



**MINISTÈRE
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Sport
de haut niveau
et maternité,
c'est possible !**





Ministères sociaux / BCOMJS / Emma PROSDOCIMI / SIPA

L'édito de Roxana Maracineanu, Ministre déléguée chargée des Sports



Je suis fière et heureuse que ce guide dédié à la maternité des sportives de haut niveau voie le jour.

Sa réalisation a nécessité deux années de travail sous le pilotage du ministère chargé des Sports et mobilisé plusieurs experts de l'encadrement sportif de haut niveau, des professionnels de santé – gynécologues, sage-femme, médecins –, mais aussi de nombreuses athlètes qui ont contribué à l'enrichir. Je les remercie chaleureusement car ce projet me tenait à cœur.

Cet ouvrage répond à un besoin que les sportives m'ont elles-mêmes exprimé. Ce document de référence, spécifiquement pensé pour elles et pour leur entourage, vise à les guider dans leur projet de maternité. Mon souhait est simplement qu'il arrive dans les mains de chaque sportive pour qu'elle soit éclairée dans son choix de faire ou non une pause bébé pendant sa carrière, qu'elle puisse l'anticiper, qu'elle soit consciente des écueils à éviter mais aussi des bénéfices réels de devenir mère pour son évolution personnelle et professionnelle, qu'elle soit informée des possibilités d'accompagnement et de ses droits.

Si les athlètes de ma génération ont souvent fait le choix d'arrêter leur carrière pour envisager de devenir maman, on sait aujourd'hui qu'une maternité est compatible avec un parcours de sportive de haut niveau, pour peu qu'on y soit préparée, naturellement.

C'est le sens des précieux témoignages de sportives qui ont réussi à conjuguer la naissance d'un enfant et l'exigence de la haute performance.

Montrer non seulement que c'est possible, mais que cela peut vous rendre plus sereine et épanouie, plus forte dans la tête et le corps.

Grâce aux experts qui se sont mobilisés vous trouverez des conseils précieux sur la manière d'adapter votre entraînement comme votre nutrition, des repères pour identifier et mieux cerner les modifications anatomiques, psychologiques et physiologiques induites par la grossesse mais aussi des informations pratiques pour vous guider dans vos démarches administratives.

J'ai conscience que pour une sportive de haut niveau, la décision de faire un enfant reste souvent compliquée à prendre et à faire accepter à son encadrement sportif. Ce guide a aussi vocation à objectiver les conséquences réelles d'une maternité pour que ce projet soit bénéfique à tous au plan personnel et au plan de la performance.

Mon souhait est que ce guide éclaire votre décision de devenir, ou non, maman durant votre carrière. Que vous n'ayez pas à choisir entre maternité et ambition sportive pour de mauvaises raisons.

Je salue les fédérations sportives, les partenaires professionnels disciplinaires, les clubs, les arbitres, les entraîneurs, les encadrants et les sponsors qui sont de plus en plus nombreux à œuvrer au quotidien pour que ce droit à la maternité soit possible pour toutes les sportives qui le souhaitent

Je vous souhaite une très bonne lecture,

Roxana Maracineanu



Sommaire



À qui s'adresse le guide? page 9

Quels objectifs? page 9

1 La maternité des sportives de haut niveau page 10

1 – Les rapports à la maternité dans le sport de haut niveau, des représentations à la réalité page 10

2 – Les bénéfices de la maternité et de la parentalité sur la performance page 12

3 – Sportives et mamans: les impacts positifs de la maternité sur la pratique sportive page 14

4 – Maternité de la sportive de haut niveau (SHN): les particularités page 18

5 – Grossesse et accouchement: combattre les idées reçues page 22

6 – Les bénéfices de la poursuite d'un entraînement adapté pendant la grossesse et après l'accouchement page 24

2 La spécificité de la grossesse chez la sportive de haut niveau page 27




1 – Cycle menstruel, contraception, fertilité page 27

2 – Les modifications anatomiques, psychologiques et physiologiques induites par la grossesse, impacts particuliers chez la SHN page 30

3 – Combien de temps peut-on poursuivre une pratique compétitive ? page 34

4 – Recommandations pour l'entraînement et mesures préventives page 36

5 – La préparation à l'accouchement page 42

| | | |
|----------|---|---------|
| 3 | Grossesse et nutrition | page 44 |
| |  | |
| | 1 – Apports énergétiques et prise de poids | page 44 |
| | 2 – Manger deux fois mieux, pas deux fois plus | page 45 |
| | 3 – Les recommandations en pratique | page 47 |
| 4 | La période post-partum et la reprise vers un entraînement de compétition | page 51 |
| |  | |
| | 1 – À partir de quand peut-on reprendre une activité physique après l'accouchement ? | page 51 |
| | 2 – Une attention particulière sur le travail des abdominaux et du périnée, pourquoi ? | page 53 |
| | 3 – Quel programme de reconditionnement suivre après la grossesse ? | page 54 |
| | 4 – À partir de quand peut-on reprendre une pratique intensive ? | page 57 |
| | 5 – Reprise de l'entraînement et allaitement | page 57 |
| 5 | Droits et dispositifs conçus pour les SHN en situation de maternité ou de parentalité | page 58 |
| |  | |
| | Fiche 1 – Sportive de haut niveau : quels droits spécifiques ? | page 58 |
| | Fiche 2 – Statuts socioprofessionnels de la sportive de haut niveau | page 61 |
| | Fiche 3 – La SHN en formation (avant la grossesse, pendant la grossesse, après la grossesse) | page 67 |
| | Fiche 4 – La SHN salariée | page 70 |
| | Fiche 5 – La SHN travailleuse indépendante | page 74 |

| | |
|---|---------|
| Fiche 6 – La SHN fonctionnaire | page 77 |
| Fiche 7 – La SHN demandeuse d'emploi | page 82 |
| Fiche 8 – La SHN et l'adoption | page 84 |
| Fiche 9 – La et le/la conjointe dans tout ça ? | page 90 |

| | |
|---|---------|
| 6 Cartographie des intervenants professionnels du sport de haut niveau  | page 96 |
|---|---------|

| | |
|--|---------|
| 7 Annexes  | page 97 |
|--|---------|

| | |
|--|---------|
| Annexe 1 – Les 15 questions gynécologiques relatives aux cycles | page 97 |
|--|---------|

| | |
|--|---------|
| Annexe 2 – Questionnaire d'évaluation sur les problèmes urinaires | page 99 |
|--|---------|

| | |
|--|----------|
| Annexe 3 – Programme de prévention du périnée des SHN | page 101 |
|--|----------|

| | |
|---|----------|
| Annexe 4 – Contre indications médicales absolues et relatives à la poursuite d'un entraînement en cours de grossesse | page 106 |
|---|----------|

| | |
|--|----------|
| Annexe 5 – Exemple de séances d'entraînement évolutif en préparation générale pour les SHN (pendant la grossesse) | page 107 |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| Annexe 6 – Repères nutritionnels pour la femme enceinte | page 108 |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| Annexe 7 – Fiche d'exercice du périnée en post accouchement et pendant la grossesse | page 112 |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| 8 Références et bibliographie  | page 116 |
|--|----------|

L'enquête « Sport de Haut Niveau et Maternité » a été mise en œuvre par un groupe de travail associé au ministère chargé des Sports et réalisée au cours des mois de mars et d'avril 2021. La réalisation de l'enquête a été précédée par des entretiens exploratoires avec des sportives de haut niveau (Marie DORIN-HABERT, Dora TCHAKOUTE, Charlotte BRAVARD). Elle repose sur un questionnaire en ligne auto-administré adressé aux sportives âgées de 16 ans et plus, inscrites sur listes ministérielles SHN depuis 2016. L'objectif de cette enquête est de mieux connaître les rapports à la maternité des femmes dans le milieu du sport de haut niveau, ainsi que le vécu de cette période dans ses différentes étapes (grossesse, accouchement, reprise, accompagnement, etc.).

Des entretiens complémentaires ont été menés avec trois sportifs de haut niveau en situation de parentalité: Yannick BOREL, Vincent ANSTETT et Kafétien GOMIS.

L'échantillon final est composé de 700 sportives représentant 55 fédérations dont 445 actuellement inscrites sur liste haut niveau. Leurs profils sont pluriels: 178 sont mères d'un ou plusieurs enfants et 28 étaient en situation de grossesse lors de la réponse au questionnaire.

La situation des sportives professionnelles fera l'objet d'une étude complémentaire spécifique.



Il faut tout simplement que l'on soit accompagnée dans notre projet et non mise de côté en raison de notre souhait de maternité.

– Sportive anonyme



Chaque personne vit ce moment dans un "parcours" de vie ou de nombreux ingrédients doivent être présents pour que ça fonctionne.

– Sportive anonyme



Cela ne doit plus être tabou d'exprimer une envie de grossesse.

– Sportive anonyme



Selon moi, ça serait bien de sensibiliser les entraîneurs à ce sujet, ça semble totalement tabou.

– Sportive anonyme



Disposer de professionnels de santé qui peuvent nous accompagner dans la continuité de la pratique sportive pendant le grossesse mais aussi des conseils de coachs sportifs spécialisés, ce serait super!

– Sportive anonyme



À qui s'adresse le guide ?



Ce guide s'adresse aux sportives engagées dans un parcours de performance ayant un projet de grossesse, qui sont enceintes ou ont accouché. Il s'adresse également à toutes les sportives comme à certaines arbitres, entraîneuses de haut niveau et professionnelles qui souhaitent s'informer sur la spécificité d'une maternité pendant la carrière sportive ainsi qu'à leur entourage sportif, familial et médical.

Ce guide est également conçu pour l'entourage sportif et familial des sportives de haut niveau qui se projettent ou sont en situation de maternité, ainsi qu'à leurs employeurs.

Quels objectifs ?



- Faciliter l'expression du désir de maternité chez la sportive de haut niveau, lui permettre de prendre une décision qui correspond à ses aspirations, tout en envisageant les différentes options possibles sur la base d'éléments fondés.
- Permettre une meilleure compréhension de la spécificité de la grossesse d'une SHN, favoriser les conditions d'un dialogue avec l'environnement sportif et l'accompagnement de la SHN.
- Réunir les connaissances médicales pour rassurer sportives, entraîneurs, préparateurs physiques sur la compatibilité entre les modifications physiologiques à venir et une activité physique adaptée.
- Expliquer aux sportives et aux encadrants les bénéfices d'un entraînement régulier pendant la grossesse, les activités recommandées, et les conditions à réunir pour un retour rapide à la performance.
- Faciliter la bonne coordination du staff technique (entraîneur, préparateur physique) et du staff médical (médecin du sport, nutritionniste, psychologue) pour mieux accompagner la sportive dans son projet de vie.
- Réunir dans un document les recommandations scientifiquement validées.
- Donner des exemples de mouvements à pratiquer pendant la grossesse et post-partum pour préparer un retour à la performance dans les meilleures conditions.
- Présenter un état du droit et des dispositifs conçus pour la SHN en situation de maternité.
- Référencer et diffuser une liste des personnes ressources (gynécologues, préparateurs physiques) susceptibles d'informer, d'orienter, d'accompagner la SHN dans son projet sur le territoire.
- Faciliter l'intégration de la maternité au projet sportif parce que la maternité est un accomplissement personnel puissant qui génère de la performance.

¹Burlot, Joncheray, Lenouvel, Sarron-Ragoneau, Christèle Gautier, Heiligenstein, Antoine Noël-Racine et Nestoret (2021) enquête « Sport de haut niveau et maternité », ministère chargé des Sports

1 La maternité des sportives de haut niveau

1 – Les rapports à la maternité dans le sport de haut niveau. Des représentations à la réalité.



La grossesse ne doit pas être perçue comme quelque chose d'impossible pour des sportives de haut niveau, contrairement à des idées reçues. Si, c'est possible ! Il y a beaucoup d'idées préconçues mais ce n'est pas une maladie d'être enceinte.



– Marie DORIN-HABERT,
biathlète française et maman,
35 ans.

En France, la question de la maternité des SHN demeure un sujet peu abordé. Quelques rapports et articles de presse ont été publiés ces dernières années, contribuant à rendre visible cette situation: les « mamans championnes » ne font plus figure d'exception et la maternité n'est plus synonyme de fin de carrière. Dans un contexte de professionnalisation du sport de haut niveau, la maternité devient donc un enjeu qui concerne les femmes SHN, au même titre que les autres.

Malgré cette récente visibilité, les sportives restent démunies face à ce moment de leur vie de femme. Dans le cadre de l'enquête « Sport de haut niveau et maternité » (ministère chargé des Sports, 2021), la plupart des sportives interrogées déclarent que la maternité est un sujet dont « on ne parle pas » (46%) ou dont on parle « parfois » (44%) dans le milieu du sport. Comme l'affirme cette sportive: « La maternité chez les sportives est un sujet largement tabou. Même si on en parle de plus en plus, je pense qu'il est encore très difficile aujourd'hui pour une sportive de se projeter sur un projet de maternité sans penser à l'après ». L'expérience de la maternité est en effet associée à de nombreuses craintes (organisationnelles, corporelles et financières notamment) liées au calendrier sportif et au nécessaire retour à la performance. Plus encore, les sportives de haut niveau étant dévouées corps et âme à leur carrière, l'idée même de la maternité n'est parfois pas envisagée ou reportée: « c'est un sujet qu'on n'aborde pas, parce qu'on se dit que de toute façon c'est pas pour maintenant », confie Dora TCHAKOUNTE (haltérophile française, 25 ans, mère d'une enfant). Plusieurs questions restent alors à poser: Comment s'articule la maternité avec la carrière sportive? Et que nous disent les expériences vécues des sportives devenues mères?

Si la maternité des sportives est « un sujet tabou », l'enquête « Sport de haut niveau et maternité » montre qu'elle est bien une réalité. Parmi les femmes interrogées, 79% déclarent connaître des sportives dans leur sport qui ont fait une pause bébé et retrouvé, voire dépassé leur niveau après. Plus précisément, environ une maman sportive sur deux affirme avoir été enceinte pendant sa carrière sportive et avoir retrouvé la pratique compétitive et le haut niveau après la naissance, ainsi que la pratique compétitive après la naissance de son premier enfant. Les naissances après la carrière sportive restent fréquentes (38%), mais ne représentent plus la majorité. D'autres encore ont précisé lors d'une question ouverte avoir eu leur enfant avant même leur carrière (5 sportives sur les 164 ayant répondu), une modalité de réponse non proposée dans le questionnaire. Ainsi, la maternité peut s'articuler avec la carrière de multiples façons, et concilier vie familiale et vie professionnelle est aujourd'hui possible.

Tableau n°1: Grossesse et carrière sportive: poursuite, arrêt et retour

| | Réponses | Pourcentages |
|--|------------|--------------|
| J'ai été enceinte pendant ma carrière sportive et j'ai retrouvé le haut niveau et la pratique compétitive après la naissance de mon enfant. | 78 | 48% |
| J'ai été enceinte pendant ma carrière sportive, je souhaitais reprendre ma pratique compétitive après la naissance de mon enfant mais j'ai finalement renoncé à ce projet. | 10 | 6% |
| J'ai été enceinte pendant ma carrière sportive et j'ai décidé d'arrêter la compétition. | 13 | 8% |
| Mon enfant est né après l'arrêt de ma carrière sportive | 63 | 38% |
| Total | 164 | 100% |

D'autre part, à l'instar des idées reçues, la grossesse des SHN n'est pas toujours « programmée dans un calendrier précis », mais plus souvent « attendue sans temporalité particulière » (pour 54% des réponses) ou « imposée sans être spécialement programmée (pour 24% des réponses). Les naissances dans le monde sportif ne sont donc pas toujours planifiées.



Je me suis blessée la cheville, je me suis arrachée tous les tendons et j'ai été 2 mois en arrêt à la maison... Je suis tombée enceinte pendant ce moment-là, sans avoir planifié cette grossesse « surprise ».



– Marie DORIN-HABERT



Je suis tombée enceinte, c'était un heureux accident.



– Charlotte BRAVARD

Les rapports à la maternité observés sont pluriels. On pourrait résumer ces différents rapports autour de deux critères déterminants: l'âge au premier enfant, et le caractère plus ou moins durable de l'arrêt (ponctuel ou définitif) entraîné par la maternité. Ce constat fait apparaître une typologie de maternité qui se décline ainsi:

- On trouve les maternités "précoces" avant 25 ans, qui sont la plupart du temps associées à une reprise du haut niveau et de la compétition,
- On observe ensuite des maternités qui concilient la carrière et l'enfant, intervenant autour de 30 ans (en particulier entre 25 et 29 ans), les plus fréquentes dans l'enquête,
- Pour finir, on observe des maternités plus "tardives", à 35 ans ou plus, et qui vont souvent de pair avec un arrêt de carrière et/ou un projet de reconversion.

C'est par exemple le cas de Charlotte Bravard, coureuse cycliste française, championne de France en 2017: «J'avais 28 ans, j'approchais de la trentaine, je me suis dit que c'était le bon moment. On n'a pas une vision pas assez large de la reprise des compétitions quand on devient maman!». Ces observations restent à approfondir et pourraient être enrichies de nombreux autres critères.

