtout de règles transmises sans fondement.

Notes

1. Santé publique France / Manger Bouger — De la grossesse à l'arrivée de bébé, avec sérénité, 2026.

2. NICE 2025 — Maternal and child nutrition: weight management in pregnancy ; Ameli — Grossesse : quelle prise de poids ?, 2026.

3. Anses 2024 — Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par les folates ; WHO — Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects.

4. WHO — Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy ; Cochrane — Daily oral iron supplementation during pregnancy, 2024.

5. [WHO/UNICEF — Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children](#) ; American Thyroid Association — Iodine and pregnancy; guideline update 2026.

6. EFSA — Scientific Opinion on Dietary Reference Values for calcium, 2015 ; Santé publique France / Manger Bouger 2026 ; Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026.

7. WHO — Vitamin D supplementation during pregnancy.

8. Santé publique France / Manger Bouger 2026 ; Ameli — Alimentation végétarienne : effets sur la santé et repères de consommation.

9. EFSA — Dietary Reference Values for choline, 2016 ; Systematic review 2025 — Choline during pregnancy and child neurodevelopment.

10. Anses 2025 — Évaluation du risque sanitaire des isoflavones ; Santé publique France 2026 — précaution vis-à-vis du soja ; Santé Canada — Healthy eating when pregnant and breastfeeding ; UK Committee on Toxicity 2026 — Phytoestrogens in the maternal diet.

11. Santé publique France / Manger Bouger 2026 ; Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026.

12. Cochrane — Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders, mise à jour 2025.

13. Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026.

14. Ameli — Nausées, vomissements, remontées acides et constipation lors de la grossesse, 2026.

[Sources de référence du chapitre](#)

[Anses 2025 — Évaluation du risque sanitaire des isoflavones.](#)

[Santé publique France 2026 — Grossesse : précaution vis-à-vis des aliments au soja.](#)

[Santé Canada — Healthy eating when pregnant and breastfeeding : tofu, soja et boissons enrichies.](#)

[UK Committee on Toxicity 2026 — Phytoestrogens in the maternal diet, discussion paper.](#)

[NICE 2025 — Maternal and child nutrition: weight management in pregnancy.](#)

[Anses 2024 — Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par les folates.](#)

[WHO — Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects.](#)

[EFSA — Dietary Reference Values for choline, 2016.](#)

[Systematic review 2025 — Choline during pregnancy and child neurodevelopment.](#)

[Santé publique France / Manger Bouger — De la grossesse à l'arrivée de bébé, avec sérénité, 2026.](#)

[Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026.](#)

[Ameli — Grossesse : quelle prise de poids ?, 2026.](#)

[Ameli — Nausées, vomissements, remontées acides et constipation lors de la grossesse, 2026.](#)

[Ameli — Alimentation végétarienne : effets sur la santé et repères de consommation.](#)

[Anses — Actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes enceintes ou allaitantes.](#)

[EFSA — Scientific Opinion on Dietary Reference Values for calcium, 2015.](#)

[Cochrane — Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders, mise à jour 2025.](#)

[WHO — Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy.](#)

[Cochrane — Daily oral iron supplementation during pregnancy, 2024.](#)

[WHO — Vitamin D supplementation during pregnancy.](#)

[American Thyroid Association — Iodine and pregnancy: guideline update 2026.](#)

Chapitre 4 — Manger sans s’empoisonner

Le vrai problème : tous les risques alimentaires ne se ressemblent pas

Pendant la grossesse, les conseils alimentaires mélangent souvent des risques très différents : bactéries, parasites, virus, contaminants chimiques et simples précautions nutritionnelles. Cette confusion produit des listes interminables d’aliments « interdits » sans expliquer pourquoi.

Une règle de sécurité utile doit répondre à quatre questions : quel danger cherche-t-on à éviter ? quelle est sa gravité réelle pendant la grossesse ? quels aliments ou pratiques concentrent réellement le risque ? et quelle action réduit ce risque de manière proportionnée ?

Ce chapitre distingue donc les grands mécanismes au lieu d’empiler les interdits.

1. Listeria : rare, mais à prendre au sérieux

La listériose est rare, mais elle peut être grave pendant la grossesse parce que l’infection maternelle peut atteindre le placenta, le fœtus ou le nouveau-né. Le point important n’est pas seulement « cru contre cuit ». Listeria pose surtout problème dans certains aliments prêts à consommer, humides,

réfrigérés et consommés sans nouvelle cuisson, car la bactérie peut survivre et même se multiplier au froid¹.

Les aliments régulièrement associés au risque comprennent certaines charcuteries prêtes à consommer, poissons fumés réfrigérés, aliments servis à la coupe, pâtés et rillettes réfrigérés, certains fromages mous et certains aliments réfrigérés prêts à consommer. Les légumes crus peuvent aussi être contaminés, d'où l'importance du lavage.

Une cuisson suffisante détruit *Listeria*. Le problème peut cependant revenir après cuisson par contamination lors de la découpe, de l'emballage ou de la conservation.

Pasteurisé ne veut pas dire risque zéro

La pasteurisation réduit fortement le risque lié au lait cru, mais elle ne protège pas contre une contamination qui survient ensuite. Des flambées de listériose ont été liées à des fromages mous fabriqués avec du lait pasteurisé. C'est pourquoi le type de produit, sa teneur en eau, sa durée de conservation et le fait qu'il soit consommé sans cuisson comptent aussi.

En pratique, la texture et la teneur en eau comptent autant que la seule mention « lait cru ». Les fromages mous et humides permettent beaucoup mieux la survie ou la croissance de *Listeria* que les pâtes dures longuement affinées. Les recommandations françaises 2026 restent prudentes et demandent d'éviter les fromages au lait cru, surtout à pâte molle. Le NHS britannique considère en revanche comme compatibles pendant la grossesse des pâtes dures telles que cheddar, gruyère ou parmesan même lorsqu'elles sont fabriquées avec du lait non pasteurisé. Cette divergence reflète une différence de niveau de précaution plus qu'une équivalence microbiologique entre tous les fromages. Pour un guide destiné principalement à la France, la règle simple reste d'éviter les

fromages mous au lait cru et les fromages mous à croûte fleurie ou persillée consommés froids ; les pâtes dures au lait cru sont biologiquement de moindre risque, mais la recommandation française reste plus conservatrice. Une cuisson jusqu'à ce que le fromage soit bien chaud réduit fortement le risque².

La règle la plus efficace n'est probablement pas « désinfecter tout »

La recommandation française mentionne parfois une désinfection régulière du réfrigérateur à l'eau de Javel. Le principe important est surtout de contrôler la croissance et la transmission bactériennes : réfrigérateur froid, aliments protégés, séparation du cru et du prêt-à-manger, respect des dates limites, nettoyage des salissures, lavage des mains et consommation rapide après ouverture.

Le guide retient donc ces fonctions plutôt qu'une fréquence rituelle de désinfection non individualisée. Un réfrigérateur propre à 4 °C ou moins et une bonne gestion des aliments prêts à consommer sont plus importants qu'un calendrier rigide de nettoyage³.

2. Toxoplasmose : le statut immunitaire change complètement la conduite

La toxoplasmose constitue un cas particulier. Les précautions spécifiques contre une primo-infection concernent surtout les femmes enceintes non immunisées. Une sérologie réalisée pendant le suivi permet de savoir si ces mesures doivent être renforcées.

Chez une femme non immunisée, les principales voies évitables sont la viande crue ou insuffisamment cuite, certains produits carnés crus ou peu transformés, les fruits et légumes contaminés par de la terre, le jardinage ou la manipulation de terre souillée, et certains contacts avec des déjections de chat.

Une méta-analyse confirme que la consommation de viande crue ou insuffisamment cuite augmente le risque d'infection. Des études européennes ont également identifié la terre et les viandes peu cuites comme facteurs importants⁴.

Le chat n'est pas l'ennemi

Dire à une femme enceinte « évitez les chats » est trop grossier. Le risque vient du parasite excrété dans les selles de certains chats et devenu infectieux après un délai dans l'environnement, pas du simple fait de vivre avec un chat.

Une grande étude européenne n'a pas retrouvé le simple contact avec les chats comme facteur majeur, alors que la viande insuffisamment cuite et la terre ressortaient nettement. D'autres études trouvent parfois une association avec la possession d'un chat, ce qui montre surtout que le contexte d'exposition compte.

La conduite raisonnable est donc : si possible, laisser quelqu'un d'autre changer la litière ; sinon utiliser des gants, se laver les mains et nettoyer la litière quotidiennement. Le parasite met généralement un à plusieurs jours après excrétion avant de devenir infectieux. Garder le chat à l'intérieur et ne pas lui donner de viande crue réduit aussi son risque d'infection⁵.

Viande, terre et légumes : les priorités réelles

Pour une femme non immunisée : cuire suffisamment la viande, ne pas goûter de viande crue pendant la préparation, laver soigneusement les fruits, légumes et herbes consommés crus, porter des gants pour jardiner et se laver les mains après contact avec la terre.

La prévention doit rester proportionnée : il n'est pas nécessaire de vivre dans un environnement stérile. Il faut surtout éviter l'ingestion du parasite.

3. Salmonella : plus fréquente que la listériose, mais un autre type de risque

La salmonellose provoque surtout une gastro-entérite, parfois sévère. Pendant la grossesse, la déshydratation, la fièvre ou une infection importante peuvent devenir problématiques, même si le mécanisme n'est pas le même que pour la listériose.

Les sources classiques sont les œufs crus ou insuffisamment cuits, certaines préparations maison à base d'œuf cru, la volaille insuffisamment cuite, les viandes hachées insuffisamment cuites et certains produits contaminés.

En France, le repère prudent reste de bien cuire les œufs pendant la grossesse. Le Royaume-Uni autorise certains œufs crus ou coulants lorsqu'ils répondent à un dispositif sanitaire particulier — le « British Lion » — mais cette exception dépend d'un système de production et de contrôle spécifique et ne doit pas être transposée automatiquement à la France⁶.

Les préparations industrielles utilisant des ovoproduits pasteurisés n'ont pas le même risque qu'une mayonnaise ou une mousse au chocolat maison réalisée avec des œufs crus.

4. Poisson cru : congeler ne résout pas tous les problèmes

Pour certaines personnes, la règle « poisson cru = interdit » semble excessive parce que la congélation peut tuer des parasites tels qu'Anisakis. C'est vrai pour certains parasites lorsqu'une congélation adaptée est réalisée. Mais cela ne règle pas le risque bactérien, notamment *Listeria*, et ne transforme donc pas automatiquement un poisson cru en aliment à faible risque pendant la grossesse.

Les recommandations françaises restent de ne pas consommer de poissons crus, fumés ou marinés ni de coquillages crus pendant la grossesse. Cette prudence combine plusieurs dangers différents : bactéries, parasites et contamination après transformation⁷.

Le guide retiendra donc une règle simple : pendant la grossesse, privilégier les poissons cuits à cœur. La congélation peut être une mesure de maîtrise parasitaire dans d'autres contextes, mais elle ne remplace pas la cuisson pour la stratégie globale de sécurité alimentaire pendant la grossesse.

5. Poisson et mercure : ne pas résoudre un risque en créant une carence

Le méthylmercure est un contaminant neurotoxique qui s'accumule davantage dans les grands poissons prédateurs. Mais le poisson apporte aussi protéines, iode, vitamine D et acides gras utiles au développement. Supprimer tous les poissons pour éviter le mercure serait donc une mauvaise réponse.

La stratégie consiste à varier les espèces, privilégier les poissons moins contaminés et conserver environ deux portions de poisson par semaine, dont un poisson gras, si cela correspond à l'alimentation de la personne. Les grands prédateurs comme espadon, marlin, requin et espèces comparables sont à éviter pendant la grossesse ; plusieurs autres prédateurs, dont le thon, sont à limiter⁸.

Ici, le risque est surtout dose-dépendant et chronique : il ne faut pas interpréter une portion occasionnelle d'un poisson plus contaminé comme un événement toxique certain.

6. Les aliments servis à la coupe et les plats prêts à manger

Les aliments à la coupe posent une question différente du simple ingrédient : ils sont manipulés, tranchés et stockés dans un environnement où une contamination croisée peut survenir. Les données sur *Listeria* montrent que les équipements de découpe et les surfaces peuvent participer à la contamination des charcuteries, fromages et autres aliments prêts à manger⁹.

Pendant la grossesse, lorsque deux produits sont équivalents, un produit préemballé récemment ouvert et conservé correctement peut présenter un avantage pratique par rapport à un produit découpé à la demande et conservé plusieurs jours. Cela ne transforme pas tous les produits préemballés en aliments sûrs : l'étiquette, la température, la date limite et le temps après ouverture comptent toujours.

7. Ce qui mérite une règle simple à la maison

Quelques gestes couvrent une grande partie des risques alimentaires :

1. Se laver les mains avant de cuisiner et après manipulation de viande, poisson ou œufs crus.
2. Séparer les aliments crus des aliments prêts à manger.
3. Garder le réfrigérateur à environ 4 °C ou moins et vérifier réellement sa température.
4. Respecter les dates limites et consommer rapidement les produits fragiles après ouverture.
5. Décongeler au réfrigérateur plutôt que sur le plan de travail.
6. Bien cuire les viandes, volailles, viandes hachées, poissons et œufs lorsque le risque infectieux le justifie.

7. Laver soigneusement fruits, légumes et herbes consommés crus.

8. Réchauffer les restes jusqu'à ce qu'ils soient bien chauds et éviter de les garder plusieurs jours¹⁰.

Cette liste protège davantage que de mémoriser cinquante aliments interdits.

8. Fiche pratique : que faire avec cet aliment ?

VIANDE CRUE OU SAIGNANTE — À ÉVITER, surtout si toxoplasmose non immunisée ; cuire suffisamment.

VIANDE HACHÉE — À CUIRE À CŒUR.

CHARCUTERIE CRUE OU SÈCHE — PRUDENCE RENFORCÉE ; risque toxoplasmose et/ou bactérien selon le produit ; éviter si non immunisée sauf traitement fiable et recommandation spécifique.

PÂTÉS, RILLETES, PRODUITS EN GELÉE RÉFRIGÉRÉS — À ÉVITER OU À REMPLACER PAR DES PRODUITS AYANT UNE ÉTAPE DE CUISSON JUSTE AVANT CONSOMMATION.

JAMBON CUIT / CHARCUTERIE PRÊTE À MANGER — RISQUE LISTERIA NON NUL ; préférer une consommation très fraîche ou une recuisson lorsqu'elle est possible.

ŒUFS CRUS OU COULANTS — À ÉVITER EN FRANCE PENDANT LA GROSSESSE ; préférer des œufs bien cuits ou des préparations avec ovoproduits pasteurisés.

POISSON CRU, SUSHI, CEVICHE, TARTARE — À ÉVITER ; la congélation ne couvre pas tous les risques.

POISSON FUMÉ RÉFRIGÉRÉ — À ÉVITER EN CONSOMMATION FROIDE ; une cuisson ultérieure suffisante change le risque.

COQUILLAGES CRUS — À ÉVITER.

FROMAGE DUR — RISQUE MICROBIOLOGIQUE GLOBALEMENT FAIBLE dans de bonnes conditions de conservation ; les pâtes dures sont biologiquement moins favorables à *Listeria*. La recommandation française reste plus conservatrice si le lait est cru.

FROMAGE MOU AU LAIT CRU / À CROÛTE FLEURIE OU PERSILLÉ — À ÉVITER FROID ; une cuisson complète jusqu'à cœur bien chaud réduit fortement le risque.

FROMAGE MOU PASTEURISÉ — RISQUE PLUS FAIBLE MAIS NON NUL ; l'humidité, la coupe et la durée de conservation comptent ; cuit bien chaud = risque fortement réduit.

LAIT CRU — À ÉVITER.

FRUITS, LÉGUMES, HERBES CRUS — OUI, MAIS BIEN LAVÉS ; précaution particulièrement importante si non immunisée contre la toxoplasmose.

GRAINES GERMÉES CRUES — À ÉVITER.

RESTES MAISON — OUI S'ILS ONT ÉTÉ RAPIDEMENT REFROIDIS, BIEN CONSERVÉS ET RÉCHAUFFÉS À CŒUR ; ne pas les conserver inutilement longtemps.

9. Quand une exposition a déjà eu lieu

Avoir mangé une fois un fromage à risque, un œuf coulant ou un morceau de viande insuffisamment cuit ne signifie pas qu'une infection a eu lieu. La plupart des expositions ne conduisent pas à une maladie.

La conduite dépend du danger. Une exposition à la toxoplasmose peut parfois justifier une surveillance sérologique chez une femme non immunisée selon le contexte. Pour *Listeria*, un aliment à risque sans symptôme ne signifie pas qu'un traitement est automatiquement nécessaire ; en revanche, fièvre, symptômes grippaux ou digestifs après une exposition

préoccupante pendant la grossesse doivent conduire à demander rapidement un avis médical. Pour une intoxication alimentaire avec vomissements ou diarrhée importants, la déshydratation et la fièvre sont également des raisons de consulter¹¹.

Le bon réflexe est : identifier l'aliment, la date, la quantité approximative et les symptômes éventuels, puis demander conseil si la situation le justifie. Ne pas transformer l'exposition en diagnostic.

10. Éviter les règles alimentaires trop générales

Le guide ne retiendra pas automatiquement : une fréquence arbitraire de désinfection du réfrigérateur ; l'idée que tout fromage pasteurisé est sans risque ; l'idée inverse que tous les fromages sont dangereux ; l'interdiction de vivre avec un chat ; la suppression générale du poisson ; ou une liste d'interdits identique pour les femmes immunisées et non immunisées contre la toxoplasmose.

À chaque fois, le mécanisme et le niveau de risque doivent expliquer la règle.

À retenir

Les grandes règles sont finalement peu nombreuses : maîtriser le froid, séparer cru et prêt-à-manger, cuire ce qui doit l'être, laver correctement les végétaux, réduire les aliments prêts à consommer les plus associés à *Listeria*, adapter les précautions toxoplasmose au statut immunitaire et conserver le poisson tout en choisissant les espèces.

La sécurité alimentaire pendant la grossesse n'exige pas une cuisine stérile. Elle exige surtout de comprendre où se concentrent réellement les risques.

Notes

1. Santé publique France — Listériose : maladie et surveillance ; EFSA — Listeria, mise à jour 2026 ; Umbrella review — Listeriosis in pregnancy.

2. NHS — Foods to avoid in pregnancy: hard and soft cheeses ; Review — Cheese microbial risk assessments: moisture, pH and pathogen risk ; Review 2025 — Grana Padano / Parmigiano Reggiano production and pathogen reduction ; recommandations françaises 2026 via Santé publique France / Ameli.

3. Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026 ; Santé publique France / Manger Bouger — Guide grossesse 2026, sécurité alimentaire.

4. Systematic review and meta-analysis — Exposure to Toxoplasma gondii through raw or undercooked meat ; Cook et al. — European multicentre case-control study.

5. CDC — Preventing Toxoplasmosis, 2025 ; Cook et al. — Sources of toxoplasma infection in pregnant women.

6. Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026 ; NHS — Foods to avoid in pregnancy.

7. Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026 ; CDC — Safer Food Choices for Pregnant Women, 2025.

8. Santé publique France / Manger Bouger — Guide grossesse 2026, sécurité alimentaire ; Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026.

9. Review — Listeria monocytogenes in ready-to-eat foods and regulatory risk approaches, 2026.

10. Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026 ; Santé publique France / Manger Bouger — Guide grossesse 2026, sécurité alimentaire.

11. Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026 ; CDC — Safer Food Choices for Pregnant Women, 2025 ; CDC — Preventing Toxoplasmosis, 2025.

Sources de référence du chapitre

NHS — Foods to avoid in pregnancy: hard and soft cheeses.

Review — Cheese microbial risk assessments: moisture, pH and pathogen risk.

Review 2025 — Grana Padano / Parmigiano Reggiano production and pathogen reduction.

Santé publique France / Manger Bouger — Guide grossesse 2026, sécurité alimentaire.

Ameli — Aliments à éviter et précautions d'hygiène pendant la grossesse, 2026.

Santé publique France — Listériose : maladie et surveillance.

Santé publique France — Salmonellose : maladie et prévention.

CDC — Safer Food Choices for Pregnant Women, 2025.

CDC — Preventing Toxoplasmosis, 2025.

EFSA — Listeria, mise à jour 2026.

Cook et al. — Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study.

Systematic review and meta-analysis — Exposure to Toxoplasma gondii through raw or undercooked meat.

Umbrella review — Listeriosis in pregnancy.

Chapitre 5 — Boire : eau, caféine et boissons particulières

L'eau d'abord, sans transformer l'hydratation en compétition

La grossesse augmente légèrement les besoins en eau. L'EFSA propose un apport total d'environ 2,3 litres d'eau par jour pendant la grossesse, dont une partie vient naturellement des aliments ; cela correspond grossièrement à environ 1,5 litre ou davantage sous forme de boissons chez beaucoup de personnes. Les besoins réels varient avec la chaleur, l'activité physique, l'alimentation, les vomissements, la fièvre et certaines maladies¹.

Le bon objectif n'est donc pas de forcer plusieurs litres d'eau par principe. Il est de boire régulièrement, davantage en cas de chaleur ou de pertes, et de surveiller les situations où l'hydratation devient difficile. Une urine très foncée, une soif importante, des vertiges, des vomissements répétés ou l'incapacité à garder les liquides peuvent signaler une hydratation insuffisante.

L'eau du robinet potable convient. Une eau en bouteille n'est pas automatiquement plus saine. Les eaux gazeuses sont compatibles avec la grossesse mais peuvent aggraver ballonnements ou reflux chez certaines personnes.

1. Caféine : un plafond prudent, pas une frontière biologique certaine

La caféine traverse le placenta. Sa métabolisation maternelle ralentit au cours de la grossesse et le fœtus dispose de capacités limitées pour l'éliminer. Les études observationnelles ont souvent associé des consommations plus élevées à certaines issues défavorables, notamment un poids de naissance plus faible ou une perte de grossesse. Plusieurs méta-analyses

décrivent des relations dose-réponse, mais ces études sont difficiles à interpréter parfaitement : tabagisme, nausées, habitudes alimentaires et autres facteurs peuvent confondre les associations².

À l'inverse, une étude utilisant la randomisation mendélienne n'a pas retrouvé d'effet causal clair de la consommation de café sur la fausse couche sporadique, la mort fœtale, la prématurité ou l'âge gestationnel. Cette méthode a elle-même des limites et ne permet pas de conclure que toute dose est sans risque³.

Le résultat pratique est donc moins simple qu'un chiffre unique.

Pourquoi le guide retient 200 mg par jour comme repère prudent

L'EFSA estime que des apports totaux jusqu'à 200 mg de caféine par jour ne soulèvent pas de préoccupation de sécurité pour le fœtus. Le NHS et l'ACOG utilisent également ce niveau. Certaines sources françaises récentes reprennent encore un maximum de 300 mg par jour, notamment en référence aux recommandations canadiennes⁴.

Le guide retient 200 mg par jour comme plafond pratique prudent, toutes sources confondues. Ce choix n'implique pas que 199 mg soit « sans risque » et 201 mg « dangereux ». Il traduit simplement une marge de prudence raisonnable face à une littérature qui ne permet pas d'identifier un seuil biologique parfaitement net.

Il n'est pas nécessaire de viser le plafond. Si une personne vit très bien avec moins de caféine, il n'y a aucun bénéfice obstétrical connu à augmenter sa consommation jusqu'à 200 mg.

Compter toutes les sources, pas seulement les cafés

La caféine est présente dans le café, le thé noir ou vert, le maté, le guarana, le cola, le chocolat, certaines boissons énergisantes, certains compléments et quelques médicaments.

Les teneurs varient fortement. Un espresso peut apporter autour de 60 à 90 mg, mais la variété de café, le volume et la préparation changent beaucoup la dose. Un grand café filtre peut contenir autant ou davantage que plusieurs espressos courts. Un thé peut varier de quelques dizaines à plus de 100 mg selon la quantité de feuilles et l'infusion.

La manière la plus fiable de réduire une consommation élevée est souvent de diminuer progressivement le nombre ou la taille des boissons caféinées, alterner avec du décaféiné et éviter les apports tardifs dans la journée.

Une journée légèrement au-dessus n'est pas un diagnostic

Le plafond est destiné à guider une habitude, pas à provoquer une inquiétude après une journée exceptionnelle. Une consommation ponctuelle supérieure au repère ne permet pas de conclure qu'un dommage a eu lieu. Si les apports sont régulièrement élevés, l'objectif utile est de les réduire progressivement.

Une diminution brutale chez une grande consommatrice peut provoquer céphalées, fatigue ou irritabilité. Réduire sur quelques jours est souvent plus confortable.

2. Boissons énergisantes : mieux vaut les écarter

Les boissons dites énergisantes cumulent souvent une dose élevée de caféine, du sucre ou des édulcorants, parfois du guarana et d'autres substances stimulantes. Les teneurs réelles en caféine peuvent être élevées et les effets des mélanges sont moins bien étudiés pendant la grossesse⁵.

Leur éviction est donc raisonnable. Le point principal n'est pas qu'elles soient « ultratransformées » en soi, mais qu'elles apportent facilement une dose importante de stimulant sans bénéfice utile pendant la grossesse.

Les boissons pour sportifs dites « énergétiques », destinées à l'apport en glucides et électrolytes, sont une autre catégorie. Elles ne sont généralement pas nécessaires lors d'une activité physique ordinaire et peuvent être très sucrées ; leur intérêt dépend surtout de la durée et de l'intensité de l'effort.

3. Thé, maté et guarana : des plantes peuvent être des sources de caféine

Remplacer le café par du thé ne supprime pas forcément la caféine. Le thé vert, le thé noir, le maté et le guarana peuvent en apporter des quantités significatives. Le guarana est particulièrement trompeur lorsqu'il apparaît dans un complément ou une boisson présentée comme « naturelle ».

Le thé peut également diminuer l'absorption du fer non héminique lorsqu'il est consommé pendant ou juste autour du repas. Pour une personne ayant des réserves de fer basses ou une anémie, il est préférable de l'éloigner des repas riches en fer ou de la prise d'un supplément⁶.

4. Tisanes : “sans caféine” ne veut pas dire “sans effet pharmacologique”

Une infusion de plantes est souvent considérée comme une simple eau aromatisée. Pourtant, certaines plantes contiennent des molécules biologiquement actives, et la sécurité de nombreuses plantes pendant la grossesse a été peu étudiée.

Cela ne justifie pas d'interdire toutes les tisanes. Des usages alimentaires occasionnels de plantes courantes peuvent être raisonnables, mais le guide déconseille les mélanges concentrés,

les cures répétées et les préparations revendiquant un effet médicinal sans vérification spécifique.

Les données sont particulièrement insuffisantes pour de nombreuses plantes. Même pour la camomille, une revue récente conclut qu'il n'existe pas assez de données de qualité pour établir des recommandations robustes pendant la grossesse. La réglisse mérite une prudence particulière lorsque les quantités sont importantes ou répétées. Les huiles essentielles ne sont pas équivalentes à une tisane : leur concentration est beaucoup plus élevée et elles relèvent du chapitre consacré aux produits et médicaments⁷.

5. Jus de fruits, sodas et boissons sucrées

Un jus de fruit n'est pas équivalent à un fruit entier : il apporte rapidement du sucre et très peu de fibres. Les sodas et autres boissons sucrées n'apportent pas de bénéfice particulier pendant la grossesse et peuvent facilement augmenter l'apport énergétique sans rassasier.

Cela ne signifie pas qu'un verre occasionnel pose un problème spécifique à la grossesse. Le guide recommande simplement que l'eau reste la boisson habituelle et que les boissons sucrées restent occasionnelles.

Dans les situations de nausées ou de difficulté à s'alimenter, une boisson légèrement sucrée ou une boisson tolérée peut parfois être utile temporairement pour maintenir des apports hydriques et énergétiques. La priorité peut changer selon la situation clinique.

6. Boissons "light" et édulcorants : ne pas inventer un danger démontré

Les données disponibles sur les édulcorants non nutritifs pendant la grossesse sont imparfaites. Des études

observationnelles ont exploré des associations avec le poids de l'enfant ou d'autres issues, mais les revues récentes concluent que la qualité des preuves est faible et les estimations souvent imprécises⁸.

Le guide ne les présente donc ni comme nécessaires ni comme toxiques par principe. Une consommation occasionnelle de boisson édulcorée n'est pas assimilée à une exposition dangereuse démontrée. En revanche, remplacer plusieurs boissons sucrées quotidiennes par de l'eau reste généralement une stratégie plus simple et mieux étayée que de dépendre massivement de boissons « light ».

7. Décaféiné : une solution utile

Le café décaféiné contient encore généralement un peu de caféine, mais beaucoup moins que le café ordinaire. Il peut être utile pour conserver le goût et le rituel du café tout en réduisant l'exposition totale.

La consommation n'a pas besoin d'être nulle pour être utile : remplacer seulement une partie des cafés par du décaféiné peut suffire à passer sous le plafond choisi.

8. Kombucha, kéfir d'eau et boissons fermentées artisanales

Les boissons fermentées maison ou artisanales peuvent contenir des quantités variables d'alcool, de sucre, de caféine et de micro-organismes. Leur composition est moins prévisible que celle d'un produit industriel contrôlé. Pendant la grossesse, le guide conseille d'éviter les boissons fermentées artisanales non pasteurisées lorsqu'on ne peut pas connaître de manière fiable leur teneur en alcool et leurs conditions microbiologiques.

Un produit industriel étiqueté sans alcool et pasteurisé n'est pas automatiquement problématique, mais l'étiquette et les

conditions de conservation doivent être vérifiées. Le mot « fermenté » n'est pas à lui seul synonyme de bénéfice.

9. Eau minérale, eau du robinet et eau filtrée

Dans une zone où l'eau du robinet est déclarée potable, il n'existe pas de raison générale de préférer systématiquement une eau en bouteille pendant la grossesse. Certaines eaux minérales peuvent apporter davantage de calcium ou de magnésium ; d'autres sont plus riches en sodium et peuvent être moins adaptées dans certaines situations.

Les filtres domestiques peuvent modifier le goût et certains contaminants, mais ils doivent être correctement entretenus : un filtre mal changé peut lui-même devenir une source de contamination.

En cas d'alerte locale sur la qualité de l'eau, de puits privé ou de voyage dans une zone où l'eau n'est pas sûre, les recommandations locales prennent évidemment le dessus.

10. Fiche pratique : organiser ses boissons sans calcul permanent

EAU — boisson de base ; boire régulièrement selon soif, chaleur, activité et symptômes.

CAFÉ — possible en quantité limitée ; compter dans le total quotidien de caféine.