Ainsi, un constat semble clair: si la maternité reste un sujet dont on parle peu dans le monde du sport de haut niveau, l'enquête montre qu'elle est désormais courante et compatible avec la performance. Aujourd'hui, elle n'est plus définie par son absence dans la carrière sportive, mais se décline au pluriel. Ouvrir la voie sur ce sujet en proposant aux sportives des témoignages, des conseils, ou des ressources s'impose alors comme une nécessité.

2 – Les bénéfices de la maternité et de la parentalité sur la performance

Impact de la grossesse sur la performance.

Concilier la vie professionnelle et le congé maternité est un défi que de nombreuses femmes rencontrent et constitue un enjeu prédominant pour les athlètes féminines de haut niveau. Aujourd'hui, c'est un grand sujet de débat dans le sport féminin de haut niveau. De nombreuses athlètes ont repris la compétition après leur congé maternité et ont réussi à remporter de nouveaux titres. Néanmoins, une athlète qui fait une pause pour sa grossesse peut être confrontée au scepticisme quant à son éventuel retour à la compétition de haut niveau. Or, de nombreux témoignages d'athlètes montrent qu'un retour à des performances de haut niveau après la grossesse est tout à fait possible⁽²⁾. Cette question s'inscrit plus largement dans la problématique de l'équilibre entre une carrière de haut niveau et l'épanouissement personnel, afin que l'un ne se fasse pas au détriment de l'autre.

Le Comité International Olympique a publié des ressources qui résument les conditions, maladies et plaintes courantes qui peuvent interférer avec les sports de haut niveau, pendant la grossesse et après l'accouchement. Sur la base d'une analyse documentaire, ils fournissent des recommandations générales pour l'entraînement physique pendant la grossesse et après l'accouchement, à destination des sportifs de haut niveau qui pratiquent régulièrement un sport et pour les athlètes d'élite et identifient les principales lacunes de la littérature qui limitent la confiance avec laquelle des recommandations peuvent être faites⁽³⁻⁷⁾.

Des études ont montré que certaines mères-athlètes peuvent se sentir coupables à leur retour à l'entraînement⁽¹⁾. Néanmoins, la plupart des femmes, en ayant un enfant, ont amélioré l'équilibre entre la vie et le sport, ce qui les a souvent aidées à mieux gérer leur discipline sportive et leur état émotionnel⁽⁸⁾.

Plus d'études sur ces questions sont nécessaires afin d'éclairer les choix des athlètes sur la maternité et permettre aux sportives, qui peuvent avoir des carrières de plus de deux décennies, de faire un choix en conscience et d'avoir un accompagnement aiguë leur permettant d'atteindre leur but sportif et familial.

L'impact de la parentalité sur la performance

« Être maman » est souvent « pensé » comme une situation peu compatible avec l'idée de performance en sport de haut niveau.

Cette affirmation est largement confirmée par l'enquête « Sport de haut niveau et maternité » (ministère chargé des Sports, 2021). En effet, 62 % des femmes interrogées déclarent qu'avoir un enfant pendant leur carrière sportive ne constitue pas un projet réalisable. Parmi les raisons évoquées, deux sont prédominantes. D'une part, le retour est qualifié de compliqué notamment pour retrouver le niveau sportif antérieur : progression stoppée, régression, perte de place en équipe nationale et/ou au ranking, retour difficile dans le collectif... comme l'exprime cette sportive : « cela bloque une année complète d'entraînement, de progression sans avoir la certitude de revenir à son meilleur niveau ». D'autre part, nombreuses sont les sportives qui mettent en avant les problèmes organisationnels associés à la situation de parentalité avec en point de mire la difficulté de concilier cette nouvelle vie de « maman » avec les exigences de la performance sportive.

Cependant, un certain nombre de sportives estime également que ce choix n'est pas impossible. « Avoir un enfant durant sa carrière est compliqué et souvent peu adapté à une situation de sportive professionnelle. Même si cela est possible » dira l'une d'entre elle. Dans ce sens, 83 % des femmes qui ont répondu à cette enquête pensent qu'il est ainsi possible, après une grossesse, de revenir à son meilleur niveau dans leur discipline.

Ces constats peuvent, de prime abord, sembler paradoxaux. En réalité, ils renvoient à l'idée de tension entre une situation de l'ordre du possible mais compliquée et donc qui s'inscrit dans un choix empreint de « risque ». La majorité des sportives interrogées (69 %) considère ainsi la maternité, pendant la carrière sportive, comme une véritable prise de risque dans le contexte d'un projet de performance à haut niveau. Trois principales craintes sont alors associées à la grossesse, « Organisation avec bébé trop compliquée » (29 %), « Prise de poids et/ou modification du corps » (26 %), « Retour au meilleur niveau trop difficile. » (19 %) (tableau n°2).

1 Félix A. Opinion | Allyson Felix: My Own Nike Pregnancy Story - The New York Times. The New York Times [Internet]. 22 mai 2019 [cité 17 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2019/05/22/opinion/allyson-felix-pregnancy-nike.html>

2 Michelson M. Finally, the IOC Is Helping New Moms Return to Competition [Internet]. Outside Online. 2018 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.outsideonline.com/2290216/how-elite-athletes-come-back-after-childbirth>

3 Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3—exercise in the postpartum period. Br J Sports Med. 11-01 2017;51(21):1516-25.

4 Bø K, Artal R, Barakat R, Brown W, Dooley M, Evenson KR, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 2—the effect of exercise on the fetus, labour and birth. Br J Sports Med. 11 2016;50(21):1297-305.

5 Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/2017 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 5. Recommendations for health professionals and active women. Br J Sports Med. 1 sept 2018;52(17):1080-5.

6 Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 4—Recommendations for future research. Br J Sports Med. 1 déc 2017;51(24):1724-6.

7 Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3—exercise in the postpartum period. Br J Sports Med. 1 nov 2017;51(21):1516-25.

8 Martínez-Pascual B, Álvarez-Harris S, Fernández-De-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D. Maternity in Spanish Elite Sportswomen: A Qualitative Study. Women Health. 3 avr 2014;54(3):262-79.

3 – Sportives et mamans: Les impacts positifs de la maternité sur la pratique sportive

L'enquête « Sport de haut niveau et Maternité » montre que ces impacts positifs fonctionnent dans un double sens. D'un côté, la pratique sportive permet de mieux vivre la grossesse et la maternité, de l'autre, c'est aussi la maternité qui enrichit l'expérience sportive des femmes interrogées. Une étude de 2009 montrait déjà que la maternité constitue un apport pour les sportives, tant sur le plan personnel que sur celui de leur carrière. Plusieurs bienfaits ressortaient de l'enquête :

- Une meilleure persévérance à l'entraînement.
- De la sérénité.
- Une sensation de régénération physique et psychologique.

L'arrivée de l'enfant permet en effet de redéfinir le rapport au métier des sportives de haut niveau. Etre mère participe à « relativiser », et à renforcer l'engagement dans le sport. Les sportives cherchent à optimiser le temps loin de leur famille et à le rendre significatif :

« C'est tellement difficile de concilier le sport de haut-niveau amateur avec une carrière professionnelle et une maternité que quand vous allez à l'entraînement, vous savez exactement pourquoi vous êtes là. »

– Sportive anonyme

« Quand tu pars à l'étranger pour une compétition et que tu es privée de ton enfant pour un laps de temps, chaque choix que tu fais prend un sens particulier parce que tu veux tirer le meilleur profit. »

– Sportive anonyme

Finalement, cette nouvelle identité de « mère » participe à augmenter le niveau d'engagement des sportives investies dans le haut niveau (Farah et Leberman, 2019). Plutôt que de penser les rôles de SHN et de mères comme non conciliables, les discours des sportives montrent qu'au contraire, ils sont complémentaires et se nourrissent mutuellement. La maternité est une expérience de vie qui enrichit le rapport des sportives à leur métier. Ces quelques citations anonymes permettent de le montrer :

« J'étais heureuse, mon fils me poussait vers le haut. »

– Sportive anonyme

« Ma motivation était différente mais tout aussi intense. Maintenant je sais que je n'ai plus rien à prouver ni à perdre, je peux vivre ma vie d'athlète à 100%. »

– Sportive anonyme

Tableau n°2: Quelles craintes associez-vous à l'idée de grossesse? (questions à choix multiples)

| | |
|---|--------------|
| Organisation avec bébé trop compliquée | 28,9% |
| Prise de poids et/ou modification du corps | 25,7% |
| Retour au meilleur niveau trop difficile | 18,6% |
| Perte de confiance de l'entourage sportif (entraîneur, fédération, coéquipières...) | 11,4% |
| Perte de ressources | 8,6% |
| Perte de confiance de l'employeur | 3,6% |
| Perte de confiance des partenaires «sponsors» | 3,2% |
| Total | 100% |



Le moment le plus compliqué pour moi n'a pas été de gérer la grossesse et le sport mais plutôt l'arrivée d'un enfant dans une vie de sportive. Parce qu'il y a toute une organisation à trouver qui s'articule autour de l'enfant et d'un emploi du temps de sportive de haut niveau, avec les déplacements et l'alternance entraînement/récupération nécessaire à la performance. Moi j'ai eu beaucoup de chance j'ai été très, très entourée et je n'aurais pas pu le faire toute seule [...]
Quand on fait un enfant, on est amené à se déplacer souvent, il faut une logistique derrière où l'entourage compte énormément.



– Marie DORIN-HABERT

Debois, Nadine et Aurélie Ledon (2009), "La maternité en cours de carrière chez les sportives de haut niveau : modalités de la prise de décision", Sport et maternité, Les cahiers du pôle ressource national. Aix-en-Provence: CREPS PACA, (pp.42-51).

Référence à intégrer en bas de page: Palmer, Farah et Sarah Leberman (2009), "Elite athletes as mothers: Managing multiple identities", Sport Management Review, vol.12, (pp.241-254)

Les analyses issues de l'enquête « Les conditions de préparation des sportifs/sportives qui ont participé aux Jeux Olympiques de Rio » (Burlot et al., 2018 ; Joncheray et al., 2018) renforcent les constats évoqués ci-dessus. L'analyse des résultats a permis de mettre en avant des différences importantes entre la maternité et la paternité: 8,3% des sportives françaises sélectionnées aux Jeux Olympiques de Rio déclarent avoir au moins un enfant alors que ce taux est de 26,6% pour les hommes et la moyenne de 18,7% pour l'ensemble des sportifs. Cette situation est encore plus explicite quand on examine la part de femmes parmi ces sportifs/sportives olympiques français.e.s déclarant avoir des enfants: 19,4% seulement sont des femmes.

De plus, cette différence en termes de parentalité est renforcée par un écart quant au nombre moyen d'enfants déclaré: il est de 1,17 pour les femmes et 1,48 pour les hommes.

Enfin, croisée avec les performances obtenues aux Jeux Olympiques de Rio (2016), l'analyse des résultats va dans le sens des données présentées ci-dessus: avec 22,2% de femmes médaillées déclarant avoir un enfant pour 37% des hommes médaillés, la différence entre les sportives et les sportifs se confirme (tableau n°2 et n°3). Les données mettent également en lumière que maternité ou paternité et performance ne sont pas des situations antinomiques. Ainsi, la situation de maternité est beaucoup plus élevée parmi les femmes médaillées où 22,2% déclarent avoir un ou plusieurs enfants alors qu'elles sont seulement 6,3% parmi les non médaillées et 8,3% en moyenne. La même tendance est observée chez les médaillés hommes avec cependant un écart à la moyenne beaucoup moins important. La même tendance – « une parentalité qui augmente chez les médaillés, qui sont aussi plus âgés » – a été observée chez les sportifs/sportives paralympiques français sélectionnés aux Jeux Paralympiques de Rio (2016).

Tableau n°3: Part de sportives ayant un ou des enfants parmi les médaillées et non médaillées

| situation | Non médaillée | Médaillée | Total |
|--------------|---------------|-------------|-------------|
| Sans enfant | 93,7% | 77,8% | 91,7% |
| Enfant(s) | 6,3% | 22,2% | 8,3% |
| Total | 100% | 100% | 100% |



La paternité m'a permis de compartimenter les choses, d'être à fond sur ce que je fais quand je le fais, je ne ramène pas l'escrime quand je rentre à la maison.



– Yannick BOREL

² Burlot, Joncheray, Desenfant, Dalgalarondo, Besombes (2018) Les conditions de préparation des sportifs sélectionnés aux Jeux Olympiques de Rio», rapport de recherche, INSEP -hal-01689932- Joncheray, Pierre, Burlot (2018) Sport & Performance, Etude FDJ INSEP

Tableau n°4: Part de sportifs ayant un ou des enfants parmi les médaillés et non médaillés

| | Non médaillée | Médaillée |
|--------------|----------------------|------------------|
| Sans enfant | 77,6% | 63,0% |
| Enfant(s) | 22,4% | 37,0% |
| Total | 100% | 100% |

L'enquête «Le rôle des facteurs sociaux dans l'accès et le maintien à une carrière de haute performance en athlétisme & la question de la spécificité de la performance féminine» (Joncheray et al., 2021), réalisée par entretien auprès de 30 athlètes (15 femmes et 15 hommes) de haute performance, a mis en avant des tendances similaires aux résultats des deux enquêtes précédemment citées, c'est à dire des différences entre femmes et hommes mais aussi en fonction des niveaux de performance atteints.

Si la maternité est en général perçue comme incompatible avec une carrière sportive de haute performance en raison d'un retour estimé difficile au plus haut niveau et de pertes financières liées à l'interruption de la carrière, des nuances intéressantes apparaissent à l'analyse des entretiens. Les athlètes les plus performantes, parmi les mères interviewées, soulignent en effet que la maternité peut être envisagée positivement, à condition qu'elle soit programmée et que les athlètes aient l'assurance d'un soutien socio-économique de leurs partenaires familiaux et sportifs. Concernant les athlètes hommes parmi les plus performants, plusieurs indiquent que la paternité n'est pas incompatible avec le sport de haut niveau, voire au contraire, qu'elle peut représenter une force supplémentaire, seulement l'un d'entre eux estime qu'elle peut constituer un frein.



Je ne sais pas si c'est un ensemble mais jusque 2009 j'étais à Lille au CREPS, ensuite changement pour l'insep, ainsi qu'une grossesse et en août je fais ma première médaille européenne. Je pense qu'il y a eu un impact, d'autant que l'on travaillait beaucoup avec un médecin qui faisait de la recherche et on a eu une analyse de salive pour mesurer certaines choses. Sur cette analyse j'avais une certaine hormone qui était haute, il m'appelait le bienheureux.

– Yannick BOREL



Quand on est absent plusieurs semaines, tout repose beaucoup sur la maman, l'envie de performance dans ces conditions peut ajouter une pression supplémentaire quand vous rentrez de compétition, que vous avez été absent plusieurs jours et que vous n'avez pas gagné.

– Vincent ANSTETT



Ces constats renforcent l'intérêt de ce guide en termes de connaissances approfondies, de conseils, et de personnes ressources expertes vers qui se tourner, et finalement d'aide à la décision pour les sportives face à la question de la maternité.

Car, outre les craintes pointées par l'enquête « Maternité et sport de haut niveau », ce temps de la maternité peut également devenir une période de reconstruction identitaire : la sportive devient également « maman ». Comme l'expriment des sportives interrogées, le regard des autres (la ou le conjoint(e), la famille, les amis mais aussi les autres sportifs et le staff) est alors un déterminant de cette construction identitaire. Ces regards peuvent être profondément déstabilisants. Il est ainsi nécessaire d'armer les sportives de connaissances et de ressources expertes afin de les accompagner dans leur prise de décision, de favoriser leur libre-arbitre en assurant également une sensibilisation de l'entourage. Comme le dit cette sportive : « Il y a plein de gens qui se blessent, qui reviennent et qui font des gros résultats. Là, ce n'est pas une blessure que l'on se fait mais un bébé! ».

4 – Maternité de la sportive de haut niveau (SHN): les particularités

Longtemps la grossesse des sportives de haut niveau était synonyme de fin de carrière sportive, début d'une autre vie que les sportives s'autorisent ou imposée après blessures. Depuis plus d'une décennie, l'allongement de certaines carrières sportives au-delà des 30 ans, l'exemple de quelques pionnières, l'amélioration des conditions d'accompagnement, les connaissances physiologiques des adaptations à l'effort ont aidé à la concrétisation de la maternité sans attendre la fin de carrière. Rejoignant les femmes de milieu urbain où l'âge de la première grossesse est de 31 ans, les sportives de haut niveau ne reportent plus leur décision de maternité et peuvent faire le choix d'intégrer la maternité dans leur projet sportif. Les données de l'enquête « Sport de haut niveau et Maternité » renforcent ce constat : la moyenne d'âge des sportives de haut niveau au premier enfant se situe autour de 30 ans (29,8 ans plus précisément).

Le parcours de la sportive au moment de la décision de maternité est un facteur déterminant : objectif atteint aux Championnats du Monde et ou aux derniers Jeux Olympiques, besoin de pause après une période de blessures répétées et/ou besoin de se recentrer sur sa vie personnelle après quelques années d'entraînement. La décision reflète le désir de maternité, de parentalité qui s'exprime d'autant plus aisément que des premiers objectifs ont été atteints.

Dans une étude qualitative menée en 2009 (Debois & Ledon, 2009 ; Ledon, 2012), auprès de huit sportives de très haut niveau (finalistes aux championnats du Monde et/ou Jeux Olympiques), dont cinq ont eu un enfant en cours de carrière et trois ont opté pour un report de leur maternité (bien que désirée) à l'issue de leur carrière sportive, la décision de maternité ou de report est apparue comme une décision difficile à prendre au regard de son incidence possible sur le déroulement de la carrière sportive.

³Joncheray, Derycke, Hanon, Julla-Marcy, Forte, Richard, Elefteriou, Sabot, Delarochelambert (2021). Le rôle des facteurs sociaux dans l'accès et le maintien à une carrière de haute performance en athlétisme & la question de la spécificité de la performance féminine. Recherche financée par la Fédération Française d'Athlétisme et le Ministère chargé des Sports

En effet, le désir de maternité reposait, pour ces sportives, sur des éléments communs à la plupart des femmes (ex: désir de fonder une famille, désir partagé avec le conjoint, perspective d'épanouissement personnel, sentiment d'avoir atteint un âge propice à la maternité). Les freins à la décision sont apparus en revanche comme principalement liés à la carrière sportive. Les principales difficultés exprimées étaient les suivantes :

- La peur de ne pas être en mesure de renouer avec la haute performance, du fait des modifications physiques et physiologiques engendrées par - La perte de revenus pendant la grossesse et la période de reprise (sponsors, primes de matches) ;
- La crainte de ne pas être en mesure de trouver un mode d'organisation adapté après la naissance de l'enfant (notamment lors des déplacements prolongés en stages et compétitions) ;
- L'appréhension d'une grossesse arrivant à un moment peu propice pour une parenthèse de maternité au regard des échéances sportives importantes visées par l'athlète (incertitude du délai entre décision de maternité et début de la grossesse).

Ces craintes ont amené certaines sportives à renoncer à la maternité en cours de carrière. D'autres l'ont plusieurs fois différée, prenant finalement leur décision lors d'une période de stagnation de leur niveau de performance ou en réaction à une non-sélection.

Un cumul de difficultés: l'annonce de la grossesse, la pression de la reprise et les enjeux qui restent à surmonter

Souvent perçue comme une prise de risque dans la carrière, la maternité des sportives de haut niveau relève de contraintes à la fois corporelles, temporelles voire financières, en font une maternité considérée comme « atypique ». Nous proposons ici de nous appuyer sur les ressentis des sportives durant différentes étapes de leur maternité afin de mieux comprendre certaines difficultés qui peuvent traverser ce moment de leur vie.

Ref: Debois, N., & Ledon, A.(2009). La maternité en cours de carrière chez les sportives de haut niveau : modalités de la prise de décision, in Sport et maternité, Les cahiers du pôle ressource national. Aix-en-Provence: CREPS PACA (pp.42-51).

Ledon, A. (2012). Etude qualitative des parcours de vie d'athlètes féminines d'élite aux carrières de longue durée: analyse des dynamiques de choix entre recherche d'accomplissement et désir de maternité, in A. Ledon, Approche développementale du déroulement de carrière des sportifs de haut niveau : dynamiques décisionnelles, accomplissement personnel et réussite sportive. (pp. 178-269). Thèse de Doctorat STAPS, Université de Champagne-Ardenne.

« Ma famille et mes amis étaient heureux mais beaucoup de personnes me disaient « tu vas arrêter ta carrière maintenant ?

– Sportive anonyme

« Ma famille était contente, mon entraîneur m’a proposé d’y renoncer.

– Sportive anonyme

« Je suis allée aux Jeux Olympiques, j’ai informé mes coéquipières de ma grossesse mais n’ai pas souhaité en faire part au reste du staff par peur d’une mauvaise interprétation et de la médiatisation qui aurait pu en découler [...] Elles ont toutes accueilli la nouvelle avec bienveillance sans aucun préjugé. À la fin des Olympiades j’ai annoncé la nouvelle à tout le monde.

– Marie DORIN-HABERT

En premier lieu, avant même de s’interroger sur les expériences vécues de la maternité, l’annonce de la grossesse suscite de l’appréhension pour certaines répondantes (42 %), en particulier lorsqu’il s’agit de leur premier enfant (cette proportion décroît largement et passe à 15 % lorsqu’il s’agit du deuxième). Si l’annonce auprès de la famille et de l’entourage proche suscite souvent des réactions très « positives » (joie, soutien), l’annonce à l’entourage sportif et plus particulièrement de l’entraîneur, l’employeur et la fédération, est plus souvent redoutée.

Tableau n°5: Des appréhensions à annoncer la grossesse, à l’égard de qui?

| | Mon entraîneur | Mon préparateur Physique | Ma fédération | Mes sponsors | Mon employeur | Ma famille | Autres sportives |
|----------|----------------|--------------------------|---------------|--------------|---------------|------------|------------------|
| Réponses | 22 | 1 | 14 | 8 | 16 | 3 | 8 |
| % | 59% | 3% | 38% | 22% | 43% | 8% | 22% |

Ces appréhensions peuvent s’expliquer par une pression ressentie par les sportives vis-à-vis de leur retour à la performance. Celle-ci ne vient pas forcément d’injonctions extérieures: plusieurs expliquent s’être « mis la pression seules » en étudiant le calendrier des compétitions, ou en comparant leur niveau avec celui d’avant, la pression étant entraînée par la demande de nouveaux résultats et de surcroît, la capacité à renouer avec la performance de haut niveau. Il est important de souligner que cette pression ne concerne pas la majorité des répondantes. Toutefois, elle pointe l’importance d’un accompagnement durant ce moment particulier.

Plus globalement, lorsque l'on interroge les SHN devenues mères sur leurs expériences, deux types de difficultés après l'accouchement reviennent fréquemment. Les plus évoquées sont directement liées au corps, l'outil de travail de la sportive de haut niveau. Les fuites urinaires suivies de la prise de poids sont les « problématiques » les plus citées, confirmant l'importance d'un suivi de la sportive dans son retour à la performance et plus précisément d'une rééducation périnéale.



Les fuites urinaires, c'est un sujet dont on ne m'avait pas parlé, j'ai été très surprise et choquée quand ça m'est arrivé.



– Sportive anonyme

S'en suivent des contraintes qui relèvent de l'organisation après l'arrivée de l'enfant. Celles-ci concernent également la paternité : comme l'explique Vincent ANSTETT, escrimeur et père de deux enfants, « sur l'aspect physique ce n'est pas pareil, mais sous l'angle de la performance on est aussi impacté post-accouchement ». La garde des enfants, plus que d'autres, est identifiée comme une difficulté qui reste à surmonter. Ce constat peut s'expliquer par le rapport au temps spécifique qu'entretient le monde sportif : jalonné par le temps des compétitions et la brièveté des carrières, les sportives et les sportifs subissent une construction du temps qui leur est prescrite. Ce rythme contraint peut s'avérer « décalé » par rapport au temps « normal » imposé par la vie familiale et notamment les enfants. Ainsi, les journées d'entraînement dépassent parfois les horaires des crèches, des garderies ou de l'école, et les déplacements de longues durées relatifs aux compétitions compliquent l'accès à un mode de garde classique. Les sportives s'appuient donc fortement sur leurs propres réseaux et ressources personnelles (arrangement entre conjoints, aide des grands-parents, etc).



Mon fils a été gardé par une nourrice à domicile, on n'a pas eu le choix car on a pas réussi à obtenir de place en crèche. On a beaucoup galéré... Ma fille a été à la halte garderie de l'Insep. Là aussi c'était une organisation car le matin c'était moi qui la déposait mais le soir il arrive souvent qu'après nos séances d'assauts on finisse à 19h. Les horaires ne sont pas modulables à la halte garderie, c'est 17h30. Même si je suis sur-place je ne peux pas aller chercher ma fille.



– Sportive anonyme



Il faudrait faciliter la vie des athlètes. Passer le parcours classique et demander une place en crèche. Tout le monde ne l'a pas. Financièrement, rapidement cela coûte. S'il y avait cet accompagnement là ce serait plus simple.



– Yannick BOREL

La maternité des sportives de haut niveau partage des enjeux propres à toute femme qui devient mère. Elle pose la question de la conciliation entre travail et famille, étudiée dans bien d'autres domaines professionnels. Mais ces témoignages montrent aussi qu'elle s'en démarque, car elle est traversée par des enjeux spécifiques. C'est d'abord parce que ces carrières usent des corps que la maternité des SHN peut être considérée comme « atypique ». Outil de travail de la sportive, en devenant mère, c'est le corps en sa fonction de reproduction qui est directement questionné. Le temps de la reprise apparaît ainsi comme un moment qui nécessite des besoins particuliers. Enfin, les SHN – et les sportifs – font également face à des contraintes temporelles dont il est important de prendre en compte la spécificité.

5 – Grossesse et accouchement: combattre les idées reçues

83 % des sportives sondées estiment que la poursuite d'une activité sportive adaptée est possible tout au long de la grossesse. Pour les 17 % des sportives ayant répondu par la négative, les raisons évoquées sont liées à plusieurs facteurs :

- La crainte de provoquer une interruption de grossesse, de ralentir la croissance du fœtus, d'avoir un accouchement plus difficile, de courir un danger pour le corps et le bébé.
- L'incompatibilité de la poursuite de leur pratique sportive avec une situation de grossesse (contact, chocs, risque de chutes...).
- L'impossibilité de réaliser certains mouvements, de réaliser un entraînement intensif, de faire « un bon entraînement », au risque de perdre confiance, on peut noter pour cette catégorie de réponses, une certaine difficulté à se projeter dans une perspective de pratique adaptée non compétitive et peut-être une méconnaissance des conditions dans lesquelles la pratique peut être poursuivie et adaptée au cours de la grossesse (éléments abordés dans le chapitre IV).
- Le manque d'accompagnement spécifique proposé par la fédération.
- Enfin plusieurs sportives ayant répondu par la négative estiment que la poursuite dépend de chaque femme et du vécu de grossesse ou qu'une pratique adaptée non compétitive est possible.

Pendant la grossesse

- **L'hyperthermie engendrée par un exercice physique intensif** n'a pas d'effet sur le fœtus car les mécanismes de thermorégulation sont adaptés à une bonne dissipation de chaleur pendant la grossesse. Cependant le sauna et le hammam seront évités au 1^{er} trimestre .
- **Pas d'augmentation du risque de fausse couche spontanée** sauf au delà de 7 heures d'activité vigoureuse, intense, par semaine, pendant les 4 premiers mois.
- **Pas d'augmentation du risque d'accouchement prématuré**: une diminution de risque a été observée jusqu' à 5 heures de pratique par semaine.
- **Pas de retard de croissance intra-utérin, pas de diminution du poids de naissance**
Une étude portant sur 34 athlètes norvégiennes d'élite devenues mamans a montré, via un questionnaire administré, que ces athlètes ont repris le sport dans les 6 semaines (activité aérobie modérée) suivant l'accouchement. Comparées à des sujets contrôles, les athlètes élités qui ont diminué leur entraînement pendant la grossesse et les premières périodes post-partum par rapport à avant la grossesse, donnent naissance à des bébés en aussi bonne santé: pas de différence de poids de naissance, pas de différence des scores d'Apgar à la naissance évaluant le rythme cardiaque, mouvements respiratoires, tonicité musculaire, réactivité et apparence⁽¹⁾.
- Le risque de traumatisme abdominal est exceptionnel si l'on respecte les recommandations sur le type d'activités possibles, évitant choc et traumatisme.

Lors de l'accouchement

Les données actuelles rapportent qu'il n'y a pas d'augmentation du taux de césarienne ou d'extraction fœtale par instrument (forceps, ventouse). La pratique sportive raccourcit la durée du travail, décrite d'autant plus courte que l'augmentation physiologique de VO₂max est entretenue par un travail aérobie jusqu' à 35-37 semaines d'aménorrhée ou 8^{ème} mois de grossesse. La pratique de haut niveau n'est pas à l'origine de difficultés lors de l'accouchement.

Dans l'enquête SHN & Maternité, parmi toutes les naissances dont le type d'accouchement a été renseigné par les sportives, 59% sont par voie basse sans assistance, 20% par voie basse avec extraction et 21% par césarienne.

6 – Les bénéfices de la poursuite d'un entraînement adapté pendant la grossesse et après l'accouchement

Pour la SHN, comme pour toutes les femmes, la maternité n'impose pas l'arrêt de l'activité sportive, bien au contraire :

Pour toutes Les femmes, la pratique d'une activité sportive régulière, adaptée, apporte de nombreux bénéfices :

- **Amélioration ou maintien de la santé physique**: une activité physique modérée, de 180 minutes au moins, répartie sur un minimum de 3 jours par semaine, entraîne une diminution du syndrome douloureux abdominal du 4^e mois et des lombalgies de la grossesse.
- **Facilitation d'une prise de poids en concordance avec les recommandations**, tenant compte de l'indice de masse corporelle (kg/m^2) avant la grossesse.

Tableau des recommandations de prise de poids suivant l'IMC

| IMC (kg/m^2) | Prise de poids |
|--------------------------------|----------------|
| 18,5-24,9 | 11,5-16 kgs |
| 25-29,9 | 7-11,5 kgs |
| >30 | 5-9 kgs |

Le surpoids au cours de la grossesse est significativement moindre chez les femmes pratiquant une activité physique régulière les 2 derniers trimestres par rapport aux sédentaires, et favorise un retour plus rapide au poids antérieur, à 6 mois post accouchement, d'autant plus que l'activité est poursuivie pendant le 3^e trimestre.

L'étude NELIP (Nutrition and Exercise Lifestyle Intervention Program) a montré la réduction significative de la prise de poids maternelle du fait d'un suivi nutritionnel (2000 kcal/jour et 40-55% d'apports en hydrates de carbone) et d'un programme de marche au moins 3 fois par semaine, avec une fréquence moindre des poids de naissance élevés (supérieur à 4 kg) par rapport aux femmes n'ayant pas suivi de programme complet nutrition et activité physique.

Au-delà des conséquences liées à une augmentation du nombre de césariennes et au risque accru de diabète gestationnel, une prise de poids excessive pendant la grossesse a des effets sur le poids de naissance et l'obésité infantile, ce indépendamment des facteurs génétiques.

- **Diminution du risque de diabète gestationnel:** l'activité physique, améliorant la sensibilité à l'insuline, entraîne une meilleure tolérance au glucose.

En prévention du diabète gestationnel, une pratique régulière, au moins modérée, a un effet bénéfique d'autant plus grand qu'elle fait suite à une pratique d'intensité vigoureuse l'année précédant la grossesse, ce qui est le cas de l'entraînement chez les sportives de haut niveau.

Lors de la survenue d'un diabète gestationnel, l'activité physique est un traitement complémentaire, appelé adjuvant, associée aux recommandations nutritionnelles données par le professionnel de santé comme la fragmentation des apports en 4 repas minimum, l'exclusion des sucres d'absorption rapide, la prise d'une portion d'hydrates de carbone à chaque repas, la séance doit être précédée ou accompagnée d'une collation.

- **Diminution du risque d'hypertension artérielle (HTA) gestationnelle et de pré éclampsie** (pathologie associant œdème, HTA, protéinurie), et ce d'autant plus qu'une activité sportive régulière d'intensité vigoureuse été pratiquée avant la grossesse, ce qui est le cas chez la sportive de haut niveau.
- **Diminution des symptômes veineux** chez les sportives pratiquant des activités en milieu aquatique qui limitent les œdèmes des membres inférieurs, améliore le retour veineux et limite la survenue de varice.
- **Prévention cardio-vasculaire** réelle aussi pendant la grossesse, en favorisant l'augmentation du HDL cholestérol et une diminution du surpoids.
- **Amélioration du bien-être psychique:** diminution de la fatigue et de l'anxiété du premier trimestre, amélioration de la qualité du sommeil, meilleure adaptation aux modifications corporelles liées à la grossesse. Une diminution significative de la dépression du post-partum avec diminution des prescriptions médicamenteuses a été observée chez les femmes ayant une activité physique pendant la grossesse par rapport aux sédentaires.

Ces bénéfices ont été observés chez toutes les femmes ayant une pratique d'intensité modérée pendant toute la grossesse.



Quand on est enceinte on ne fait rien, c'est ce qu'on entend autour de nous, donc à ce moment-là pour moi c'était ça, je me suis dit plus de sport, j'arrête. Et petit à petit j'ai commencé à regarder des vidéos sur Internet, j'ai vu des femmes faire des squats enceintes, et c'est à ce moment-là que j'ai recommencé à aller à la salle en fait. Finalement je me suis renseignée un peu plus et j'ai appris qu'on pouvait continuer, j'ai aussi demandé à ma gynécologue qui m'a dit que oui, c'était possible.