THÉ — possible en quantité limitée ; compter la caféine et l'éloigner des repas si le fer est problématique.

CAFÉ DÉCAFÉINÉ — bonne option pour réduire l'exposition.

COLA — occasionnel ; contient sucre ou édulcorants et parfois caféine.

BOISSONS ÉNERGISANTES — À ÉVITER.

TISANES — préférer des usages alimentaires simples et occasionnels ; éviter cures concentrées et plantes médicinales non vérifiées.

JUS DE FRUIT — occasionnel ; ne remplace pas un fruit entier.

BOISSONS “LIGHT” — pas interdites par principe, mais pas nécessaires comme boisson principale.

KOMBUCHA ET FERMENTATIONS ARTISANALES — prudence ; éviter si teneur en alcool ou sécurité microbiologique incertaines.

ALCOOL — zéro pendant la grossesse.

Pour la caféine, le guide retient comme repère prudent : viser au maximum 200 mg par jour toutes sources confondues, avec la possibilité de faire moins si c’est facile et bien toléré.

11. Quand l’hydratation devient une question médicale

Des vomissements persistants, une incapacité à boire, des signes de déshydratation, une diarrhée importante, une forte fièvre ou une chaleur extrême peuvent rendre les conseils ordinaires insuffisants. Il faut alors demander un avis médical plutôt que simplement « boire davantage ».

Certaines maladies rénales ou cardiaques, ou certaines complications de grossesse, peuvent aussi nécessiter une stratégie hydrique individualisée. Une recommandation générale d’eau ne doit jamais annuler une prescription médicale spécifique.

À retenir

L’eau reste la boisson de base. La caféine n’est pas traitée comme un poison à zéro dose, mais le guide retient un plafond prudent de 200 mg par jour plutôt que 300 mg, tout en

reconnaissant que ce chiffre n'est pas une frontière biologique certaine. Les boissons énergisantes sont à éviter. Les tisanes ne sont pas toutes anodines simplement parce qu'elles sont naturelles. Les boissons sucrées ou édulcorées peuvent rester occasionnelles sans devenir le centre de l'hydratation.

Le principe reste le même que pour tout le guide : réduire les expositions dont le coût de réduction est faible, sans convertir les incertitudes scientifiques en interdits absolus.

Notes

1. [EFSA — Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water, 2010.](#)

2. Systematic review and dose-response meta-analysis — Caffeine intake during pregnancy and adverse birth outcomes ; Integrative review — Caffeine intake during pregnancy and adverse outcomes, 2023.

3. Brito Nunes et al. — Mendelian randomization study of maternal coffee consumption and pregnancy outcomes.

4. EFSA — Scientific Opinion on the safety of caffeine ; NHS — Foods to avoid in pregnancy ; ACOG — Moderate Caffeine Consumption During Pregnancy ; Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026.

5. Anses — Repères alimentaires pour les femmes enceintes ou allaitantes ; eau, boissons énergisantes et édulcorants.

6. Anses — Repères alimentaires pour les femmes enceintes ou allaitantes.

7. Systematic review — Herbal medicinal product use during pregnancy and the postnatal period ; Systematic review — Chamomile products during pregnancy and postpartum, 2025.

8. Systematic review and meta-analysis — Low-calorie sweetener consumption during pregnancy and child health, 2025.

Sources de référence du chapitre

EFSA — Scientific Opinion on the safety of caffeine ; repère de 200 mg/j pendant la grossesse.

Ameli — Adapter son alimentation pendant la grossesse, 2026 ; repère cité de 300 mg/j.

ACOG — Moderate Caffeine Consumption During Pregnancy.

NHS — Foods to avoid in pregnancy ; limite de 200 mg/j.

Brito Nunes et al. — Mendelian randomization study of maternal coffee consumption and pregnancy outcomes.

Systematic review and dose-response meta-analysis — Caffeine intake during pregnancy and adverse birth outcomes.

Integrative review — Caffeine intake during pregnancy and adverse outcomes, 2023.

Anses — Repères alimentaires pour les femmes enceintes ou allaitantes ; eau, boissons énergisantes et édulcorants.

Systematic review and meta-analysis — Low-calorie sweetener consumption during pregnancy and child health, 2025.

Systematic review — Herbal medicinal product use during pregnancy and the postnatal period.

Systematic review — Chamomile products during pregnancy and postpartum, 2025.

Chapitre 6 — Bouger pendant la grossesse

La grossesse n'est pas, en elle-même, une raison de devenir inactive

Pour une grossesse sans complication ni contre-indication, l'activité physique est généralement bénéfique et n'augmente pas le risque de fausse couche, de prématurité ou de faible poids de naissance. Les recommandations internationales convergent autour d'au moins 150 minutes par semaine d'activité aérobie d'intensité modérée, réparties dans la semaine, avec une place pour le renforcement musculaire¹.

Le repère n'est cependant pas une obligation à atteindre immédiatement. Une personne très sédentaire avant la grossesse peut commencer par de courtes séances et augmenter progressivement. Une personne déjà sportive n'a pas, à l'inverse, besoin de revenir automatiquement à la simple marche si sa grossesse est normale et que son activité reste adaptée.

Le premier principe du chapitre est donc : maintenir ou construire une activité compatible avec la grossesse, plutôt que prescrire soit l'immobilité, soit une performance standardisée.

1. Pourquoi bouger ?

Les bénéfices observés concernent notamment la condition physique, le bien-être psychologique, la maîtrise d'une prise de poids excessive et la réduction du risque de diabète gestationnel, d'hypertension gestationnelle et probablement de pré-éclampsie. L'activité peut aussi réduire certaines douleurs lombo-pelviennes et le risque d'incontinence urinaire lorsqu'elle inclut un travail adapté du plancher pelvien².

Les revues récentes ne montrent pas d'augmentation globale des complications maternelles ou périnatales lorsque l'exercice est pratiqué chez des femmes sans contre-indication. L'objectif

n'est donc pas seulement « rester mince » : l'activité physique est un élément de santé métabolique, cardiovasculaire, musculosquelettique et psychique.

2. Combien ? 150 minutes comme repère pratique

L'OMS recommande au moins 150 minutes d'activité aérobie modérée par semaine pendant la grossesse, en y associant des activités de renforcement musculaire. Les recommandations françaises récentes proposent environ 150 à 180 minutes par semaine réparties sur plusieurs jours³.

Le guide retient 150 minutes par semaine comme repère simple pour une grossesse sans complication, tout en rappelant que toute augmentation raisonnable d'activité par rapport à l'inactivité peut être utile. Le chiffre n'est pas un seuil en dessous duquel l'exercice « ne sert à rien ».

La recommandation française de ne pas dépasser 60 à 90 minutes par séance est utile comme repère prudent pour le grand public mais n'est pas traitée ici comme une limite physiologique universelle. Une séance longue, son intensité, la chaleur, l'alimentation, l'hydratation et le niveau sportif antérieur doivent être considérés ensemble.

3. Comment savoir si l'intensité est adaptée ?

Pendant la grossesse, une fréquence cardiaque cible unique fonctionne mal : la réponse cardiovasculaire varie avec le terme, la condition physique et les individus. Pour l'activité modérée, un repère simple est le « test de la conversation » : l'effort accélère la respiration mais permet encore de parler par phrases.

Une personne déjà entraînée peut parfois poursuivre des efforts plus intenses dans une grossesse sans complication. L'intensité élevée n'est pas automatiquement dangereuse, mais

elle demande davantage d'attention à la récupération, aux apports énergétiques, à la chaleur et à l'évolution de la grossesse. Chez une sportive de haut niveau ou pour des entraînements très intenses, une discussion avec l'équipe obstétricale est raisonnable.

4. Endurance : choisir ce qu'on peut continuer réellement

La marche rapide, la natation, l'aquagym, le vélo stationnaire, certaines formes de danse et d'autres activités aérobies à faible risque de chute sont généralement de bonnes options.

La course à pied n'est pas automatiquement interdite à une femme qui courait déjà avant la grossesse et dont la grossesse est normale. Elle peut cependant devenir inconfortable avec les modifications de poids, d'équilibre et du plancher pelvien. Une débutante n'a aucune raison de choisir précisément la course si la marche rapide, le vélo stationnaire ou la natation lui conviennent mieux.

À mesure que le ventre s'arrondit, le risque de chute change. Ce risque — et non une interdiction abstraite du mouvement — explique pourquoi le vélo sur route, les sports de raquette rapides ou la randonnée technique peuvent devenir moins adaptés.

5. Musculation : utile, mais la science ne fournit pas encore un nombre magique de kilos

Le renforcement musculaire fait partie des recommandations de l'OMS et de nombreuses recommandations obstétricales. Une méta-analyse récente sur l'entraînement en résistance pendant la grossesse soutient sa compatibilité avec une grossesse normale et explore des bénéfices maternels, obstétricaux et fonctionnels⁴.

En revanche, les études ne décrivent pas suffisamment bien les charges, séries, répétitions et intensités pour fixer une limite universelle de poids à soulever. Une revue systématique publiée en 2026 a montré que les variables essentielles de dosage sont encore mal rapportées dans une grande partie de la littérature.

Le guide ne prescrira donc pas « jamais plus de X kilos ». Pour le grand public, la stratégie raisonnable est de privilégier une technique maîtrisée, une charge permettant de respirer normalement, un effort non maximal et une progression prudente. Chez une personne expérimentée en musculation, les charges peuvent être plus importantes mais l'adaptation doit tenir compte du niveau antérieur, des symptômes et de la grossesse.

Blocage de respiration et manœuvre de Valsalva

Les recommandations françaises conseillent d'éviter les contractions prolongées avec blocage de la respiration. Cela ne signifie pas que tout effort musculaire un peu intense soit dangereux. Le problème pratique est surtout d'éviter les efforts maximaux ou prolongés associés à un blocage respiratoire marqué, notamment chez une personne qui n'est pas entraînée à les gérer.

Une expiration pendant l'effort et une charge contrôlable constituent un repère simple pour la plupart des pratiquantes.

6. Plancher pelvien : entraîner, pas seulement "serrer"

Les exercices du plancher pelvien peuvent être intégrés pendant la grossesse. Une méta-analyse de 30 essais randomisés incluant 6 691 participantes a trouvé une réduction du risque d'incontinence urinaire et des déchirures périnéales sévères du troisième ou quatrième degré, sans réduction démontrée de l'épisiotomie⁵.

Mais un plancher pelvien fonctionnel doit pouvoir se contracter et se relâcher. Une personne ayant douleurs pelviennes, sensation de tension permanente, difficulté à uriner ou à déféquer, ou symptômes importants peut bénéficier d'une évaluation par une sage-femme ou un kinésithérapeute formé plutôt que de multiplier des contractions au hasard.

7. S'allonger sur le dos : une précaution, pas un minuteur toxique

À partir du milieu de la grossesse, l'utérus peut comprimer de gros vaisseaux en position allongée sur le dos et diminuer le retour veineux maternel. Les recommandations françaises conseillent d'éviter les exercices en décubitus dorsal à partir de 24 semaines d'aménorrhée ; l'ACOG utilise plutôt environ 20 semaines⁶.

La revue systématique disponible conclut cependant que les données sont insuffisantes pour déterminer précisément le niveau de risque des exercices en position dorsale. Certains travaux physiologiques montrent une diminution du débit utérin ou des anomalies transitoires du rythme fœtal chez certaines femmes, mais les essais disponibles n'ont pas démontré une augmentation claire des issues obstétricales défavorables.

Le guide traite donc cette règle comme une précaution : après environ 20 à 24 semaines, éviter les périodes prolongées d'exercice à plat sur le dos, surtout si apparaissent nausée, vertige, malaise ou essoufflement, et utiliser une position inclinée ou latérale lorsqu'elle est facilement disponible.

8. Chaleur : éviter le stress thermique réel, pas avoir peur de transpirer

La grossesse modifie la thermorégulation et les épisodes de chaleur ambiante importante sont associés à des risques maternels et obstétricaux. Il est donc raisonnable d'adapter

l'exercice pendant les canicules, de privilégier les heures fraîches ou un espace ventilé, de boire et d'éviter les efforts prolongés dans un environnement chaud et humide.

Mais transpirer pendant une activité n'équivaut pas à une hyperthermie dangereuse. Une revue systématique de situations contrôlées n'a observé aucune participante dépassant une température centrale de 39 °C, y compris lors de certaines séances d'exercice relativement intenses. Les données ne justifient donc pas de présenter l'exercice modéré ordinaire comme un risque d'hyperthermie chez une femme correctement hydratée dans des conditions raisonnables⁷.

L'exposition à une chaleur environnementale extrême reste une autre question : les études populationnelles récentes associent les fortes chaleurs à des issues défavorables de grossesse. Le contexte compte.

9. Sports qui changent réellement de catégorie pendant la grossesse

Les activités où un accident peut directement traumatiser l'abdomen ou provoquer une chute importante méritent une autre logique de décision. Les sports de combat, les sports collectifs avec contacts marqués, le ski alpin, l'équitation et d'autres activités à forte probabilité de chute sont généralement déconseillés.

La plongée sous-marine avec bouteilles constitue une contre-indication particulière en raison du risque de décompression fœtale : ce n'est pas simplement un sport « un peu plus risqué »⁸.

Pour les activités dont le danger vient surtout de la chute — vélo extérieur, escalade, randonnée technique, sports de raquette — le niveau de maîtrise et l'évolution de l'équilibre comptent. Une activité facile au premier trimestre peut devenir inadaptée plus tard.

10. Grossesse gémellaire : individualiser plutôt qu’immobiliser

Les recommandations ne sont pas parfaitement concordantes. La HAS classe la grossesse gémellaire à partir de 28 semaines parmi les contre-indications relatives : cela signifie qu’une évaluation bénéfices-risques doit être faite avec l’équipe obstétricale. Une page Ameli récente va plus loin en indiquant que le sport est contre-indiqué chez les femmes attendant des jumeaux et que l’activité devrait être progressivement limitée⁹.

Cette formulation est plus restrictive que celle de l’ACOG, qui considère que rester active pendant une grossesse multiple est important, tout en recommandant des activités à faible impact et l’adaptation en cas de complication. Par ailleurs, le repos au lit ou la restriction d’activité de routine n’a pas démontré qu’il prévenait la prématurité et comporte des risques propres : déconditionnement, perte osseuse, thrombose et effets psychosociaux.

Le guide ne transforme donc pas « jumeaux » en interdiction générale de mouvement. Une grossesse multiple nécessite une surveillance plus étroite et une activité individualisée ; après 28 semaines ou en présence de complications, l’avis obstétrical devient particulièrement important.

11. Le repos au lit n’est pas une hygiène de vie préventive

Pendant longtemps, le repos et la restriction d’activité ont été prescrits dans des grossesses jugées à risque, notamment pour prévenir l’accouchement prématuré. Les données disponibles n’ont pas démontré de bénéfice général de cette stratégie et ont mis en évidence des effets indésirables liés à l’inactivité¹⁰.

Cela ne signifie pas qu’aucune situation médicale ne nécessite jamais une limitation précise d’activité. Cela signifie qu’une restriction doit correspondre à une indication obstétricale

individualisée, pas à l'idée générale selon laquelle « moins une femme enceinte bouge, plus elle protège son bébé ».

12. Quand demander un avis avant de commencer ou poursuivre

Certaines situations nécessitent une évaluation médicale ou obstétricale avant de programmer l'activité : complications de grossesse, hypertension gestationnelle, anémie importante, maladie cardiaque ou pulmonaire, trouble alimentaire, diabète mal équilibré, antécédent important de prématurité, grossesse multiple, limitations orthopédiques ou pratique sportive de haut niveau.

Les listes de contre-indications diffèrent légèrement selon les référentiels et évoluent avec les connaissances. Le bon usage du guide n'est donc pas d'auto-diagnostiquer une interdiction à partir d'une case : c'est de reconnaître qu'une activité standard doit être individualisée.

13. Signaux d'arrêt : là, on ne "pousse pas un peu plus"

Il faut arrêter l'exercice et demander un avis médical en cas de saignement vaginal, perte de liquide pouvant évoquer une rupture des membranes, contractions régulières et douloureuses persistantes, douleur thoracique, essoufflement anormal qui ne cède pas au repos, vertige important ou malaise, céphalée inhabituelle, faiblesse altérant l'équilibre, ou douleur et gonflement d'un mollet évoquant une thrombose¹¹.

Une douleur thoracique ou une détresse respiratoire importante relève de l'urgence.

14. Fiche pratique : construire sa semaine

SI VOUS ÉTIEZ PEU ACTIVE — commencer par 10 à 20 minutes de marche ou d'activité douce, plusieurs fois par semaine, puis augmenter progressivement.

DANS UNE GROSSESSE SANS COMPLICATION — viser environ 150 minutes d'activité modérée par semaine, réparties sur plusieurs jours.

ENDURANCE — marche rapide, natation, vélo stationnaire ou autre activité à faible risque de chute.

RENFORCEMENT — 2 séances hebdomadaires peuvent être intégrées ; privilégier technique, respiration et effort contrôlé plutôt qu'un maximum de charge.

PLANCHER PELVIEN — entraînement régulier si bien réalisé ; demander une évaluation en cas de douleur ou de symptômes complexes.

SÉDENTARITÉ — se lever et bouger régulièrement même les jours sans séance structurée.

CHALEUR — réduire intensité et durée, choisir les heures fraîches, s'hydrater ; renoncer en cas de conditions extrêmes.

SPORT DÉJÀ PRATIQUÉ — ne pas l'arrêter automatiquement ; vérifier surtout chute, choc abdominal, intensité, symptômes et évolution de la grossesse.

SPORT NOUVEAU — commencer progressivement ; une grossesse n'est pas le moment idéal pour découvrir un sport à haut risque de chute ou de traumatisme.

À retenir

Pour la majorité des grossesses sans complication, bouger est plus protecteur que devenir inactive. Le repère de 150 minutes par semaine est utile, mais il doit être adapté au niveau de départ et à la grossesse. L'endurance et le renforcement ont tous deux leur place. Les données ne justifient ni une interdiction générale de la musculation, ni un chiffre universel de charge maximale, ni un repos systématique dans les grossesses à risque.

Les précautions les plus robustes concernent surtout les traumatismes, les chutes, la plongée sous-marine, les symptômes d'alerte et les situations médicales nécessitant une évaluation individuelle.

Notes

1. OMS — Guidelines on physical activity and sedentary behaviour : grossesse et post-partum ; HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum ; ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

2. OMS ; HAS ; Ameli — Pourquoi être active pendant sa grossesse ?, 2026 ; ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

3. OMS — Guidelines on physical activity and sedentary behaviour ; HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum ; Ameli — Pourquoi être active pendant sa grossesse ?, 2026.

4. Systematic review and meta-analysis — Resistance training in pregnancy, 2025 ; Systematic review — Reporting of resistance-training variables in pregnant women, 2026.

5. Meta-analysis of randomized trials — Pelvic floor muscle training during pregnancy, 2024.

6. HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum ; ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period ; Systematic review — Supine exercise and maternal/fetal outcomes.

7. Systematic review — Heat stress and fetal risk during exercise and passive heat exposure ; Systematic review/meta-

analysis — Heat exposure and maternal, fetal and neonatal outcomes, 2025.

8. Ameli — Comment choisir son activité physique ou son sport pendant sa grossesse ?, 2026 ; ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

9. HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum ; Ameli — Enceinte et active : quelles précautions ?, 2026 ; ACOG — Multiple Pregnancy.

10. ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period ; Canadian Guideline for Physical Activity Throughout Pregnancy.

11. HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum ; Ameli — Enceinte et active : quelles précautions ?, 2026 ; ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.

[Sources de référence du chapitre](#)

[OMS — Guidelines on physical activity and sedentary behaviour : grossesse et post-partum.](#)

[HAS — Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum.](#)

[Ameli — Pourquoi être active pendant sa grossesse ?, 2026.](#)

[Ameli — Comment choisir son activité physique ou son sport pendant sa grossesse ?, 2026.](#)

[Ameli — Enceinte et active : quelles précautions ?, 2026.](#)

[ACOG — Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period.](#)

[ACOG — Multiple Pregnancy.](#)

[Canadian Guideline for Physical Activity Throughout Pregnancy.](#)

[Systematic review and meta-analysis — Resistance training in pregnancy, 2025.](#)

[Systematic review — Reporting of resistance-training variables in pregnant women, 2026.](#)

[Systematic review — Supine exercise and maternal/fetal outcomes.](#)

[Systematic review — Heat stress and fetal risk during exercise and passive heat exposure.](#)

[Systematic review/meta-analysis — Heat exposure and maternal, fetal and neonatal outcomes, 2025.](#)

[Meta-analysis of randomized trials — Pelvic floor muscle training during pregnancy, 2024.](#)

Chapitre 7 — Dormir, récupérer et respecter les rythmes

Mal dormir un peu pendant la grossesse n'est pas une défaillance

Le sommeil change fréquemment pendant la grossesse. Fatigue du premier trimestre, besoin d'uriner, reflux, mouvements fœtaux, inconfort postural, douleurs, congestion nasale, anxiété et modifications hormonales peuvent fragmenter les nuits. Une nuit agitée n'est donc pas en elle-même un signe qu'une grossesse se passe mal ni une faute d'hygiène de vie.

Le but n'est pas d'obtenir huit heures parfaites chaque nuit. Il est de protéger suffisamment le sommeil et la récupération, de corriger les facteurs modifiables et surtout de reconnaître les situations où « mauvais sommeil » cache un trouble réellement traitable : insomnie persistante, apnée obstructive du sommeil, syndrome des jambes sans repos, douleur importante ou souffrance psychique.

1. Combien d'heures faut-il dormir ?

Il n'existe pas un nombre d'heures de sommeil propre à la grossesse qui conviendrait à toutes les femmes. Les besoins individuels varient et la grossesse peut augmenter le besoin de récupération, surtout au premier trimestre.

Le guide ne fixe donc pas un objectif rigide de sept, huit ou neuf heures. Les questions plus utiles sont : le sommeil permet-il de fonctionner dans la journée ? la fatigue est-elle nouvelle ou excessive ? le temps de sommeil est-il suffisant mais non réparateur ? existe-t-il des réveils liés à la respiration, aux jambes, à la douleur ou à l'anxiété ?

Une méta-analyse de 2025 a trouvé des associations entre insomnie gestationnelle et certains problèmes, notamment dépression et anxiété périnatales, mais pas des associations robustes avec toutes les complications obstétricales étudiées. L'insomnie doit donc être prise au sérieux pour la santé de la mère sans être présentée comme une menace directe et certaine pour le fœtus¹.

2. Insomnie : commencer par traiter le mécanisme, pas par chercher un somnifère

L'insomnie est différente d'une nuit occasionnellement mauvaise. Elle associe difficulté à s'endormir, réveils prolongés ou réveil trop précoce, malgré une possibilité réelle de dormir, avec un retentissement dans la journée.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie — CBT-I — dispose de données randomisées pendant la grossesse. Plusieurs méta-analyses montrent une amélioration de la sévérité de l'insomnie et de la qualité du sommeil, avec également des effets favorables sur certains symptômes anxieux ou dépressifs².

Ses principes comprennent notamment des horaires relativement réguliers, une réduction du temps passé éveillée au lit, la gestion des pensées anxieuses liées au sommeil, des techniques de détente et l'ajustement des habitudes qui entretiennent l'insomnie. Une forme adaptée ou numérique peut être utile lorsque l'insomnie devient persistante.

Les médicaments ou produits « naturels » pour dormir ne doivent pas être ajoutés par automatisme pendant la grossesse. Leur indication et leur sécurité dépendent du produit, de la dose et du terme ; ils relèvent du chapitre médicaments et d'un avis professionnel.

3. Position de sommeil après 28 semaines : sur le côté, mais pas obligatoirement à gauche

C'est l'un des points où les conseils populaires ont beaucoup simplifié les données. Une méta-analyse sur données individuelles portant sur les morts fœtales tardives a trouvé que s'endormir sur le dos après 28 semaines était associé à une augmentation du risque. En revanche, dormir sur le côté droit présentait un risque similaire au côté gauche.

Une revue systématique publiée en 2026 sur plusieurs pratiques obstétricales conclut également que le sommeil latéral après 28 semaines est associé à un risque plus faible de mort fœtale tardive, sans avantage démontré du côté gauche sur le côté droit³.

Le guide retient donc : après 28 semaines, s'endormir sur le côté, gauche ou droit. Il n'est pas nécessaire de surveiller son corps toute la nuit. Si l'on se réveille sur le dos, il suffit de se remettre sur le côté. Se réveiller sur le dos ne signifie pas qu'un dommage a eu lieu.

Et avant 28 semaines ?

Les données les plus solides sur la position et la mort fœtale concernent la fin de grossesse. Une étude prospective évaluant les positions jusqu'à 30 semaines n'a pas retrouvé d'augmentation des issues défavorables associée au sommeil non latéral plus tôt dans la grossesse. Il n'y a donc pas de raison de culpabiliser une femme qui dort sur le dos au premier ou au début du deuxième trimestre⁴.

Dormir sur le ventre est également possible tant que cela reste confortable : le ventre maternel et l'utérus protègent la grossesse ; l'inconfort finit généralement par imposer spontanément une autre position.

4. Côté gauche : utile parfois, mais pas obligatoire toute la nuit

Le côté gauche peut améliorer le confort chez certaines femmes et peut être intéressant en cas de reflux ou de sensation de malaise dans certaines positions. Mais les données sur la prévention de la mort fœtale ne montrent pas que le côté droit soit moins sûr après 28 semaines.

Le conseil « dormez uniquement à gauche pendant des mois » est donc inutilement contraignant. Alternier les deux côtés est acceptable. Des coussins sous le ventre, entre les genoux ou derrière le dos peuvent aider à maintenir une position confortable sans lutte permanente contre les mouvements nocturnes.

5. Siestes : utiles quand elles compensent la fatigue, sans règle morale

Une sieste peut être utile lorsqu'une femme enceinte est fatiguée, dort mal la nuit ou traverse un premier trimestre éprouvant. Les recommandations pratiques françaises proposent d'ailleurs des siestes dans certaines situations de fatigue et de nausées.

Le guide ne fixe donc ni interdiction ni quota de sieste. Si une longue sieste tardive empêche de dormir la nuit, la raccourcir ou la déplacer plus tôt peut aider. Si le besoin de dormir devient brutalement très important ou s'accompagne d'un sommeil nocturne non réparateur, d'essoufflement ou d'autres symptômes, il faut chercher une cause plutôt que lutter simplement contre la fatigue.

6. Ronflement et apnée du sommeil : ne pas tout attribuer à la grossesse

La grossesse peut favoriser le ronflement et l'apnée obstructive du sommeil par les changements hormonaux, la congestion des voies aériennes, la prise de poids et l'évolution anatomique. L'apnée se caractérise par des obstructions répétées des voies aériennes pendant le sommeil avec baisse de l'oxygénation et micro-éveils.

Elle est associée à des complications telles que troubles hypertensifs et diabète gestationnel, même si la causalité et l'effet du traitement sur toutes les issues obstétricales restent encore imparfaitement établis.

Une recommandation clinique CHEST publiée en 2026 propose un dépistage de l'apnée pendant la grossesse et, en cas de risque, une confirmation par test de sommeil à domicile ou polysomnographie. Les recommandations restent conditionnelles car le niveau de preuve est faible⁵.

Il faut particulièrement en parler si apparaissent des pauses respiratoires observées, des réveils en suffocation, un ronflement important nouveau, des céphalées matinales, une fatigue diurne disproportionnée ou un sommeil très non réparateur, surtout en présence d'obésité, d'hypertension, de diabète ou d'antécédent d'apnée.

7. Jambes sans repos : penser au fer avant de banaliser

Le syndrome des jambes sans repos donne un besoin irrépressible de bouger les jambes, avec sensations désagréables qui surviennent surtout au repos le soir et sont soulagées par le mouvement. Il est fréquent pendant la grossesse et peut fragmenter fortement le sommeil.

Le statut du fer joue un rôle important. Les recommandations de médecine du sommeil conseillent de vérifier ferritine et saturation de la transferrine lorsque le syndrome est cliniquement significatif. Les seuils utilisés pour traiter un syndrome des jambes sans repos ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux utilisés pour diagnostiquer une anémie⁶.

La grossesse modifie cependant la stratégie médicamenteuse : le traitement doit tenir compte de la sécurité fœtale. Avant un médicament, on corrige les facteurs aggravants, on vérifie le fer et on utilise des mesures simples — activité régulière, étirements, massage, horaires de sommeil raisonnables — lorsque cela aide.

8. Les règles de sommeil utiles restent assez ordinaires

La grossesse ne nécessite pas une hygiène du sommeil exotique. Les mesures les plus raisonnables sont proches de celles utilisées hors grossesse :

1. conserver une heure de lever relativement régulière ;
2. s'exposer à la lumière naturelle le matin et rester active dans la journée ;
3. limiter la caféine, surtout plus tard dans la journée ;
4. ne pas utiliser le lit pendant des heures comme lieu de lutte contre l'insomnie ;
5. adapter la chambre à la chaleur et au confort ;

6. utiliser coussins ou positionnement pour les douleurs et le ventre ;

7. réduire les grandes quantités de boisson juste avant le coucher si les réveils urinaires sont très fréquents, sans réduire l'hydratation globale ;

8. traiter la cause lorsqu'un reflux, une douleur, des jambes sans repos ou une détresse psychique empêche de dormir.

Le principe est de faciliter le sommeil plutôt que le surveiller.

9. Réveils nocturnes : ce qui est normal et ce qui mérite une enquête

Se réveiller pour uriner, changer de position ou à cause des mouvements du bébé est fréquent. Le sommeil peut devenir plus léger et fragmenté sans qu'il s'agisse d'un trouble médical.

En revanche, des réveils répétés avec suffocation, palpitations importantes, douleur, reflux sévère, anxiété intense ou impossibilité de se rendormir pendant de longues périodes méritent d'être discutés. Une fatigue diurne extrême malgré un temps de sommeil suffisant est également un signal qu'il faut chercher autre chose qu'un simple « manque de volonté de dormir ».

10. Reflux : ne pas résoudre un symptôme en créant une mauvaise règle de sommeil

Certaines recommandations sur le reflux conseillent de surélever la tête du lit et parfois de dormir sur le dos. En fin de grossesse, cela peut entrer en tension avec les recommandations de sommeil latéral après 28 semaines.

Le guide privilégie donc la cohérence globale : éviter les gros repas juste avant le coucher, surélever le haut du corps si nécessaire et utiliser une position latérale confortable — souvent le côté gauche aide le reflux — plutôt que conseiller systématiquement une position dorsale en fin de grossesse.