– Dora TCHAKOUNTE

Ces bénéfices communs à toutes les pratiquantes d'activité physique ou sportive se renforcent par des bénéfices propres liés à la pratique antérieure intensive et au maintien d'un entraînement adapté pendant la grossesse :

- La diminution des lombalgies de la grossesse apparaît plus marquée chez les sportives qui ont une pratique intensive du fait de la puissance des muscles abdominaux.
- Le maintien et l'amélioration des adaptations cardio respiratoires, avec une amélioration de la VO2 max, qui perdure dans la période du post-partum jusqu'à 1 an.
- Le maintien du capital musculaire très important pour anticiper la reprise, et un retour au poids antérieur à 6 mois post accouchement à condition d'adapter les apports énergétiques à la baisse de la dépense énergétique.
- Le maintien des contacts avec l'environnement sportif, évitant une difficile rupture psychologique avec l'environnement quotidien de la sportive, d'autant que l'environnement sportif est soutenant.
- L'épanouissement personnel, élément essentiel à la performance, réassurance personnelle, meilleure gestion du stress des compétitions à la reprise, sont autant d'atouts pour faciliter la reprise en haut niveau.
- Un retour au haut niveau et à la performance identique, voire supérieur :
 - Une méta-analyse (Kimber & coll 2021), étudiant les données de 5 études, rapporte que 40,5% des athlètes concernées ont amélioré leur performance après leur grossesse.
 - Une étude de l'Institut de Recherche biomédicale et d'Epidémiologie du Sport (IRMES) a montré, à travers une perspective épidémiologique axée sur la performance, que les marathoniennes d'élite peuvent réaliser leur meilleure performance de leur carrière après leur grossesse (Forstmann N, Meignié A, Delarochelambert Q, Duncombe S, Schaal K, Maitre DC, et al. Pregnancy does not jeopardize future athletic success in elite marathon runners. In review. 2021). L'étude a montré que 70% des athlètes ont établi leurs meilleures performances après leur grossesse, à l'âge moyen de 32 ans. Il semblerait que la variable ayant l'influence la plus déterminante sur la progression de la carrière post-grossesse serait l'âge, plutôt que le temps pour effectuer le retour à la compétition. Cela confirme la robustesse de l'âge comme prédicteur de la performance et suggère que le retour à l'activité physique à partir du post-partum est un processus individuel.

Ces bénéfices sont confirmés par les sportives interrogées dans le cadre de l'enquête SHN et Maternité: 56% des sportives rapportent que leur première grossesse a eu un impact positif sur leur pratique sportive compétitive, et 28% déclarent qu'elle n'a pas eu d'impact particulier.

Plus précisément, trois bénéfices de la pratique sportive durant la grossesse sont particulièrement cités: le bien-être mental et physique, un retour au haut niveau facilité et une « meilleure maîtrise » de la prise de poids.

2 La spécificité de la grossesse chez la SHN

1 – Cycle menstruel, contraception, fertilité

Analyse des retours d'enquête (tabous, peurs, vécus)

La question des menstruations reste-t-elle encore tabou dans le milieu du sport de haut niveau aujourd'hui? À la question «les menstruations sont-elles un sujet dont on parle dans le milieu du sport?», 37% des sportives sondées ont déclaré ne jamais en parler, 50% estiment qu'il s'agit d'un sujet dont on parle parfois et seulement 13% des femmes considèrent que l'on en parle souvent.

Ces résultats laissent penser qu'il est encore difficile aujourd'hui pour une sportive d'aborder avec ses pairs et son encadrement les questions liées aux menstruations, notamment l'impact des règles sur la performance, l'impact du sport sur les symptômes liés aux cycles menstruels, la nécessité ou non d'adapter sa pratique pendant cette période. Seulement 13% des sportives ayant répondu à l'enquête SHN & Maternité se sont vues proposer un entraînement avec des contenus adaptés pendant cette période.

Parmi les 73 sportives qui ont répondu à la question «vivez-vous les menstruations comme une difficulté dans le cadre de votre pratique?», 84% des sportives déclarent vivre cette période comme une difficulté ou vivre parfois cette période comme une difficulté.

Les perturbations possibles des cycles menstruels (en l'absence de contraception hormonale): comprendre les interactions entre cycle, pratique intensive et contrôle du poids.



Mes cycles n'étaient pas réguliers, j'ai même passé plus d'une année sans avoir de règles. Je prenais la pilule et je l'ai arrêtée car elle me faisait prendre un peu de poids et c'est comme ça que je suis tombée enceinte. C'est aussi pour cela que l'absence de règles n'était pas forcément un symptôme de la grossesse pour moi.



– Sportive anonyme

Pour soutenir le projet de grossesse de la sportive, l'attention doit être portée, tout au long de la vie de l'athlète, à ce que les cycles menstruels spontanés soient maintenus, en l'absence de besoin contraceptif hormonal.

Des perturbations du cycle menstruel à type de cycles longs, de cycles irréguliers, une absence de cycles, absence de règles, dont la fréquence varie en fonction du sport, sont liées à l'insuffisance de la disponibilité énergétique relatif au sport ; cela signifie que l'importance de la dépense énergétique ne peut être équilibrée par les apports nutritionnels.

Parmi les sportives sondées dans l'enquête SHN & Maternité, 55% déclarent avoir ou avoir déjà eu des périodes de dérèglement de cycles en l'absence de contraception hormonale, avec pour 14% d'entre-elles, une absence totale de cycles.

Ces dérèglements sont une source ou ont été une source d'inquiétude chez plus d'un tiers des sportives. Ces sujets sont principalement évoqués avec le médecin traitant et/ou gynécologue ainsi que l'entourage familial. Seules 23% des sportives sondées déclarent avoir pu échanger sur ces dérèglements avec leur entourage sportif (entraîneur, autres sportives, médecin fédéral ou de pôle...), elles se sont principalement tournées vers leur médecin traitant ou gynécologue de ville et vers leur entourage familial pour en parler.

Les dérèglements sont plus fréquents dans les sports à catégorie de poids ou dans les sports où la minceur peut contribuer à la performance.

Les troubles du cycle peuvent s'accompagner d'une absence d'ovulation et doivent être pris en charge sur le plan médical et nutritionnel, voire psychologique.

Ces perturbations sont réversibles avec le rétablissement d'une disponibilité énergétique suffisante pour le fonctionnement des hormones du cycle menstruel et l'ovulation, dans des délais variables jusqu'à 6 mois, en fonction de la durée des troubles.

- Un auto-questionnaire pour favoriser le dépistage des troubles des cycles et du retentissement du sport intensif sur le périnée en annexe 1.
- Un questionnaire d'évaluation sur les problèmes urinaires en annexe 2.
- Un programme de prévention du périnée pour les SHN en annexe 3.

La contraception hormonale n'induit pas une baisse de fertilité

Chez les sportives de haut niveau, comme chez toutes les femmes la prise de contraceptif hormonal ou le choix d'une contraception intra utérine, n'altère pas la fertilité avec un début de grossesse qui survient en moyenne dans les mois suivant l'arrêt de la contraception.

La contraception hormonale n'est indiquée qu'en cas de besoin contraceptif, elle peut avoir des bénéfices secondaires mais elle n'est pas indiquée pour maîtriser les règles sans besoin de contraception. Parmi les 641 réponses à la question «utilisez-vous ou avez-vous utilisé un contraceptif pour stopper vos menstruations, 38% y ont répondu positivement (11% des sondées ont parfois recours à une contraception hormonale pour stopper les menstruations, 26% de façon plus permanente).

Le facteur essentiel à la fertilité est l'âge. Elle commence à diminuer à partir de 35 ans, bien avant la ménopause qui survient vers l'âge de 50 ans. D'autres facteurs peuvent intervenir dans la fertilité comme les infections non traitées de l'appareil génital, ou le diagnostic d'endométriose.

L'endométriose concerne 10-15% de la population féminine, 60% des femmes qui souffrent de d'endométriose ont moins de 30 ans. Les principaux symptômes évocateurs de l'endométriose sont:

- Les douleurs de règles, appelées dysménorrhées, intenses (évaluées par une intensité de 8 ou plus entraînant un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de 1^{er} niveau), ces douleurs s'accroissent avec les années et peuvent durer toute la période des menstruations.
- Les douleurs lors des rapports sexuels appelées dyspareunies profondes.
- Les douleurs lors des selles ou les signes urinaires au moment des règles, se répétant de façon cyclique.

Devant une douleur de règles sévère, il est nécessaire de consulter. L'examen clinique, l'échographie pelvienne endovaginale et l'IRM pelvienne confirmeront ou pas le diagnostic d'endométriose, et permettront la mise en route du traitement, selon les recommandations de bonne pratique. Les symptômes douloureux comme la dysménorrhée intense ou les dyspareunies profondes, sont fréquents en population générale et ne sont pas systématiquement reliés à l'endométriose.

Il n'y a pas d'étude chiffrée sur l'incidence dans une population de sportives de haut niveau, cette incidence devrait être plus faible chez les SHN car le pourcentage de SHN en aménorrhée ou en spanioménorrhée (cycles longs, moins fréquents), en oligoménorrhée (règles moins abondantes) est supérieur à une population de jeunes femmes du même âge, or c'est l'exposition aux menstruations avec des premières règles précoces, un volume menstruel important, des cycles courts qui est associée à la présence d'endométriose.

Il est important de choisir une contraception adaptée

Des erreurs de prise d'une contraception hormonale de type pilule, peuvent être à l'origine d'une grossesse non souhaitée. La survenue possible d'une grossesse non désirée à un moment de la vie de la SHN rappelle l'importance :

- Du choix d'une contraception adaptée au mode de vie de la sportive de haut niveau : déplacements fréquents, stages, compétition, décalage horaire, période de transition entre les saisons sportives pour certaines.
- D'avoir une bonne connaissance de tous les choix contraceptifs, de leur efficacité respective, ainsi que leurs bénéfices secondaires comme des effets indésirables.

Chaque femme SHN peut trouver le mode de contraception qui lui convient : le choix de la contraception n'a aucun retentissement sur la performance.

Une grossesse non désirée amène à recourir à une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans plus de 60% des cas.

L'institut national des études statistiques (INED) rapporte que 33% des femmes ont recours au moins une fois à une IVG au cours de leur vie.

Plusieurs facteurs sont intriqués :

- Accidents de la contraception : une contraception est présente pour 65% des femmes et pour 26% il s'agit d'une erreur de prise de la pilule, pour d'autres, un échec de la contraception barrière, un accident de préservatif, ou un recours à des méthodes dites naturelles comme le retrait peu efficace.
- Absence de contraception pour 35% des femmes.
- Arrêt de la contraception, non accompagné médicalement et sans alternatives, soit par lassitude de la prise d'une contraception orale type pilule, soit du fait d'idée reçue comme une crainte pour la fertilité ultérieure, crainte de l'impact sur le poids, voire sur la performance.
- Recours à une contraception irrégulière car relation sexuelle irrégulière.
- Fausse croyance qu'une grossesse ne peut pas survenir dans le contexte d'aménorrhée ou de cycle irréguliers.
- Refus de la contraception hormonale sans avoir la connaissance d'alternatives.

Toutes ces situations doivent être discutées avec le professionnel de santé pour évaluer ou réévaluer le choix contraceptif le plus adapté à la situation de chacune. En cas d'IVG, la période de repos sans entraînement sera fonction de chacune et de la méthode utilisée.

En population générale, le recours à l'IVG a augmenté en 2019, essentiellement chez les 20-29 ans.

Plusieurs situations peuvent l'expliquer: un allongement de la durée des études, une professionnalisation plus tardive, avec un décalage de l'âge de la première maternité, une période de transition sentimentale ou professionnelle.

Nous ne disposons pas d'étude spécifique aux femmes SHN, les sportives peuvent vivre cette situation de transition pour la préparation d'une échéance sportive très importante. L'écoute des besoins, le soutien de l'encadrement médical, la réévaluation du choix contraceptif entoureront la décision propre à chacune.

Pour la grande majorité des femmes, le recours à une IVG est accidentel et unique.

Parmi les sportives sondées lors de l'enquête SHN & Maternité, 66 sportives ont déclaré avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse pendant leur carrière sportive (10% des SHN sondées). Cette décision a été motivée par la volonté de ne pas interrompre leur recherche d'objectif sportif pour 44 d'entre elles, soit 68% des SHN ayant eu recours à une IVG.

Vous trouverez des informations sur les méthodes (médicamenteuses dans 70% des cas ou chirurgicale), les délais, les centres de planification, l'impact psychologique possible sur le site :

ivg.gouv.fr

2 – Les modifications anatomiques, psychologiques et physiologiques induites par la grossesse, impact particulier chez la sportive de haut niveau

Ces modifications peuvent avoir des conséquences variables sur la pratique sportive en fonction des trimestres, certaines adaptations de l'organisme à la grossesse sont favorables à la poursuite d'une activité physique, d'autres sont un facteur limitant, principalement au 3^e trimestre et dans la période précoce du post-partum.

Les adaptations cardio-vasculaires et respiratoires:

Ces changements, destinés à favoriser le développement du fœtus par l'apport en oxygène et en nutriments, soutiennent la pratique sportive:

- Le contenu sanguin du système veineux est augmenté: Sous l'effet de l'estrogène, dès la 5^{ème} semaine de grossesse, il y a une vasodilatation (augmentation du calibre des vaisseaux sanguins par relâchement de leurs cellules musculaires).
- Le débit cardiaque au repos est augmenté de 50% par rapport à l'avant grossesse: le cœur éjecte plus de sang porteur d'oxygène. Le volume d'éjection du sang riche en oxygène à chaque contraction (volume d'éjection systolique) est augmenté de 10% à la fin du 1^{er} trimestre dans la circulation artérielle, entraînant un remodelage des cavités cardiaques: les ventricules cardiaques sont légèrement augmentés de volume, sans augmentation de la paroi des ventricules.

- La fréquence cardiaque est augmentée de 15-20 battements par minute au repos, par rapport à la période d'avant grossesse.
- Ces adaptations se complètent ensuite par une augmentation du volume sanguin maternel.
- Au niveau respiratoire, une respiration plus ample augmente l'apport en oxygène pour l'organisme. La perception de l'effort respiratoire, l'essoufflement apparaît diminué lors d'exercice en intensité sous-maximale, du fait de ces adaptations.
- Au-delà du premier trimestre, la consommation en oxygène du fœtus vient concurrencer les besoins du muscle en activité.
- Toutes ces adaptations majorent la consommation maximale en oxygène (VO2 max) de 10 à 30%, majoration qui se maintient dans la période post accouchement, du fait d'un retour à l'état antérieur très progressif après l'accouchement.

Les adaptations musculo-squelettiques:

- L'augmentation importante de taille et de poids de l'utérus gravide (utérus contenant une grossesse), son développement abdominal modifie le centre de gravité. Habituellement situé entre le nombril et le pubis, c'est le point du corps qui concentre les forces physiques mises en jeu dans le maintien de l'équilibre lors de tout déplacement, à la marche par exemple, entraînant vers la fin de la grossesse une modification de l'équilibre.
- Une accentuation des courbures de la colonne vertébrale entraînée par cette modification du centre de gravité, surtout au niveau lombaire (hyperlordose lombaire), sollicitant les ligaments stabilisant les vertèbres lombaires, cervicales (accentuation de la flexion antérieure) et le sacrum.
- Les modifications hormonales peuvent favoriser le passage de fibres musculaires oxydatives en glycolytiques, favorisant la modification du profil des fibres, passant du type I au type II.
- Une hormone spécifique à la grossesse, la relaxine, augmente l'élasticité du système ligamentaire d'où un risque de laxité articulaire augmentée, pouvant exposer à des blessures liées à une instabilité articulaire surtout des membres inférieurs à partir du 6^{ème} mois.
- Le périnée: les muscles du plancher pelvien, qui sont le support des organes présents dans le bassin (vessie en avant, appareil génital, rectum en arrière), sont exposés à l'étirement et à une perte de tonicité. Le poids du fœtus, des exercices comportant des impulsions ou réceptions ou décélération vers le bas, une hyperpression intra abdominale ..., ainsi que les phénomènes de distension lors d'un accouchement par voie basse peuvent diminuer temporairement la fonction musculaire de soutien, d'autant plus que des fuites urinaires même minimales lors des entraînements avant la grossesse n'ont pas été prises en charge. Des exercices de prévention et de récupération existent (demander conseil à son gynécologue).
- Le cycle de marche et la longueur du pas sont raccourcis dans les derniers mois de la grossesse et au début de la période du post-partum précoce avec une augmentation de 5° de l'inclinaison antérieure du bassin dans les phases d'appui, accompagnée d'une flexion de hanche accentuée. Cette adaptation biomécanique n'a pas été étudiée spécifiquement chez les SHN.

L'augmentation de poids:

Elle est liée aux transformations maternelles morphologiques, à l'augmentation du volume plasmatique, à la croissance fœtale, au liquide amniotique, au développement du placenta.

Elle est limitée au premier trimestre puis progressive pour une prise de poids moyenne de 11,5 kg à 16 kg.

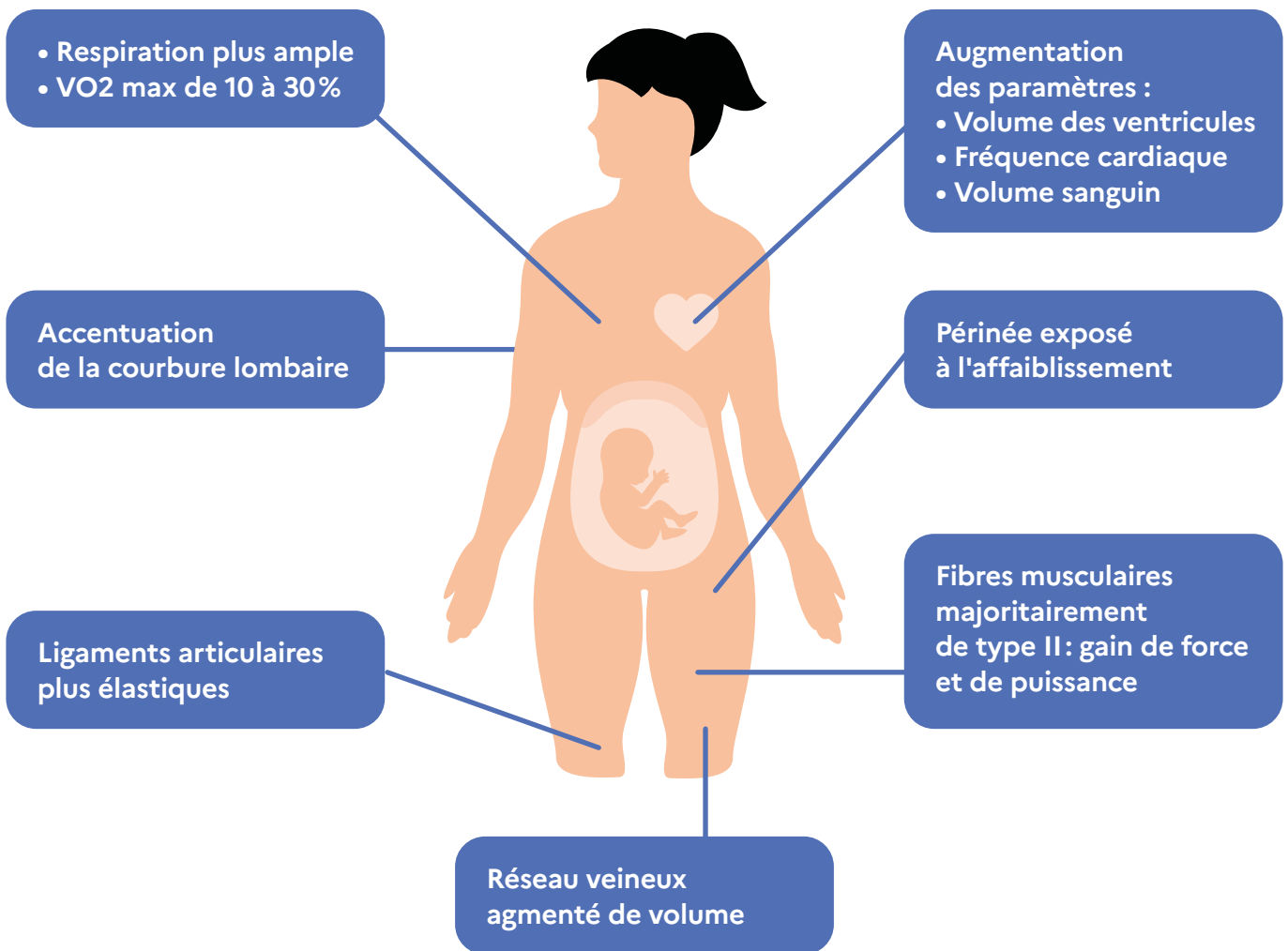
La pratique d'activité physique permet d'éviter une prise de poids excessive et facilite un retour plus rapide au poids initial d'avant la grossesse, avec des apports nutritionnels adaptés

Des symptômes propres à la grossesse, limitant la poursuite d'un entraînement régulier. Les nausées du premier trimestre semblent moins fréquentes chez la sportive.

Ces adaptations et changements guident le choix d'activités physiques en entraînement.

| adaptations cardio-vasculaires et respiratoires | Modifications morphologiques |
|--|---|
| Volume plasmatique augmenté | Modification du poids: adaptation des apports nutritionnels à la baisse de la dépense d'énergie |
| Volume d'éjection systolique augmenté Débit cardiaque de repos augmenté | Centre de gravité adaptation de l'équilibre |
| Volume respiratoire courant augmenté | Laxité ligamentaire |
| VO2max augmenté de 10 à 30% | Diminution de la tonicité du périnée |
| Activité aérobie favorisée | Éviter les sports à impacts au sol répétés au 3 ^e trimestre |

Modifications morphologiques et physiologiques



Des adaptations psychologiques

La grossesse engendre un véritable raz de marée émotionnel, un bouleversement psychologique normal qui s'apparente à une crise identitaire. Le terme de « Matrescence » provient de la contraction entre maternité et adolescence pour définir la naissance psychologique d'une mère.

Winnicott parlait de « préoccupation maternelle primaire » pour décrire cet état particulier d'hypersensibilité de la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance.

La mère se retrouve parfois tiraillée entre attraction et rejet, ambivalence normale. Attraction pour son bébé, avec le besoin d'investir pleinement sa grossesse. La continuité des entraînements peut parfois lui faire craindre d'en faire trop et de mettre à mal son futur enfant. Être à l'écoute de ses craintes permettra à la sportive de se sentir soutenue et aiguillée dans ce qui peut convenir pour elle et son enfant « en construction ».

La grossesse en cours de carrière peut être vécue comme un challenge personnel pour la sportive, comme un retour à soi. L'investissement pour son bébé, pourra parfois faire naître des difficultés pour le confier à la reprise de son activité sportive (stages et autres déplacements). Tirillées entre carrière de haut niveau et le fait d'être à côté de leur enfant, lorsque ce choix est trop difficile certaines sportives décident d'arrêter leur carrière pour se consacrer pleinement à leur bébé. Tous les cas de figure sont possibles et respectables tant qu'ils sont accompagnés, afin que la sportive/mère fasse le choix qui lui convient le mieux.

Les sportives peuvent parfois ressentir un rejet dans la mesure où l'identité est faite d'autres composantes. Elles ne sont pas seulement mères, mais aussi femmes et sportives de haut niveau. La grossesse leur permet dans un sens de se décentrer d'elles-mêmes et de relativiser la performance. Meilleure gestion du stress, sensation de « pouvoir faire face ».

En tant que femmes, la grossesse peut avoir une influence sur l'identité féminine des sportives de haut niveau à travers les changements corporels qu'elle entraîne. Mais voir son corps se transformer n'est jamais simple pour les sportifs et notamment le corps post-partum avec son lot de douleur, de relâchement musculaire et de fatigue.

Pour que ces changements soient vécus le mieux possible, il est primordial que la jeune mère soit accompagnée également après la naissance. Organisation, soutien et anticipation seront les mots clés pour que le post-partum se passe bien, et deviennent indispensables pour que la poursuite de la carrière sportive puisse se faire de façon la plus apaisée.

L'accompagnement psychologique pendant le post-partum permet d'exprimer ses ressentis, d'aider à comprendre ce que l'on vit est normal. En parler, permet de se libérer pour être d'autant plus disponible à la reprise du sport. Comprendre que ces émotions que l'on ressent de façon exacerbée sont normales (blues du post-partum à différencier d'une dépression post-partum).



Concernant les sportives de haut niveau maman, je leur tire mon chapeau parce-que nous les hommes, quand on devient père, on ne s'arrête pas. De plus, pour avoir vécu avec une femme enceinte, au delà des transformations physiques, au niveau psychique, c'est fort.

– KAFETIEN GOMIS



3 – Combien de temps peut-on poursuivre une pratique compétitive ?



J'ai participé à un championnat du monde dans mon 5^e mois de grossesse puis j'ai arrêté.

– Tir à l'arc



J'avais demandé l'avis de ma gynécologue, à partir du 5^e mois, c'était plus difficile à gérer mais j'ai décroché progressivement.

– Tir



- « J'ai joué jusqu'au 5^e mois et demi de grossesse car il y avait les championnats du monde et je voulais aller au bout, je me sentais de le faire. »
- Roller skating
- « J'ai voulu terminer la saison donc j'ai arrêté au 3^e mois et demi pour la première et j'ai même fait un championnat du monde enceinte du deuxième sans le savoir. »
- Basketball
- « Le judo et jiu-jitsu étant des sports de contact/impact, j'ai arrêté très peu de temps après la confirmation de ma grossesse, j'ai continué la course à pieds jusqu'au 5^e mois puis j'ai commencé la natation et le yoga. »
- Judo
- « En sortant du dernier championnat du monde j'ai continué les charges très hautes... puis j'ai diminué les charges jusqu'au 8^e mois, au 7^e mois j'étais à 40% de mes max. »
- Force athlétique
- « Arrêt à l'annonce de la grossesse dû à un état de fatigue, reprise accompagnée et adaptée au bout de 3^e mois de grossesse, diminution progressive du nombre et de l'intensité des séances au 3^e trimestre, arrêt total 10 jours avant accouchement. »
- Basketball
- « En fait j'ai participé aux Jeux Olympiques en étant à un mois et demi de grossesse, je suis tombée enceinte au moment où je pouvais commencer à remonter sur les skis après deux mois d'arrêt. »
- J'ai tout de suite demandé au médecin de la fédération ce qu'il était possible de faire ou de ne pas faire... Il s'est renseigné et m'a dit que je pouvais aller aux JO si moi-même me sentais bien et à partir de 3 mois il m'a donné des conseils bien spécifiques pour que le développement du bébé ne pâtisse pas des activités sportives.
- Marie DORIN-HABERT

D'une manière générale, pendant la grossesse, la compétition n'est pas préconisée après le 2^e mois de grossesse.

Pour une sportive de haut niveau, un engagement en compétition est synonyme de recherche de performance et dépassement de soi. Or, si la poursuite de la pratique sportive en début de grossesse est recommandée, le niveau d'intensité, la fréquence, la durée des séances ne sont pas celles qui permettent de préparer ou de participer à une compétition.

En fonction des caractéristiques de disciplines sportives (dépense énergétique, contraintes mécaniques, risque de traumatisme...), la compétition peut être maintenue en tout début de grossesse.

L'enquête « Sport de haut niveau & Maternité » montre que les sportives ont tendance à arrêter plus tôt la pratique intensive avec le deuxième enfant (54% des femmes déclarent avoir arrêté leur pratique compétitive durant les deux premiers mois de grossesse pour le second enfant, contre 40% pour le premier enfant). Lorsque l'on cumule l'ensemble des grossesses renseignées, on s'aperçoit que 43% des sportives ayant eu leur(s) enfant(s) pendant leur carrière déclarent avoir arrêté la pratique intensive dès les deux premiers mois de grossesse, 37% des sportives ont arrêté entre le 3^e et le 5^e mois et 19,5% ont continué après le 5^e mois de grossesse.

| | Durant les 2 premiers mois de grossesse | Entre le 3 ^e et le 5 ^e mois de grossesse | Après 5 mois de grossesse |
|---------------------------------|---|--|---------------------------|
| Réponses pour le premier enfant | 35 | 34 | 18 |
| Pourcentage | 40% | 39% | 21% |
| Réponses pour le second enfant | 14 | 8 | 4 |
| Pourcentage | 54% | 31% | 15% |
| Total réponses | 49 | 42 | 22 |
| Pourcentage | 43% | 37% | 19,5% |

4 – Recommandations pour l'entraînement et mesures préventives

« J'ai fait du sport tout au long de ma grossesse, j'avais sollicité un préparateur physique de l'équipe de France qui m'avait envoyé des exemples de séances que je pouvais faire sans risques. »

– Judo

« J'ai arrêté la course à pied à 6 mois mais jusqu'au terme j'ai fait de la préparation physique et beaucoup de technique. »

– Judo

« J'ai dû arrêter de ramer à cause du ventre mais J'ai pu continuer à nager plus longtemps. »

– Aviron

« J'ai eu un début de grossesse un peu difficile car je suis atteinte d'endométriose et un kyste ovarien s'est rompu à 5 semaines de grossesse. J'ai été hospitalisée et j'ai eu peur de perdre mon bébé. »

Le kayak polo étant un sport de contact dans lequel il n'est pas rare d'être percuté au ventre, j'ai tout de suite levé le pied pour me consacrer à des pratiques sans risque de prendre des coups au tronc (boxe au sac, crosstraining, vélo, yoga, musculation).

J'ai réduit progressivement ma pratique au fil de ma grossesse en écoutant mon corps, mais je n'avais personne de qualifié pour me conseiller. J'ai arrêté de m'entraîner à 8 mois environ, pour ne plus faire que du yoga adapté. »

– Canoë-kayak

« J'ai navigué jusqu'à deux jours avant d'accoucher. »

– Canoë-kayak

« J'ai arrêté de courir dès les premiers mois mais j'ai nagé jusqu'au dernier jour. »

– Triathlon

« J'ai pris un fouetté dans le ventre, je me suis dit qu'il valait mieux ne pas trop jouer avec le feu... »

– Savate

« J'ai pu skier tranquillement jusqu'au 7^e mois. »

– Ski

« Dès le début je pense que le volume de sang est très important, cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas aller à fond et aussi vite qu'avant, mais c'est juste que j'étais très lente à mettre en route la machine donc je perdais du temps en début de course. »

– Marie DORIN-HABERT

« Après j'avais vraiment le souhait de revenir au plus haut niveau et du coup j'ai beaucoup travaillé avec le médecin des équipes de France. Il m'a donné toutes les préconisations nécessaires pour concilier entraînement et grossesse, comme par exemple de ne pas dépasser 150 battements cardiaques/min à l'effort, afin de ne pas nuire au développement du bébé et autres conseils que j'ai respecté à la lettre! »

– Marie DORIN-HABERT

« Que ce soit ma gynécologue ou la sage-femme, à partir du moment où il n'y avait pas de signe clinique négatif pour l'enfant tout le monde m'a fait confiance. »

– Marie DORIN-HABERT

« Quand j'ai su que j'étais enceinte, à ce moment-là je faisais aussi de la musculation, j'ai fait quelques séances et mes sensations n'étaient vraiment pas pareilles. »

– Charlotte BRAVARD

« Les deux premiers mois, je suis vraiment restée chez moi, et après ça a commencé à me manquer de bouger, j'ai décidé d'aller à la salle, peu importe ce qu'on allait me dire... J'étais en mode je reprendrai, mais sans savoir vraiment si j'allais pouvoir revenir. Je voulais, mais avec beaucoup de craintes, de doutes, je ne savais pas ce qui m'attendait. »

– Dora TCHAKOUNTE

Il ressort de l'enquête « Sport de haut niveau & Maternité » que 69% des SHN qui ont eu un enfant pendant leur carrière sportive ont continué une activité adaptée pendant leur première grossesse. Parmi les effets attendus, le bien-être physique et psychologique ressort majoritairement, avant la maîtrise du poids et la préparation du retour au meilleur niveau. Pour celles qui n'ont pas eu de pratique adaptée pendant leur grossesse, 71% d'entre-elles auraient souhaité bénéficier d'un accompagnement.

Le but de l'entraînement est le maintien des capacités métaboliques, de la masse musculaire, des acquis techniques et d'éviter une rupture avec l'environnement sportif qui rendrait plus aléatoire une reprise au haut niveau.

Pour programmer l'entraînement pendant la grossesse, **il faut donc tenir compte de l'absence de grossesse pathologique, de l'absence de contre-indication médicale absolue en accord avec le professionnel de santé** (contre-indications médicales en annexe 4), **du trimestre de la grossesse**, mais également **des contraintes spécifiques à l'activité pratiquée** (principalement énergétiques et mécaniques).

Le programme d'entraînement est donc évolutif selon les mois de grossesse, il doit être spécifique pour chaque pôle sportif et discuté avec l'équipe médicale.

De façon générale, le programme d'entraînement inclut :

- Des exercices techniques dans les sports techniques comme par exemple en tir ou en escrime.
- Un renforcement musculaire, en général contre le poids du corps.
- Un travail aérobie sur tapis, vélo, vélo elliptique, si possible pratique de la natation particulièrement en fin de grossesse.
- Des exercices d'assouplissement.

Le programme d'entraînement doit intégrer des périodes d'échauffement (5 min), d'étirement (5 min) et de récupération.

Le type d'activité sportive: Les disciplines sportives possibles sont nombreuses mais des ajustements et des précautions sont nécessaires.

- **Les activités à risque de chute ou de traumatisme direct de l'abdomen** sont à éviter à partir du 2^e mois de grossesse.