11. Fatigue : parfois le problème n'est pas le sommeil

Une fatigue importante peut provenir d'un sommeil insuffisant, mais aussi d'une anémie, d'une maladie thyroïdienne, d'une infection, d'une dépression, d'un trouble respiratoire nocturne ou simplement des demandes physiologiques de la grossesse.

Une fatigue qui s'aggrave fortement, devient invalidante ou s'accompagne d'essoufflement inhabituel, malaise, palpitations, humeur très dégradée ou autres symptômes mérite donc une évaluation plutôt qu'une injonction à dormir davantage.

12. Fiche pratique : une nuit imparfaite mais suffisamment bonne

AVANT 28 SEMAINES — choisir la position confortable ; pas d'obligation de dormir uniquement à gauche.

APRÈS 28 SEMAINES — s'endormir sur le côté, gauche ou droit ; si réveil sur le dos, se remettre simplement sur le côté.

INSOMNIE OCCASIONNELLE — ne pas dramatiser ; retrouver les habitudes ordinaires le lendemain.

INSOMNIE PERSISTANTE — envisager une prise en charge de type CBT-I et rechercher les causes associées.

SIESTE — possible selon la fatigue ; la réduire si elle dégrade le sommeil nocturne, pas parce qu'elle serait démontrée dangereuse.

RONFLEMENT / PAUSES RESPIRATOIRES — demander une évaluation, surtout si sommeil non réparateur, hypertension ou diabète.

JAMBES SANS REPOS — signaler si important ; vérifier notamment le statut du fer.

FATIGUE EXTRÊME — chercher une cause plutôt que simplement augmenter le temps au lit.

À retenir

Le sommeil de grossesse est souvent moins stable sans être pathologique. Après 28 semaines, la mesure de sécurité la mieux étayée est de s'endormir sur le côté ; gauche et droit paraissent équivalents. Se réveiller sur le dos n'est pas une urgence. Les siestes ne sont pas interdites. Une insomnie persistante mérite un vrai traitement, la CBT-I disposant de données favorables. Un ronflement important ou des pauses respiratoires ne doivent pas être banalisés, et des jambes sans repos importantes doivent faire penser notamment au statut du fer.

La récupération ne se résume pas à compter les heures : il faut distinguer adaptation normale, manque de sommeil et trouble traitable.

Notes

1. Systematic review and meta-analysis — Adverse maternal and fetal outcomes associated with insomnia during pregnancy, 2025.

2. Systematic review and meta-analysis — CBT-I for insomnia in pregnant women ; Systematic review and meta-analysis — Cognitive behavioral therapy for insomnia in pregnant women, 2023.

3. Individual participant data meta-analysis — Going-to-sleep position and late stillbirth ; Systematic review — Evidence for common obstetrical practices: sleep position and bed rest, 2026 ; NHS — Preventing stillbirth: side sleeping after 28 weeks.

4. Prospective cohort — Maternal sleep position through 30 weeks and adverse outcomes.

5. CHEST clinical practice guideline — OSA in Pregnancy, 2026 ; Consensus guideline — Screening, diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in pregnancy, 2023.

6. AASM clinical practice guideline — Restless legs syndrome and iron assessment.

[Sources de référence du chapitre](#)

[Individual participant data meta-analysis — Going-to-sleep position and late stillbirth.](#)

[Systematic review — Evidence for common obstetrical practices: sleep position and bed rest, 2026.](#)

[NHS — Preventing stillbirth: side sleeping after 28 weeks.](#)

[ACOG — Sleep Health and Disorders.](#)

[ACOG — Sleep position in pregnancy / FAQ reviewed 2026.](#)

[Prospective cohort — Maternal sleep position through 30 weeks and adverse outcomes.](#)

[Systematic review and meta-analysis — Adverse maternal and fetal outcomes associated with insomnia during pregnancy, 2025.](#)

[Systematic review and meta-analysis — CBT-I for insomnia in pregnant women.](#)

[Systematic review and meta-analysis — Cognitive behavioral therapy for insomnia in pregnant women, 2023.](#)

[CHEST clinical practice guideline — OSA in Pregnancy, 2026.](#)

[Consensus guideline — Screening, diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in pregnancy, 2023.](#)

[AASM clinical practice guideline — Restless legs syndrome and iron assessment.](#)

Chapitre 8 — Psychisme, stress et environnement relationnel

Une émotion n'est pas une exposition toxique

La grossesse peut s'accompagner de joie, de peur, d'ambivalence, d'irritabilité, de tristesse, de colère, de fatigue ou d'inquiétude. Ces variations ne sont pas des erreurs de comportement et ne doivent pas être présentées comme des « doses de stress » infligées au fœtus.

Le premier objectif de ce chapitre est donc d'éviter une confusion dangereuse : il existe des recherches sur les effets possibles d'une détresse psychologique importante ou chronique pendant la grossesse, mais elles ne montrent pas qu'une émotion ponctuelle programme la personnalité future de l'enfant.

La santé psychique mérite d'être protégée d'abord parce que la femme enceinte est une personne dont la souffrance doit être prise au sérieux. Les bénéfices éventuels pour la grossesse et l'enfant viennent en plus, pas à la place.

1. Stress ordinaire, stress chronique et trouble psychique ne sont pas la même chose

Le mot « stress » recouvre des réalités très différentes : une journée difficile, un événement de vie grave, des tensions professionnelles quotidiennes, une précarité durable, une relation violente, un trouble anxieux, un épisode dépressif ou un état de stress post-traumatique.

Une prévention intelligente doit les distinguer. Une réaction transitoire à une difficulté fait partie du fonctionnement normal de l'organisme. Une détresse durable peut en revanche perturber sommeil, alimentation, activité, consommation de substances, relations sociales et fonctionnement quotidien. Elle peut également s'accompagner de modifications

neuroendocrines, autonomes, immunitaires ou métaboliques qui deviennent une partie de l'environnement physiologique de la grossesse.

Cela ne signifie pas que le contenu psychologique soit transmis directement au fœtus. Le fœtus ne reçoit pas l'idée « ma mère pense que le monde est dangereux » ; il se développe dans un organisme dont certains paramètres physiologiques peuvent varier avec le contexte vécu.

2. Ce que les études montrent réellement sur l'enfant

De nombreuses cohortes ont trouvé des associations entre détresse psychologique prénatale et certaines différences ultérieures de tempérament, de comportement, de cognition ou de santé mentale. Mais cette littérature est difficile à interpréter causalement.

Une revue systématique de 2025 portant sur les trois premières années de vie conclut à des associations généralement petites et dépendantes du contexte. Les signaux sont plus fréquents pour les dimensions socioémotionnelles et le tempérament que pour la cognition ou le langage, et les associations diminuent souvent lorsque les analyses contrôlent mieux les facteurs familiaux et socioéconomiques. Les auteurs concluent explicitement que la détresse maternelle prénatale est un corrélat, pas une cause démontrée, des différences neurodéveloppementales précoces¹.

Une étude de grande cohorte publiée en 2025 a triangulé plusieurs méthodes — comparaison entre frères et sœurs, contrôle génétique, randomisation mendélienne et contrôles négatifs. Les associations observationnelles entre stress prénatal et poids de naissance, durée de grossesse ou difficultés émotionnelles et comportementales de l'enfant étaient fortement atténuées lorsqu'on contrôlait mieux les facteurs

familiaux partagés. Cela ne prouve pas qu'aucun effet intra-utérin n'existe ; cela montre que les études classiques peuvent facilement attribuer au « stress dans l'utérus » ce qui provient aussi de la génétique, du contexte social ou de la continuité de l'environnement après la naissance².

3. Les mécanismes biologiques existent, mais leurs effets sont modestes et complexes

Le stress psychologique peut produire des modifications corporelles réelles : activation du système nerveux autonome, variation du cortisol et d'autres hormones, modification du sommeil, du métabolisme, de l'inflammation ou du comportement. Le placenta filtre, transforme et produit lui-même de nombreux signaux ; il n'est pas une simple membrane passive.

L'enzyme placentaire 11 β -HSD2 transforme une partie du cortisol actif et limite ainsi l'exposition fœtale aux glucocorticoïdes maternels. Une méta-analyse de 2024 sur la détresse psychologique prénatale et l'expression placentaire de 11 β -HSD2 a retrouvé des associations négatives faibles ou modestes. Cela soutient la plausibilité d'une voie biologique, mais pas l'idée d'un mécanisme simple dans lequel « plus la mère est stressée, plus le bébé reçoit du cortisol et devient anxieux »³.

Les études d'imagerie fœtale ou infantile trouvent également certaines différences associées à la détresse maternelle, mais les échantillons sont souvent petits, les méthodes hétérogènes et la causalité difficile à établir. Ces résultats sont intéressants pour comprendre des mécanismes possibles, pas pour prédire le destin psychologique d'un enfant individuel.

4. Il n'existe pas de grossesse psychologiquement parfaite à atteindre

Une conséquence directe des données précédentes est qu'il serait scientifiquement injustifié de conseiller à une femme enceinte de « ne pas stresser pour le bébé ». Cette injonction est paradoxale : elle ajoute une nouvelle source de stress et transforme chaque réaction émotionnelle en faute potentielle.

Le but raisonnable est différent : éviter qu'une souffrance importante reste seule et non traitée ; réduire lorsque c'est possible les contraintes chroniques ; maintenir les besoins fondamentaux — sommeil, nourriture, sécurité, relations, activité — et demander de l'aide lorsqu'un trouble devient envahissant.

La régulation émotionnelle n'est pas l'absence d'émotions. C'est la capacité à traverser les émotions et à retrouver suffisamment de stabilité pour fonctionner.

5. Anxiété : quand l'inquiétude cesse d'être seulement normale

L'inquiétude est fréquente pendant une grossesse. Elle mérite davantage d'attention lorsqu'elle devient permanente, obsessionnelle, provoque des crises d'angoisse, empêche de dormir ou de manger, conduit à des vérifications ou demandes de réassurance incessantes, ou rend le quotidien difficile.

Les soins peuvent comprendre soutien, psychothérapie, thérapies cognitivo-comportementales, prise en charge du sommeil et, lorsque nécessaire, traitement médicamenteux évalué individuellement. Une personne déjà traitée pour un trouble anxieux ne doit pas arrêter seule son traitement au début de la grossesse⁴.

Le but du traitement est de soigner la personne, pas simplement de réduire une exposition hormonale supposée du fœtus.

6. Dépression : la banaliser sous prétexte de grossesse est une erreur

Fatigue, modifications du sommeil et de l'appétit peuvent être normales pendant la grossesse, ce qui rend parfois la dépression difficile à repérer. Mais une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, un sentiment de désespoir ou d'inutilité, une difficulté importante à prendre soin de soi ou des idées de mort ne doivent pas être réduits à « ce sont les hormones ».

La dépression périnatale est sous-diagnostiquée. Elle peut être traitée par interventions psychologiques et, selon la gravité, par médicaments dont le rapport bénéfice-risque est évalué pendant la grossesse. Une maladie psychiatrique non traitée peut elle-même avoir des conséquences importantes ; éviter tout traitement médicamenteux par principe n'est donc pas une stratégie de sécurité.

Si des idées suicidaires apparaissent ou si la personne se sent en danger, cela devient une urgence de santé : en France, le 3114 est accessible 24 h/24 et 7 j/7 ; en danger immédiat, appeler le 15 ou le 112⁵.

7. Soutien social : ce n'est pas un supplément de confort

Le soutien du partenaire, de la famille, d'amis ou de professionnels peut diminuer l'isolement et aider concrètement à réduire la charge quotidienne. Certaines cohortes suggèrent également que la qualité du soutien ou des interactions postnatales peut atténuer les associations entre détresse prénatale et développement de l'enfant.

Cela rappelle une chose essentielle : la grossesse n'est pas un système mère-fœtus fermé. Le logement, le revenu, le travail, la disponibilité de soins, la qualité des relations et le partage des tâches influencent la santé maternelle. Dire à une femme de

méditer davantage n'est pas une réponse suffisante à une précarité, une surcharge de travail ou une relation destructrice.

L'hygiène de vie inclut donc aussi l'organisation collective autour de la grossesse.

8. Violence : ce n'est plus une question de gestion du stress

Une relation violente ne doit jamais être reclassée comme simple facteur de stress à « mieux gérer ». Les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou coercitives menacent directement la sécurité et la santé. Les méta-analyses associent les violences conjugales pendant la grossesse à davantage de prématurité et de faible poids de naissance, en plus de leurs conséquences directes pour la femme⁶.

Dans cette situation, la priorité est la sécurité, pas la relaxation. Il est utile d'en parler à une sage-femme, un médecin ou une personne de confiance. En France, le 3919 apporte écoute et orientation ; ce n'est pas un numéro d'urgence. En danger immédiat, appeler le 17 ou le 112 ; le 114 est accessible notamment par SMS ou application pour les personnes sourdes, malentendantes ou aphasiques⁷.

Le partenaire n'a pas à être présent lors de toutes les consultations : demander un moment seul avec le professionnel peut permettre de parler plus librement.

9. Travail, charge mentale et contraintes matérielles

Le stress au travail n'est pas seulement une perception intérieure. Horaires, bruit, chaleur, travail de nuit, exposition chimique, charge physique, manque d'autonomie, harcèlement ou incertitude professionnelle peuvent agir par des mécanismes différents. Les réponses doivent donc être adaptées à la contrainte réelle.

Parfois, le bon geste n'est pas une technique respiratoire mais un aménagement de poste, une réduction d'exposition, un arrêt de travail, une aide sociale, une réorganisation familiale ou une protection face à une violence.

Le guide distinguera toujours, autant que possible, une intervention sur l'individu d'une intervention sur la situation qui produit la détresse.

10. Relaxation, méditation, respiration : outils possibles, pas obligations morales

Respiration lente, relaxation, méditation, activité physique douce, yoga adapté ou autres techniques peuvent aider certaines personnes à diminuer leurs symptômes de stress ou d'anxiété. Leur intérêt dépend de la personne et de la gravité du problème.

Ces outils ne doivent pas être présentés comme traitement suffisant d'une dépression sévère, d'un trouble panique important, d'un traumatisme ou d'une situation de violence. Ils ne constituent pas non plus une obligation destinée à « protéger le cerveau du bébé ».

Le bon outil est celui qui diminue réellement la souffrance ou améliore le fonctionnement, avec un coût acceptable et sans retarder une prise en charge nécessaire.

11. Peut-on agir sur l'enfant en traitant la détresse pendant la grossesse ?

Les interventions psychologiques pendant la grossesse peuvent améliorer l'anxiété ou la dépression maternelles. En revanche, démontrer qu'elles modifient directement le neurodéveloppement futur de l'enfant est beaucoup plus difficile. Une revue parapluie des essais randomisés a trouvé des

bénéfices maternels, mais très peu d'études avaient mesuré des résultats neurodéveloppementaux chez les enfants⁸.

Il faut donc éviter un argument trompeur du type « faites une thérapie pour empêcher votre enfant de devenir anxieux ». Une thérapie peut être indiquée parce que la mère souffre et parce qu'une meilleure santé psychique améliore le quotidien, la grossesse et la disponibilité relationnelle. Les éventuels bénéfices développementaux directs pour l'enfant restent une question scientifique ouverte.

12. Fiche pratique : quand agir et comment

ÉMOTIONS VARIABLES MAIS SUPPORTABLES — normales ; chercher soutien et récupération si utile, sans médicaliser automatiquement.

STRESS CHRONIQUE IDENTIFIABLE — agir autant que possible sur la source : travail, sommeil, organisation, charge, conflit, précarité.

ANXIÉTÉ QUI ENVAHIT LE QUOTIDIEN — en parler au professionnel ; psychothérapie et autres soins possibles.

TRISTESSE PERSISTANTE / PERTE D'INTÉRÊT — rechercher un épisode dépressif plutôt que l'attribuer automatiquement à la grossesse.

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE EN COURS — ne pas l'arrêter seule ; réévaluer avec le prescripteur.

ISOLEMENT — organiser un soutien concret, pas seulement des conseils.

VIOLENCE OU CONTRÔLE DU PARTENAIRE — priorité à la sécurité et à l'aide spécialisée.

IDÉES SUICIDAIRES OU DANGER IMMÉDIAT — urgence ; ne pas rester seule avec la situation.

13. Ce que le guide affirme sur le fœtus — et ce qu'il n'affirme pas

Le guide considère comme plausible et partiellement documenté que des états maternels chroniques puissent modifier l'environnement physiologique de la grossesse par des voies hormonales, autonomes, immunitaires, métaboliques et comportementales. Il considère également que le placenta participe activement à cette interface⁹.

Il ne considère pas démontré que la personnalité, les croyances ou le sens psychologique vécu par la mère soient directement transmis au fœtus. Il ne considère pas démontré qu'une période de stress ordinaire produise une personnalité déterminée chez l'enfant. Et il ne considère pas que les associations à long terme observées puissent être séparées facilement des facteurs génétiques, sociaux et postnataux¹⁰.

Le chapitre suivant examinera précisément ces voies mère-placenta-fœtus et ce que pourrait signifier une « calibration prénatale » sans transformer cette idée en métaphore magique.

À retenir

Prendre soin de la santé psychique pendant la grossesse est important, mais pas parce qu'il faudrait maintenir un état émotionnel parfait pour fabriquer un enfant calme. Les associations entre détresse prénatale et développement de l'enfant sont généralement modestes, contextuelles et difficiles à interpréter causalement. La souffrance durable, l'anxiété sévère et la dépression méritent des soins. Le soutien social et les conditions matérielles comptent. La violence relève d'abord de la sécurité. Et lorsque l'on parle du fœtus, il faut distinguer les voies physiologiques plausibles d'une transmission directe du vécu psychologique qui, elle, n'est pas démontrée.

Notes

1. BMJ Open 2025 — Prenatal psychological distress and neurodevelopmental trajectories in the first 3 years: systematic review.
2. BMC Medicine 2025 — Prenatal maternal stress: triangulating evidence across sibling, genetic and negative-control approaches.
3. Meta-analysis 2024 — Prenatal psychological distress and placental 11 β -HSD2 expression.
4. Ameli 2026 — Anxiété, baby-blues, dépression : comment être aidée pendant et après sa grossesse ? ; Ameli — Dépression durant la grossesse : repérage et prise en charge.
5. Ministère de la Santé — Le numéro national de prévention du suicide : 3114, gratuit, 24 h/24 et 7 j/7 ; en risque suicidaire imminent, 15 ou 112.
6. Systematic review/meta-analysis — Intimate partner violence and adverse birth outcomes during pregnancy.
7. Arrêtons les violences — numéros d'aide et d'urgence en France, 2026.
8. Umbrella review — Maternal mental health and offspring brain development: prenatal interventions.
9. Meta-analysis 2024 — Prenatal psychological distress and placental 11 β -HSD2 expression ; Systematic review 2024 — Prenatal maternal distress and offspring brain development.
10. BMC Medicine 2025 — Prenatal maternal stress: triangulating evidence across sibling, genetic and negative-control approaches ; BMJ Open 2025 — Prenatal psychological distress and neurodevelopmental trajectories in the first 3 years.

Sources de référence du chapitre

BMJ Open 2025 — Prenatal psychological distress and neurodevelopmental trajectories in the first 3 years: systematic review.

BMC Medicine 2025 — Prenatal maternal stress: triangulating evidence across sibling, genetic and negative-control approaches.

Systematic review 2024 — Prenatal maternal distress and offspring brain development.

Meta-analysis 2024 — Prenatal psychological distress and placental 11 β -HSD2 expression.

Meta-analysis — Prenatal maternal anxiety/stress and offspring cognitive functioning.

Umbrella review — Maternal mental health and offspring brain development: prenatal interventions.

Ameli 2026 — Grossesse : bouleversement émotionnel, anxiété et dépression.

Ameli 2026 — Anxiété, baby-blues, dépression : comment être aidée pendant et après sa grossesse ?

Ameli — Dépression durant la grossesse : repérage et prise en charge.

Systematic review/meta-analysis — Intimate partner violence and adverse birth outcomes during pregnancy.

Arrêtons les violences — numéros d'aide et d'urgence en France, 2026.

Ministère de la Santé — Le numéro national de prévention du suicide (3114).

INTERLUDE — COMPRENDRE

Chapitre 9 — Ce que reçoit réellement le fœtus

Ce chapitre sert à comprendre, pas à multiplier les consignes. Il n'ajoute presque aucune règle d'hygiène de vie : il explique par quelles voies un environnement maternel peut influencer le développement fœtal, quelles formes d'apprentissage prénatal sont réellement documentées et où commencent les extrapolations. Une lectrice qui cherche seulement des conduites pratiques peut le parcourir plus tard sans perdre les recommandations essentielles du guide.

Le fœtus ne reçoit pas directement la psychologie de sa mère

Une pensée, une peur, un souvenir ou une croyance n'existent pas dans le sang sous une forme que le placenta transmettrait au fœtus. Ce que le fœtus rencontre est d'un autre ordre : nutriments, oxygène, hormones et métabolites modifiés par le placenta, signaux immunitaires, variations de circulation et de métabolisme, sons, mouvements, pression, température et molécules odorantes ou gustatives présentes dans le liquide amniotique.

Lorsque l'état psychologique de la mère modifie durablement son sommeil, son système autonome, ses hormones, son inflammation, son alimentation ou ses comportements, certaines de ces conséquences corporelles peuvent devenir une composante de l'environnement de la grossesse. Mais le sens psychologique vécu par la mère n'est pas transmis comme tel.

Cette distinction répond à la question de départ du guide : il existe bien une continuité entre l'état du corps maternel et le développement fœtal, mais elle passe par plusieurs voies biologiques et sensorielles, pas par une « imprégnation psychique » indifférenciée.

1. Trois phénomènes qu'il ne faut pas confondre

Il est utile de distinguer trois choses.

APPRENTISSAGE SENSORIEL — le fœtus est exposé à des régularités perceptives et peut en conserver une familiarité mesurable après la naissance, par exemple certaines caractéristiques de la voix ou des saveurs.

PLASTICITÉ DÉVELOPPEMENTALE — un organisme en construction adapte sa croissance et le fonctionnement de certains systèmes aux conditions biologiques dans lesquelles il se développe. Cela concerne par exemple l'apport nutritif, l'oxygénation, les glucocorticoïdes ou l'environnement métabolique.

PROGRAMMATION OU « CALIBRATION » — terme plus général utilisé pour décrire l'idée que certaines expositions précoces peuvent modifier durablement des trajectoires physiologiques. Ce terme peut être utile, mais il ne désigne pas un mécanisme unique et ne prouve pas qu'une adaptation prénatale explique un trait ultérieur précis.

Confondre ces niveaux conduit vite à dire qu'un fœtus « apprend le stress » de la même manière qu'il apprend une mélodie. Ce n'est pas démontré.

2. La voix : un véritable apprentissage prénatal, mais surtout perceptif

La capacité du fœtus à répondre au son est bien documentée en fin de grossesse. Des études montrent des modifications du rythme cardiaque ou des mouvements en réponse à la voix maternelle. Une étude à 36 semaines a observé une diminution des mouvements juste après le début de la parole maternelle, compatible avec une réponse d'orientation.

Une revue systématique publiée en 2026 conclut que l'exposition prénatale à la parole contribue probablement à

plusieurs compétences précoces : reconnaissance de la langue maternelle, sensibilité au rythme et à la prosodie, traitement de la prosodie émotionnelle, sensibilité à certaines voyelles et réponses cérébrales spécifiques à la langue. Les auteurs soulignent cependant de petits échantillons, une forte hétérogénéité méthodologique et peu de répliques¹.

Le fœtus ne comprend donc pas les phrases au sens adulte. Ce qu'il peut apprendre concerne surtout des propriétés acoustiques répétées : rythme, intonation, caractéristiques de la voix et régularités sonores.

Faut-il faire écouter de la musique ou des enregistrements au ventre ?

Non comme obligation de développement. Une revue systématique de 2023 trouve des traces de mémoire spécifique après des stimulations sonores prénatales dans plusieurs petites études, mais les protocoles sont très hétérogènes et comportent des risques de biais. Les données ne démontrent pas qu'ajouter artificiellement de la musique ou des enregistrements améliore le développement intellectuel, émotionnel ou linguistique de l'enfant².

La voix naturelle, les conversations ordinaires et les sons du quotidien constituent déjà un environnement sonore riche. Le guide ne recommande donc ni casque sur le ventre ni programme de « stimulation prénatale » destiné à rendre l'enfant plus intelligent.

3. Saveurs et odeurs : le fœtus goûte réellement une partie de l'alimentation maternelle

Les molécules issues de l'alimentation maternelle peuvent modifier la composition aromatique du liquide amniotique. Les systèmes chimiosensoriels fœtaux deviennent fonctionnels avant la naissance, et le fœtus avale du liquide amniotique.

Une revue critique de 2024 conclut que les données convergent vers une capacité du fœtus à détecter des signaux chimiques provenant du régime maternel et à en conserver une familiarité après la naissance. Les preuves sont plus solides pour les composés odorants volatils que pour le goût au sens strict³.

Une méta-analyse sur la continuité chimiosensorielle trouve que les nourrissons s'orientent davantage vers des stimuli connus avant la naissance et montrent certaines réponses favorables aux saveurs auxquelles ils ont été exposés. L'expérience classique du jus de carotte a également montré moins d'expressions négatives lors de la réexposition au moment du sevrage.

Cela permet de parler d'apprentissage sensoriel. En revanche, on ne sait pas dans quelle mesure ces effets persistent au-delà de la petite enfance ni s'ils modifient durablement l'alimentation à l'âge adulte.

4. Le placenta : filtre, transformateur et organe endocrine

Le placenta n'est pas une passoire entre deux circulations. Le sang maternel et le sang fœtal ne se mélangent normalement pas directement. Les échanges passent par une interface spécialisée qui transporte certaines molécules, en transforme d'autres et produit elle-même de nombreux signaux.

Le placenta sécrète des hormones qui modifient profondément la physiologie maternelle afin de soutenir la grossesse. L'hormone lactogène placentaire, l'hormone de croissance placentaire et l'axe IGF participent notamment aux adaptations métaboliques et à la croissance fœtale. Une revue systématique récente montre des associations entre plusieurs de ces signaux placentaires, la croissance fœtale et la taille à la naissance, tout en soulignant une importante hétérogénéité⁴.

La relation n'est donc pas seulement « la mère envoie, le fœtus reçoit ». Le placenta transforme la mère au cours de la grossesse et participe activement à l'environnement des deux organismes.

5. Cortisol : une voie réelle, mais fortement régulée

Le cortisol maternel est souvent présenté comme le messager direct du stress maternel. La réalité est plus régulée. Le placenta exprime notamment l'enzyme 11 β -HSD2, qui convertit une partie du cortisol biologiquement actif en cortisone moins active et limite ainsi l'exposition fœtale aux glucocorticoïdes maternels.

Une méta-analyse de 2024 portant sur 16 études longitudinales et 1 869 participantes a trouvé seulement de faibles associations négatives entre détresse psychologique prénatale et expression placentaire de 11 β -HSD2. Une revue systématique plus récente des études humaines et animales conclut que le fonctionnement de cette enzyme dépend du contexte, du moment de l'exposition et de nombreux autres facteurs et que les résultats humains in vivo restent incomplets⁵.

Le cortisol est donc une partie plausible du système de communication prénatale, mais le modèle « stress maternel → cortisol traverse le placenta → personnalité anxieuse » est beaucoup trop simple.

6. Métabolisme et nutriments : le fœtus se construit avec ce qui lui est disponible

Le développement dépend évidemment des matériaux et de l'énergie disponibles : oxygène, glucose, acides aminés, acides gras, vitamines et minéraux doivent être transportés ou régulés à travers le placenta. Les concentrations maternelles, la fonction

placentaire et les besoins fœtaux participent ensemble à ces flux.

La grossesse modifie elle-même le métabolisme maternel. Les hormones placentaires augmentent notamment la disponibilité de nutriments pour le fœtus et modifient la sensibilité maternelle à l'insuline. Dans les grossesses compliquées par un diabète ou une insuffisance placentaire, ces échanges et signaux peuvent être suffisamment modifiés pour affecter la croissance fœtale.

C'est un exemple clair de plasticité développementale : l'organisme fœtal se développe dans un environnement métabolique donné. Mais même ici, passer de « croissance fœtale modifiée » à « maladie adulte programmée » demande beaucoup plus de preuves.

7. Immunité et inflammation : une autre voie de communication

Une infection maternelle importante peut activer le système immunitaire et modifier les signaux inflammatoires au niveau du placenta. Les travaux expérimentaux montrent que cette activation peut affecter le développement fœtal, notamment cérébral. Des associations humaines existent aussi entre certaines infections ou états inflammatoires maternels et des issues neurodéveloppementales ultérieures⁶.

Mais une grande partie des mécanismes précis de « maternal immune activation » provient encore de modèles animaux. Il faut donc éviter d'assimiler une infection avec forte inflammation, une maladie auto-immune, une obésité inflammatoire et un stress psychologique ordinaire sous le seul mot « inflammation ».

Le guide retient que la voie immunitaire est biologiquement réelle et importante, mais que l'intensité, le moment, la cause et

le contexte changent radicalement ce qu'elle signifie pour le fœtus.

8. Le système autonome et les rythmes corporels : des couplages existent, leur sens reste ouvert

Le fœtus est continuellement exposé à des rythmes : mouvements maternels, respiration, activité, repos, voix, pulsations et variations de la circulation utéroplacentaire. Certaines études ont détecté des formes de couplage entre rythmes cardiaques maternels et fœtaux.

Une revue exploratoire de 23 études conclut que des épisodes de couplage materno-fœtal sont observés dans la majorité des travaux, mais le mécanisme n'est pas établi. Des hypothèses autonomes et vibroacoustiques ont été proposées sans validation définitive⁷.

C'est un bon exemple de zone où l'on observe une relation sans encore savoir exactement ce qu'elle signifie. Le guide ne transforme donc pas le rythme cardiaque maternel en « message émotionnel » adressé au fœtus.

9. La somatisation maternelle : ce qui peut réellement atteindre l'environnement fœtal

Si une détresse psychologique se manifeste par de vrais changements corporels — insomnie chronique, modification de l'appétit, activation autonome, douleur, élévation durable de certaines hormones, inflammation, consommation de substances, diminution de l'activité ou changement du métabolisme — ces changements font partie de l'environnement maternel dans lequel la grossesse se déroule.

Dans ce sens limité, une somatisation peut avoir des conséquences biologiques pertinentes pour la grossesse. Mais le fœtus ne reçoit pas « la somatisation » comme entité

psychologique. Il est exposé à certains de ses corrélats corporels éventuels.

Cette distinction évite de psychologiser des mécanismes physiologiques tout en reconnaissant que corps et psychisme ne fonctionnent pas indépendamment.

10. Épigénétique : modulation de l'expression, pas mémoire secrète du traumatisme

L'épigénétique décrit notamment des modifications chimiques de l'ADN et de la chromatine qui peuvent influencer l'expression des gènes sans changer la séquence génétique. L'environnement prénatal peut être associé à certaines de ces variations.

Une méta-analyse portant sur 5 496 nouveau-nés a retrouvé quelques sites de méthylation du sang de cordon associés à des événements de vie stressants prénataux. Mais les effets sont peu nombreux au regard de l'ensemble de l'épigénome, leur fonction clinique n'est pas établie et un signal dans le sang de cordon n'est pas une mesure directe du cerveau⁸.

Une synthèse systématique publiée en 2025 sur les marques épigénétiques liées au stress chez les femmes enceintes conclut à des différences généralement petites, souvent inférieures à quelques pourcents, dépendantes du contexte et avec une certitude globale faible à très faible. Aucun site de méthylation n'est prêt à être utilisé comme biomarqueur clinique⁹.

Il est donc incorrect de dire qu'un traumatisme maternel serait « écrit dans les gènes du bébé ». L'épigénétique constitue une voie de plasticité possible, dynamique et dépendante des tissus ; elle n'est ni une photographie du vécu maternel ni une condamnation durable.

11. Communication bidirectionnelle : la grossesse transforme aussi la mère

L'idée d'une mère qui agit sur un fœtus passif est incomplète. Le placenta et les tissus fœto-placentaires produisent hormones, protéines, acides nucléiques et vésicules extracellulaires qui circulent notamment vers l'organisme maternel et participent à ses adaptations immunitaires, métaboliques et cardiovasculaires.

Des vésicules extracellulaires placentaires transportent ARN, protéines, lipides et autres molécules. Elles constituent un domaine de recherche actif sur la communication materno-fœtale. Les travaux récents montrent clairement leur présence et leur rôle potentiel du côté maternel ; leurs effets directs précis sur les tissus fœtaux restent beaucoup moins établis¹⁰.

La meilleure représentation actuelle est donc celle d'un système mère-placenta-fœtus en interaction, avec des communications dans plusieurs directions, plutôt qu'une simple imprégnation du fœtus par la mère.

12. « Calibration prénatale » : une bonne hypothèse si l'on ne lui fait pas dire trop de choses

Le mot calibration peut être utile pour décrire une idée générale : un système en développement construit ses régulations au sein d'un environnement donné, et certaines conditions répétées peuvent déplacer durablement sa trajectoire.

Mais ce terme ne doit pas cacher plusieurs mécanismes différents. Une familiarité avec la voix maternelle est un apprentissage sensoriel. Une croissance différente sous hyperglycémie maternelle est une adaptation métabolique. Une modification de l'expression placentaire d'une enzyme du cortisol est un mécanisme endocrinien possible. Une variation

de méthylation est un phénomène épigénétique. Les appeler tous « calibration » n'en fait pas un seul processus.

La formulation la plus prudente est donc : le développement prénatal est plastique et sensible au contexte ; certaines expositions répétées peuvent contribuer à des trajectoires ultérieures ; la force, la durée et la spécificité de ces effets dépendent du mécanisme et sont souvent difficiles à séparer de la génétique et de l'environnement postnatal.

13. Les limites de la grande théorie des “origines développementales”

L'hypothèse des origines développementales de la santé et des maladies — souvent associée aux travaux de Barker — a joué un rôle important en attirant l'attention sur la période prénatale. Mais ses interprétations causales fortes doivent être examinées avec prudence.

Une revue systématique de 2024 des travaux de Barker les plus cités a trouvé un risque élevé de biais dans toutes les études examinées, notamment pour la confusion, la sélection des résultats et les données manquantes. Les auteurs concluent que ces études historiques ne suffisent pas à établir une relation causale entre faible poids de naissance et maladies adultes¹¹.

Cela ne réfute pas toute influence prénatale. Cela rappelle qu'une association entre caractéristique à la naissance et maladie trente ans plus tard peut aussi refléter génétique, environnement familial, conditions socioéconomiques ou autres expositions persistantes.

14. Ce que cela change — et ne change pas — pour l'hygiène de vie

Ce chapitre ne crée presque aucun nouvel interdit. Son rôle est surtout d'expliquer pourquoi certaines mesures déjà recommandées ont du sens et pourquoi d'autres extrapolations sont abusives.

Il donne une raison supplémentaire de protéger la santé maternelle, de traiter les maladies, de maintenir une alimentation suffisante, d'éviter les substances réellement nocives et de prendre en charge une détresse psychique importante. Il ne justifie pas de surveiller chaque émotion, de parler au ventre selon un programme, de faire écouter de la musique spéciale, de manger volontairement certains aliments pour programmer les goûts futurs ni de chercher à « optimiser » chaque signal biologique.

Le fœtus bénéficie déjà d'un environnement sensoriel et biologique extrêmement riche sans intervention artificielle supplémentaire.

15. Fiche de statut des connaissances

ÉTABLI — le fœtus perçoit des sons en fin de grossesse et peut acquérir une familiarité avec certaines propriétés de la voix et de la langue.

ÉTABLI / PROBABLE — des composés aromatiques issus de l'alimentation maternelle atteignent le liquide amniotique et peuvent influencer certaines préférences précoces après la naissance.

ÉTABLI — le placenta transporte, filtre, transforme et produit des signaux endocriniens et métaboliques importants.

ÉTABLI — 11 β -HSD2 placentaire limite l'exposition fœtale à une partie du cortisol maternel.

PROBABLE MAIS MODESTE — la détresse psychologique prénatale peut être associée à de petites modifications de certaines voies placentaires ou épigénétiques.

ÉTABLI DANS SON PRINCIPE — les infections et l'activation immunitaire maternelle peuvent modifier l'environnement

placentaire et fœtal ; l'ampleur des effets neurodéveloppementaux dépend fortement du contexte.

OUVERT — la signification fonctionnelle à long terme de nombreux signaux épigénétiques humains.

OUVERT — la part exacte d'une « calibration » intra-utérine dans la personnalité, la réactivité au stress ou la santé mentale adulte.

NON DÉMONTRÉ — transmission directe au fœtus du sens psychologique vécu par la mère.

NON DÉMONTRÉ — bénéfice développemental général d'une stimulation sonore artificielle prénatale.

À retenir

Le fœtus reçoit énormément d'informations, mais pas sous la forme d'une copie du psychisme maternel. Il apprend certaines régularités sensorielles ; il se développe dans un environnement métabolique, hormonal et immunitaire ; et le placenta transforme activement les échanges entre mère et fœtus. Certaines de ces conditions peuvent laisser des effets durables, mais la notion de calibration doit rester une description prudente de la plasticité développementale, pas une théorie capable d'expliquer rétrospectivement toute personnalité adulte.

Le mystère scientifique demeure précisément dans le passage entre ces milliers d'interactions biologiques précoces et l'individu singulier qui se développera ensuite pendant des années dans un nouvel environnement.

Notes

1. Systematic review 2026 — Prenatal learning relevant to early language development ; Study — Near-term fetal response to maternal spoken voice.

2. Systematic review 2023 — Impact of sound stimulation during pregnancy on fetal learning.

3. Annual Review of Nutrition 2024 — Maternal diet and future infant taste and odor preferences ; Systematic review and meta-analysis 2023 — Chemosensory continuity from prenatal to postnatal life.

4. Systematic review — Placental hormones, IGF-1 and early-life growth.

5. Meta-analysis 2024 — Prenatal psychological distress and placental 11 β -HSD2 expression ; Systematic review 2025/2026 — Glucocorticoids and placental 11 β HSD2.

6. Review — Maternal immune activation and the role of the placenta.

7. Scoping review — Maternal-fetal cardiac coupling.

8. Epigenome-wide meta-analysis — Prenatal stressful life events and newborn DNA methylation.

9. Systematic review 2025 — Stress-induced gene regulation in pregnant women.

10. Review — Placental extracellular vesicles in maternal-fetal communication.

11. Systematic review 2024 — Evidence for in utero influences on later health and disease / Barker studies.

Sources de référence du chapitre

[Systematic review 2026 — Prenatal learning relevant to early language development.](#)

[Systematic review 2023 — Impact of sound stimulation during pregnancy on fetal learning.](#)

[Study — Near-term fetal response to maternal spoken voice.](#)

[Annual Review of Nutrition 2024 — Maternal diet and future infant taste and odor preferences.](#)

[Systematic review and meta-analysis 2023 — Chemosensory continuity from prenatal to postnatal life.](#)

[Meta-analysis 2024 — Prenatal psychological distress and placental 11 \$\beta\$ -HSD2 expression.](#)

[Systematic review 2025/2026 — Glucocorticoids and placental 11 \$\beta\$ HSD2.](#)

[Systematic review — Placental hormones, IGF-1 and early-life growth.](#)

[Review — Maternal immune activation and the role of the placenta.](#)

[Scoping review — Maternal-fetal cardiac coupling.](#)

[Epigenome-wide meta-analysis — Prenatal stressful life events and newborn DNA methylation.](#)

[Systematic review 2025 — Stress-induced gene regulation in pregnant women.](#)

[Review — Placental extracellular vesicles in maternal-fetal communication.](#)

[Systematic review 2024 — Evidence for in utero influences on later health and disease / Barker studies.](#)

PARTIE III — Expositions, traitements et prévention

Chapitre 10 — Médicaments, plantes, huiles essentielles et compléments

Le bon raisonnement n'est pas « médicament = danger »

La grossesse modifie la manière dont on utilise certains médicaments, mais elle ne transforme pas tout traitement en poison. Certaines molécules présentent un risque tératogène ou fœtotoxique bien établi. Beaucoup d'autres peuvent être utilisées lorsqu'elles sont nécessaires. Et dans certaines maladies, interrompre le traitement expose la mère et le fœtus à un risque supérieur à celui du médicament.

La règle centrale est donc double : pas d'automédication improvisée, mais pas d'arrêt brutal d'un traitement prescrit sans avis médical. Ces deux phrases doivent toujours rester ensemble.

Une personne qui découvre sa grossesse après avoir pris un médicament ne doit pas non plus conclure automatiquement qu'un dommage a eu lieu. Le risque dépend de la molécule, de la dose, de la durée, de la période d'exposition et de la maladie traitée.

1. Comment lire un risque médicamenteux

Risque de base et risque absolu

Même sans médicament ni exposition particulière, une grossesse comporte déjà un risque de fond. Pour les malformations congénitales détectées à la naissance, les services de tératologie utilisent souvent un ordre de grandeur d'environ 3 à 5 %, selon les définitions retenues¹.

Ce point évite de lire un chiffre isolé comme une preuve. Une fréquence de 4 % dans un groupe exposé n'a de sens qu'en comparaison avec un groupe pertinent. Il faut aussi distinguer

risque relatif et risque absolu : « risque doublé » ne signifie pas la même chose si l'on passe de 1 cas sur 1 000 à 2 sur 1 000 que de 10 % à 20 %. Le guide privilégiera donc, lorsqu'ils existent, les risques absolus et leur contexte.

Le moment de l'exposition change le type de risque

Les effets potentiels dépendent du stade de développement. L'organogenèse précoce est particulièrement sensible à certains agents capables de provoquer des malformations ; plus tard, un produit peut surtout agir sur la croissance, le fonctionnement d'un organe, la circulation fœtale, le système nerveux ou l'adaptation du nouveau-né.

La règle dite du « tout ou rien » au tout début après la conception peut être une approximation utile dans certaines situations, mais elle connaît des exceptions et ne permet jamais de conclure seule sur un médicament précis. La conduite dépend toujours de la molécule, de la dose, de la durée et du terme. Les AINS, traités plus loin, illustrent précisément pourquoi un même produit peut changer de profil au cours de la grossesse.

Des données souvent imparfaites

Les femmes enceintes ont longtemps été exclues de nombreux essais. Pour beaucoup de médicaments, les connaissances reposent donc sur registres de grossesse, cohortes, bases médico-administratives, pharmacovigilance et séries de cas. Ces données sont indispensables mais exposées à des biais : la maladie elle-même peut augmenter le risque, les prescriptions ne sont pas aléatoires et l'observance ou les doses sont parfois mal connues.

« Pas de signal identifié » ne signifie donc pas toujours « innocuité démontrée ». Mais l'absence de certitude absolue ne

signifie pas non plus qu'un traitement nécessaire doit être abandonné : des données humaines convergentes et rassurantes peuvent suffire à éclairer une décision clinique.

La maladie non traitée compte aussi

Retirer un médicament ne protège pas automatiquement le fœtus. Une épilepsie non contrôlée peut entraîner des crises dangereuses ; une dépression sévère peut exposer à un risque suicidaire ou à une forte dégradation du fonctionnement ; une maladie inflammatoire active, une hypertension ou un diabète mal contrôlés possèdent leurs propres risques obstétricaux.

La question utile est donc : parmi les options disponibles, laquelle offre le meilleur équilibre entre contrôle de la maladie maternelle et risque fœtal ? La réponse peut être de maintenir un traitement, d'ajuster sa dose, de le remplacer ou, dans certaines situations, d'accepter un risque médicamenteux connu parce que l'alternative est plus dangereuse.

Préparer la grossesse lorsqu'un traitement est régulier

Lorsqu'une maladie chronique est connue, le meilleur moment pour réviser l'ordonnance est souvent avant la conception : vérifier l'indication, choisir si nécessaire une molécule mieux documentée, utiliser la dose efficace appropriée, anticiper la surveillance et les éventuels besoins de supplémentation.

Cette préparation est particulièrement utile pour certaines maladies neurologiques, psychiatriques, auto-immunes, cardiovasculaires ou dermatologiques. Un changement précipité après la découverte de la grossesse peut parfois déstabiliser une maladie sans apporter de bénéfice réel. Toute modification importante d'un traitement régulier doit donc être planifiée avec le professionnel qui connaît la maladie et la grossesse.

2. Quelques médicaments où le risque est réellement majeur

Une liste exhaustive deviendrait rapidement obsolète. Quelques exemples permettent cependant de comprendre ce qu'est un risque médicamenteux établi.

L'ISOTRÉTINOÏNE ORALE, utilisée contre certaines acnés sévères, est fortement tératogène et formellement contre-indiquée pendant la grossesse. Une grossesse survenant sous traitement nécessite un arrêt et une évaluation spécialisée rapide².

LE VALPROATE expose à un risque élevé de malformations et de troubles neurodéveloppementaux. Son utilisation pendant la grossesse est soumise à des restrictions majeures. Chez une personne traitée pour une épilepsie, cela ne signifie toutefois jamais arrêter brutalement le médicament sans spécialiste : une crise sévère peut elle-même être dangereuse.

LE MÉTHOTREXATE à certaines doses et périodes est un tératogène connu et peut provoquer une embryopathie spécifique.

LE MYCOPHÉNOLATE, certains rétinoïdes systémiques et quelques autres médicaments nécessitent également des mesures strictes de prévention de grossesse.

Ces exemples montrent pourquoi une consultation préconceptionnelle peut avoir un effet bien plus important qu'une longue liste de précautions alimentaires secondaires.

Rétinoïdes cutanés : à éviter, mais ne pas confondre avec l'isotrétinoïne orale

Les rétinoïdes appliqués sur la peau — notamment trétinoïne, adapalène et tazarotène — sont utilisés contre l'acné ou le photovieillissement. Leur absorption dans le sang est beaucoup plus faible que celle d'un rétinoïde pris par voie orale.

Les cohortes disponibles n'ont pas montré d'augmentation claire des malformations après exposition cutanée thérapeutique, mais les données restent insuffisantes pour exclure totalement un risque³.

L'Agence européenne des médicaments recommande donc, par précaution, de ne pas utiliser de rétinoïdes topiques pendant la grossesse ni lors d'un projet de grossesse. Cette recommandation concerne des médicaments cutanés dont le bénéfice est généralement non indispensable pendant quelques mois ; elle ne signifie pas que leur tératogénicité cutanée ait été démontrée.

En cas d'utilisation accidentelle avant de savoir que la grossesse avait commencé, arrêter le produit et le signaler au professionnel, mais ne pas assimiler cette exposition à l'isotrétinoïne orale : UKTIS souligne que l'absorption systémique est très faible et que les données disponibles sur les rétinoïdes topiques ne montrent pas de signal tératogène établi. Les cosmétiques contenant des dérivés de rétinol méritent également d'être vérifiés et, par prudence, évités pendant la grossesse lorsqu'ils sont destinés à délivrer un effet rétinoïde actif.

3. Anti-inflammatoires : un exemple où le terme change tout

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens — ibuprofène, kétoprofène, naproxène, diclofénac et autres — ne doivent pas être banalisés pendant la grossesse. En France, ils sont formellement contre-indiqués à partir de 24 semaines d'aménorrhée (début du 6e mois). Mais des données de pharmacovigilance ont conduit la FDA et UKTIS à recommander de les éviter dès environ 20 semaines, sauf indication médicale particulière, en raison du risque d'atteinte rénale fœtale et d'oligoamnios ; le risque de constriction du canal artériel

devient également important plus tard. Cette règle ne doit pas être confondue avec l'aspirine à faible dose lorsqu'elle est spécifiquement prescrite pendant la grossesse pour une indication obstétricale⁴.

Des formes locales peuvent également entraîner une exposition systémique ; l'absence d'ordonnance ou l'usage sous forme de gel ne rendent donc pas automatiquement un AINS anodin.

Avant 24 SA, leur utilisation n'est pas une automédication de routine : l'indication, la durée et l'alternative doivent être discutées. Une prise accidentelle ne signifie pas automatiquement qu'une complication est survenue ; la conduite dépend du terme, du produit et de l'exposition.

4. Paracétamol : ne pas fabriquer un danger à partir d'associations mal contrôlées

Le paracétamol reste une option de référence pour traiter douleur et fièvre pendant la grossesse lorsqu'il est nécessaire. Comme pour tout médicament, le principe raisonnable est la dose efficace la plus faible pendant la durée nécessaire.

Des études observationnelles ont alimenté des inquiétudes concernant autisme, TDAH ou autres résultats neurodéveloppementaux. Mais les analyses mieux capables de contrôler les facteurs familiaux et génétiques sont nettement plus rassurantes. En janvier 2026, l'Agence européenne des médicaments a confirmé qu'une nouvelle revue systématique et méta-analyse ne retrouvait pas d'augmentation du risque d'autisme, de TDAH ou de déficience intellectuelle avec l'usage recommandé pendant la grossesse⁵.

Le guide ne recommandera donc pas de laisser une fièvre ou une douleur importante non traitée par peur d'un lien causal neurodéveloppemental non démontré.

5. Les pictogrammes sont des alertes, pas une analyse personnalisée

Les emballages de médicaments peuvent porter un pictogramme ou une mention concernant la grossesse. Ils sont utiles pour déclencher une vérification, mais ils ne remplacent pas une évaluation de la situation réelle.

Un pictogramme ne dit pas à lui seul : à quel terme le risque existe, quelle est sa fréquence, quelle dose est concernée, si le médicament est indispensable, ni ce qui se passe si la maladie n'est pas traitée. L'ANSM elle-même a réévalué le dispositif, notamment parce que son impact et sa compréhension ne sont pas parfaits⁶.

Le réflexe utile est : identifier précisément la substance, puis consulter une source spécialisée et un professionnel plutôt que décider uniquement à partir du symbole sur la boîte.

6. Le CRAT et les services de tératologie : une ressource particulièrement utile

En France, le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes — CRAT — fournit une information indépendante et régulièrement actualisée sur les médicaments et autres expositions pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les situations complexes, les professionnels peuvent également solliciter les centres régionaux de pharmacovigilance ou une expertise spécialisée⁷.

L'intérêt de ces ressources est qu'elles ne répondent pas seulement « autorisé/interdit ». Elles tiennent compte des données humaines disponibles, de la période d'exposition et du contexte thérapeutique.

Pour le guide, toute affirmation concernant une molécule précise devra être vérifiée au moment de la publication, car les données évoluent.

7. Plantes médicinales : “naturel” décrit l’origine, pas la sécurité

Une plante médicinale contient des molécules pharmacologiquement actives. Certaines peuvent modifier les contractions utérines, la tension, la coagulation, les enzymes hépatiques ou interagir avec des médicaments. Le dosage réel varie selon l’espèce, la préparation, l’origine, la concentration et parfois la contamination du produit.

Les données de sécurité sont très inégales. Une revue systématique plus ancienne avait identifié plusieurs signaux préoccupants pour certains produits, tandis qu’une méta-analyse publiée en 2026 portant sur 111 études ne trouve pas d’augmentation globale claire des principales issues défavorables après ajustement, mais souligne une forte hétérogénéité et des signaux propres à certaines plantes⁸.

La conclusion raisonnable n’est donc ni « toutes les plantes sont toxiques » ni « les plantes sont sûres parce qu’elles sont naturelles ». Plus un produit est concentré, répété ou utilisé comme traitement, plus il doit être évalué comme un médicament.

8. Tisane alimentaire et phytothérapie ne sont pas la même exposition

Une infusion occasionnelle faiblement dosée n’est pas comparable à un extrait sec, une teinture, des gélules concentrées ou une cure plusieurs fois par jour. Le guide conservera cette distinction.

Pour une plante peu étudiée, il est généralement simple d’éviter un usage médicinal concentré pendant la grossesse lorsqu’il n’apporte pas de bénéfice démontré. En revanche,

inventer une interdiction absolue de toute trace alimentaire sans données spécifiques peut être disproportionné.

Lorsqu'une plante est utilisée pour traiter un symptôme réel — insomnie, nausées, anxiété, constipation — la première question doit être de savoir si une option mieux étudiée existe.

9. Huiles essentielles : la concentration change le problème

Une huile essentielle est un mélange très concentré de molécules volatiles. Son profil dépend de l'espèce botanique, du chémotype, de la voie d'administration et de la dose. Certaines molécules possèdent des effets neurologiques, hépatiques ou reproductifs observés expérimentalement.

Les données humaines de sécurité pendant la grossesse restent limitées. Des essais d'aromathérapie par inhalation ou application très diluée ont étudié certains symptômes sans faire apparaître un signal général majeur, mais cela ne permet pas d'extrapoler à l'ingestion, aux fortes concentrations ou à toutes les huiles⁹.

Le guide adopte donc une règle de prudence : pas d'ingestion ni d'automédication thérapeutique concentrée d'huiles essentielles pendant la grossesse sans conseil compétent. Une exposition olfactive faible et ponctuelle n'est pas assimilée à une ingestion. L'absence de données n'est pas transformée en preuve de toxicité, mais elle ne justifie pas non plus une utilisation intensive sans bénéfice démontré.

10. Compléments alimentaires : le cumul est un risque sous-estimé

Les compléments prénataux, multivitamines, produits « cheveux », boissons enrichies et autres suppléments peuvent contenir les mêmes nutriments. Plusieurs produits pris ensemble peuvent donc entraîner des doses beaucoup plus élevées que prévu.

La vitamine B9 autour de la conception occupe une place particulière et certains autres suppléments sont utiles selon les analyses, l'alimentation ou le contexte. Cela ne signifie pas qu'un complexe contenant vingt ingrédients soit préférable.

La vitamine A préformée sous forme de rétinol mérite une vigilance spécifique : les fortes doses sont tératogènes. Cela explique notamment pourquoi les produits riches en foie ou certains suppléments de vitamine A ne doivent pas être multipliés pendant la grossesse¹⁰.

Fer, vitamine D, iode, calcium, B12 ou DHA peuvent être pertinents dans certaines situations, mais leurs indications ne sont pas interchangeables. Le chapitre nutrition conserve la priorité : supplémenter un besoin identifié, pas collectionner les produits « grossesse ».

11. Le cas particulier des produits achetés sur Internet

Les produits vendus en ligne comme compléments, mélanges de plantes, produits traditionnels ou « boosters » peuvent poser un problème supplémentaire : composition incomplète, dose réelle différente de l'étiquette, contamination ou ajout de substances pharmacologiques non déclarées.

Pendant la grossesse, plus un produit revendique un effet thérapeutique puissant sans fournir de composition précise ni données de sécurité vérifiables, moins il est raisonnable de l'utiliser.

La prudence doit porter sur le produit réel, pas seulement sur son marketing.

12. Que faire après une prise accidentelle ?

Première règle : ne pas paniquer et ne pas arrêter automatiquement tous les traitements. Noter le nom exact du

produit, la dose, la fréquence, les dates de prise et le terme approximatif de grossesse.

Deuxième règle : vérifier le produit avec médecin, sage-femme, pharmacien, CRAT ou centre de pharmacovigilance selon la situation.

Troisième règle : distinguer l'existence d'un risque théorique de l'ampleur du risque absolu. Beaucoup d'expositions accidentelles ne justifient aucune intervention autre qu'une information ou une surveillance habituelle ; certaines nécessitent au contraire une échographie ciblée, une surveillance ou une prise en charge spécialisée¹¹.

Une exposition n'est pas un diagnostic et ne justifie jamais à elle seule une décision irréversible sans évaluation spécialisée.

13. Fiche pratique : cinq questions avant toute prise

1. QUEL EST LE PRODUIT EXACT ? Substance active, dose et voie d'administration, pas seulement le nom commercial.

2. POURQUOI EST-IL PRIS ? Symptôme mineur, maladie chronique ou situation urgente n'ont pas la même balance bénéfice-risque.

3. À QUEL TERME ? Le même produit peut changer de profil selon le moment de la grossesse.

4. EXISTE-T-IL UNE OPTION MIEUX ÉTUDIÉE ? Ne pas choisir automatiquement « naturel » comme alternative.

5. QUI A VÉRIFIÉ ? Pour une utilisation répétée ou un traitement, médecin, sage-femme, pharmacien ou source spécialisée de tératologie.

14. Fiche de décision rapide

TRAITEMENT CHRONIQUE PRESCRIT — ne pas arrêter seule ; organiser rapidement une réévaluation.

MÉDICAMENT SANS ORDONNANCE — vérifier avant usage, même s'il a déjà été utilisé avant la grossesse.

DOULEUR / FIÈVRE — le paracétamol reste l'option la mieux étayée lorsqu'il est indiqué ; respecter les doses et demander un avis si symptômes inhabituels ou persistants.

AINS — pas d'automédication ; plusieurs référentiels signalent un risque rénal fœtal dès environ 20 semaines et la France les contre-indique formellement à partir de 24 SA. L'aspirine à faible dose prescrite pour une indication obstétricale est un cas distinct.

ISOTRÉTINOÏNE ORALE / MÉDICAMENT CONNU COMME TÉRATOGENE — avis spécialisé rapide en cas d'exposition.

PLANTE EN GÉLULE / EXTRAIT CONCENTRÉ — considérer comme produit pharmacologique ; vérifier les données avant usage.

HUILE ESSENTIELLE — éviter ingestion et usage thérapeutique concentré sans avis compétent.

MULTIVITAMINES / COMPLÉMENTS — vérifier les cumuls et les doses, particulièrement vitamine A, fer, iode et autres micronutriments.

PRISE ACCIDENTELLE — noter précisément l'exposition et demander une évaluation ; ne pas transformer la peur en conclusion.

À retenir

Le médicament le plus sûr n'est pas toujours l'absence de médicament. Pendant la grossesse, la bonne décision dépend du produit, du terme, de la dose, de la durée, de la maladie et des alternatives. Quelques molécules ont un risque majeur clairement établi ; beaucoup d'autres sont compatibles lorsqu'elles sont nécessaires. Les produits naturels ne

bénéficient d'aucune exemption biologique : une plante ou une huile essentielle peut être pharmacologiquement active tout en étant moins bien étudiée qu'un médicament.

La règle opérationnelle reste simple : pas d'automédication irréfléchie, pas d'arrêt brutal d'un traitement prescrit, et recours aux sources spécialisées lorsque la situation dépasse les quelques médicaments bien connus du quotidien.

Notes

1. Review 2025 — Drug safety in pregnancy ; CRAT — Centre de Référence sur les Agents Tératogènes.

2. Review 2026 — Medications that cause fetal anomalies and prevention strategies ; CRAT.

3. EMA — Retinoid-containing medicinal products: pregnancy prevention and topical retinoids ; UKTIS — Use of tretinoin in pregnancy ; UKTIS — Use of adapalene in pregnancy.

4. ANSM — Contre-indication des AINS à partir de 24 semaines d'aménorrhée ; FDA — Avoid NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because of oligohydramnios risk ; UKTIS — Use of ibuprofen/NSAIDs in pregnancy.

5. EMA 2026 — Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU ; ACOG 2025 — Acetaminophen use in pregnancy and neurodevelopmental outcomes.

6. ANSM — Médicaments et grossesse : règles de bon usage et pictogrammes.

7. CRAT — Centre de Référence sur les Agents Tératogènes.

8. Systematic review/meta-analysis 2026 — Benefits and risks of herbal medicine use during pregnancy ; Systematic review — Herbal medicinal product use during pregnancy and postnatal period.

9. Review — Maternal reproductive toxicity of some essential oils and constituents.

10. Review 2026 — Medications that cause fetal anomalies and prevention strategies ; International expert consensus 2025 — Micronutrient supplement use during the early life course.

11. CRAT ; Review 2025 — A rational approach to pharmacotherapy in pregnancy ; Review 2025 — Drug safety in pregnancy.

Sources de référence du chapitre

EMA — Retinoid-containing medicinal products: pregnancy prevention and topical retinoids.

UKTIS — Use of tretinoin in pregnancy.

UKTIS — Use of adapalene in pregnancy.

[CRAT — Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : ressource actualisée sur médicaments, grossesse et allaitement.](#)

[ANSM — Médicaments et grossesse : règles de bon usage et pictogrammes.](#)

[ANSM — Contre-indication des AINS à partir de 24 semaines d'aménorrhée.](#)

[EMA 2026 — Use of paracetamol during pregnancy unchanged in the EU.](#)

[ACOG 2025 — Acetaminophen use in pregnancy and neurodevelopmental outcomes.](#)

[Review 2025 — Drug safety in pregnancy.](#)

[Review 2025 — A rational approach to pharmacotherapy in pregnancy.](#)

[Review 2025 — Pharmacology of medications during pregnancy.](#)

[Review 2026 — Medications that cause fetal anomalies and prevention strategies.](#)

[Systematic review/meta-analysis 2026 — Benefits and risks of herbal medicine use during pregnancy.](#)

[Systematic review — Herbal medicinal product use during pregnancy and postnatal period.](#)

[Review — Maternal reproductive toxicity of some essential oils and constituents.](#)

[International expert consensus 2025 — Micronutrient supplement use during the early life course.](#)

[FDA — Avoid NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because of oligohydramnios risk.](#)

[UKTIS — Use of ibuprofen/NSAIDs in pregnancy: avoid where possible after 20 weeks.](#)

Chapitre 11 — Maison, travail et environnement chimique

Le bon objectif : réduire les expositions qui comptent vraiment

L'environnement quotidien contient des milliers de substances naturelles et synthétiques. La grossesse n'offre ni la possibilité ni l'intérêt de les éliminer toutes. La bonne stratégie consiste à repérer les expositions importantes, répétées ou professionnelles, à réduire facilement ce qui peut l'être, et à ne pas transformer chaque produit courant en menace invisible.