Il s'agit entre autres et de façon non exhaustive :

- des sports collectifs (Handball, Hockey sur Glace...),
 - des sports de combat (Lutte, Judo, Boxe, Taekwondo...),
 - de certaines disciplines en athlétisme comme le lancer, les sauts (haies, hauteur, longueur),
 - du cyclisme sur piste, du ski de descente, du plongeon, de la gymnastique et des autres sports acrobatiques...
 - l'équitation
- Dans certaines disciplines, **des adaptations avec un entraînement ou centrer sur la technique permettent de continuer sans danger.** À défaut, le choix d'une activité physique compatible avec la grossesse physiologique prendra le relais.
 - **Tout exercice en décubitus dorsal sera proscrit au-delà du 4^e mois de grossesse** pour éviter le risque de compression de la veine cave par le volume utérin, sauf en milieu aquatique. Le décubitus latéral est possible.
 - **Seront évitées les séances avec des exercices entraînant des impacts au sol, deux jours consécutifs:** par exemple en préparation physique générale (PPG), la course à pied est possible jusqu'au 5^e mois mais doit être alternée un jour sur deux avec un sport sans impact au sol, comme le vélo, vélo elliptique, vélo stationnaire, la natation, l'aqua gym, l'aqua biking pour limiter l'impact sur le périnée.
 - Ces activités sont associées à des exercices de renforcement musculaire, sans **port de charge lourde** faisant travailler les grandes chaînes musculaires (dorsaux, abdominaux, membres supérieurs, membres inférieurs, plancher pelvien), sans **blocage de la respiration.**

- **Les exercices à impacts au sol répétés et vigoureux et les exercices entraînant une hyperpression abdominale sont proscrits** dès le 6^e mois afin de prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort (IUE) et/ou d'un prolapsus lors de la reprise (c'est à dire la descente d'organe pelvien qui n'est plus soutenu par le périnée): des exercices appropriés de renforcement du périnée au 1^{er} trimestre sont recommandés, ils diminuent le risque d'IUE.
- **La station debout statique, prolongée, doit être évitée au-delà du 5^e mois de grossesse.**
- **La pratique sportive dans les ambiances très chaudes et/ou humides et en altitude doit être réfléchi**: Dans ce cadre, les activités physiques d'intensité modérée à des altitudes jusqu'à 1800-2500 mètres, après une acclimatation appropriée, n'apparaissent pas modifier de manière significative le bien-être de la mère ou du fœtus. Au-delà de 2500 mètres, surtout pour les femmes ne résidant habituellement pas à ces hauteurs, les activités sportives doivent être évitées du fait du risque d'hypoxie du fœtus.

Attention, l'intensité, la fréquence, la durée des séances ne seront pas celles d'un entraînement de compétition.

Intensité: Il est conseillé de rester dans des intensités d'entraînement inférieures à 90% de la VO₂max, seuil au-delà duquel il peut y avoir des signes de souffrance du fœtus. L'intensité recommandée reste à 70-80% VO₂ max, puis modérée au 3^e trimestre, avec l'accord du professionnel de santé.

Fréquence des séances: 5-6 fois par semaine.

Durée des séances: elle évoluera en fonction de l'athlète et des mois de grossesse, de 60 minutes au début pour diminuer à 40-30 minutes par séance en fin de grossesse.

Une épreuve d'effort n'est pas contre-indiquée chez la femme enceinte: elle ne doit pas être systématique mais justifiée et doit toujours être réalisée sous supervision d'un médecin, après évaluation médicale tenant compte des contre-indications à l'exercice (réf HAS 2019).

Exemple d'entraînement évolutif pour des sportives de haut niveau (PPG)

| Entrainement | 1 ^{er} Trimestre | 2 ^e trimestre | 3 ^e trimestre |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Intensité | Inf à 90% de la VO2 | sub maximale 70-80% de VO2 à modérée (60%) | Modérée |
| Durée | Séances de 60 min | A partir du 5^e mois: 45 min | Séances de 30 à 40 min max |
| Fréquence | 6 fois par semaine | 5 à 6 fois par semaine | Maximum 5 fois par semaine |
| Type d'exercices ou activité en PPG | Gainage, renforcement musculaire footing, CAP en sub maximale vélo | Au 4^e mois: Pas de d'exercices à plat dos hors milieu aquatique Jusqu'au 5^e mois: footing Jusqu'au 6^e mois: vélo, vélo stationnaire, elliptique Renforcement musculaire à charge inférieure par rapport à l'avant grossesse Exercices sur ballon Pilate adapté | Pas de d'exercices à plat dos hors milieu aquatique Pas d'activité à impacts au sol répétés ou entraînant une hyperpression abdominale |
| | Marche rapide, activités aquatiques aquaforme, natation, renforcement musculaire contre le poids du corps escalier d'exercices. exercices d'assouplissement, yoga adapté | | |

• La prévention du périnée pendant la grossesse

- Jusqu'au 4^e mois de grossesse, le programme de renforcement du périnée, verrouillage du périnée, exercices sur ballon pour le transverse profond en prévention est le même qu'en dehors de la grossesse (cf. programme de prévention du périnée chez la SHN en annexe 3).
- Certains exercices sur ballon peuvent être poursuivis au 5^e mois.
- Arrêt des exercices au dernier trimestre.

Les signes qui doivent amener l'arrêt de la pratique et une demande d'avis au professionnel de santé.

La sportive et de son entourage en sont prévenus, qu'il s'agisse :

- d'un essoufflement inhabituel, non soulagé par le repos,
- de douleurs, sensation de pression dans la poitrine,
- de vertiges, malaises, céphalées,
- de douleur du mollet,
- de contractions utérines douloureuses non soulagées par le repos, saignement vaginal ou perte de liquide amniotique.

- Les contre-indications absolues figurent en annexe 4.
- Vous trouverez en annexe 5 des exemples de séances possibles pendant les différentes étapes de la grossesse.
- En annexe 7 se trouve un fiche avec des exercices du périnée pendant la grossesse.

5 – La préparation à l'accouchement pour une SHN

7 séances de préparation à l'accouchement sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie.

Ces séances débutent en général au début du 8^e mois ou lors du congé maternité.

Vous pouvez bénéficier dès le 4^e mois d'une première séance de préparation à la naissance et à la parentalité dans laquelle sont abordés sous forme d'entretien (individuel ou en couple) des sujets psychologiques, sociologiques et familiaux propre à la grossesse. Cette séance est facultative et prise en charge par l'assurance maladie.

Toutes les femmes peuvent en bénéficier, ces séances permettent de mieux connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, de lever les appréhensions, de poser les questions au fur et à mesure des séances qui comprennent en général une partie théorique et une partie pratique (avec des exercices pour soulager le dos en s'aidant de ballons, des exercices de respiration abdominale, le travail du souffle avec des exercices d'inspiration et expiration profonde, des exercices pour aider l'efficacité de la contractions utérines, des exercices de relâchement du périnée).

Proposées par la maternité, ce sont des séances collectives, réalisées par une sage-femme libérale ou un médecin. Elles peuvent être individuelles.

Les séances abordent classiquement :

- Les modifications physiologiques de la grossesse, le développement du bébé, les modifications corporelles, l'hygiène pendant la grossesse, les petits maux de la grossesse, le suivi médical, les symptômes de grossesse.
- Le contenu de la valise pour la maternité, les papiers administratifs à préparer et les autres formalités.
- L'accouchement et son déroulé: les signes du début de travail, la surveillance du travail, la péridurale, le déclenchement de l'accouchement, la mécanique obstétricale d'accouchement par voie basse, c'est-à-dire la descente du bébé dans le bassin, le positionnement lors de l'expulsion, la césarienne (ses indications, la césarienne programmée), les différentes anesthésies.
- L'expulsion du placenta, la surveillance après l'accouchement.
- L'accueil du nouveau-né, le séjour pour la maman, pour le bébé, l'allaitement, le retour à la maison.

D'autres types de préparation existent, parfois complémentaires :

La préparation en piscine comporte des exercices musculaires des dorsaux, des exercices du périnée pour aider au relâchement, elle peut être commencée au 5^e mois de grossesse.

Des séances de yoga prénatal, avec une sage-femme proposée par la maternité, ou en libéral, 7 séances sont prises en charge par la sécurité sociale.

L'haptonomie a pour objectif de «mettre en relation les parents et leur enfant, avant la naissance, par le toucher», méthode effectuée avec une sage-femme formée en haptonomie, et prise en charge par la sécurité sociale.

La sophrologie est une technique de relaxation et de suggestion qui entraîne un état de conscience proche du sommeil, aide à l'acceptation des changements physiques et psychologiques liés à la grossesse, aide à diminuer le stress et les douleurs, cette méthode est prise en charge par la sécurité sociale.

La sportive de haut niveau trouvera dans ce panel de méthodes celle qui lui correspond le mieux pour la préparation à l'accouchement.

3 Grossesse et nutrition

1 – Apport énergétique et prise de poids

La grossesse s'accompagne d'une prise de poids due à des facteurs maternels et foeto-placentaires, notamment l'augmentation du volume sanguin (1,4 à 1,8 kg), de l'utérus (0,9 kg), des liquides extracellulaires (1,4 à 1,8 kg), du volume mammaire (0,4 à 0,9 kg), des réserves adipeuses (2,3 à 3,6 kg) mais aussi le poids du bébé, le placenta (0,5 à 0,7 kg) et le liquide amniotique (0,9 à 1kg).

La prise de poids moyenne pendant la grossesse s'élève à 13 kg, avec une prise de poids de plus de 20 kg chez 10% des femmes, selon le rapport 2016 de l'enquête nationale périnatale. Une étude a comparé la prise de poids de SHN par rapport à un groupe de femme de même âge et de corpulence normale. La prise de poids était légèrement inférieure chez les sportives de haut niveau par rapport au groupe contrôle (13,9 + 6,9 kg vs 15,5 + 9,1 kg, respectivement). Il est possible que la baisse de la sollicitation musculaire associée à la réduction de l'entraînement puisse entraîner une perte de masse maigre pouvant participer à une moindre prise de poids totale.

Les besoins énergétiques supplémentaires liés à une prise de poids d'environ 12kg ont été estimés à environ 90kcal/jour lors du premier trimestre, 287kcal/jour lors du second trimestre et 466 kcal/jour lors du troisième trimestre. D'une manière générale, les besoins énergétiques des femmes enceintes augmentent au cours de la grossesse, en moyenne de 70, 260 et 500 kcal/j aux 1er, 2^e et 3^e trimestres, respectivement.

Concernant la sportive de haut niveau, ces chiffres sont à mettre en relation avec la baisse des dépenses énergétiques liée à la diminution voire à l'arrêt de l'entraînement. A titre d'exemple, une dépense énergétique d'environ 500kcal correspond à la pratique d'une activité physique d'intensité modérée pendant 1h30 ou d'une intensité élevée pendant une heure pour une femme de 55kg. Par conséquent, les besoins énergétiques de la SHN au cours de sa grossesse seront le résultat de la balance entre l'augmentation des dépenses liée à la grossesse et la diminution des dépenses associés à la réduction de l'entraînement. Cette diminution sera moindre chez la sportive qui poursuit son entraînement et dépendra du type d'activité, de son intensité, de sa fréquence et de sa durée. Les apports énergétiques adéquats seront ceux qui permettent un gain de poids conforme aux recommandations de l'Institut of Medicine. Notons qu'il n'existe pas de recommandations spécifiques à la sportive de haut niveau en termes de prise de poids.

2 – Manger deux fois mieux, pas 2 fois plus.

Macronutriments

L'alimentation de la femme enceinte doit être **diversifiée et équilibrée**. Les recommandations en termes de répartition des différents macronutriments (protéines, glucides, lipides) en pourcentage de l'Apport Énergétique Total (AET) ne sont pas différentes de celles proposées pour la population générale de même sexe et de même âge. La seule différence se situe dans les recommandations en protéines dont l'apport minimal doit être supérieur à 12% de l'AET alors que ce seuil n'est que de 10% dans les autres situations (1er et 2ème trimestre et population générale). L'augmentation des apports en protéines nécessaire pour assurer le surcoût protéino-énergétique de la croissance fœtale est estimé à 1 g/j, 9 g/j (l'équivalent d'une collation supplémentaire avec 150g fromage blanc) et 28 g/j (l'équivalent, de 2 à 3 portions de protéines en plus au petit déjeuner par exemple avec 2 à 3 œufs durs ET une collation avec un fromage blanc par exemple) au cours du 1^{er}, 2^e et 3^e trimestre de grossesse respectivement. La majorité de la population consomme bien souvent trop de protéines, ce n'est pas forcément le cas chez la sportive active cependant. Une alimentation à tendance végétale ou une situation sociale précaire peut exposer à un déficit en protéines, notamment en fin de grossesse.

Concernant les glucides, au cours de la grossesse, le métabolisme de la mère s'adapte pour pouvoir fournir un apport énergétique et en particulier du glucose pour le développement du fœtus. Ces adaptations contribuent à l'instauration d'une insulino-résistance au niveau musculaire qui a pour conséquence de diminuer l'utilisation de glucose dans les tissus périphériques de la mère afin de favoriser la disponibilité du glucose maternel pour le fœtus.

Dans ce contexte d'insulino-résistance, plusieurs mesures seront à adopter afin d'éviter une prise de poids excessive ainsi que des épisodes d'hypoglycémie. L'apport en glucides (féculents notamment) sera à choisir de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire le plus brut possible comme par exemple des céréales complètes (riz complet, semoule complète, pain aux graines, pain aux céréales) et des légumes secs (pois chiche, haricots blancs, haricots rouges, etc.). Un point de vigilance sera à prendre en considération sur ces aliments car l'enveloppe du péricarpe (la fibre du végétal) d'un produit complet est conservée et peut accumuler des pesticides, fongicides et autres substances chimiques issues de l'agriculture conventionnelle. Sélectionner des produits issus de l'agriculture biologique (sans pesticides) pour ce type d'aliments est donc recommandé. Pour les collations, la prise isolée de produits sucrés est à limiter au maximum.

L'association d'un aliment plaisir (biscuits, chocolat noir, jus de fruits...), si la femme enceinte en ressent l'envie ou le besoin, et d'un aliment plus recommandable (fruit, graines oléagineuses...) est idéal. D'une part pour réduire la charge glycémique et d'autres parts pour réduire la taille de la portion de l'aliment plaisir (tout en le conservant) puisque le second aliment sera plus satiétogène. Il peut aussi être utile, en cas d'hypoglycémie et/ou de nausées, de fractionner encore davantage les prises alimentaires en 5 à 6 prises, par exemple, déplacer simplement un dessert pris initialement sur un repas principal à un autre moment de la journée.

Concernant les lipides, l'aspect qualitatif s'avère primordial. En effet, des études récentes ont souligné l'importance d'un apport suffisant en acides gras polyinsaturés n-3 pour le développement cognitif et moteur de l'enfant. Un apport additionnel de 100 à 200 mg/j de DHA est recommandé, par rapport aux besoins de la femme adulte. La probabilité de couvrir les besoins en acides gras essentiels et en particulier en acide gras polyinsaturés n-3 est plus élevée si les apports en lipides sont proches de la valeur haute des recommandations (35% de l'AET). Concernant les lipides, il conviendra donc de ne pas se mettre en mode restriction mais de privilégier les sources intéressantes.

Fibres

Les recommandations concernant les fibres sont les mêmes que pour la population générale, à savoir un apport recommandé 25g/j et un apport satisfaisant de 30g/j. La couverture de ces besoins contribue à un fonctionnement harmonieux de l'écosystème intestinal, situation dont on mesure de plus en plus l'importance.

Notons que pour lutter contre la constipation, fréquemment retrouvée pendant la grossesse, en plus de la consommation d'aliments riches en fibres tel que les végétaux, des conseils de base se justifient, bouger ! Boire suffisamment !

Eau

Les besoins hydriques sont augmentés pendant la grossesse (2L/j pour la population générale contre 2,3 L/j pour la femme enceinte). Le fait de pratiquer une activité physique va fortement influencer les besoins hydriques. Par conséquent, ces recommandations seront à moduler en fonction de l'entraînement et des pertes hydriques associées. Ces dernières étant très variables et dépendantes de nombreux facteurs, en premier lieu les conditions climatiques, il est difficile de proposer un volume précis. L'idéal est d'estimer ses besoins individuels selon ses entraînements habituels, d'autant qu'au cours de la grossesse, le mécanisme de thermorégulation est modifié. En effet, le seuil de température au-dessus duquel la sudation se déclenche est diminué. Il sera important de vérifier que les apports hydriques à l'exercice sont suffisants (cf. partie « A l'exercice »). Il est généralement recommandé de ne pas perdre plus de 2% de son poids de corps au cours de l'exercice. Notons toutefois que ces repères concernent la population générale et non spécifiquement la femme enceinte.

Pour terminer sur l'hydratation, il faut souligner l'attention particulière qui sera à apporter en cas de nausées et de vomissement, situations susceptibles de majorer la déshydratation.

Micronutriments

D'après l'European Food Safety Authority, les besoins en cuivre, iode, zinc, vitamine A, B2, B5, B6, B8, B9, B12 et C sont augmentés pendant la grossesse.