Le risque dépend de la substance, de la dose, de la voie d'exposition, de la durée, du moment de la grossesse et du contexte. Une personne qui travaille huit heures par jour avec des solvants n'est pas dans la même situation qu'une personne qui utilise occasionnellement un produit ménager dans une pièce aérée. Une eau contaminée par du plomb n'est pas

équivalente à un emballage plastique utilisé une fois. Cette hiérarchie doit rester visible.

1. Les expositions prioritaires ne sont pas les plus “à la mode”

Certaines expositions possèdent une base de risque beaucoup plus solide que les inquiétudes diffuses autour de la « toxicité du quotidien » : tabagisme actif ou passif, monoxyde de carbone, plomb, certains solvants et agents reprotoxiques professionnels, pesticides dans certaines situations professionnelles ou agricoles, rayonnements ionisants, médicaments anticancéreux et autres agents chimiques classés toxiques pour la reproduction.

En milieu professionnel, l'INRS rappelle que plus de 290 substances sont réglementairement reconnues comme présentant un risque avéré, présumé ou suspecté pour l'enfant à naître. Il existe également des protections spécifiques pour certaines expositions, notamment les solvants classés toxiques pour la reproduction, le benzène et certains dérivés aromatiques¹.

Cela signifie qu'un vrai travail de prévention commence par connaître son exposition réelle, pas par changer de shampoing.

2. Travail : faire évaluer le poste tôt plutôt que deviner seule

Le milieu professionnel peut cumuler plusieurs risques : produits chimiques, agents biologiques, chaleur, bruit, travail de nuit, manutention, station debout prolongée ou rayonnements. Certaines professions sont plus exposées : agriculture, laboratoire, santé, soins vétérinaires, coiffure, nettoyage, peinture, industrie, plasturgie, bâtiment ou traitement des déchets.

Lorsqu'une grossesse est connue — et idéalement dès le projet de grossesse lorsqu'une exposition reprotoxique est

possible — il est utile de contacter la médecine du travail. L'objectif n'est pas nécessairement d'arrêter de travailler : il peut s'agir de substituer un produit, modifier une tâche, améliorer la ventilation, utiliser une enceinte fermée, renforcer les protections, réduire une exposition ou changer temporairement de poste.

Une fiche de données de sécurité et l'étiquette du produit sont plus utiles que son odeur. Un produit peu odorant peut être dangereux ; un produit qui sent fort n'est pas automatiquement reprotoxique.

3. Solvants et composés organiques volatils : distinguer travaux ponctuels et exposition régulière

Les solvants sont présents dans certaines peintures, vernis, décapants, colles, dégraissants, encres, carburants et procédés industriels. Plusieurs solvants ont des effets toxiques bien établis, et certaines expositions professionnelles ont été associées à des issues défavorables de grossesse.

Une méta-analyse publiée en 2026 trouve une augmentation modeste du risque d'enfant petit pour l'âge gestationnel chez les femmes exposées aux solvants organiques, plus marquée dans le sous-groupe professionnel. Une autre méta-analyse récente sur benzène, toluène, xylène et formaldéhyde suggère également des associations avec certaines anomalies congénitales, mais l'exposition reste difficile à mesurer précisément².

Le guide distingue donc une exposition professionnelle ou répétée d'un petit travail ponctuel. Pendant la grossesse, il est raisonnable de déléguer ponçage, décapage, peinture au solvant, collage intensif ou usage prolongé de produits fortement volatils, surtout dans des espaces mal ventilés. Si des travaux sont indispensables : ventilation forte, choix de produits

moins émissifs, réduction du temps d'exposition et évitement des tâches les plus émissives sont prioritaires.

4. Travaux dans un logement ancien : penser au plomb avant de penser aux “toxines” abstraites

Le plomb reste une exposition importante car il peut s'accumuler dans l'organisme et mobiliser des réserves anciennes pendant la grossesse. Les logements anciens peuvent contenir des peintures au plomb ; le ponçage, grattage ou décapage génère des poussières particulièrement préoccupantes.

Une méta-analyse récente sur les métaux lourds confirme des associations entre exposition maternelle au plomb et plusieurs issues défavorables de grossesse, même si les études sont hétérogènes. Le message pratique est plus simple : une femme enceinte ne devrait pas poncer ou décaper elle-même d'anciennes peintures potentiellement plombées. En cas de doute sur un logement ancien, mieux vaut identifier le risque et utiliser des méthodes professionnelles de confinement et de nettoyage adaptées³.

Les canalisations anciennes peuvent également être une source de plomb. Si un réseau est identifié à risque, les recommandations locales sur l'eau doivent primer.

5. Monoxyde de carbone : invisible, aigu et beaucoup plus important que bien des traces chimiques

Le monoxyde de carbone est produit par une combustion incomplète : chaudière, chauffe-eau, poêle, cheminée, moteur ou appareil mal entretenu ou mal ventilé. Il est inodore et peut provoquer une intoxication grave chez la mère et le fœtus⁴.

La prévention repose sur l'entretien des appareils, la ventilation, l'absence d'utilisation d'un appareil de combustion

inadapté dans un espace fermé et, lorsqu'il est pertinent, un détecteur de monoxyde de carbone. Céphalées, nausées, vertiges ou malaise apparaissant chez plusieurs personnes dans le même logement doivent faire penser à cette possibilité.

Ce risque aigu mérite une priorité bien supérieure à l'optimisation de la composition de produits cosmétiques ordinaires.

6. Pollution de l'air extérieur : un risque réel, mais largement collectif

Les études sur la pollution atmosphérique associent notamment l'exposition aux particules fines PM_{2,5} à de petites augmentations du risque de prématurité, faible poids de naissance, petit poids pour l'âge gestationnel et, dans certaines méta-analyses, mort fœtale. Une méta-analyse de 67 cohortes a trouvé des augmentations relatives modestes pour plusieurs de ces issues ; une revue parapluie de 36 revues conclut à des associations plausibles, particulièrement pour les PM_{2,5}⁵.

À l'échelle individuelle, il est cependant impossible d'annuler la pollution de fond. Le guide recommande des gestes proportionnés : éviter une activité physique intense au bord d'un axe très circulé lors des pics, choisir si possible des itinéraires plus calmes, aérer aux moments où la pollution extérieure est moindre et suivre les alertes locales lors d'épisodes importants.

Il serait abusif de faire porter à une femme enceinte la responsabilité individuelle d'une exposition essentiellement déterminée par l'urbanisme, le trafic et les politiques publiques.

7. Air intérieur : aérer est utile, parfumer l'air ne l'est pas

L'air intérieur peut accumuler particules, fumées, composés organiques volatils, produits de combustion, émissions de meubles ou matériaux, parfums d'ambiance et humidité. La

mesure la plus simple est souvent de renouveler l'air : ouvrir régulièrement, maintenir les entrées d'air fonctionnelles et utiliser la ventilation prévue du logement¹¹.

Les bougies parfumées, encens, sprays désodorisants et diffuseurs ne « nettoient » pas l'air ; ils ajoutent des produits de combustion ou des composés volatils. Il est donc raisonnable de les réduire, surtout dans des espaces fermés.

Cette recommandation n'exige pas d'acheter un purificateur. Un appareil filtrant peut être utile dans certains contextes particuliers, mais ventilation, suppression des sources intérieures et absence de fumée restent prioritaires.

8. Produits ménagers : moins de produits, moins d'aérosols, mais pas besoin d'une maison stérile

Pour le nettoyage courant, peu de produits sont nécessaires. Eau, savon ou détergent simple suffisent à de nombreuses tâches. La désinfection systématique de toutes les surfaces n'est pas une mesure de protection générale de la grossesse.

Les aérosols et sprays augmentent l'inhalation ; lorsqu'une alternative liquide ou appliquée sur un chiffon existe, elle est préférable. Il faut aérer pendant et après l'usage de produits irritants.

Une règle de sécurité générale dépasse la grossesse : ne jamais mélanger de l'eau de Javel avec de l'ammoniaque, un acide ou certains nettoyeurs, car des gaz toxiques peuvent être produits.

Le vinaigre, le bicarbonate ou le savon noir peuvent réduire l'usage de certains produits, mais « fait maison » n'est pas une garantie toxicologique universelle. On ne doit pas non plus ajouter des huiles essentielles pour rendre un nettoyeur supposément plus sain.

9. Pesticides : l'exposition professionnelle compte davantage que la peur d'un fruit conventionnel

Les pesticides désignent de nombreuses familles de substances dont les profils toxicologiques sont différents. Une revue systématique publiée en 2026 sur les pesticides actuellement utilisés trouve des associations entre certaines expositions prénatales — notamment organophosphorés et glyphosate dans plusieurs études — et croissance fœtale ou durée de grossesse, mais souligne les limites méthodologiques et la nécessité de mesures répétées de l'exposition⁶.

L'exposition professionnelle ou résidentielle importante mérite donc une réduction sérieuse : préparation ou épandage de pesticides, traitement fréquent d'espaces verts, travail agricole ou manipulation régulière de produits biocides.

En revanche, il ne serait pas rationnel de conseiller de manger moins de fruits et légumes par peur des résidus. Laver les végétaux, respecter les usages alimentaires et privilégier éventuellement du bio pour certaines consommations si cela est simple et abordable peut réduire certaines expositions ; la qualité globale de l'alimentation reste prioritaire.

À la maison, l'usage régulier d'insecticides en aérosol peut souvent être remplacé par des barrières physiques, moustiquaires, suppression des gîtes et méthodes ciblées.

10. Répulsifs antimoustiques : une démonstration de la balance bénéfice-risque

Certaines recommandations grand public déconseillent largement les répulsifs pendant la grossesse. Cette règle devient mauvaise si elle conduit à exposer une femme enceinte à une maladie vectorielle évitable.

Les recommandations françaises aux voyageurs 2026 autorisent chez la femme enceinte, selon le contexte, des

répulsifs cutanés adaptés : IR3535 jusqu'à 20 %, icaridine jusqu'à 20 % et DEET jusqu'à 30 % en zone à risque élevé, en suivant l'autorisation de mise sur le marché du produit. Les moustiquaires, vêtements couvrants et réduction des gîtes restent les premiers moyens de protection⁷.

Le guide retient donc : en situation de simple nuisance, privilégier d'abord les moyens physiques ; en situation de risque infectieux significatif — dengue, chikungunya, Zika, paludisme selon la destination — utiliser un répulsif compatible est plus rationnel que rechercher une absence totale d'exposition chimique.

11. Expositions diffuses du quotidien : perturbateurs endocriniens, PFAS, plastiques et cosmétiques

Les perturbateurs endocriniens constituent une catégorie toxicologique réelle, mais pas un danger homogène. Bisphénols, phtalates, PFAS, pesticides, retardateurs de flamme ou composés naturels n'ont ni la même persistance, ni les mêmes doses actives, ni les mêmes sources d'exposition.

Les études prénatales retrouvent des associations entre certaines familles de substances et plusieurs issues de grossesse ou de développement, mais la qualité des preuves varie fortement. Pour beaucoup de relations, l'exposition est difficile à mesurer, les effets individuels sont modestes et les relations dose-réponse ou causales restent incertaines. La bonne conclusion n'est donc ni « tout est dangereux », ni « rien n'est prouvé donc rien ne compte »⁸.

Le guide privilégie les réductions simples d'expositions répétées, surtout lorsqu'elles n'entraînent ni coût important ni désorganisation du quotidien.

PFAS : réduire les sources identifiées, sans promettre une détox

Les PFAS sont des composés persistants utilisés notamment pour leurs propriétés antitaches, imperméables, anti-graisse ou dans certaines chaînes de fabrication. L'exposition peut venir de l'eau, de l'alimentation, des poussières et de nombreux produits ; elle ne se résume donc pas à un objet unique dans la cuisine.

Lorsqu'une contamination locale de l'eau est connue, suivre les recommandations sanitaires locales est prioritaire. À l'échelle domestique, éviter les traitements antitaches ou imperméabilisants non nécessaires et remplacer normalement un matériel très dégradé peut réduire certaines sources. En revanche, aucune méthode domestique ne permet de « détoxifier » rapidement une exposition passée.

Phtalates, plastiques et cosmétiques : chaleur, fréquence et usage comptent

Les phtalates et d'autres composés étudiés comme perturbateurs endocriniens peuvent être présents dans certains plastiques souples, emballages et produits de soins. Cela ne transforme pas chaque contenant ou chaque cosmétique en danger clinique démontré.

Les gestes à faible coût suffisent : ne pas chauffer des aliments dans un plastique non prévu pour cela ; remplacer les contenants très usés ; utiliser verre ou inox pour des aliments très chauds lorsque c'est simple ; réduire l'usage cumulatif de sprays et produits fortement parfumés si l'on souhaite diminuer l'exposition.

Pour les cosmétiques ordinaires, simplifier peut être raisonnable, mais « naturel », « bio », une liste d'ingrédients courte ou une bonne note d'application ne constituent pas une preuve toxicologique. Un shampoing, une crème ou du

maquillage occasionnel ne sont pas des priorités comparables au tabac, au plomb ou à une exposition professionnelle. Les usages professionnels répétés — coiffure, esthétique, ongles notamment — méritent davantage d'attention à la ventilation et aux produits réellement manipulés.

Poêles et revêtements antiadhésifs : ne pas remplacer toute une cuisine par principe

Les PFAS utilisés dans certaines chaînes de fabrication et l'exposition réelle liée à un revêtement antiadhésif fini ne sont pas une seule et même question. Une poêle très abîmée ou régulièrement surchauffée mérite d'être remplacée ; lors d'un remplacement normal, inox, fonte ou acier sont des choix simples et durables.

Mais changer immédiatement tout le matériel intact d'une cuisine n'est pas une priorité de grossesse. La hiérarchie reste la même : agir d'abord sur les expositions fortes, répétées ou clairement identifiées, puis sur les réductions faciles du quotidien.

12. Chaleur environnementale : un risque physique, pas chimique, mais à intégrer ici

Les vagues de chaleur sont associées dans les études populationnelles à une augmentation de plusieurs issues défavorables de grossesse. Une étude française publiée en 2026 sur près de 21 000 grossesses a montré que l'effet de la chaleur sur le poids de naissance pouvait interagir avec la pollution et des facteurs environnementaux ou socioéconomiques⁹.

La conduite pratique est simple : pendant les épisodes de chaleur importante, réduire les efforts aux heures chaudes, rechercher des espaces plus frais, boire régulièrement, utiliser ventilation ou climatisation lorsque disponible et surveiller les signes de malaise ou déshydratation.

Ici encore, la vulnérabilité ne doit pas devenir une obligation individuelle impossible : qualité du logement, accès à la fraîcheur et conditions de travail sont des déterminants structurels.

13. Exposition professionnelle physique : charges, station debout, bruit et horaires

L'environnement professionnel ne se réduit pas aux produits chimiques. Une méta-analyse de 80 études a trouvé des associations entre certaines charges physiques importantes — port répété de charges lourdes, station debout prolongée, charge physique globale élevée — et prématurité, faible poids de naissance ou fausse couche, avec un niveau de certitude souvent faible à très faible¹⁰.

Le message n'est donc pas « ne plus porter aucun objet ». Il est de réduire les charges répétées importantes, les contraintes prolongées et les situations où plusieurs facteurs se cumulent, surtout si des symptômes apparaissent ou si la grossesse est à risque.

Travail de nuit, chaleur, bruit et contraintes physiques doivent être analysés avec le poste réel, pas seulement avec le titre du métier.

14. Une règle simple pour décider quoi réduire

Avant de bouleverser son environnement, poser quatre questions :

1. L'exposition est-elle importante ou répétée ?
2. Le danger pour la reproduction ou le développement est-il bien établi, probable ou seulement suspecté ?
3. Réduire cette exposition est-il simple et peu coûteux ?
4. Une autre option crée-t-elle un risque supérieur ?

Cette grille explique pourquoi déléguer le décapage d'une vieille peinture est une priorité, pourquoi aérer une pièce fraîchement peinte est raisonnable, pourquoi remplacer progressivement certains plastiques peut être utile mais secondaire, et pourquoi renoncer à un répulsif antimoustiques en zone de Zika peut être une mauvaise décision.

15. Fiche pratique : hiérarchie des gestes

PRIORITÉ FORTE — zéro fumée de tabac ; appareils de combustion sûrs ; éviter plomb et reprotoxiques identifiés ; faire évaluer les expositions professionnelles ; limiter les solvants et pesticides importants ; respecter les alertes locales sur eau, air ou pollution.

PRIORITÉ UTILE — aérer ; éviter encens et parfums d'ambiance ; réduire les sprays ; séparer les travaux fortement émissifs de la grossesse ; laver les fruits et légumes ; ne pas chauffer inutilement des aliments dans des plastiques inadaptés.

PRÉCAUTION RAISONNABLE — simplifier les cosmétiques parfumés, remplacer progressivement les ustensiles très abîmés, éviter traitements antitaches ou imperméabilisants non nécessaires.

PAS UNE PRIORITÉ — jeter tous les produits de la maison, acheter une batterie complète de produits « spécial grossesse », faire analyser chaque objet ou chercher une absence totale de molécules synthétiques.

CONTEXTE PARTICULIER — moustiques, contamination locale de l'eau, habitat ancien, métier exposé : suivre une stratégie spécifique plutôt qu'une règle générale.

À retenir

L'environnement compte, mais toutes les expositions ne se valent pas. Les priorités sont les expositions fortes ou répétées : fumée, monoxyde de carbone, plomb, solvants ou produits reprotoxiques, pesticides professionnels, pollution importante et chaleur extrême. Les perturbateurs endocriniens et polluants persistants justifient une réduction pragmatique de certaines sources, pas une chasse totale aux molécules. Les cosmétiques et plastiques ordinaires sont des sujets secondaires par rapport aux expositions professionnelles ou domestiques majeures. Et lorsqu'un produit chimique protège d'un risque infectieux réel — comme un répulsif adapté contre un moustique vecteur — la balance bénéfice-risque doit primer sur l'idéal de « zéro chimie ».

Notes

1. INRS — Produits chimiques : protégez votre grossesse, 2025 ; INRS — Reproduction : expositions aux risques et effets sur la santé ; INRS — Solvants : prévention des risques.

2. Systematic review/meta-analysis 2026 — Maternal occupational/environmental organic solvent exposure and small-for-gestational-age births ; Systematic review/meta-analysis 2025/2026 — Maternal exposure to VOCs and congenital anomalies.

3. [Meta-analysis of maternal exposure to heavy metals \(lead, cadmium, mercury, chromium\) and adverse pregnancy outcomes, 2025/2026.](#)

4. [Ministère de la Santé — Intoxications au monoxyde de carbone, mise à jour 2024.](#)

5. Umbrella review — Prenatal ambient air pollution and adverse birth outcomes ; Meta-analysis — Prenatal PM2.5 exposure and adverse pregnancy outcomes.

6. Systematic review 2026 — Pesticide exposure during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes ; Review 2025 — Prenatal pesticide exposure and adverse reproductive outcomes.

7. HCSP — Recommandations sanitaires aux voyageurs 2026 : protection antivectorielle.

8. Systematic review/meta-analysis 2024 — Endocrine-disrupting chemicals and adverse pregnancy outcomes ; Umbrella review 2024 — PFAS and human health outcomes ; Systematic review 2024 — Prenatal phthalate exposure and maternal/neonatal outcomes ; Review 2025 — Phthalate exposure through cosmetics and personal care products.

9. Santé publique France 2026 — Chaleur, pollution et poids de naissance.

10. Systematic review/meta-analysis — Occupational activities during pregnancy and pregnancy outcomes.

11. Ameli 2026 — Grossesse et petite enfance : agir sur l'environnement.

Sources de référence du chapitre

[INRS — Produits chimiques : protégez votre grossesse, 2025.](#)

[INRS — Reproduction : expositions aux risques et effets sur la santé.](#)

[INRS — Solvants : prévention des risques.](#)

[Systematic review/meta-analysis 2026 — Maternal occupational/environmental organic solvent exposure and small-for-gestational-age births.](#)

Systematic review/meta-analysis 2025/2026 — Maternal exposure to VOCs and congenital anomalies.

Systematic review 2026 — Pesticide exposure during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes.

Review 2025 — Prenatal pesticide exposure and adverse reproductive outcomes.

Umbrella review — Prenatal ambient air pollution and adverse birth outcomes.

Meta-analysis — Prenatal PM2.5 exposure and adverse pregnancy outcomes.

Systematic review/meta-analysis 2024 — Endocrine-disrupting chemicals and adverse pregnancy outcomes.

Umbrella review 2024 — PFAS and human health outcomes.

Systematic review 2024 — Prenatal phthalate exposure and maternal/neonatal outcomes.

Review 2025 — Phthalate exposure through cosmetics and personal care products.

Santé publique France 2026 — PFAS : surveillance des populations potentiellement surexposées.

Santé publique France 2026 — Chaleur, pollution et poids de naissance.

Ameli 2026 — Grossesse et petite enfance : agir sur l'environnement.

HCSP — Recommandations sanitaires aux voyageurs 2026 : protection antivectorielle.

Systematic review/meta-analysis — Occupational activities during pregnancy and pregnancy outcomes.

Meta-analysis of maternal exposure to heavy metals (lead, cadmium, mercury, chromium) and adverse pregnancy outcomes, 2025/2026.

Ministère de la Santé — Intoxications au monoxyde de carbone, mise à jour 2024.

Chapitre 12 — Infections, animaux, jardin et vie quotidienne

Le but n'est pas d'éviter tous les microbes

La grossesse modifie certaines réponses immunitaires et certaines infections peuvent avoir des conséquences particulières pour la mère, le placenta ou le fœtus. Mais la prévention ne consiste pas à désinfecter en permanence l'environnement ni à éviter tout enfant, animal ou jardin.

Une infection pertinente pour la grossesse se juge selon plusieurs éléments : mode de transmission, fréquence, gravité maternelle, possibilité de transmission au fœtus, terme de grossesse et existence d'un vaccin, d'un traitement ou d'une surveillance efficace.

Le bon réflexe est donc moins « éviter les microbes » que reconnaître quelques situations où une exposition mérite une action précise.

1. Une fièvre pendant la grossesse mérite d'être contextualisée

Une fièvre peut accompagner une infection bénigne comme une infection nécessitant une prise en charge. Elle ne permet pas à elle seule de savoir quel agent est en cause. Pendant la grossesse, une fièvre importante ou persistante, surtout accompagnée de douleur, essoufflement, éruption cutanée, contractions, diminution des mouvements fœtaux ou altération importante de l'état général, mérite un avis médical.

La prévention ne doit pas conduire à laisser une fièvre importante non traitée par peur des médicaments : le chapitre précédent rappelle que le paracétamol reste l'option de référence lorsqu'il est indiqué.

2. CMV : une infection fréquente dont la prévention mérite d'être connue

Le cytomégalovirus — CMV — est fréquent, souvent asymptomatique et peut être transmis au fœtus. Les conséquences les plus importantes concernent surtout les infections maternelles précoces, notamment autour de la conception et au premier trimestre.

En France, la stratégie a changé récemment. Depuis 2025, la Haute Autorité de santé recommande un dépistage systématique en début de grossesse chez les femmes séronégatives ou dont le statut est inconnu. Les recommandations de 2026 précisent que la sérologie doit être réalisée le plus tôt possible avant 14 semaines d'aménorrhée chez ces femmes et répétée toutes les quatre semaines au premier trimestre si elle reste négative, avec une dernière sérologie entre 13 et 14 SA. Si aucune sérologie n'a été réalisée avant 14 SA, la HAS considère que ce dépistage systématique n'est plus pertinent. Une femme déjà antérieurement infectée n'est pas soumise au même dépistage répété, car les infections secondaires ne sont pas dépistées de façon fiable¹.

En cas de primo-infection confirmée autour de la conception ou au premier trimestre, une consultation spécialisée rapide est recommandée afin de discuter notamment un traitement précoce par valaciclovir et l'organisation du diagnostic fœtal.

Les jeunes enfants sont une source importante de CMV

Les jeunes enfants peuvent excréter le CMV dans la salive et les urines pendant de longues périodes sans être malades. Cela concerne particulièrement les familles avec de jeunes enfants et les professionnelles de crèche ou de petite enfance.

Les gestes proposés sont simples : se laver les mains après le change, le pot, le mouchage ou un contact avec salive et urine ; éviter de partager cuillère, verre, brosse à dents ou tétine ; éviter les baisers directement sur la bouche lorsque l'enfant bave beaucoup ; nettoyer normalement les surfaces souillées.

Une revue systématique de 2024 suggère que ces mesures d'hygiène peuvent réduire les infections maternelles, mais souligne que les études sont peu nombreuses et de faible qualité. Il faut donc les considérer comme mesures plausibles et peu coûteuses, pas comme garantie d'éviter toute infection².

3. Parvovirus B19 : le “cinquième maladie” des enfants peut compter pendant la grossesse

Le parvovirus B19 provoque souvent chez l'enfant une éruption appelée mégalérythème épidémique ou “cinquième maladie”. Chez l'adulte, l'infection peut passer inaperçue ou provoquer fièvre, fatigue, douleurs articulaires ou éruption.

Pendant la grossesse, une primo-infection peut être transmise au fœtus et, dans une minorité de cas, provoquer une anémie fœtale sévère, un hydrops ou une mort fœtale. Une revue 2024 estime qu'environ un tiers des femmes enceintes ne sont pas immunisées et qu'une infection maternelle primaire se transmet au fœtus dans environ 30 à 50 % des cas ; la complication sévère reste beaucoup moins fréquente que la transmission elle-même³.

En cas de contact connu avec un cas de parvovirus B19 ou de symptômes compatibles, il est utile de contacter rapidement le

professionnel qui suit la grossesse. Une sérologie peut déterminer si la femme est immunisée, susceptible ou récemment infectée. Si une infection aiguë est confirmée, une surveillance échographique et Doppler peut rechercher une anémie fœtale ; les formes sévères peuvent être traitées par transfusion intra-utérine dans un centre spécialisé.

Il n'existe pas de vaccin. L'objectif n'est donc pas d'éviter tous les enfants, mais de signaler les expositions pertinentes.

4. Rubéole : la prévention se joue surtout avant la grossesse

La rubéole est devenue rare grâce à la vaccination, mais une infection maternelle au début de la grossesse peut provoquer une rubéole congénitale sévère.

Le statut vaccinal ou sérologique est vérifié dans le suivi. Si une femme n'est pas immunisée, le vaccin vivant contre la rubéole n'est pas administré pendant la grossesse ; le rattrapage est organisé après l'accouchement. En cas de contact avec une personne suspecte de rubéole pendant la grossesse, il faut contacter rapidement le professionnel afin d'organiser le bilan plutôt que d'attendre des symptômes⁴.

La meilleure prévention reste donc d'avoir vérifié l'immunité avant la conception lorsque cela est possible.

5. Varicelle : peu de femmes sont susceptibles, mais l'exposition mérite une réaction rapide

La grande majorité des adultes ont déjà eu la varicelle ou sont immunisés. Chez une femme enceinte non immunisée, une varicelle peut être plus sévère pour la mère et, selon le terme, entraîner un risque fœtal ou néonatal.

Si le statut d'immunité est incertain et qu'un contact significatif avec une personne atteinte de varicelle ou de zona survient, il faut contacter rapidement le professionnel de santé.

Les recommandations françaises 2025 prévoient des stratégies de prophylaxie et de traitement adaptées au statut immunitaire, au terme et au délai depuis l'exposition⁵.

Le vaccin varicelle est un vaccin vivant : il n'est pas administré pendant la grossesse. Si une femme non immunisée souhaite une grossesse, la vaccination se discute avant ; sinon elle peut être proposée après l'accouchement.

6. Herpès génital : surtout une question de fin de grossesse et d'accouchement

L'herpès génital peut être transmis au nouveau-né, principalement au moment de l'accouchement. Le risque est particulièrement important lorsqu'une première infection génitale survient tard dans la grossesse⁶.

Une femme ayant des antécédents d'herpès génital doit le signaler à l'équipe qui suit la grossesse. En cas de lésions, douleur, brûlure ou exposition sexuelle à un partenaire présentant une poussée active, un avis médical permet de confirmer le diagnostic et d'organiser traitement antiviral et stratégie obstétricale si nécessaire.

Les antiviraux aciclovir et valaciclovir disposent d'une expérience importante pendant la grossesse lorsqu'ils sont indiqués.

7. Les enfants en collectivité : ne pas transformer la crèche en zone interdite

Les professionnelles de crèche, école maternelle, pédiatrie ou les parents de jeunes enfants sont plus souvent exposés à certaines infections, notamment CMV et parvovirus B19. Cette réalité ne signifie pas qu'une femme enceinte doive cesser tout contact avec les enfants.

Pour le CMV, l'hygiène des mains et la limitation des contacts salivaires ont un rapport contrainte/bénéfice raisonnable. Pour le parvovirus B19, une exposition connue ou une épidémie dans le lieu de travail peut justifier une information rapide de la médecine du travail ou du professionnel de grossesse, notamment si le statut immunitaire est inconnu.

Le principe général est d'adapter le poste ou la surveillance lorsque le risque est identifié, plutôt que d'isoler systématiquement la femme enceinte.

8. Jardinage : continuer, avec quelques gestes simples

Le jardinage n'est pas interdit pendant la grossesse. Pour une femme non immunisée contre la toxoplasmose, le contact avec de la terre potentiellement contaminée constitue une voie d'exposition plausible. Porter des gants, se laver les mains après le jardinage et laver soigneusement les produits du potager consommés crus suffisent à réduire fortement ce risque.

Il n'est pas nécessaire de désinfecter la terre, de renoncer au jardin ni d'éviter toute plante. Si des pesticides sont utilisés, les règles du chapitre précédent s'appliquent : déléguer autant que possible la préparation et l'épandage et éviter les expositions inutiles.