Une enquête effectuée auprès de femmes enceintes (étude ELFE) met en évidence des apports insuffisants en iode, en vitamine D, en vitamine B9, en fibres et en acides gras polyinsaturés n-3 (Acide alpha-linolénique et EPA). Ces déficits peuvent avoir des conséquences graves. Des apports suffisants en vitamine B9 sont indispensables pour prévenir des anomalies de fermeture du tube neural. À cet égard, la consommation régulière de légumes feuilles tels que les épinards, la mâche, la roquette, les choux est recommandée. Notons que les folates (vitamine B9) sont très sensibles à la cuisson. Leur consommation crus ou peu cuits (cuisson douce à la vapeur) permet de conserver un maximum de ces micronutriments. Quant à l'iode, des apports insuffisants chez la mère lors des premières semaines de grossesse a des conséquences sur le développement neurologique du fœtus. Le développement neuronal du fœtus passera notamment par l'apport d'Acides gras essentiels (DHA) et la dépression post-partum de maman est souvent en lien avec un épuisement des réserves en EPA (par la consommation de bébé en priorité). Le poisson, riche en iode et acides gras n-3, sera au cœur des recommandations, notamment ceux gras, mais bien sûr en privilégiant les plus petits (non prédateurs) tel que la sardine, le maquereau et l'anchois pour limiter l'apport en métaux lourds également néfastes pour maman et pour bébé.

Les études ayant porté sur les apports nutritionnels des sportives montrent que les apports insuffisants en différents micronutriments sont fréquents. C'est le cas particulièrement pour le fer, mais aussi pour le magnésium, le zinc et certaines vitamines du groupe B (B2, B6, B9 et B12). Une étude ayant évalué les apports alimentaires d'équipes nationales féminines de sports collectifs rapporte une couverture des besoins différente selon le pourcentage de masse grasse des sportives. Ainsi, les sportives ayant un pourcentage de masse grasse supérieur à 17% couvriraient mieux leur besoin en micronutriments que celles dont le pourcentage de masse grasse était inférieur à 17%. Ce constat est en faveur d'un risque d'apports insuffisants chez les sportives ayant de faibles apports et/ou un faible pourcentage de masse grasse. A cet égard, les sportives les plus à risques de déficit sont les sportives évoluant dans des disciplines esthétiques, dans les sports à catégories de poids et dans les disciplines où un faible poids corps pourrait améliorer la performance (course à pied, saut ..). Il conviendra d'assurer un suivi biologique adéquat pour les SHN concernées par un faible apport énergétique.

3 – Les recommandations en pratique

Les repères nutritionnels

Des repères nutritionnels pour la femme enceinte ont été proposés par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) en 2007 et mis à jour récemment (avis de l'ANSES du 23 décembre 2019). Ces repères reprennent ceux de la population générale auxquels sont ajoutées des précisions relatives à la spécificité de la situation de grossesse (besoins supplémentaires ou restrictions liées à des risques microbiologiques ou chimiques). Ces repères sont présentés en annexe 6 de ce guide.

Repas et organisation des apports sur la journée — Apports alimentaires

Au niveau de l'organisation des apports sur la journée, il sera important de fractionner au maximum les repas pour éviter les hypoglycémies, les coups de fatigue, les bouffées de chaleur et les nausées.

Au cours du repas, l'association de féculents avec d'autres aliments sera idéale pour « diluer » l'effet de ces glucides sur le métabolisme insulinique, donc sur le stockage. La règle des 3 tiers : 1/3 protéines, 1/3 légumes et 1/3 féculents est optimale. Y ajouter une entrée et/ou un dessert peu glucidiques (crudité, avocat, poissons gras, œuf, fruit, yaourt...) ainsi que l'équivalent d'une à deux cuillères à soupe d'huile d'olive et de colza permettent également d'abaisser cette charge glycémique du repas. Des desserts autour des fruits seront idéaux.

Répartir ses apports alimentaires en déplaçant les desserts sur des collations à 10h, 16h voire 21h peut permettre de mieux réguler la glycémie sans pour autant ajouter de nouvelles collations et donc augmenter l'apport calorique journalier.

Hydratation

Les besoins hydriques de la femme enceinte sont légèrement augmentés et s'élèvent à 2,3L par jour (une partie de cet apport se fait via l'eau contenu dans les aliments). L'idéal est de bien répartir l'apport hydrique sur la journée. Un repère peut être de boire :

- 500 mL dans la matinée,
- 500 ml entre le déjeuner et 16h,
- 500 mL entre 16 et le dîner,
- 1 à 2 verres au cours des repas

Attention, ces apports concernent uniquement la boisson consommée en dehors d'un éventuel entraînement, des apports additionnels seront nécessaires pour compenser les pertes hydriques associées à l'exercice.

Un moyen simple de vérifier l'état d'hydratation est de regarder la couleur des urines. Elles doivent être claires, et ce tout au long de la journée. Cet indicateur a été validé chez la femme enceinte.

La boisson à privilégier est l'eau ou la tisane (cf. partie « repères nutritionnels »).

À l'exercice

Il n'existe pas de recommandations spécifiques pour la femme enceinte. A défaut, les principes proposés dans le cadre d'une pratique sportive sont recommandés. Mais contrairement à une situation habituelle où les apports sont dictés par un objectif de performance, au cours de la grossesse, l'objectif sera d'ordre préventif et consistera à limiter les risques de déshydratation et d'hypoglycémie.

Une des priorités sera de veiller à être correctement hydratée avant de commencer l'exercice (cf. paragraphe précédent) puis de boire suffisamment pour compenser des pertes hydriques au cours de l'exercice. Un repère théorique est de boire 500 mL par heure d'entraînement mais il est préférable d'estimer ses propres besoins. **Pour cela, la méthode de la double pesée est très simple à mettre en œuvre.** Elle consiste à se peser avant et après l'entraînement pour vérifier le déficit hydrique.

La boisson à privilégier sera l'eau la plupart du temps, dans la mesure où l'exercice doit rester modéré. Une boisson glucidique (par exemple un verre de jus de fruits mélangé à 3 verres d'eau) peut être envisagée si l'entraînement est plus intense ou si la sportive est sujette aux hypoglycémies. Dans ce cas, l'apport de boisson glucidique se fera par petits apports réguliers (2 à 3 gorgées toutes les 15-20 minutes) et sera complété éventuellement avec de l'eau selon la soif.

A l'issue de l'entraînement, une collation composée d'un fruit frais et d'un produit laitier par exemple, pourra être consommée. Si l'exercice est programmé à distance d'un repas, la collation pourra être consommée en amont de l'entraînement.

Adapter ses apports hydriques à l'exercice : la méthode de la double pesée

étape 1

Avant de commencer l'entraînement. Aller uriner pour vider sa vessie. Se peser, dans la tenue la plus simple possible (en sous-vêtement ou nue si les conditions le permettent).

étape 2

Pendant l'entraînement, noter la quantité de boisson bue. Si possible, ne pas aller aux toilettes sinon les résultats seront faussés.

étape 3

Dès la fin de l'entraînement (avant d'avoir commencé à boire pour se réhydrater), se peser sur la même balance, dans la même tenue qu'avant l'entraînement en ayant pris soin de se sécher auparavant. Attention, cette fois, il ne faut pas uriner avant de se peser.

étape 4

Calculer la différence entre le poids avant et le poids après l'entraînement.

Interprétation:

J'ai perdu du poids. Deux cas de figures possibles:

- J'ai perdu moins de 2% de mon poids (par exemple: j'ai perdu moins de 1,2 kg pour une femme de 60 kg): le volume que j'ai bu pendant l'entraînement était suffisant.
- J'ai perdu plus de 2% de mon poids de corps (par exemple: j'ai perdu plus de 1,2 kg pour une femme de 60 kg): le volume que j'ai bu pendant l'entraînement n'était pas suffisant. La prochaine fois il faudra boire plus.

J'ai pris du poids: j'ai bu un volume plus important que ce que j'ai perdu en transpiration. La prochaine fois, je pourrais boire un peu moins.

Ce test n'est pas à faire systématiquement. Le faire 2 ou 3 fois suffit pour estimer la quantité à boire au cours des entraînements habituels pour s'hydrater correctement.

Vous trouverez en annexe 6 une fiche " Repères nutritionnels pour la femme enceinte".

Avis de l'ANSES. Saisine n°2017-SA-0141. Avis relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes enceintes et allaitantes. Décembre 2019

European Food Safety Authority. Valeurs nutritionnelles de références. <https://efsa.gitlab.io/multimedia/drvs/index.htm>

Institute of Medicine Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: National Academies Press; 2009.

4 La période du post-partum et reprise vers un entraînement de compétition

1 – À partir de quand peut-on reprendre une activité physique après l'accouchement ?

Dans l'enquête Sport de haut niveau et Maternité, 79% des sportives interrogées affirment avoir repris une activité physique (quelle qu'elle soit) après leur premier accouchement. Dans le cas du 2^e accouchement, ce pourcentage monte à 81%. Ces activités permettent de « maintenir la forme » pour reprendre les mots d'une sportive, souvent avant une reprise plus intensive. Les plus citées sont la course à pieds, la marche et le vélo. D'autres pratiques ayant attiré au renforcement musculaire sont également citées (musculature, fitness, gainage, pilate, yoga, etc). Les sportives qui n'ont pas repris d'activité physique expliquent que c'est souvent parce qu'elles « manquent de temps ».

Concernant la reprise de l'entraînement intensif, elle dépend du calendrier des compétitions, des disciplines pratiquées et plus globalement de chaque femme. Elle est aussi directement liée à des contraintes organisationnelles relatives à l'enfant. Comme le résume Marie DORIN-HABERT, « Les résultats après la reprise dépendent de beaucoup de choses : de l'entourage, de la façon dont le corps se remet, du caractère de l'enfant ». À la question « À partir de quel mois avez-vous repris un entraînement intensif de compétition après l'accouchement ? », plus de la moitié des sportives mères interrogées (56%) répondent avoir repris durant les 4 premiers mois à la suite de leur premier accouchement (24% entre le 1^{er} et le 3^e, 32% le 4^e). 26% ont déclaré avoir repris entre les 5^e et 6^e mois.

La reprise vers un entraînement intensif de compétition est « adaptée » et « progressive », et s'organise en plusieurs étapes. La plupart du temps, les premières semaines, les sportives « retrouvent » leur corps par un travail de renforcement musculaire.

« **Remise en forme progressive et beaucoup de renforcement afin d'éviter toute blessure lors de la reprise normale. Les entraînements spécifiques à la lutte sans opposition: répétitions techniques, exercices sur le tapis.** »

– Lutte

« **En premier le périnée très important, la course progressivement, j'ai repris le footing lent jusqu'à commencer à retrouver des sensations, et le terrain ensuite.** »

– Basketball

- « 1) Réathlétisation / Réappropriation de mon corps 3 mois.
2) Première compétition nationale à 3 mois.
3) Retour normal dans l'entraînement : 5 mois.



– Cyclisme

- « Je ne suis pas remontée sur les tatamis tout de suite. J'ai fait beaucoup de préparation physique avant, pas d'entraînements tous les jours, puis quand je me suis refait un corps, je suis remontée sur le tapis. Tout s'est fait progressivement.



– Judo

- « Reprise progressive des sports mais avec un objectif fixé, une sélection confirmée pour les Championnats du monde de pentathlon moderne (en accord avec le DTN).



– Pentathlon moderne

- « J'ai repris dès que j'ai pu et ce que j'ai pu. Tout d'abord procédé à la rééducation abdominale, puis ensuite j'ai fait beaucoup de préparation physique tout en reprenant l'entraînement petit à petit.



– Roller et skateboard

La reprise sera progressive à partir de 4-6 semaines du post-partum d'un accouchement par voie basse, décalée à 6-8 semaines en cas d'accouchement par césarienne en fonction de l'avis du professionnel de santé et de l'état de forme de l'athlète (hypotension, anémie, fatigue, cicatrisation)*.

L'apparition de symptômes, de douleurs pelviennes doit amener à prendre un avis médical.

Une reprise trop précoce avec un volume d'entraînement important expose au risque de fractures de fatigue (fracture du sacrum), risque majoré en cas d'insuffisance des apports en calcium et vitamine D durant la grossesse et la période d'allaitement (S).

Le bilan périnéal, fait par le professionnel de santé qui suit la sportive, devra précéder la reprise de toute activité à impacts au sol vigoureux et ou entraînant une hyperpression abdominale. **Un bilan périnéal correct, avec un testing du verrouillage du périnée par le professionnel de santé permet la reprise des activités avec impact au sol.**

Le travail des abdominaux peut être repris précocement strictement en hypopression, par gainage, rapprochement des droits, travail des obliques et du transverse profond, associé aux exercices de verrouillage du périnée, en privilégiant le gainage intégral, associant extension du rachis «se grandir», ventre plat et expiration.

*réf Bo et coll part 3 IOC Expert Group meeting: exercice in the post-partum period) - undgot J &coll 2019, Kimber L &coll 2021

- Bo K, Artal R, Barakat R et al. Exercice and pregnancy in recreational and elite athletes. Part 1-2-3-4 Evidence summary from the IOC expert group meeting. Br J Sports Med 2016-2017

- Sundgot-Borgen J, Sundgot-Borgen C, Myklebust G et al Elite athletes get pregnant, have healthy babies and return to sport early. BJM Open Sport Exercise Med 2019;5

- Kimber M L, Meyer S, Mchugh TL. Health Outcomes after Pregnancy in Elite Athletes: a systematic review and meta-analysis. Med Sci Sports Exerc. 2021;53(8):1739-1747

2 – Une attention particulière sur le travail des abdominaux et du périnée, pourquoi?



Autre point important sur lequel il faut communiquer, après l'accouchement il est important de vraiment bosser le périnée, j'ai recommencé fort après la rééducation que j'avais faite avec la sage-femme mais il fallait rééduquer le transverse, les articulations sont aussi très laxes, les kinés de l'équipe de France ont pris le relais pour moi et c'était vraiment nécessaire, heureusement qu'ils étaient là sinon j'aurais fait n'importe quoi.

– Marie DORIN-HABERT



Après l'accouchement c'est revenu assez vite, je suis restée un mois et demi à la maison, c'était le mois obligatoire médicalement parlant. Ensuite j'ai fait mon bilan pour la rééducation du périnée, il était positif donc j'ai repris doucement. On remarque tout de suite que le corps n'est plus le même, même si on me disait que je pouvais reprendre l'entraînement je n'étais pas totalement en confiance, ça m'a pris un peu de temps de m'habituer à mon nouveau corps.

J'étais toujours en contact avec ma kiné de l'époque, qui m'a orientée vers une sage-femme. La sage-femme m'a suivie pendant un an, avec des rdv mensuels. J'avais juste besoin de savoir que tout allait bien, elle me rassurait. ..Elle me corrigeait sur tout, et ça m'a beaucoup aidée aussi pour ma posture, c'était vraiment une aide à la fois pour ma reprise mais aussi pour mon sport en général, notamment sur ma posture, comment serrer mon périnée, comment bien travailler les abdos. Je me suis rendue compte qu'avant les abdos que je faisais n'avaient rien à voir avec ce qu'on devrait vraiment faire donc j'ai changé mes habitudes.

– Dora TCHAKOUNTE



La prévention du risque de faiblesse du périnée tout au long de la vie de la sportive de haut niveau

Tout au long de son parcours de haut niveau, la sportive doit bénéficier d'un travail de renforcement du plancher périnéal, associé au travail des abdominaux en hypopression, d'autant plus qu'elle pratique un sport à risque d'affaiblissement du plancher pelvien :

- Sports avec des déplacements dynamiques d'intensité élevée: course à pied, sauts dans les disciplines de l'athlétisme, dans les sports de glace, les sports dits de raquette ou de balle (tennis, badminton, handball, volleyball), gymnastique, trampoline.
- Sports s'accompagnant de contractions abdominales avec hyperpression abdominale: haltérophilie, lutte, judo, boxe, taekwondo, athlétisme et ses spécialités de lancer, aviron, escrime, équitation, planche à voile, ski alpin.

La prévalence de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez la sportive de haut niveau varie de 28 % à 80 % selon le sport de haut niveau pratiqué. Il peut s'agir de quelques fuites urinaires à la fin d'une séance d'entraînement ou en compétition.

L'IUE augmente significativement avec la durée de l'entraînement et la répétition des exercices brefs et intenses. L'apparition d'une fatigabilité musculaire du hamac musculaire périnéal, avec une diminution possible de 20 % de la tonicité musculaire, a été observée après 90 minutes d'exercices intenses.

Cette faiblesse musculaire du périnée ne permet pas d'utiliser au mieux la contraction abdominale travaillée lors de l'entraînement et vient en limiter la performance.

Les sportives de haut niveau ayant une IUE précoce non prise en charge pendant leur carrière ont un risque multiplié par 8 d'IUE ultérieure dans l'après carrière sportive par rapport à celles qui n'avaient pas ces troubles et un risque augmenté après chaque grossesse, ce qui amène à prendre des mesures préventives pour préserver la fonction périnéale. Parmi les mesures préventives, l'information à la sportive est essentielle, car le vécu de ce symptôme conduit souvent à un retard de prise en charge qui apporte de bons résultats.