9. Chats : vivre avec son chat n'est pas une contre-indication à la grossesse

Le risque toxoplasmose provient des oocystes présents dans les déjections de chats infectés, pas du simple fait de caresser un chat. Les mesures utiles sont donc ciblées : si possible, laisser quelqu'un d'autre gérer la litière ; sinon porter des gants, se laver les mains et la nettoyer quotidiennement. Éviter de nourrir le chat avec de la viande crue et limiter la chasse peut également réduire son risque d'infection.

La transmission par la viande insuffisamment cuite et la terre reste une voie importante, parfois davantage que le contact félin lui-même. Une grossesse ne justifie donc pas d'abandonner un animal de compagnie.

10. Animaux de ferme : le risque n'est pas le même qu'avec un animal de compagnie

Les ruminants peuvent transmettre plusieurs zoonoses importantes pour la grossesse, notamment fièvre Q, brucellose et certaines infections abortives animales. Les produits de mise bas — placenta, liquides, avortons — peuvent contenir des concentrations élevées d'agents infectieux⁷.

Une femme enceinte travaillant dans l'élevage, en ferme, en abattoir ou en médecine vétérinaire doit éviter autant que possible la manipulation directe des produits de mise bas et faire évaluer son poste par la médecine du travail. Une simple visite à la campagne n'est pas équivalente à une exposition professionnelle répétée.

La consommation de lait cru ou de produits non contrôlés peut également exposer à certaines zoonoses et rejoint les règles de sécurité alimentaire du chapitre 4.

11. Rongeurs : attention surtout aux animaux sauvages et aux excréments

Certains rongeurs peuvent transmettre le virus de la chorioméningite lymphocytaire — LCMV — par leurs urines, excréments ou sécrétions. Une infection pendant la grossesse peut rarement provoquer des atteintes congénitales sévères⁸.

Le risque concerne surtout le contact avec des rongeurs sauvages ou infestations domestiques, et certains rongeurs de compagnie potentiellement contaminés. Une femme enceinte ne devrait pas nettoyer à sec des excréments de souris en générant

des poussières. Humidifier, ventiler, utiliser des gants et, si l'infestation est importante, faire intervenir une autre personne ou un professionnel réduit l'exposition.

12. Reptiles et animaux exotiques : surtout une question d'hygiène

Reptiles et amphibiens peuvent porter des Salmonella sans paraître malades. Ils ne doivent pas être manipulés comme des objets stériles, mais la mesure essentielle reste le lavage des mains après contact avec l'animal, son terrarium, son eau ou ses déjections et l'évitement du nettoyage du matériel dans des zones de préparation alimentaire⁹.

Le risque principal n'est pas spécifique au fœtus mais à l'infection maternelle, à la fièvre et à la déshydratation éventuelle.

13. Morsures, griffures et morsures de tique

Une morsure ou griffure importante doit être nettoyée rapidement et évaluée selon l'animal, la profondeur de la plaie, le statut vaccinal et le contexte infectieux. La grossesse ne modifie pas l'importance de la prévention du tétanos ou de la rage lorsqu'une indication existe.

Après une morsure de tique, retirer la tique correctement et surveiller la peau. La maladie de Lyme peut être traitée pendant la grossesse avec des antibiotiques compatibles lorsqu'elle est diagnostiquée ; il n'est pas utile de prendre un antibiotique au hasard après toute tique sans suivre les recommandations médicales.

14. Sexualité et infections sexuellement transmissibles

Certaines infections transmissibles sexuellement — syphilis, VIH, hépatite B, chlamydia, gonococcie, herpès et autres — peuvent affecter la grossesse ou être transmises à l'enfant.

Plusieurs font l'objet d'un dépistage systématique ou ciblé pendant le suivi prénatal.

Un nouveau partenaire, une exposition à risque, des symptômes génitaux ou une IST diagnostiquée chez le partenaire justifient un dépistage adapté. Le préservatif réduit le risque de nombreuses infections.

La prévention des IST est une mesure de grossesse plus directement utile que de nombreuses précautions environnementales secondaires.

15. Voyage : le risque infectieux dépend davantage de la destination que du voyage lui-même

Voyager enceinte n'est pas en soi un problème infectieux. En revanche, certaines destinations exposent à paludisme, dengue, chikungunya, Zika, fièvre jaune ou autres maladies dont la prévention peut être complexe pendant la grossesse.

Une destination tropicale ou une zone d'épidémie mérite donc une consultation avant le départ, idéalement suffisamment tôt pour évaluer vaccins, prophylaxie, répulsifs et possibilité de reporter le voyage. Pour certaines infections comme Zika ou le paludisme, le risque de la maladie peut largement dépasser celui des moyens préventifs adaptés¹⁰.

Les conseils doivent être actualisés au moment du départ : circulation des maladies et recommandations changent rapidement.

16. Animaux, microbes et hygiène : cibler les voies réelles de transmission

Vivre avec des animaux, jardiner, avoir des enfants ou travailler en collectivité ne sont pas en soi des comportements dangereux pendant la grossesse. Les risques se concentrent sur des voies précises : salive et urine de jeunes enfants pour le

CMV, exposition respiratoire au parvovirus, déjections et terre pour la toxoplasmose, produits de mise bas pour certaines zoonoses, contact avec rongeurs ou excréments pour le LCMV.

Une mesure utile bloque une voie de transmission. Une mesure qui ne correspond à aucune voie plausible ajoute surtout de la contrainte.

17. Fiche pratique : après une exposition infectieuse

ENFANT AVEC “CINQUIÈME MALADIE” / PARVOVIRUS — contacter le professionnel pour déterminer l’immunité et la nécessité d’une sérologie.

CONTACT VARICELLE / ZONA SI IMMUNITÉ INCERTAINE — contacter rapidement le professionnel ; une prophylaxie peut être pertinente selon le contexte.

CONTACT RUBÉOLE SI NON IMMUNISÉE — avis rapide et bilan sérologique.

CMV — appliquer les mesures d’hygiène autour de salive et urine des jeunes enfants et suivre le dépistage proposé au premier trimestre selon les recommandations françaises actuelles.

CHAT — pas d’abandon ; gérer surtout litière, terre et alimentation crue.

MISE BAS D’OVIN/CAPRIN/BOVIN — éviter le contact direct pendant la grossesse et faire évaluer le risque professionnel.

RONDEURS / INFESTATION — éviter l’inhalation de poussières d’excréments et déléguer un nettoyage important.

FIÈVRE, ÉRUPTION OU SYMPTÔMES APRÈS EXPOSITION — demander un avis plutôt que s’auto-diagnostiquer.

VOYAGE EN ZONE VECTORIELLE — consultation préalable et prévention adaptée.

À retenir

Les infections importantes pendant la grossesse sont relativement peu nombreuses, mais certaines exigent une réaction rapide. Le CMV mérite désormais une place particulière avec le nouveau dépistage français du premier trimestre. Le parvovirus B19, la varicelle et la rubéole sont surtout des situations où une exposition connue doit conduire à vérifier l'immunité ou organiser un suivi. Les animaux de compagnie ne doivent pas être bannis : il faut cibler les excréments, produits de mise bas, salive, urine ou autres voies réelles de transmission. Le jardinage peut continuer avec gants et lavage des mains.

L'objectif est une hygiène intelligente : interrompre les voies de transmission pertinentes, pas vivre dans un environnement stérile.

Notes

1. HAS 2026 — Dépistage du cytomégalo­virus au 1er trimestre : prise en charge et suivi ; HAS 2026 — document usagers CMV.

2. Systematic review 2024 — Hygiene-based measures for prevention of CMV infection in pregnant women.

3. Review 2024 — Prenatal parvovirus B19 infection ; Systematic review/meta-analysis 2026 — Parvovirus B19 infection in pregnancy: perinatal outcomes.

4. Ameli — Infections virales avec transmission mère-enfant pendant la grossesse.

5. French clinical practice recommendations 2025 — Varicella-zoster virus infection during pregnancy and perinatal period.

6. Ameli — Infections virales avec transmission mère-enfant pendant la grossesse.

7. INRS — Zoonoses : effets sur la santé et grossesse ; INRS — Reproduction : expositions aux risques biologiques.

8. CDC — Lymphocytic Choriomeningitis Virus (LCMV) and Pregnancy / About Lymphocytic Choriomeningitis.

9. [CDC 2026 — Reptiles and Amphibians: Salmonella and hygiene.](#)

10. HCSP 2026 — Recommandations sanitaires aux voyageurs.

Sources de référence du chapitre

[HAS 2026 — Dépistage du cytomégalo virus au 1er trimestre : prise en charge et suivi.](#)

[HAS 2026 — Document usagers : pourquoi un dépistage du CMV avant ou pendant la grossesse ?](#)

[Systematic review 2024 — Hygiene-based measures for prevention of CMV infection in pregnant women.](#)

[Ameli — Infections virales avec transmission mère-enfant pendant la grossesse.](#)

[Review 2024 — Prenatal parvovirus B19 infection.](#)

[Systematic review/meta-analysis 2026 — Parvovirus B19 infection in pregnancy: perinatal outcomes.](#)

[French clinical practice recommendations 2025 — Varicella-zoster virus infection during pregnancy and perinatal period.](#)

[INRS — Zoonoses : effets sur la santé et grossesse.](#)

[INRS — Reproduction : expositions aux risques biologiques.](#)

[HCSP 2026 — Recommandations sanitaires aux voyageurs.](#)

[CDC — Lymphocytic Choriomeningitis Virus \(LCMV\) and Pregnancy: facts and prevention.](#)

CDC 2026 — Reptiles and Amphibians: Salmonella and hygiene.

Chapitre 13 — Vaccinations et prévention des infections

Tous les vaccins de grossesse n'ont pas le même objectif

Pendant la grossesse, certains vaccins protègent principalement la mère contre une maladie pouvant être plus sévère, d'autres sont administrés surtout pour transférer des anticorps au fœtus afin de protéger le nouveau-né pendant ses premiers mois, et certains vaccins ne sont pas utilisés pendant la grossesse mais doivent idéalement être faits avant ou après.

Cette distinction aide à comprendre le calendrier au lieu de mémoriser une liste. En France en 2026, les quatre vaccinations qui concernent le plus directement une grossesse sont la coqueluche, la grippe, la Covid-19 et, selon la saison et la situation, le VRS¹.

Le calendrier vaccinal évolue. Les fenêtres et campagnes décrites ici doivent être revérifiées avant publication et au moment de chaque grossesse.

1. Coqueluche : protéger le bébé avant qu'il puisse être vacciné lui-même

La coqueluche peut être particulièrement grave chez le nouveau-né et le jeune nourrisson. Le principe de la vaccination maternelle est de provoquer chez la mère une production élevée d'anticorps qui traversent le placenta et protègent l'enfant avant sa propre primovaccination.

En France, la vaccination est recommandée à chaque grossesse à partir du deuxième trimestre, de préférence entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée, même si la mère a été vaccinée récemment ou lors d'une grossesse précédente².

Les données d'efficacité sont solides. Une méta-analyse publiée en 2025 combinant essais randomisés et études cas-témoins estime l'efficacité de la vaccination pendant la grossesse à environ 85 % contre la coqueluche chez les nourrissons de moins de trois mois. Les concentrations d'anticorps dans le sang de cordon sont nettement supérieures lorsque la mère est vaccinée³.

Ce vaccin n'est donc pas seulement un rappel pour la mère : il est utilisé comme stratégie de protection passive du nouveau-né.

Pourquoi à chaque grossesse ?

Les anticorps maternels diminuent avec le temps. Une dose reçue lors d'une grossesse précédente ne garantit pas les concentrations nécessaires pour le prochain nouveau-né. Le calendrier français recommande donc une dose pendant chaque grossesse.

Si la vaccination maternelle n'a pas eu lieu ou a été réalisée trop près de l'accouchement pour permettre un transfert suffisant d'anticorps, la stratégie dite de cocooning — vaccination de l'entourage proche si nécessaire — reprend davantage d'importance.

2. Grippe : protéger la mère et, en partie, le nourrisson

La grossesse augmente le risque de complications respiratoires et d'hospitalisation en cas de grippe. La vaccination maternelle protège la mère et les anticorps transmis peuvent également réduire le risque de grippe chez le nourrisson pendant ses premiers mois.

En France, le vaccin antigrippal injectable est recommandé pendant la campagne saisonnière quel que soit le trimestre de grossesse.

Une revue parapluie récente de onze revues systématiques et méta-analyses conclut que la vaccination maternelle réduit probablement les gripes confirmées biologiquement chez la mère et le nourrisson et ne montre pas d'augmentation cohérente du risque de malformation ou de fausse couche. Les données suggèrent également une réduction de certains résultats défavorables, bien que leur interprétation soit moins robuste que l'effet sur la grippe elle-même⁴.

La justification principale reste simple : prévenir une infection respiratoire potentiellement sévère pendant la grossesse, pas modifier directement le développement du fœtus.

3. Covid-19 : recommandation actuelle, bénéfice variable avec l'épidémiologie

Les femmes enceintes ont un risque accru de forme sévère de Covid-19 par rapport aux femmes non enceintes du même âge, surtout en présence d'autres facteurs de risque. Le calendrier vaccinal français 2026 recommande la vaccination pendant la grossesse, dès le premier trimestre ; pour les femmes enceintes, les vaccins à ARNm restent préférés en France en 2026.

Une revue systématique vivante regroupant 177 études et plus de 600 000 participantes conclut que les données disponibles ne montrent pas d'augmentation importante des principaux événements indésirables maternels ou néonataux et que la vaccination réduit les formes sévères ou hospitalisations liées au Covid-19. La certitude des estimations reste souvent faible ou très faible car les données reposent principalement sur des études observationnelles⁵.

L'efficacité absolue dépend fortement de la circulation virale, du variant, de l'immunité antérieure et du temps depuis la dernière infection ou vaccination. Il faut donc distinguer une

base de sécurité largement documentée d'une efficacité fixe qui serait identique chaque année.

4. VRS : vaccination maternelle ou anticorps du nourrisson

Le virus respiratoire syncytial — VRS — est une cause majeure de bronchiolite et d'hospitalisation chez les nourrissons. Deux stratégies permettent désormais de protéger les premiers mois de vie : vacciner la mère pendant la grossesse afin de transférer des anticorps, ou administrer au nourrisson un anticorps monoclonal à longue durée d'action.

En France métropolitaine pour la saison 2026–2027, le vaccin Abrysvo est recommandé entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée pendant la période définie par la campagne. Les dates varient selon les territoires ultramarins⁶.

Les essais et méta-analyses montrent une réduction nette des infections respiratoires basses à VRS chez les nourrissons. Une méta-analyse 2025 de six essais randomisés, incluant plus de 17 000 participantes, retrouve environ 49 % de réduction des infections respiratoires basses à VRS dans les six premiers mois et ne détecte pas d'augmentation statistiquement significative des naissances prématurées dans l'analyse combinée⁷.

Pourquoi une fenêtre 32–36 SA ?

Le développement du vaccin VRS maternel a été accompagné d'une question de sécurité : certains essais de vaccins utilisant la protéine F préfusion ont observé un déséquilibre numérique des naissances prématurées. Une méta-analyse plus ancienne regroupant différentes formulations avait même trouvé une augmentation statistiquement significative, alors que des synthèses plus récentes limitées aux essais actuellement pertinents ne retrouvent plus de différence significative.

La fenêtre tardive de vaccination sert donc à permettre un transfert d'anticorps suffisant tout en limitant l'exposition plus tôt dans la grossesse. Le signal de prématurité n'est pas considéré comme démontré avec Abrysvo mais reste surveillé.

Le guide conserve cette incertitude au lieu de présenter le vaccin comme soit parfaitement dénué de question, soit démontré dangereux.

Vaccin maternel ou nirsévimab : deux voies vers le même objectif

La vaccination maternelle et l'administration de nirsévimab au nourrisson visent toutes deux à protéger les premiers mois de vie. Elles ne sont pas nécessairement à cumuler systématiquement.

Le choix dépend notamment du terme de grossesse, de la saison de naissance, des campagnes en cours, des recommandations françaises et du fait qu'une mère ait déjà été vaccinée lors d'une grossesse antérieure. La HAS a indiqué qu'en l'absence de données suffisantes sur la revaccination lors de grossesses successives, l'immunisation passive du nouveau-né peut être privilégiée dans certaines situations.

5. Co-administration : plusieurs vaccins peuvent être faits le même jour

La grossesse ne signifie pas qu'il faille espacer arbitrairement toutes les vaccinations. En France, le vaccin coqueluche peut être administré en même temps que grippe et/ou Covid-19 selon le calendrier.

Le vaccin VRS peut être administré avec grippe ou Covid-19, mais les recommandations françaises actuelles demandent un intervalle d'au moins deux semaines avec le vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire⁸.

Ces règles sont susceptibles d'évoluer avec les données d'immunogénicité et de sécurité ; elles doivent donc être vérifiées au moment de la vaccination.

6. Vaccins vivants : généralement avant ou après la grossesse

Les vaccins vivants atténués sont généralement évités pendant la grossesse par principe de précaution en raison de leur capacité théorique à se répliquer. Cela concerne notamment rougeole-oreillons-rubéole et varicelle⁹.

Une femme non immunisée contre la rubéole ou la varicelle doit idéalement être vaccinée avant la grossesse ou après l'accouchement selon le vaccin et le calendrier. Une vaccination accidentelle par un vaccin vivant pendant une grossesse n'est pas, à elle seule, une preuve de dommage ni une indication automatique d'interruption de grossesse ; elle doit être évaluée au cas par cas.

La fièvre jaune est un cas particulier : il s'agit d'un vaccin vivant, mais dans une zone où le risque de maladie est important et le voyage impossible à éviter, une analyse bénéfice-risque spécialisée peut conduire à vacciner. Le danger de l'infection réelle peut dépasser le risque théorique du vaccin.

7. Vaccins inactivés : pas de règle générale d'interdiction

Un vaccin non vivant n'est pas automatiquement recommandé pendant la grossesse, mais il n'est pas non plus contre-indiqué par principe. Hépatite B, rage après exposition, tétanos ou certains vaccins de voyage peuvent être indiqués selon la situation.

La décision dépend alors du risque réel d'infection, de l'exposition, des données disponibles et du calendrier. Par exemple, une prophylaxie antirabique après une exposition à risque ne doit pas être retardée au seul motif de la grossesse.

8. Une réaction vaccinale ordinaire n'est pas un signal de dommage fœtal

Douleur au point d'injection, fatigue, courbatures ou fièvre légère peuvent survenir après une vaccination. Ces réactions transitoires reflètent l'activation immunitaire et ne signifient pas que le fœtus est infecté par la maladie contre laquelle on vaccine.

Une réaction inhabituelle ou sévère mérite évidemment une évaluation médicale. La présence d'effets secondaires bénins attendus n'invalide pas le bénéfice de la vaccination.

9. Le vaccin ne remplace pas toutes les autres mesures

La vaccination réduit un risque spécifique ; elle ne supprime pas nécessairement toute transmission ni toutes les infections respiratoires. Pendant une épidémie importante, ventilation, hygiène des mains, limitation des contacts avec des personnes symptomatiques et masque dans certaines situations peuvent compléter la protection.

Pour le VRS, les anticorps du nourrisson constituent une autre stratégie. Pour le CMV, aucun vaccin n'est disponible et la prévention repose encore sur dépistage, hygiène ciblée et prise en charge spécialisée en cas de primo-infection.

10. Décider vaccin par vaccin selon l'objectif et le contexte

Le nombre de vaccins n'est pas une mesure de qualité d'une grossesse. Un vaccin doit avoir une indication et un bénéfice attendu. Inversement, éviter une vaccination utile parce qu'elle constitue une exposition « artificielle » peut laisser la mère ou le nouveau-né exposés à une infection dont le risque est bien plus important.

La bonne question reste : quel risque veut-on prévenir, quelle efficacité est démontrée, quelle incertitude de sécurité persiste, et existe-t-il une stratégie alternative ?

Cette logique permet de comprendre pourquoi la coqueluche est recommandée à chaque grossesse, pourquoi la grippe dépend de la saison, pourquoi le VRS peut se discuter en parallèle avec le nirsévimab, et pourquoi rubéole ou varicelle sont plutôt anticipées avant la conception.

11. Fiche pratique 2026

COQUELUCHE — recommandée à chaque grossesse, à partir du 2e trimestre, idéalement 20–36 SA.

GRIPPE — recommandée pendant la campagne saisonnière, quel que soit le trimestre.

COVID-19 — recommandée en France en 2026 pendant la grossesse ; vaccins à ARNm préférés ; stratégie à vérifier selon la campagne et l'évolution épidémiologique.

VRS — Abrysvo entre 32 et 36 SA dans la fenêtre saisonnière ; comparer avec la stratégie d'anticorps monoclonal du nourrisson.

ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE — vaccin vivant : rattrapage avant grossesse ou après accouchement si nécessaire.

VARICELLE — vaccin vivant : avant grossesse ou après accouchement si non immunisée ; pas pendant la grossesse.

AUTRES VACCINS — décision selon exposition et situation ; grossesse ≠ contre-indication générale aux vaccins non vivants.

12. Avant de refuser ou accepter un vaccin : quatre questions

1. QUI EST PROTÉGÉ ? La mère, le fœtus, le nourrisson ou plusieurs à la fois ?

2. QUEL EST LE RISQUE SANS VACCIN ? Gravité, fréquence et circulation actuelle de la maladie.

3. QUELLE EST LA QUALITÉ DES DONNÉES ? Essais, registres, surveillance de pharmacovigilance, recul d'utilisation.

4. EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE ? Par exemple nirsévimab pour le VRS ou vaccination préconceptionnelle pour rubéole/varicelle.

Cette grille permet de discuter une vaccination sans transformer le calendrier en acte d'obéissance ni en terrain idéologique.

À retenir

La vaccination pendant la grossesse a plusieurs fonctions distinctes. La coqueluche possède des données solides de protection du nourrisson et est répétée à chaque grossesse. La grippe et la Covid-19 protègent surtout la mère contre des formes plus sévères, avec un historique de sécurité important. Le VRS est une stratégie récente et efficace pour le nourrisson, mais avec une surveillance continue d'un signal de prématurité qui explique en partie sa fenêtre d'administration tardive. Les vaccins vivants sont généralement reportés avant ou après la grossesse.

Le calendrier est un outil pratique, pas une vérité figée : pour les recommandations saisonnières ou nouvelles, vérifier la version actuelle reste indispensable.

Notes

1. Ministère de la Santé — Calendrier des vaccinations 2026 ; Ameli — Calendrier des vaccinations : recommandations chez la femme enceinte, 2026 ; HAS — Grossesse : les vaccins recommandés.

2. Ameli — Coqueluche : prévention et vaccination, 2026 ; HAS — Grossesse : les vaccins recommandés.

3. Meta-analysis 2025 — Efficacy, immunogenicity and safety of pertussis vaccine during pregnancy.

4. Umbrella review 2026 — Protective effects of influenza vaccination in pregnant women and infants.

5. Living systematic review/meta-analysis 2024 — Safety and effectiveness of Covid-19 vaccines during pregnancy.

6. HAS — Recommandation vaccinale contre le VRS chez les femmes enceintes ; Ameli — Prévenir la bronchiolite : campagne VRS 2026–2027.

7. Meta-analysis 2025 — Maternal RSV vaccine: immunogenicity and perinatal safety ; Meta-analysis 2024 — RSVpreF vaccination in pregnancy: maternal-fetal safety and infant efficacy.

8. Ministère de la Santé — Calendrier des vaccinations 2026 ; HAS — Recommandation vaccinale contre le VRS chez les femmes enceintes.

9. Ministère de la Santé — Calendrier des vaccinations 2026 ; HAS — Grossesse : les vaccins recommandés.

Sources de référence du chapitre

[Ministère de la Santé — Calendrier des vaccinations 2026.](#)

[Ameli — Calendrier des vaccinations : recommandations chez la femme enceinte, 2026.](#)

[Ameli — Coqueluche : prévention et vaccination, 2026.](#)

[HAS — Grossesse : les vaccins recommandés.](#)

[Meta-analysis 2025 — Efficacy, immunogenicity and safety of pertussis vaccine during pregnancy.](#)

[Umbrella review 2026 — Protective effects of influenza vaccination in pregnant women and infants.](#)

[Living systematic review/meta-analysis 2024 — Safety and effectiveness of Covid-19 vaccines during pregnancy.](#)

[HAS — Recommandation vaccinale contre le VRS chez les femmes enceintes.](#)

[Ameli — Prévenir la bronchiolite : campagne VRS 2026–2027.](#)

[Meta-analysis 2025 — Maternal RSV vaccine: immunogenicity and perinatal safety.](#)

[Meta-analysis 2024 — RSVpreF vaccination in pregnancy: maternal-fetal safety and infant efficacy.](#)

PARTIE IV — Continuer à vivre pendant la grossesse

Chapitre 14 — Vie quotidienne : sexualité, déplacements, soins courants et travail

La grossesse n'interdit pas la vie ordinaire

Une grossesse normale ne transforme pas automatiquement les rapports sexuels, la voiture, l'avion, la baignade, le travail ou les vacances en activités dangereuses. La plupart peuvent continuer avec quelques adaptations. Ce qui change réellement la conduite est généralement identifiable : complication obstétricale, risque infectieux, traumatisme possible, immobilité prolongée, chaleur importante, altitude élevée, éloignement des soins ou exposition professionnelle particulière.

Ce chapitre ne répète donc pas toutes les règles des chapitres précédents. Il sert de guide de décision rapide pour les activités ordinaires.

PARTIE A — Vie intime et déplacements

1. Sexualité : généralement compatible avec une grossesse normale

Dans une grossesse sans complication particulière, les rapports sexuels, l'orgasme, la pénétration avec le pénis, les doigts ou des objets sexuels ne menacent pas le fœtus. Celui-ci est protégé par l'utérus, les membranes et le liquide amniotique.

L'orgasme peut provoquer des contractions utérines transitoires. Une pénétration peut également entraîner de légères crampes ou un petit saignement de contact en raison de la vascularisation accrue du col. Ces phénomènes ne signifient pas automatiquement qu'un travail commence.

Une méta-analyse d'essais randomisés à terme n'a pas montré que les rapports sexuels augmentaient le déclenchement spontané du travail. Les études disponibles ne soutiennent pas

non plus une interdiction générale des rapports sexuels pour prévenir la prématurité dans une grossesse à bas risque¹.

Quand une restriction sexuelle peut être justifiée

La consigne change dans certaines situations : saignement inexpliqué ou important, rupture des membranes, placenta prævia ou placenta très bas avec risque de saignement, menace d'accouchement prématuré dans certains contextes, insuffisance cervicale ou toute autre complication pour laquelle l'équipe obstétricale recommande explicitement une restriction.

Il n'existe pas une définition unique de « repos pelvien » valable pour tous les cas. Si une restriction est prescrite, il faut demander ce qu'elle concerne réellement : pénétration vaginale, orgasme, stimulation des seins ou seulement certaines pratiques.

Des contractions fortes et persistantes, une douleur importante, une perte de liquide ou un saignement abondant après un rapport justifient une évaluation.

Les IST restent pertinentes pendant la grossesse

La grossesse ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. Nouveau partenaire, partenaires multiples, statut inconnu ou infection chez le partenaire justifient une protection par préservatif et, si nécessaire, un dépistage.

Le cas de l'herpès mérite une attention particulière, surtout en cas de première infection tardive pendant la grossesse. Une poussée génitale chez le partenaire justifie d'éviter les rapports concernés ; l'herpès labial peut également être transmis aux organes génitaux lors d'un contact bouche-sexe.

2. Désir, confort et consentement : aucune fréquence n'est « normale »

La libido peut augmenter, diminuer ou varier selon le trimestre, les nausées, la fatigue, l'image corporelle, les douleurs

ou le contexte relationnel. Il n'existe aucune fréquence idéale de rapports pendant la grossesse.

Le ventre qui grandit impose parfois de modifier les positions pour éviter une pression inconfortable. Après le milieu de grossesse, rester longtemps complètement allongée sur le dos peut devenir désagréable ; une position latérale ou semi-assise est souvent plus confortable.

Une grossesse ne crée aucune obligation sexuelle particulière. L'absence de désir n'est pas un problème médical en soi ; une douleur nouvelle, persistante ou importante mérite en revanche d'être discutée.

3. Voiture : la ceinture protège, elle ne menace pas le fœtus

La ceinture de sécurité doit être portée pendant toute la grossesse, à l'avant comme à l'arrière. Le risque d'un traumatisme non retenu lors d'un accident est très supérieur au risque lié à une ceinture correctement positionnée².

La sangle basse doit passer sous le ventre, serrée contre les hanches et les os du bassin — jamais sur le ventre. La sangle diagonale passe entre les seins puis sur le côté du ventre. Elle ne doit pas passer sous le bras ni derrière le dos.

Le siège doit rester relativement droit et être reculé autant que possible tout en permettant de contrôler correctement les pédales et le volant. Le ventre ne devrait pas toucher le volant si cela peut être évité.

Airbag : le laisser activé

Un airbag frontal n'est pas une raison de conduire sans ceinture ni de le désactiver pendant la grossesse. Les recommandations de sécurité routière considèrent ceinture et airbag comme complémentaires. Une ceinture correctement

placée maintient le corps dans la position pour laquelle l'airbag est conçu³.

Après un accident

Après un accident de circulation significatif pendant la grossesse, une évaluation médicale est prudente même si la mère se sent relativement bien. Certains problèmes — contractions, décollement placentaire ou souffrance fœtale — peuvent ne pas être immédiatement évidents.

Une douleur abdominale, un saignement, une perte de liquide, des contractions ou une diminution des mouvements fœtaux constituent des motifs d'évaluation urgente.

4. Long trajet en voiture, train ou autocar : le principal problème est l'immobilité

La grossesse augmente déjà le risque de thrombose veineuse. Rester assise plusieurs heures ajoute un facteur d'immobilité. Cela ne rend pas les longs trajets interdits, mais justifie de bouger régulièrement.

Pour les trajets prolongés : profiter des arrêts pour marcher, mobiliser chevilles et mollets même assise, boire normalement, éviter les vêtements très serrés et ne pas rester immobile pendant des heures. Il n'existe pas un intervalle magique imposant un arrêt toutes les 90 minutes ; l'idée importante est une mobilisation régulière.

Si la personne a des facteurs supplémentaires de thrombose — antécédent personnel de phlébite, thrombophilie, obésité importante, immobilisation, chirurgie récente ou autre risque — compression médicale ou anticoagulation peuvent être discutées avec le professionnel avant un long voyage.

5. Avion : généralement sûr dans une grossesse sans complication

Le vol commercial occasionnel n'a pas montré d'effet nocif particulier sur une grossesse normale. La pression de cabine diminue légèrement l'oxygénation, mais l'organisme maternel s'adapte généralement sans conséquence fœtale chez une femme en bonne santé⁴.

Le problème pratique le plus important est la possibilité d'une complication obstétricale loin des soins et, pour les vols longs, l'immobilité et le risque thrombotique.

Sur un vol de plusieurs heures : choisir si possible un siège côté couloir, bouger régulièrement les jambes, marcher lorsque c'est possible, boire de l'eau et garder la ceinture attachée sous le ventre lorsque l'on est assise, car les turbulences sont imprévisibles.

La compression élastique peut être utile sur les vols longs. Une héparine préventive n'est pas un traitement de routine pour toutes les femmes enceintes voyageant en avion ; elle se discute lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque thrombotique.

Jusqu'à quand peut-on prendre l'avion ?

Il n'existe pas une date biologique universelle. Les compagnies imposent leurs propres limites. Beaucoup autorisent les vols jusqu'à environ 36 semaines pour une grossesse simple, avec restrictions plus précoces pour les grossesses multiples ; certaines exigent un certificat après 28 semaines.

Les recommandations obstétricales britanniques suggèrent d'éviter les vols à partir de 37 semaines pour une grossesse simple non compliquée et autour de 32 semaines lorsqu'il existe un risque important de prématurité, notamment dans certaines grossesses multiples⁵.

La date du retour compte autant que celle du départ.

Rayonnements en avion

L'exposition aux rayonnements cosmiques augmente avec l'altitude, mais les vols occasionnels n'atteignent pas des niveaux considérés préoccupants pour la grossesse. La question devient différente pour les personnels navigants ou les personnes qui prennent très fréquemment l'avion : il s'agit alors d'une exposition professionnelle cumulative à évaluer avec la médecine du travail⁶.

6. Voyager loin : le pays de destination compte plus que le moyen de transport

Une grossesse normale peut être compatible avec un voyage lointain, mais une destination où paludisme, Zika, dengue, fièvre jaune ou soins obstétricaux limités sont présents change profondément le calcul.

Avant un voyage international, vérifier : maladies circulantes, vaccins nécessaires, médicaments de prévention compatibles, qualité de l'eau et des aliments, possibilité d'obtenir des soins obstétricaux et néonataux, assurance couvrant grossesse, accouchement prématuré et éventuel rapatriement⁷.

Il est particulièrement imprudent de choisir une destination isolée à proximité du terme ou lors d'une grossesse nécessitant une surveillance rapprochée.

Le deuxième trimestre est souvent la période la plus confortable pour voyager, mais ce n'est pas une fenêtre de sécurité absolue : la situation obstétricale individuelle prime.

7. Altitude : une courte visite n'est pas la même chose qu'un trek à 4 000 mètres

Les données humaines ne montrent pas de dommage fœtal documenté lors de courts séjours en altitude chez une femme ayant une grossesse normale. Le problème vient surtout de l'acclimatation, de l'effort, de l'éloignement des soins et des maladies qui tolèrent mal l'hypoxie.

Le CDC recommande une ascension progressive et suggère par prudence de ne pas dormir au-dessus d'environ 3 050 mètres pendant la grossesse. Une grossesse à haut risque, une maladie cardiorespiratoire, une anémie sévère ou un retard de croissance fœtale demandent une évaluation plus stricte⁸.

Une promenade ou un séjour touristique à altitude modérée n'est donc pas assimilable à un trekking non acclimaté ou une ascension sportive en haute montagne.

PARTIE B — Loisirs et soins courants

8. Natation et baignade : généralement excellentes options

La natation et l'activité aquatique sont généralement compatibles avec une grossesse normale et limitent les contraintes articulaires. La mer ou une piscine correctement entretenue ne sont pas interdites par principe.

Il faut cependant appliquer les règles ordinaires : éviter les eaux connues comme contaminées, entrer prudemment pour limiter les chutes, ne pas nager seule loin du bord et renoncer si une complication obstétricale impose une restriction.

Après rupture des membranes, le risque infectieux et la conduite obstétricale changent : les recommandations de l'équipe qui suit la grossesse priment alors sur les conseils généraux.

9. Plongée sous-marine : une vraie exception

La plongée avec bouteille est déconseillée pendant la grossesse, non parce que la natation serait dangereuse, mais en raison de la décompression et de l'absence de protection pulmonaire fœtale contre les bulles gazeuses. Les données humaines sont limitées et les études animales suffisent à justifier une prudence forte pour une activité non nécessaire.

La plongée en apnée récréative courte et le snorkeling ne soulèvent pas le même mécanisme, mais les apnées prolongées ou la recherche de performance ne sont pas des objectifs raisonnables pendant la grossesse.

10. Sauna, hammam, jacuzzi et bains très chauds : le problème est l'hyperthermie

Les données sur les saunas et bains chauds sont moins simples que l'interdiction absolue souvent donnée. La préoccupation principale concerne une augmentation importante et prolongée de la température corporelle, surtout au début de la grossesse.

L'ACOG conseille d'éviter sauna et jacuzzi en début de grossesse, particulièrement les expositions longues. Les études contrôlées sur la chaleur montrent cependant que toutes les expositions ne font pas dépasser les températures centrales préoccupantes⁹.

Le guide retient une règle prudente : éviter les bains très chauds, jacuzzis ou saunas prolongés qui provoquent malaise, sensation de surchauffe ou élévation importante de la température, en particulier au premier trimestre. Un bain ordinaire chaud mais confortable n'est pas assimilé automatiquement à une hyperthermie dangereuse.

11. Soleil : grossesse ou non, les UV restent le problème

La grossesse peut favoriser le mélasma — taches pigmentaires du visage — mais ne crée pas un besoin de fuir toute exposition solaire. Les règles restent celles de la photoprotection : ombre aux heures les plus fortes, vêtements, chapeau et écran solaire adapté.

Le bénéfice supposé d'une forte exposition solaire pour la vitamine D ne justifie pas les coups de soleil. Si une carence en vitamine D doit être corrigée, elle se traite plus précisément par alimentation ou supplémentation indiquée.

12. Parcs d'attractions et activités à accélérations importantes

Il existe peu d'études directes sur les montagnes russes pendant la grossesse, mais ces attractions associent accélérations, freinages brusques et parfois contraintes de maintien sur l'abdomen. Leur bénéfice est faible et le traumatisme potentiel évitable : les attractions à fortes accélérations ou chocs sont donc raisonnablement à éviter.

Les activités de loisir doivent être classées selon leur mécanisme réel : une promenade calme n'a rien à voir avec une attraction à fortes accélérations, tout comme la natation n'a rien à voir avec la plongée sous-marine.

13. Santé bucco-dentaire : soigner, ne pas attendre la fin de la grossesse

La grossesse peut favoriser une inflammation des gencives, et les nausées, vomissements, reflux ou modifications alimentaires peuvent augmenter l'exposition des dents aux acides et le risque carieux. Ces problèmes méritent des soins pour la santé de la mère ; ils ne doivent pas être laissés évoluer sous prétexte que les soins dentaires seraient dangereux pendant la grossesse.

En France, un examen de prévention bucco-dentaire est proposé à partir du premier jour du 4e mois de grossesse et jusqu'au dernier jour du 6e mois après l'accouchement. Ce rendez-vous permet de vérifier dents et gencives et d'organiser les soins nécessaires¹⁰.

Les recommandations dentaires et obstétricales considèrent que les soins nécessaires peuvent être réalisés pendant la grossesse. Des radiographies dentaires lorsqu'elles sont indiquées, avec les protections adaptées, ainsi que l'anesthésie locale usuelle peuvent être utilisées. Caries, infections, traitements endodontiques ou extractions nécessaires ne doivent pas être repoussés simplement pour attendre l'accouchement, car retarder un soin peut aggraver le problème¹¹.

Au quotidien : brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et nettoyer les espaces interdentaires régulièrement. Après des vomissements ou un reflux important, rincer la bouche à l'eau — éventuellement avec une solution bicarbonatée conseillée — aide à neutraliser l'acidité avant de reprendre l'hygiène habituelle.

La maladie parodontale est associée, dans certaines études observationnelles, à davantage de prématurité. Mais les essais n'ont pas démontré de manière robuste que traiter la maladie parodontale pendant la grossesse prévient la prématurité ou le faible poids de naissance. Les soins dentaires sont donc recommandés parce qu'une bouche malade mérite d'être soignée, pas comme technique garantie pour modifier l'issue obstétricale.

14. Petits maux fréquents : reflux, constipation, hémorroïdes, jambes lourdes et crampes

Beaucoup de gênes ordinaires de la grossesse relèvent d'abord de mesures simples, à condition de ne pas masquer un signe d'alerte.

CONSTIPATION — augmenter progressivement les fibres alimentaires, boire suffisamment, rester active et aller aux toilettes lorsque le besoin se présente sans pousser longuement. Le fer peut aggraver la constipation : ne pas arrêter un supplément prescrit seule, mais demander si la dose, la forme ou le traitement associé peut être adapté.

REFLUX — préférer si besoin des repas plus petits, éviter de se coucher juste après manger, limiter les aliments ou boissons qui déclenchent réellement les symptômes et surélever le haut du corps la nuit. Le côté gauche peut améliorer le reflux chez certaines personnes. Des antiacides ou alginates compatibles existent ; ils doivent être vérifiés avec le pharmacien ou le professionnel, et certains antiacides doivent être espacés du fer ou de l'acide folique car ils peuvent en diminuer l'absorption.

HÉMORROÏDES — corriger la constipation et éviter les efforts de poussée est souvent la mesure la plus utile. Bouger régulièrement, éviter de rester très longtemps assise ou debout et utiliser du froid local peut soulager. Les crèmes et médicaments locaux doivent être vérifiés avant usage.

JAMBES LOURDES, ŒDÈMES ET CRAMPES — un gonflement progressif et symétrique des chevilles en fin de journée est fréquent. Marcher, mobiliser les chevilles, éviter l'immobilité prolongée et surélever les jambes au repos peuvent aider. Les mouvements et étirements du mollet peuvent diminuer les crampes. En revanche, un gonflement brutal du visage ou des mains, un œdème douloureux d'une seule jambe, une douleur

thoracique, un essoufflement ou des symptômes de pré-éclampsie ne sont pas des « petits maux » : appliquer le chapitre 15.

PARTIE C — Travail et adaptation du poste

15. Travail : continuer si le poste est compatible, adapter ce qui ne l'est pas

La grossesse n'est pas une incapacité générale à travailler. Dans de nombreux emplois, le travail peut continuer jusqu'au congé maternité avec des adaptations progressives si nécessaire.

Le chapitre 11 traite les expositions chimiques et physiques. Ici, la règle pratique est : si le poste provoque douleurs importantes, malaise, fatigue excessive, contraintes physiques répétées, horaires incompatibles avec la santé ou exposition identifiée, il faut faire évaluer le poste plutôt que simplement « tenir » jusqu'au congé.

En France, le médecin du travail peut proposer une adaptation du poste, du temps de travail ou une affectation à un autre poste. Une salariée enceinte travaillant de nuit peut, dans certaines conditions, demander une affectation de jour. Certains postes exposant à des substances toxiques pour la reproduction ou à d'autres risques particuliers peuvent également justifier un changement temporaire.

Faut-il annoncer immédiatement la grossesse à l'employeur ?

En France, une salariée n'est pas juridiquement obligée d'annoncer immédiatement sa grossesse à l'employeur. En revanche, l'information est nécessaire pour bénéficier de certaines protections et droits liés à la grossesse, notamment les autorisations d'absence pour examens médicaux obligatoires et certains aménagements¹².

Dans un poste exposé à des produits reprotoxiques, rayonnements, travail de nuit ou fortes contraintes physiques, attendre longtemps peut limiter la possibilité d'adapter précocement le travail. L'enjeu pratique peut donc différer de l'obligation juridique.

16. Travail debout, assis ou physique : éviter les absolus

Rester assise toute la journée n'est pas idéal ; rester debout sans bouger pendant des heures non plus. La meilleure adaptation consiste souvent à alterner positions, marcher régulièrement et éviter les contraintes répétées ou les charges élevées.

Pour un emploi physique, il n'existe pas un poids universel que toute femme enceinte aurait interdiction de porter. Le risque dépend de la fréquence, de la posture, de la hauteur de prise, de la fatigue, du terme et de l'état obstétrical. Les charges répétées importantes justifient davantage une adaptation que le port occasionnel d'un objet raisonnable.

17. Le loisir doit rester un loisir

Une règle simple permet de trier beaucoup d'activités : si le principal risque est un traumatisme abdominal, une chute importante, une décompression, une hyperthermie sévère ou l'éloignement des soins, l'activité mérite une adaptation ou une pause. Si le risque est surtout un inconfort modifiable, il suffit souvent d'écouter les symptômes et d'adapter.

La grossesse n'est pas le bon moment pour commencer une activité à haut risque uniquement pour prouver que « tout est possible ». Mais elle n'est pas non plus une raison d'interrompre automatiquement toutes les activités appréciées et maîtrisées.

18. Fiche pratique : est-ce que je peux continuer à... ?

AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS — oui dans une grossesse normale ; demander une consigne individualisée en cas de saignement, rupture des membranes, placenta prævia, menace d'accouchement prématuré ou autre complication.

CONDUIRE — oui ; ceinture sous le ventre, airbag activé, siège correctement réglé.

FAIRE UN LONG TRAJET — oui si la grossesse le permet ; bouger régulièrement et évaluer le risque thrombotique si trajet prolongé.

PRENDRE L'AVION — généralement oui dans une grossesse sans complication ; vérifier compagnie, terme au retour et risque thrombotique.

PARTIR À L'ÉTRANGER — oui après analyse du pays, des maladies, des soins disponibles et de l'assurance.

ALLER EN MONTAGNE — possible à altitude modérée dans une grossesse normale ; éviter ascension rapide, haute altitude prolongée et zones isolées sans évaluation adaptée.

NAGER — généralement oui.

PLONGER AVEC BOUTEILLE — non recommandé.

PRENDRE UN BAIN — oui s'il n'entraîne pas de surchauffe ; prudence avec jacuzzi/sauna très chauds et prolongés.

TRAVAILLER — généralement oui ; adapter le poste si exposition ou contrainte incompatible.

FAIRE UNE ACTIVITÉ À RISQUE DE CHUTE OU DE CHOC — réévaluer ; le risque traumatique augmente souvent avec l'avancée de la grossesse.

À retenir

La plupart des activités ordinaires peuvent continuer pendant une grossesse normale. Les rapports sexuels ne déclenchent pas spontanément le travail dans les grossesses à bas risque. La ceinture et l'airbag protègent en voiture. L'avion occasionnel est généralement sûr, mais les vols longs augmentent l'immobilité et le risque thrombotique. Le voyage doit surtout être pensé selon la destination et l'accès aux soins. Natation et loisirs doux restent possibles ; plongée sous-marine, fortes accélérations, risque important de chute ou hyperthermie prolongée changent de catégorie. Le travail peut continuer si le poste est compatible, mais une grossesse ne doit pas servir de raison pour supporter une exposition ou une contrainte évitable.

Notes

1. [ACOG — Is it safe to have sex during pregnancy?](#) ; Meta-analysis — Sexual intercourse for induction of spontaneous onset of labor.
2. [NHTSA — Seat Belt Safety for Pregnant Drivers and Passengers](#) ; [Sécurité routière France — Ceinture de sécurité et grossesse](#).
3. NHTSA — Seat Belt Safety for Pregnant Drivers and Passengers ; [Sécurité routière France — Ceinture de sécurité et grossesse](#).
4. [ACOG — Air Travel During Pregnancy](#) ; [RCOG — Air travel and pregnancy](#).
5. RCOG — Air travel and pregnancy ; NHS — Travelling in pregnancy.
6. ACOG — Air Travel During Pregnancy ; [CDC Yellow Book 2026 — Pregnant Travelers](#).

7. [CDC Yellow Book 2026 — Pregnant Travelers.](#)
8. [CDC Yellow Book 2026 — High-Altitude Travel and Altitude Illness.](#)
9. [ACOG — Can I use a sauna or hot tub early in pregnancy?](#)
10. [Ameli 2026 — Examen de prévention bucco-dentaire pendant la maternité.](#)
11. [ACOG — Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan.](#)
12. [Service-Public — Grossesse : information de l'employeur et droits de la salariée](#) ; Service-Public — Médecine du travail et aménagement du poste ; Ministère du Travail — Garanties liées à la maternité et adaptation du travail.

[Sources de référence du chapitre](#)

[Ameli 2026 — Nausées, vomissements, remontées acides et constipation lors de la grossesse.](#)

[NHS — Indigestion and heartburn in pregnancy.](#)

[NHS — Piles in pregnancy.](#)

[NHS — Swollen ankles, feet and fingers in pregnancy.](#)

[NHS — Common health problems in pregnancy.](#)

[ACOG — Is it safe to have sex during pregnancy?](#)

[Meta-analysis — Sexual intercourse for induction of spontaneous onset of labor.](#)

[ACOG — Travel During Pregnancy.](#)

[ACOG — Air Travel During Pregnancy.](#)

[NHS — Travelling in pregnancy.](#)

[RCOG — Air travel and pregnancy.](#)

[CDC Yellow Book 2026 — Pregnant Travelers.](#)

[CDC Yellow Book 2026 — High-Altitude Travel and Altitude Illness.](#)

[NHTSA — Seat Belt Safety for Pregnant Drivers and Passengers.](#)

[Sécurité routière France — Ceinture de sécurité et grossesse.](#)

[ACOG — Can I use a sauna or hot tub early in pregnancy?](#)

[Service-Public — Grossesse : information de l'employeur et droits de la salariée.](#)

[Service-Public — Médecine du travail et aménagement du poste.](#)

[Ministère du Travail — Garanties liées à la maternité et adaptation du travail.](#)

[Ameli 2026 — Examen de prévention bucco-dentaire pendant la maternité.](#)

[ACOG — Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan.](#)

PARTIE V — Quand quelque chose ne va pas

Chapitre 15 — Quand quelque chose ne va pas

Ce chapitre ne sert pas à poser un diagnostic

Une grossesse comporte beaucoup de symptômes normaux : tiraillements, contractions irrégulières, nausées, fatigue, essoufflement à l'effort, douleurs ligamentaires ou œdèmes légers. Mais certains signes peuvent annoncer une complication qui doit être évaluée rapidement.

Le rôle de ce chapitre n'est pas de permettre à une personne enceinte de décider seule ce qu'elle a. Il sert à répondre à une autre question : faut-il attendre, appeler la maternité rapidement, ou appeler les secours maintenant ?

En cas de doute important, il vaut mieux appeler la maternité ou le professionnel qui suit la grossesse que chercher à obtenir une certitude à domicile.

1. Urgence immédiate : appeler le 15 ou le 112

Certaines situations dépassent le simple conseil obstétrical et relèvent d'une urgence médicale immédiate :

- difficulté importante à respirer au repos, douleur thoracique brutale, crachats sanglants, malaise ou perte de connaissance ;
- saignement vaginal très abondant avec faiblesse, malaise, pâleur ou signes de choc ;
- douleur abdominale très intense et persistante, surtout si elle s'accompagne de malaise ou de saignement ;
- convulsion, perte de connaissance, confusion aiguë ou déficit neurologique brutal ;
- réaction allergique sévère avec difficulté respiratoire ou gonflement de la gorge ;

- traumatisme important, accident de la route ou chute avec symptômes inquiétants ;
- sensation que l'accouchement est imminent avec impossibilité de rejoindre la maternité en sécurité.

En France : 15 pour le SAMU, 112 numéro d'urgence européen ; le 114 est accessible aux personnes sourdes, malentendantes, sourdaveugles ou aphasiques selon les dispositifs en vigueur¹.

2. Douleur thoracique, essoufflement brutal ou mollet gonflé : penser thrombose sans attendre

La grossesse augmente le risque de thrombose veineuse. Une phlébite peut provoquer douleur, lourdeur ou gonflement d'une jambe, souvent asymétrique. Une embolie pulmonaire peut provoquer douleur thoracique, essoufflement, respiration rapide, malaise ou parfois crachats sanglants².

Une gêne respiratoire modérée à l'effort peut être fréquente en fin de grossesse ; une difficulté respiratoire brutale ou inhabituelle au repos ne doit pas être attribuée automatiquement à la grossesse.

En cas de signes compatibles avec une embolie pulmonaire : urgence immédiate, 15 ou 112.

3. Saignements : le terme et l'abondance changent la conduite

Au premier trimestre, de petits saignements peuvent survenir dans une grossesse qui évolue normalement. Ils nécessitent néanmoins un avis et souvent un bilan dans un délai court.

Il faut consulter en urgence au premier trimestre si le saignement est abondant, s'accompagne de malaise, de fièvre, d'expulsion de tissus ou de douleurs pelviennes importantes —

notamment d'un côté — car une fausse couche ou une grossesse extra-utérine doivent être exclues³.

Après le premier trimestre, un saignement vaginal est considéré comme anormal et doit conduire à contacter immédiatement la maternité ou les urgences. Placenta prævia, décollement placentaire ou début de travail font partie des causes possibles, mais le diagnostic ne peut pas être fait à domicile⁴.

4. Perte de liquide : ne pas attendre de savoir si “c’est vraiment la poche des eaux”

Une fuite de liquide clair, continue ou répétée, peut correspondre à une rupture des membranes. Il peut être difficile de la distinguer d'urines ou de pertes vaginales ordinaires.

Si la poche des eaux est suspectée, contacter la maternité rapidement, même en l'absence de contractions. La conduite dépend du terme, de la couleur du liquide, de la présence de fièvre, des mouvements fœtaux et du début éventuel du travail⁵.

Une perte de liquide verdâtre, brunâtre, malodorante, accompagnée de fièvre ou d'un état général altéré renforce l'urgence de l'évaluation.

5. Contractions : la douleur, la régularité et le terme comptent

Des contractions irrégulières, courtes et non douloureuses sont fréquentes pendant la grossesse. Elles peuvent faire durcir le ventre sans annoncer un accouchement.

En revanche, des contractions qui deviennent régulières, douloureuses, rapprochées et ne disparaissent pas avec le repos doivent conduire à appeler la maternité, particulièrement avant 37 semaines. Perte de liquide ou saignement associé augmente encore l'urgence⁵.

Le guide ne donne pas un nombre universel de contractions par heure qui permettrait de décider seule : les maternités peuvent donner des consignes selon le terme, la parité, la distance et les antécédents. Avant 37 semaines, le seuil pour demander un avis doit rester bas.

6. Mouvements du bébé : connaître son propre rythme plutôt que compter jusqu'à un chiffre magique

Les mouvements commencent généralement à être perçus entre 16 et 24 semaines. Il n'existe pas un nombre universel de mouvements par jour applicable à toutes les grossesses. L'important est de reconnaître progressivement le schéma habituel de son bébé.

Si les mouvements deviennent nettement moins fréquents, plus faibles, changent franchement de schéma ou cessent, il faut contacter immédiatement la maternité. Ne pas attendre le lendemain pour voir si cela revient⁶.

Il est faux que les bébés doivent normalement moins bouger à l'approche du terme. La nature des mouvements change avec l'espace disponible, mais l'activité reste perceptible jusqu'au travail.

Un Doppler domestique ou une application ne permet pas de vérifier que le bébé va bien. Entendre un battement ne remplace pas une évaluation professionnelle⁶.

7. Pré-éclampsie : certains symptômes après 20 semaines doivent faire appeler rapidement

La pré-éclampsie associe notamment hypertension et atteinte d'organes pendant la grossesse. Elle peut apparaître après 20 semaines et évoluer rapidement.

Les signes d'alerte comprennent : mal de tête important ou inhabituel, troubles visuels — éclairs, taches, flou, vision double

—, douleur importante dans la partie haute de l'abdomen ou sous les côtes, nausées ou vomissements nouveaux et importants, diminution des urines, gonflement soudain du visage ou des mains et prise de poids rapide liée aux œdèmes.

Un de ces symptômes ne prouve pas une pré-éclampsie, mais il justifie une évaluation obstétricale urgente, surtout s'il est nouveau, intense ou associé à une tension élevée.

Une mesure domestique très élevée de pression artérielle — par exemple autour de 160/110 mmHg ou plus — nécessite une évaluation urgente, même si la personne se sent relativement bien⁷.

8. Fièvre et infection : ne pas tout traiter à domicile

Une fièvre isolée peut venir d'une infection banale. Pendant la grossesse, une fièvre persistante ou importante, surtout associée à frissons, douleur abdominale ou lombaire, difficulté respiratoire, éruption, brûlures urinaires, contractions, diminution des mouvements fœtaux ou état général très altéré, mérite une évaluation.

La grossesse n'est pas une raison de laisser une forte fièvre sans traitement par peur du médicament : le paracétamol reste généralement l'antalgique-antipyrétique de référence lorsqu'il est indiqué⁸.

Une fièvre après une exposition particulière — listériose possible, varicelle, parvovirus, voyage, morsure ou autre contexte infectieux — doit être signalée avec cette information.

9. Vomissements : fréquent ne veut pas dire toujours bénin

Nausées et vomissements sont très fréquents au premier trimestre. Ils deviennent préoccupants lorsque la personne ne parvient plus à boire suffisamment, présente une bouche très

sèche, des urines très foncées ou rares, des vertiges, une perte de poids importante ou un épuisement marqué.

L'hyperémèse gravidique peut nécessiter traitements, perfusion et parfois hospitalisation. Il n'est pas utile d'attendre d'être très déshydratée pour demander de l'aide⁹.

Des vomissements apparaissant tardivement avec céphalée, douleur sous les côtes, hypertension ou malaise doivent également faire rechercher d'autres causes, notamment une complication hypertensive.

10. Douleur abdominale : intensité et persistance priment sur la localisation parfaite

Des tiraillements ligamentaires ou douleurs brèves peuvent être normaux. Une douleur abdominale sévère, persistante, inhabituelle, qui empêche de bouger normalement ou s'accompagne de saignement, fièvre, malaise, vomissements importants ou contractions régulières doit être évaluée rapidement.

Au début de grossesse, douleur pelvienne importante avec saignement, particulièrement si elle est latéralisée ou associée à une douleur d'épaule et un malaise, fait craindre notamment une grossesse extra-utérine et relève de l'urgence.

11. Démangeaisons : parfois banales, parfois hépatiques

La peau peut démanger pendant la grossesse pour de nombreuses raisons bénignes. En revanche, un prurit intense sans éruption évidente, particulièrement marqué sur les paumes des mains et les plantes des pieds et souvent plus fort la nuit, peut évoquer une cholestase gravidique¹⁰.

Ce tableau mérite un avis médical et un bilan sanguin. Il ne se diagnostique ni par l'intensité seule ni par Internet.

12. Brûlures urinaires, douleur lombaire ou impossibilité d'uriner

Les infections urinaires sont plus fréquentes pendant la grossesse et peuvent évoluer vers une infection rénale. Brûlures urinaires, besoin fréquent douloureux, fièvre, frissons ou douleur lombaire doivent être signalés¹¹.

Une fièvre avec douleur dans le dos ou sur le côté et symptômes urinaires justifie une évaluation rapide. Une impossibilité d'uriner malgré un besoin important mérite également une consultation urgente.

13. Santé psychique : urgence si la sécurité est en jeu

Une tristesse ou une anxiété persistante mérite une prise en charge même sans danger immédiat. Si apparaissent des idées suicidaires, une intention de se faire du mal, une désorganisation majeure, des hallucinations, un état d'agitation extrême ou un danger lié à une violence, la priorité devient la sécurité et l'aide humaine immédiate.

En France, le 3114 est le numéro national de prévention du suicide, accessible 24 h/24 et 7 j/7. En danger immédiat : 15, 17 ou 112 selon la situation¹².

14. Après un traumatisme ou un accident

Une chute légère sans impact abdominal ni symptôme n'a pas la même signification qu'un accident de voiture, un choc direct sur le ventre ou une chute importante.

Après un traumatisme significatif, contacter la maternité ou les urgences même si les symptômes sont initialement discrets. Saignement, contractions, douleur abdominale, perte de liquide ou diminution des mouvements fœtaux renforcent l'urgence¹³.

15. Trois niveaux d'action

URGENCE IMMÉDIATE — 15 / 112

Détresse respiratoire, douleur thoracique brutale, perte de connaissance, convulsion, hémorragie importante avec malaise, douleur abdominale extrême avec signes de choc, réaction allergique grave, traumatisme majeur ou accouchement manifestement imminent hors d'un cadre sécurisé.

MATERNITÉ / AVIS OBSTÉTRICAL RAPIDE — *ne pas attendre le lendemain*

Diminution ou changement net des mouvements fœtaux ; perte des eaux suspectée ; saignement après le premier trimestre ; contractions régulières douloureuses avant 37 semaines ; symptômes évocateurs de pré-éclampsie ; fièvre importante avec symptômes associés ; douleur abdominale persistante ; exposition infectieuse importante avec symptômes ; démangeaisons intenses des paumes/plantes ; traumatisme significatif.

CONSULTATION DANS UN DÉLAI COURT / PROGRAMMÉ

Saignement léger isolé au premier trimestre sans douleur ni malaise ; nausées ou vomissements qui dégradent progressivement l'alimentation ; fatigue disproportionnée ; insomnie persistante ; symptômes urinaires sans fièvre ; douleurs musculosquelettiques récurrentes ; anxiété ou humeur dépressive persistante ; question sur médicament ou exposition accidentelle sans signe d'urgence.

Le niveau peut changer rapidement si de nouveaux symptômes apparaissent.

16. Ce qu'il ne faut pas faire pour se rassurer

Ne pas utiliser un Doppler domestique pour décider de rester chez soi malgré une diminution des mouvements. Ne pas

répéter indéfiniment une tension très élevée en espérant qu'elle baisse sans appeler. Ne pas essayer de distinguer seule liquide amniotique et urine pendant des heures si la fuite persiste. Ne pas conduire soi-même jusqu'aux urgences en cas de malaise important, détresse respiratoire ou hémorragie.

Et surtout : ne pas considérer qu'un symptôme est sans importance uniquement parce qu'une consultation précédente était rassurante. Une nouvelle situation mérite une nouvelle évaluation.

17. La règle la plus importante : une inquiétude persistante est une information

Aucune liste ne couvre toutes les complications possibles. Une personne peut sentir qu'elle va réellement moins bien sans réussir à faire entrer ses symptômes dans une case.

Si quelque chose paraît franchement inhabituel ou inquiétant, particulièrement en fin de grossesse, contacter la maternité est une conduite raisonnable. Un triage obstétrical sert précisément à décider si une évaluation est nécessaire.

Le guide doit réduire les inquiétudes inutiles, pas empêcher quelqu'un de demander de l'aide lorsqu'il existe une inquiétude réelle.

À retenir

Urgence immédiate pour détresse respiratoire, douleur thoracique, perte de connaissance, convulsion, hémorragie avec malaise ou autre danger vital. Appel rapide à la maternité pour diminution des mouvements, perte des eaux, saignement après le premier trimestre, contractions douloureuses avant terme, signes de pré-éclampsie, fièvre préoccupante ou douleur persistante. Et lorsqu'une situation semble anormale sans

correspondre parfaitement à une liste, demander un avis est préférable à attendre une certitude.

Notes

1. [Service-Public — Numéros d'urgence : 15, 17, 112 et 114.](#)
2. [Ameli 2026 — Phlébite : symptômes et diagnostic](#) ; Ameli 2026 — Embolie pulmonaire.
3. [Ameli 2026 — Saignements gynécologiques du premier trimestre de la grossesse.](#)
4. [Ameli 2026 — Saignements du 2e et du 3e trimestre de la grossesse.](#)
5. [Ameli 2026 — Suivi mensuel de grossesse et contractions](#) ; NHS 2026 — Pregnancy symptoms you need to get help for.
6. [NHS — Your baby's movements](#) ; RCOG — Your baby's movements in pregnancy.
7. [Ameli — Pré-éclampsie : symptômes, diagnostic et évolution](#) ; ACOG — Urgent Maternal Warning Signs.
8. [Ameli — AINS et antalgiques : paracétamol pendant la grossesse.](#)
9. [Ameli 2026 — Nausées et vomissements pendant la grossesse : consultation et traitement.](#)
10. [NHS 2026 — Itching and intrahepatic cholestasis of pregnancy.](#)
11. [Ameli 2025 — Les infections bactériennes pendant la grossesse : infections urinaires.](#)
12. [Ministère de la Santé — Numéro national de prévention du suicide 3114](#) ; Service-Public — Numéros d'urgence.
13. ACOG — Urgent Maternal Warning Signs ; NHS 2026 — Pregnancy symptoms you need to get help for.

Sources de référence du chapitre

[Ameli 2026 — Saignements gynécologiques du premier trimestre de la grossesse.](#)

[Ameli 2026 — Saignements du 2e et du 3e trimestre de la grossesse.](#)

[Ameli — Pré-éclampsie : symptômes, diagnostic et évolution.](#)

[Ameli 2026 — Phlébite : symptômes et diagnostic.](#)

[Ameli 2026 — Embolie pulmonaire.](#)

[Ameli 2026 — Nausées et vomissements pendant la grossesse : consultation et traitement.](#)

[Ameli 2026 — Suivi mensuel de grossesse et contractions.](#)

[NHS — Your baby's movements.](#)

[RCOG — Your baby's movements in pregnancy.](#)

[NHS 2026 — Pregnancy symptoms you need to get help for.](#)

[ACOG — Urgent Maternal Warning Signs.](#)

[Service-Public 2026 — Numéros d'urgence : 15, 17, 112 et 114.](#)

[Ameli 2026 — AINS et antalgiques : paracétamol pendant la grossesse.](#)

[NHS 2026 — Itching and intrahepatic cholestasis of pregnancy.](#)

[Ameli 2025 — Les infections bactériennes pendant la grossesse.](#)

[Ministère de la Santé — Numéro national de prévention du suicide 3114.](#)

ANNEXE PRATIQUE

Annexe pratique — Fiches à garder sous la main

Comment utiliser ces fiches

Ces fiches ne sont pas un examen quotidien. Elles servent à retrouver rapidement une conduite déjà expliquée dans le guide. Une case non cochée ne signifie pas que la grossesse est mise en danger ; elle signale simplement un point à vérifier ou à améliorer si cela est pertinent.

Les recommandations médicales, calendriers vaccinaux, traitements et situations particulières restent à adapter avec les professionnels qui suivent la grossesse.

Fiche 1 — Les essentiels en deux minutes

☐ Le suivi de grossesse est organisé et les prochains rendez-vous sont connus.

☐ La vitamine B9 a été vérifiée : repère usuel 400 µg/j avant conception et jusqu'à 12 SA ; dose plus forte uniquement si indiquée médicalement¹.

☐ Pas d'alcool pendant la grossesse.

☐ Si tabac, cannabis ou autre substance : la consommation réelle est connue d'un professionnel et une aide est organisée si nécessaire.

☐ Aucun traitement prescrit n'a été arrêté seule ; médicaments et compléments ont été vérifiés.

☐ L'alimentation est globalement suffisante et variée ; pas de régime restrictif improvisé.

☐ Les règles alimentaires adaptées à la toxoplasmose et à la listériose sont connues.

☐ Une activité physique régulière est maintenue si la grossesse le permet.

☐ Le sommeil, la santé psychique et les difficultés sociales sont considérés comme de vrais sujets de santé.

☐ Les vaccinations pertinentes pour cette grossesse ont été vérifiées avec le professionnel.

☐ Les principaux signes nécessitant un appel à la maternité ou aux urgences sont connus.

Fiche 2 — Courses : le panier simple

À avoir régulièrement selon les habitudes alimentaires :

- fruits et légumes variés ;
- féculents, dont régulièrement des versions complètes ou semi-complètes ;
- légumes secs ;
- œufs ;
- poissons variés, en privilégiant régulièrement des espèces peu contaminées ;
- sources de protéines adaptées au régime alimentaire ;
- produits laitiers ou autres sources organisées de calcium ;
- fruits à coque non salés ;
- huiles adaptées comme colza, noix ou olive ;
- eau comme boisson de base.

À ne pas acheter comme « indispensable de grossesse » par principe : aliments spéciaux, poudres, superaliments ou multivitamines multiples sans besoin identifié.

À vérifier particulièrement : lait cru, fromages mous, charcuteries et aliments prêts à consommer, poissons à forte

teneur en mercure, produits contenant de l'alcool, compléments cumulant les mêmes micronutriments.

SOJA — la recommandation française 2026 est de l'éviter pendant la grossesse par précaution vis-à-vis des isoflavones ; cette position n'est pas un consensus international. Ne pas utiliser de compléments/extraits concentrés ; une consommation occasionnelle passée n'est pas une toxicité démontrée. En alimentation végétane, organiser des alternatives plutôt que supprimer une source majeure sans remplacement².

Fiche 3 — Cuisine et sécurité alimentaire

AVANT — mains propres, plan de travail propre, cru séparé du prêt-à-manger.

FROID — réfrigérateur autour de 4 °C ou moins ; aliments fragiles protégés ; dates limites respectées³.

VIANDE — cuire suffisamment ; si toxoplasmose non immunisée, éviter la viande crue ou insuffisamment cuite.

VIANDE HACHÉE — cuire à cœur.

ŒUFS — pendant la grossesse en France, préférer bien cuits ou utiliser des ovoproduits pasteurisés dans les préparations crues⁴.

POISSON — privilégier cuit ; éviter cru, tartare, ceviche et poisson fumé consommé froid selon la stratégie du guide ; varier les espèces et limiter les grands prédateurs.

VÉGÉTAUX CRUS — bien laver, particulièrement si toxoplasmose non immunisée.

RESTES — refroidir et conserver rapidement, puis réchauffer suffisamment ; ne pas conserver inutilement longtemps.

FROMAGES — distinguer texture et mode de fabrication : les fromages mous/humides, surtout au lait cru, à croûte fleurie ou

persillée, sont les plus préoccupants froids ; les pâtes dures sont biologiquement de moindre risque, même si la recommandation française reste plus conservatrice pour le lait cru. Un fromage pasteurisé très humide n'est pas automatiquement sans risque après contamination⁴.

Fiche 4 — Boissons

EAU — boisson quotidienne principale ; adapter à la chaleur, l'activité et les pertes.

CAFÉINE — viser au maximum environ 200 mg/j toutes sources confondues comme plafond prudent ; café, thé, maté, guarana, cola, chocolat et certains médicaments comptent ensemble⁵.

CAFÉ DÉCAFÉINÉ — utile pour réduire l'exposition.

BOISSONS ÉNERGISANTES — à éviter.

JUS / SODAS — occasionnels plutôt que boissons principales.

BOISSONS “LIGHT” — pas interdites par principe ; l'eau reste plus simple comme base.

TISANES — usages alimentaires simples et occasionnels ; éviter cures concentrées de plantes insuffisamment documentées.

KOMBUCHA / FERMENTATIONS ARTISANALES — prudence si teneur en alcool et sécurité microbiologique incertaines.

ALCOOL — zéro.

Fiche 5 — Bouger dans une grossesse sans complication

REPÈRE — environ 150 minutes d'activité modérée par semaine, progressivement et réparties selon les possibilités⁶.

ENDURANCE — marche rapide, natation, vélo stationnaire ou activité à faible risque de chute.

RENFORCEMENT — possible ; privilégier technique, respiration et effort contrôlé plutôt qu'un record de charge.

PLANCHER PELVIEN — travail régulier si bien toléré ; avis spécialisé si douleurs ou dysfonction.

SÉDENTARITÉ — se lever et bouger régulièrement.

CHALEUR — adapter intensité, horaires et hydratation.

À ÉVITER — sports à fort risque de choc abdominal ou de chute importante, plongée sous-marine, conditions thermiques extrêmes.

ARRÊTER ET DEMANDER UN AVIS — saignement, perte de liquide, contractions régulières douloureuses, douleur thoracique, essoufflement anormal, malaise, céphalée inhabituelle ou mollet gonflé/douloureux.

Fiche 6 — Sommeil et récupération

AVANT 28 SEMAINES — dormir dans la position confortable ; pas d'obligation de côté gauche.

APRÈS 28 SEMAINES — s'endormir sur le côté, gauche ou droit ; si réveil sur le dos, se remettre simplement sur le côté⁷.

SIESTE — possible selon la fatigue ; la modifier seulement si elle dégrade le sommeil nocturne ou si un besoin inhabituel de dormir suggère une autre cause.

INSOMNIE PERSISTANTE — rechercher cause et envisager CBT-I plutôt que multiplier les produits sédatifs.

RONFLEMENT / PAUSES RESPIRATOIRES / SOMMEIL NON RÉPARATEUR — en parler, surtout avec hypertension ou diabète.

JAMBES SANS REPOS IMPORTANTES — penser notamment au bilan du fer.

FATIGUE EXTRÊME — rechercher une cause médicale ou psychique, pas seulement « dormir plus ».

Fiche 7 — Santé psychique et relations

ÉMOTIONS VARIABLES — normales ; elles ne sont pas des toxiques pour le fœtus.

STRESS CHRONIQUE — agir sur la cause lorsque c'est possible : charge, travail, sommeil, précarité, conflit, isolement.

ANXIÉTÉ ENVAHISSANTE — demander de l'aide ; psychothérapie et traitements adaptés existent.

TRISTESSE PERSISTANTE / PERTE D'INTÉRÊT — rechercher une dépression plutôt que tout attribuer aux hormones.

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE — ne pas arrêter seule.

SOUTIEN — organiser une aide concrète : tâches, transport, rendez-vous, présence, écoute.

VIOLENCE — priorité à la sécurité, pas à la « gestion du stress ».

IDÉES SUICIDAIRES / DANGER — 3114 pour prévention du suicide ; urgence immédiate 15/112 selon la situation⁸.

Fiche 8 — Médicaments, plantes et compléments

Avant une prise répétée, demander :

1. Quel est le produit exact et la dose ?
2. Pourquoi est-il nécessaire ?
3. À quel terme de grossesse ?
4. Existe-t-il une option mieux étudiée ?
5. Qui a vérifié la compatibilité ?

TRAITEMENT CHRONIQUE — ne pas arrêter seule.

AUTOMÉDICATION — vérifier avec médecin, sage-femme ou pharmacien.

AINS — pas d'automédication ; signal de risque fœtal dès environ 20 semaines dans plusieurs référentiels et contre-indication formelle à partir de 24 SA en France. L'aspirine à faible dose prescrite pour une indication obstétricale est un cas distinct⁹.

PARACÉTAMOL — option de référence pour douleur/fièvre lorsqu'il est indiqué et correctement dosé.

PLANTES / GÉLULES / EXTRAITS — traiter comme produits pharmacologiquement actifs.

HUILES ESSENTIELLES — éviter ingestion et usages thérapeutiques concentrés sans avis compétent.

COMPLÉMENTS — vérifier les cumuls, notamment vitamine A, fer, iode et autres micronutriments.

PRISE ACCIDENTELLE — noter produit, dose, dates et terme ; demander une évaluation plutôt que conclure à un dommage.

Fiche 9 — Maison et environnement

PRIORITÉS — pas de fumée ; appareils de combustion sûrs ; éviter plomb, solvants/reprotoxiques et pesticides importants ; faire évaluer les risques professionnels.

AIR INTÉRIEUR — aérer ; réduire encens, sprays et parfums d'ambiance ; ne pas chercher à parfumer l'air pour le « purifier ».

MÉNAGE — utiliser peu de produits ; éviter aérosols lorsque possible ; ne jamais mélanger eau de Javel avec acides ou ammoniaque.

TRAVAUX — déléguer décapage, ponçage d'anciennes peintures et tâches fortement émissives ; ventilation importante.

PLASTIQUES — ne pas chauffer inutilement des aliments dans des contenants non prévus ; remplacer progressivement les contenants très usés.

COSMÉTIQUES — simplifier si souhaité, surtout parfums/sprays ; pas besoin de jeter tous les produits ordinaires.

MOUSTIQUES — moustiquaires et vêtements en premier ; en zone vectorielle, un répulsif compatible peut être plus protecteur que le “zéro chimie”.

Fiche 10 — Animaux, enfants et jardin

CMV / JEUNES ENFANTS — mains après change, pot, mouchage, salive/urine ; éviter partage de cuillères, verres, tétines et brosses à dents. En France 2026, le dépistage des femmes séronégatives ou de statut inconnu se fait avant 14 SA ; pas de rattrapage systématique après cette fenêtre¹⁰.

PARVOVIRUS — exposition connue à la “cinquième maladie” : demander si une sérologie est nécessaire.

CHAT — pas d’abandon ; surtout litière, déjections, terre et alimentation crue. Si possible, déléguer la litière ; sinon gants + mains lavées + nettoyage quotidien.

JARDIN — continuer avec gants et lavage des mains ; laver les récoltes consommées crues.

RUMINANTS / MISES BAS — éviter le contact direct avec placenta, liquides et avortons ; risque professionnel à évaluer.

RONDEURS — éviter poussières d’excréments ; humidifier et protéger le nettoyage important.

REPTILES — lavage des mains après animal/terrarium ; éviter matériel contaminé dans la cuisine.

Fiche 11 — Vaccinations : vérifier le calendrier actuel

COQUELUCHE — à chaque grossesse, actuellement recommandée au 2e trimestre, idéalement 20–36 SA en France¹¹.

GRIPPE — pendant la campagne saisonnière, quel que soit le trimestre.

COVID-19 — suivre la campagne française en vigueur ; recommandée pendant la grossesse dans le calendrier 2026¹¹.

VRS — stratégie saisonnière récente ; vaccination maternelle 32–36 SA selon campagne ou protection du nourrisson par anticorps monoclonal selon situation¹¹.

RUBÉOLE / VARICELLE — vaccins vivants : avant grossesse ou après accouchement si besoin, pas en routine pendant la grossesse.

AUTRES VACCINS — décider selon maladie, exposition, voyage et type de vaccin ; grossesse ≠ interdiction de tous les vaccins non vivants.

Toujours vérifier la version actuelle du calendrier : cette fiche est volontairement périssable.

Fiche 12 — Voyage, voiture, sexualité et loisirs

SEXUALITÉ — généralement compatible avec une grossesse normale ; restriction seulement si complication ou consigne obstétricale spécifique.

VOITURE — ceinture toujours : sangle basse sous le ventre sur le bassin, diagonale entre les seins ; airbag activé.

LONG TRAJET — mobiliser jambes et chevilles, marcher régulièrement, hydratation normale ; évaluer le risque thrombotique si facteurs supplémentaires.

AVION — généralement compatible avec grossesse normale ; vérifier compagnie, terme au retour et soins à destination.

VOYAGE LOINTAIN — analyser infections, vaccins, médicaments, soins obstétricaux, assurance et rapatriement.

ALTITUDE — séjour bref modéré souvent possible ; prudence avec haute altitude, ascension rapide et isolement.

NATATION — généralement oui.

PLONGÉE BOUTEILLE — non recommandée.

JACUZZI / SAUNA TRÈS CHAUD — éviter surchauffe importante ou prolongée, particulièrement au premier trimestre.

Fiche 13 — Santé bucco-dentaire

BROSSAGE — deux fois par jour avec dentifrice fluoré ; nettoyage régulier des espaces interdentaires.

VOMISSEMENTS / REFLUX — rincer la bouche après l'exposition acide ; ne pas laisser des symptômes digestifs répétés dégrader les dents sans conseil.

PRÉVENTION — en France, examen bucco-dentaire proposé du 4e mois de grossesse jusqu'au 6e mois après l'accouchement¹².

DOULEUR / CARIE / INFECTION — consulter ; ne pas attendre l'accouchement par principe.

RADIOGRAPHIE DENTAIRE / ANESTHÉSIE LOCALE — possibles lorsqu'elles sont indiquées, avec les précautions adaptées.

PARODONTE — soigner pour la santé bucco-dentaire ; ne pas présenter le traitement comme méthode démontrée de prévention de la prématurité.

Fiche 14 — Petits maux fréquents

CONSTIPATION — fibres progressivement, eau, activité et ne pas retenir l'envie ; si le fer aggrave le transit, demander une adaptation plutôt que l'arrêter seule.

REFLUX — petits repas si besoin, éviter de se coucher juste après manger, surélever le haut du corps ; vérifier les antiacides/alginates et les espacer du fer ou de la B9 lorsque nécessaire.

HÉMORROÏDES — corriger la constipation, éviter les efforts de poussée, bouger régulièrement ; vérifier les traitements locaux avant usage.

ŒDÈMES / JAMBES LOURDES — bouger, mobiliser les chevilles, éviter l'immobilité prolongée, surélever les jambes au repos.

CRAMPES — mouvements de cheville et étirements du mollet peuvent aider.

ALERTE — gonflement brutal du visage/mains, une seule jambe douloureuse et gonflée, douleur thoracique, essoufflement ou symptômes de pré-éclampsie : appliquer la fiche urgence.

Fiche 15 — Travail

☐ Ai-je une exposition chimique, biologique, radiologique ou physique particulière ?

☐ Mon poste implique-t-il charges répétées importantes, chaleur, travail de nuit, station prolongée ou fatigue excessive ?

☐ Une adaptation simple du poste réduirait-elle nettement le risque ?

☐ Ai-je contacté la médecine du travail si une exposition réelle existe ?

En France, la grossesse n'a pas à être annoncée immédiatement à l'employeur, mais l'information est nécessaire pour bénéficier de certaines protections et aménagements. Le médecin du travail peut proposer adaptation du poste ou du temps de travail et certaines expositions nécessitent un changement temporaire¹³.

Fiche 16 — Préparer un rendez-vous de grossesse

Apporter ou noter :

- terme approximatif et événements depuis la dernière consultation ;
- médicaments, compléments, plantes et produits réellement utilisés ;
- consommations de tabac, alcool ou autres substances sans minimisation ;
- symptômes nouveaux ;
- sommeil et santé psychique si problématiques ;
- expositions professionnelles ou travaux domestiques particuliers ;
- vaccinations connues ;
- alimentation particulière — végétarienne, végane, restrictions, troubles alimentaires ;
- voyages prévus ;
- questions auxquelles on veut réellement une réponse.

La qualité du suivi dépend aussi de la qualité de l'information disponible : cacher une difficulté pour éviter le jugement diminue les possibilités d'aide.

Fiche 17 — Après une exposition qui inquiète

Ne pas conclure immédiatement à un dommage.

1. Identifier précisément l'exposition : produit, aliment, dose/quantité, durée, date et terme de grossesse.
2. Vérifier s'il existe réellement un mécanisme de risque connu.
3. Distinguer une exposition ponctuelle d'une exposition répétée.
4. Utiliser la bonne ressource déjà identifiée dans le guide : maternité, médecin, pharmacien, CRAT, médecine du travail ou autre spécialiste selon le cas.
5. Corriger ce qui doit l'être pour la suite.
6. Ne pas prendre de décision irréversible sur la base d'une recherche Internet ou d'un risque théorique non quantifié.

Fiche 18 — Urgence

APPELER 15 / 112 — détresse respiratoire, douleur thoracique brutale, perte de connaissance, convulsion, hémorragie importante avec malaise, réaction allergique grave, traumatisme majeur, danger vital ou accouchement imminent hors cadre sécurisé¹⁴.

APPELER LA MATERNITÉ SANS ATTENDRE LE LENDEMAIN — mouvements fœtaux nettement diminués/arrêtés/changés, perte des eaux suspectée, saignement après le premier trimestre, contractions régulières douloureuses avant terme, céphalée sévère ou troubles visuels après 20 semaines, douleur haute abdominale inquiétante, fièvre avec symptômes importants, douleur persistante ou traumatisme significatif¹⁴.

CONSULTATION RAPIDE — symptômes qui s'aggravent sans urgence vitale : vomissements avec difficulté à boire, symptômes urinaires, fatigue inhabituelle, insomnie sévère, douleur persistante, détresse psychique, exposition médicamenteuse ou infectieuse à évaluer.

Si quelque chose semble franchement anormal sans entrer dans cette liste, appeler la maternité reste une bonne conduite.

Fiche express — dix repères

1. Pas d'alcool.
2. Pas d'arrêt ou ajout de médicament important sans vérification.
3. Manger suffisamment et varié ; appliquer les vraies règles de sécurité alimentaire.
4. Bouger régulièrement si la grossesse le permet.
5. Dormir et récupérer autant que possible sans viser la perfection.
6. Soigner la santé psychique et demander de l'aide lorsque la souffrance dure.
7. Réduire les grosses expositions plutôt que traquer toutes les petites.
8. Garder suivi et vaccinations à jour.
9. Connaître les signaux d'alerte.
10. Une grossesse n'a pas besoin d'être parfaite pour être bien accompagnée.

Notes de l'annexe pratique

1. Voir chapitre 3, note 3 — Anses 2024 ; WHO : acide folique 400 µg/j autour de la conception et jusqu'à 12 SA pour la situation usuelle.

2. Voir chapitre 3, note 10 — Anses 2025 ; Santé publique France 2026 ; Santé Canada ; UK Committee on Toxicity 2026 : soja/isoflavones et divergence internationale.

3. Voir chapitre 4, note 3 — Ameli ; Santé publique France : chaîne du froid et réfrigérateur autour de 4 °C.

4. Voir chapitre 4, notes 2 et 6 — NHS ; recommandations françaises ; revues microbiologiques : fromages selon texture/affinage et prudence française sur les œufs.

5. Voir chapitre 5, note 4 — EFSA ; NHS ; ACOG ; Ameli : plafond prudent d'environ 200 mg/j de caféine.

6. Voir chapitre 6, notes 1 et 3 — OMS ; HAS ; Ameli ; ACOG : repère d'environ 150 min/semaine d'activité modérée.

7. Voir chapitre 7, note 3 — NHS ; méta-analyses : après 28 semaines, s'endormir sur le côté, gauche ou droit.

8. Voir chapitre 15, note 12 — Ministère de la Santé ; Service-Public : 3114 et numéros d'urgence.

9. Voir chapitre 2, note 6 et chapitre 10, note 4 — ANSM/Ameli ; FDA ; UKTIS : AINS, signal rénal dès environ 20 semaines et contre-indication française à 24 SA.

10. Voir chapitre 12, note 1 — HAS 2026 : dépistage CMV avant 14 SA et absence de rattrapage systématique au-delà.

11. Voir chapitre 13, notes 1, 2 et 6 — Ministère ; Ameli ; HAS : calendrier 2026 de grossesse, coqueluche et stratégie VRS.

12. Voir chapitre 14, note 10 — Ameli 2026 : examen bucco-dentaire du 4e mois de grossesse au 6e mois après l'accouchement.

13. Voir chapitre 14, note 12 — Service-Public ; médecine du travail ; Ministère du Travail : annonce de grossesse, protections et aménagement du poste.

14. Voir chapitre 15, notes 1 et 5 à 7 — Service-Public ; Ameli ; NHS ; RCOG ; ACOG : numéros d'urgence, mouvements fœtaux, perte des eaux/contractions et pré-éclampsie.

Mise à jour et statut des fiches

Ces fiches dérivent des chapitres 1 à 15. Elles ne constituent pas de nouvelles recommandations et devront être corrigées automatiquement si l'audit transversal modifie un chapitre source. Les éléments périssables — calendrier vaccinal, CMV, médicaments, recommandations de voyage et numéros ou dispositifs publics — devront être revérifiés juste avant la fabrication finale.

Qu'est-ce que le mouvement noosophique ?

Le mouvement noosophique est un projet de recherche, de transmission et de transformation. Il cherche à mieux comprendre le réel, à relier des savoirs qui sont souvent étudiés séparément, à rendre accessibles les connaissances importantes et à transformer ces compréhensions en œuvres, pratiques, outils ou institutions pouvant être confrontés à leurs effets puis corrigés.

Il ne se limite donc pas à une philosophie. Il peut travailler sur l'éducation, la santé, l'agriculture, l'économie, la politique, les relations humaines, la culture, les institutions, les sciences, la spiritualité ou encore l'intelligence artificielle. Selon les sujets, il peut produire un livre, une méthode, une expérience, une critique, un outil pratique ou une proposition institutionnelle.

Une idée centrale du mouvement est qu'il ne suffit pas d'accumuler des connaissances. Il faut aussi apprendre à les relier sans les confondre. Comprendre l'agriculture, par exemple, demande de regarder à la fois les sols, les plantes, l'énergie, l'économie, le travail, les habitudes alimentaires et les effets environnementaux. Mais relier ces dimensions ne signifie pas les réduire à une seule explication : chaque domaine conserve ses méthodes et ses critères de preuve.

Le mouvement cherche également à transmettre. Certaines connaissances importantes ne devraient pas dépendre d'une rencontre heureuse, du milieu social dans lequel on est né ou d'une découverte tardive. Une partie du travail noosophique consiste donc à identifier, vérifier, condenser et rendre réellement accessibles les savoirs qui peuvent aider une

personne à mieux comprendre le monde, prendre soin d'elle-même, exercer ses droits et gagner en autonomie.

Le mouvement tire son nom de la Noosophie, qui désigne, dans sa philosophie, une vérité ou structure du réel indépendante de la manière dont nous la comprenons. Autrement dit, le monde ne devient pas vrai parce que nous avons réussi à l'expliquer : il existe et fonctionne indépendamment de nos théories, de nos croyances et de nos institutions. Nous pouvons en comprendre certaines choses correctement, nous tromper sur d'autres, ou n'en percevoir encore qu'une petite partie.

C'est pourquoi le mouvement noosophique ne considère pas ses propres textes comme infaillibles. Une idée doit pouvoir être comparée aux connaissances disponibles, confrontée aux objections, mise à l'épreuve lorsque c'est possible et corrigée lorsqu'elle résiste mal au réel.

La Noosophie n'est donc pas seulement quelque chose à penser. Le mouvement noosophique cherche à faire en sorte que ce qui est compris puisse aussi devenir utile, transmissible et transformateur dans le monde réel.

Comment ce livre a été produit

La production de cet ouvrage s'est déroulée par étapes successives plutôt que par génération automatique d'un texte complet. Le sujet, les objectifs et les orientations générales ont d'abord été définis humainement. Noosophe IA a ensuite contribué à explorer le sujet, rechercher et comparer des sources, construire différentes architectures possibles et faire apparaître les arguments, objections et zones d'incertitude.

Le manuscrit a été développé progressivement, chapitre après chapitre. Les propositions produites ont été relues, discutées, corrigées ou rejetées lorsqu'elles ne correspondaient pas au projet, contenaient des affirmations insuffisamment étayées ou simplifiaient excessivement le sujet. Des phases distinctes de recherche documentaire, de rédaction, de critique, de vérification de cohérence et d'assemblage ont été utilisées lorsque cela était nécessaire.

L'intelligence artificielle n'est donc pas considérée ici comme une source d'autorité. Elle intervient comme un outil actif de recherche, de formulation, de comparaison et de mise à l'épreuve. Les propositions qu'elle produit peuvent être erronées et restent révisables.

La version publiée résulte de ce travail itératif, de corrections successives et d'une validation humaine finale. Cette méthode cherche à utiliser les capacités de l'intelligence artificielle sans lui transférer les décisions concernant la finalité de l'ouvrage, les choix de valeur ou la décision de publication.

À propos de Hieronymus Anonymus

Hieronymus Anonymus est l'initiateur humain du projet Noosophie Intégrative. Son travail porte sur la mise en relation de domaines de connaissance et de pratique habituellement séparés, ainsi que sur l'expérimentation de nouvelles formes de collaboration entre humains et intelligence artificielle. Il participe à la conception, à la discussion, à la révision et à la validation des travaux publiés par les Éditions Noosophie.

Découvrir, rejoindre et soutenir

Découvrir

Pour découvrir le mouvement, ses travaux et ses publications.



<https://www.noosophie.fr/>

Devenir Noosophe

Pour découvrir le projet d'adhésion et rejoindre le mouvement lorsqu'il sera ouvert.



<https://www.noosophie.fr/devenir-noosophe>

Soutenir

Ce livre est mis gratuitement à disposition. Vous pouvez soutenir la recherche et la publication gratuite des ouvrages.



<https://www.noosophie.fr/soutenir>

© Hieronymus Anonymus — Éditions Noosophie — contact@noosophie.fr
Licence CC BY-NC-ND 4.0 — Prix : Gratuit

Une grossesse n'a pas besoin d'être parfaite pour être bien accompagnée.



Entre injonctions contradictoires, peurs diffuses et conseils mal hiérarchisés, la grossesse peut vite devenir une source de confusion. Ce guide propose une boussole claire, pratique et rigoureuse pour distinguer l'essentiel du secondaire.

Alimentation, boissons, sommeil, activité physique, stress, médicaments, compléments, infections, environnement quotidien, travail, déplacements, sexualité, signaux d'alerte : l'ouvrage hiérarchise les priorités, explique les risques sans alarmisme et aide à poser les bonnes questions aux professionnels de santé.

Un livre pour protéger la santé de la mère et le développement de l'enfant, sans perfection impossible ni culpabilisation.



Noosophie IA

sous la direction de Hieronymus Anonymus

Éditions Noosophie
noosophie.fr

Prix : Gratuit



Soutenir Noosophie
www.noosophie.fr/soutenir