En post-partum, la prescription de 10 séances de rééducation du post-partum avec testing manuel puis électrostimulation et biofeedback est prise en charge par la sécurité sociale.

Les exercices « Kegel » proposés dans les programmes de reconditionnement au cours de trois étapes sont des exercices plus spécifiques pour le périnée.

« Je préconise une communication renforcée très tôt sur les risques de ne pas suivre la rééducation du périnée, tôt ou tard, les inconvénients deviennent lourds à supporter »

– athlétisme

- Protocole d'évaluation des problèmes urinaires en annexe 2.
- Programme de prévention du périnée des SHN en annexe 3.
- Planche d'exercice en post-partum en annexe 7.

3 – Quel programme de reconditionnement physique suivre après la grossesse ?

« J'ai repris doucement au départ après l'accouchement, mais quand j'ai commencé à revenir au niveau, ça a beaucoup changé, j'étais deux fois plus motivée. Je me donnais à fond sans pression, sans me demander si ça allait marcher ou pas, j'étais tranquille dans ma tête. Je me surprénais moi-même parce que ça passait très bien, plus que ce que j'attendais, et c'est dans cet état d'esprit que je suis revenue. »

– Dora TCHAKOUNTE

L'enquête SHN et Maternité nous montre que près de 24 % des femmes ayant eu leur(s) enfant(s) pendant leur carrière sportive n'ont pas suivi des séances de rééducation périnéale. Si l'on considère les grossesses survenues pendant la carrière sportive et après la carrière sportive, on constate que dans 37 % des cas, il n'y a pas eu de précautions particulières prises au niveau du périnée et du travail des abdominaux.

Schématiquement, il est possible de distinguer 3 étapes:

étape 1

un programme de reconditionnement physique débutant par un entraînement physique général modéré et progressif

étape 2

le retour progressif à la discipline sportive

étape 3

le retour à la performance se fait habituellement à 4- 6 mois, en fonction du sport pratiqué.

Exemple de reprise type, préservant la fonction du périnée:

Pendant les 6 premières semaines du post-partum

- Exercices statiques de rapprochement des grands droits,
- Exercices de renforcement du périnée,

Ils peuvent être pratiqués précocement, ces derniers dans le but de prévenir la survenue d'une incontinence urinaire d'effort (IUE) voire d'un prolapsus.

- Des exercices de renforcement musculaire contre le poids du corps

Exemple de reprise: Semaines de 0 à 6

- Aérobic continue: la marche
- Rapprochement des grands droits
- Renforcement musculaire /poids du corps: 2 séries de 10
- Périnée: exercices de Kegel (verrouillage du périnée): séries de 10 contractions de 10 sec, suivie de 10 sec de repos

| | |
|------------------|--------------------|
| Fréquence | 3-5 fois / semaine |
| Durée | 15-30 min |
| Intensité | Modérée |

⁴ Ces données prennent en compte les sportives mères d'un ou de deux enfants.

De la 7^e à la 12^e semaine du post-partum

- Reprise du travail d'endurance en intensité modérée avec une progression en durée des séances, privilégiant les activités à faible impact périnéal, sans hyperpression abdominale: vélo, marche rapide, natation.
- La reprise des exercices dits à impacts ne se fait pas avant 12-16 semaines du post-partum, cette reprise est conditionnée au bilan périnéal impératif avant toute reprise, il est fait à 6-8 semaines du post-partum par un professionnel de santé.
- Renforcement musculaire et travail du périnée.

Exemple de reprise: Semaines 7 à 12

- Aérobic continue: marche rapide, vélo, natation
- Renforcement musculaire / poids du corps: 2 séries de 12
- Périnée: exercices de Kegel

| | |
|------------------|--|
| Fréquence | 5 séances / semaine |
| Durée | 3 x 30-40 min en aérobic 2 x 20 min en renforcement |
| Intensité | Modérée |

Semaines 13 à 16 du post-partum

- Augmentation de la durée et de l'intensité des séances.
- Travail des abdominaux en gainage.
- Travail technique.

Exemple de reprise: Semaines 13 à 16

- Idem + vélo elliptique + technique
- Renforcement musculaire: introduction des charges croissantes
- Travail des abdominaux en gainage intégral et maintien du travail du périnée

| | |
|------------------|---|
| Fréquence | 5 séances / semaine |
| Durée | Augmentée progressivement / séance |
| Intensité | Augmentée progressivement vers l'intensif |

Au delà de la 16^e semaine du post-partum

- reprise des activités comme les sauts, la course à pied d'intensité progressivement vigoureuse.

4 – À partir de quand peut-on reprendre une pratique intensive ?

Le retour à la performance se fait habituellement à 4- 6 mois, en fonction du sport pratiqué, de l'anticipation avec maintien du capital musculaire et de la technique pendant la grossesse, du retour au poids antérieur à la grossesse, du soutien de l'environnement de la sportive.

5 – Reprise de l'entraînement et allaitement

71% des femmes répondantes qui ont eu leur enfant pendant leur carrière sportive déclarent avoir allaité leur enfant. Les sportives estiment au moins pour 67% d'entre elles avoir pu allaiter sereinement.

L'allaitement maternel n'est pas modifié par la reprise de l'entraînement, il nécessite une bonne hydratation et le port de brassières adaptées ; il se fera avant la séance d'entraînement afin d'éviter l'engorgement et l'inconfort.

Par ailleurs, l'allaitement permet un retour plus rapide au poids initial en raison de la dépense accrue de calories.

Un apport suffisant en laitages (3/J) assure le maintien du taux de calcium.

Pour aller plus loin

Lien documentaire sur Sophie POWER
coureuse d'ultra-marathon, maman de 3 enfants qui témoigne
sur son parcours de récupération



5 Droits et dispositifs conçus pour les SHN en situation de maternité ou de parentalité

En complément de ce guide récapitulant les droits qui vous sont applicables en matière de maternité ou de parentalité, il est primordial que vous échangiez le plus tôt possible de tout projet de maternité ou d'adoption avec votre entourage sportif et professionnel pour être en situation de bénéficier de vos droits et de réaliser votre projet de parentalité dans les meilleures conditions.

Fiche 1 — Sportive de haut niveau : quels droits spécifiques ?

Quel est votre statut ?

Afin de pouvoir connaître les impacts d'un projet de maternité sur votre situation sociale ou financière, il est important de connaître précisément votre statut socio-professionnel (salariée, indépendante, en formation, etc) et votre régime de protection sociale.



Pour aller plus loin : voir fiche n°2.

En effet, des dispositifs spécifiques aux sportives et sportifs existent en matière de suivi socio-professionnel et de maternité. Ils sont néanmoins principalement réservés aux sportives et sportifs inscrits par arrêté du ministre chargé des sports sur la liste des sportifs de haut niveau (SHN), qualité octroyant davantage de droits que l'inscription sur les listes des sportifs Espoirs ou Collectifs nationaux (SCN). Pour plus d'informations, les critères d'inscriptions au sein de ces différentes listes, et notamment le niveau sportif attendu, figurent au sein du projet de performance fédéral (PPF) de votre fédération.

Par ailleurs, les seules signatures d'un contrat de joueuse professionnelle ou d'une convention de formation au sein d'un centre de formation agréé ne donnent pas automatiquement droit au statut de SHN (même si ces dernières signatures peuvent se cumuler avec ce dernier).

Enfin, le statut de SHN peut désormais être complété par l'intégration de la sportive ou du sportif concerné au sein du Cercle de Haute Performance de l'Agence Nationale du Sport (ANS). Ce dernier ne constitue pas un statut spécifique mais ouvre le droit à un accompagnement renforcé.

N'hésitez pas à consulter votre encadrement fédéral pour plus d'informations sur votre statut, les listes ministérielles – et fin de droit associés – étant par ailleurs également publiées sur le site internet du Ministère chargé des sports.

Vous êtes SHN, quel impact de la maternité sur votre statut ?

Si vous êtes inscrite sur la liste des sportifs de haut niveau (SHN), vous bénéficiez de l'ensemble des droits inhérents à ce statut pendant toute la durée de votre inscription en liste, en matière :

- Médicale : suivi médical fédéral annuel.
- De formation et d'emploi : aménagements en matière de scolarité et de formation, dispositifs permettant de faciliter l'emploi de la sportive : convention d'insertion professionnelle (CIP) ou convention d'aménagement d'emploi (CAE), etc.
- Sociale : aides personnalisées, bénéfice du régime accident du travail et maladies professionnelles (AT/MP) pour les accidents et maladies survenus par le fait ou à l'occasion de l'activité sportive et de l'assurance individuelle accident fédérale couvrant les dommages corporels, causés par un accident survenu à l'occasion de la pratique sportive de haut niveau, dont les SHN peuvent être victimes et dispositif spécifique de retraite permettant la prise en compte, sous certaines conditions, des périodes d'inscription sur la liste pour l'ouverture des droits à pension dans le cadre du régime général d'assurance vieillesse.

Néanmoins, ces droits sont limités dans le temps dans la mesure où l'inscription sur la liste SHN est limitée à un an (deux ans pour la seule catégorie « Elite »), renouvelable si les conditions – notamment sportives – sont remplies (et dans la limite de 5 ans pour la catégorie « Reconversion »).

C'est pourquoi la loi (art. L. 221-13-1 du code du sport, issu de la loi du 27 novembre 2015) prévoit, en cas de grossesse, le maintien des droits inhérents à la qualité de SHN pendant une durée d'un an à compter de la date de la constatation médicale de l'état de grossesse. Votre inscription sur la liste SHN est ainsi systématiquement prorogée d'un an, sous réserve bien sûr de la communication de votre état de grossesse.

8 sportives médaillées aux Jeux de Rio 2016 ont bénéficié de ce dispositif de prorogation en 2017-2018

(source : rapport IGESR, évaluation suivi socioprofessionnel des SHN, déc. 2020)

Par ailleurs, et si vous êtes inscrite en catégorie « Elite », « Senior » ou « Relève », votre fédération peut également, à la suite de votre grossesse, proroger votre inscription d'un an au cas où vous n'auriez pas, momentanément, atteint le niveau sportif requis pour des raisons liées à la maternité (art. R. 221-8 du code du sport).

Une grossesse ne signifie donc pas la perte de votre statut de SHN et des droits associés.

En outre, et si vous avez intégré le Cercle de Haute Performance de l'ANS, sachez que l'Agence tient également compte d'une grossesse éventuelle dans le cadre du maintien d'une athlète au sein du Cercle de Haute Performance.

Enfin, en complément de ces dispositifs de « droit commun » ouverts aux SHN, les différents acteurs en charge du suivi socio-professionnel des SHN (fédérations, ANS, etc) sont également encouragés par le ministère à mettre en œuvre des aides ou dispositifs spécifiques destinés à vous accompagner tant pendant qu'après la grossesse ou, plus largement, dans le cadre d'un projet de parentalité.

Il est précisé que les droits présentés dans le cadre de la présente fiche sont spécifiques aux SHN. Ainsi, si vous êtes inscrite sur la liste des sportifs Espoirs ou des Collectifs nationaux (SCN), vous ne bénéficiez pas de l'ensemble des droits inhérents au statut SHN, ni de dispositifs de prorogation automatique des droits inhérents à votre qualité de sportive Espoir ou SCN liés à la maternité.

Informez-vous

Outre la lecture du présent guide, en cas d'interrogation quant à vos droits ou au suivi maternité, vous pouvez en premier lieu vous adresser à votre fédération, et en particulier au référent chargé du suivi socio-professionnel désigné par celle-ci.

Par ailleurs, si vous êtes SHN, vous pouvez également consulter la convention qui vous lie à votre fédération déterminant les droits et obligations réciproques de la fédération et de vous-même. Cette convention doit notamment comprendre des précisions relatives à la protection et au suivi médical dont vous disposez en votre qualité de SHN.

Enfin, et sur un plan médical, n'oubliez pas de vous renseigner sur les substances qui pourraient vous être administrées dans le cadre de votre grossesse, et de rappeler votre qualité de sportive « listée », afin de s'assurer du respect de la réglementation en vigueur en matière de lutte contre le dopage.

Fiche 2

Statuts socioprofessionnels de la sportive de haut niveau

Cette fiche a pour but de vous présenter les différentes situations socio-professionnelles des sportives de haut niveau et les régimes de protection sociale correspondants.

Après avoir présenté les différents statuts, cette fiche vous informe sur la prise en charge de la grossesse par l'assurance maladie, prise en charge commune à toutes les femmes bénéficiant d'une couverture sociale.

Retrouvez ensuite dans le guide la fiche correspondant spécifiquement à votre statut.

Quel statut? Quel régime de sécurité sociale?

Vous êtes en formation scolaire, universitaire ou professionnelle

Vous avez moins de 16 ans

Vous avez la qualité d'ayant droit = vous bénéficiez gratuitement des prestations de sécurité sociale par l'intermédiaire d'un assuré social, un parent (ou les deux) auquel vous êtes rattachée et vos frais de santé sont couverts du fait de ce rattachement. Concrètement, vous êtes inscrite sur leur Carte Vitale.

Ce rattachement concerne les enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs mais également les enfants mineurs recueillis (par exemple: petite-fille/ petit fils, nièce/neveu etc.) ou les enfants pupilles de la Nation placés auprès d'une famille.

Vous avez entre 16 et 18 ans

Vous avez le choix :

- Soit vous conservez la qualité d'ayant droit du parent (ou des deux) auquel vous êtes rattachée.
- Soit vous demandez la qualité d'ayant droit « autonome ». Ce statut vous permet, à partir de 16 ans, d'avoir votre propre compte AMELI (assurance maladie en ligne), de recevoir vos propres décomptes de remboursement et de percevoir vos remboursements sur votre propre compte bancaire. Pour cela vous devez créer votre compte personnel Ameli sur le site www.ameli.fr ou sur l'application Ameli.

Quel que soit votre choix, à partir de 16 ans, vous recevez automatiquement votre première Carte Vitale.

Avant 16 ans, même s'ils restent ayant droit de leurs parents au titre la couverture maladie, les SHN doivent demander un numéro de sécurité sociale à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leur résidence habituelle.

Ce point est important car dans le cadre du dispositif de couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles des sportifs de haut niveau entré en vigueur 1^{er} juillet 2016, toute déclaration AT/MP doit se faire avec le numéro de sécurité sociale personnel du SHN (pas celui de ses parents, même si le SHN n'a pas encore le statut d'ayant droit autonome).

Vous avez 18 ans et plus

A partir de 18 ans, vous perdez la qualité d'ayant droit.

Concrètement, au 1^{er} septembre de l'année de vos 18 ans, vous devenez assurée à titre personnel, vos frais médicaux sont remboursés sur votre propre compte bancaire.

Quel est votre régime de sécurité sociale? Vous restez rattachée au régime de sécurité sociale dont vous dépendiez précédemment (généralement celui de vos parents).

Toutefois, si vous exercez une activité professionnelle vous serez rattachée au régime dont dépend cette activité sur présentation de toute pièce justifiant de cette situation, par exemple, votre contrat de travail, un bulletin de paie

Depuis le 31 août 2019, le régime étudiant de la sécurité sociale n'existe plus. Chaque étudiant est désormais rattaché, sans démarche ni formalité particulière, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu de résidence.

Quel statut? Quel régime de sécurité sociale?

Vous êtes en situation d'emploi

Vous êtes salariée

- Vous exercez votre activité sportive pour le compte et sous la direction d'un employeur et percevez en contrepartie une rémunération : vous êtes salariée.

Régime de protection sociale : vous êtes obligatoirement rattachée au régime général de la sécurité sociale en tant que salariée et affiliée à la CPAM de votre lieu de résidence. C'est au titre de la branche « maladie » de ce régime que les dépenses liées à la maternité sont prises en charge.

Exemple 1 : Vous êtes sportive de haut niveau et évoluez au sein d'un club professionnel de handball. Vous accomplissez votre activité sportive dans le cadre d'un contrat de travail à durée déterminée et percevez un salaire mensuel et divers avantages en nature = vous avez le statut de salariée.

- Vous êtes sportive de haut niveau et exercez parallèlement une activité professionnelle salariée dans le secteur privé ou dans le secteur public :
 - Salariée dans le secteur privé, votre régime de protection sociale est le régime général de la sécurité sociale.
 - Salariée dans le secteur public, titulaire ou non titulaire de la fonction publique de l'État fonction publique territoriale ou fonction publique hospitalière, vous relevez selon les cas :
 - Du régime spécial des fonctionnaires
 - Du régime général de la sécurité sociale
 - Du régime spécial des collectivités territoriales

Exemple 2 : Vous êtes sportive de haut niveau et occupez un emploi d'éducatrice sportive au sein d'une collectivité locale = vous avez également le statut de salariée du secteur public et relevez du régime spécial des collectivités territoriales.

Focus sur : Les conventions d'aménagement d'emploi (CAE) dans le secteur public et conventions d'insertion professionnelle (CIP) dans le secteur privé.

Les sportifs de haut niveau titulaires d'un contrat de travail peuvent exercer une activité professionnelle salariée dans le cadre de CIP ou de CAE, dont le but est de leur permettre de concilier, moyennant un emploi du temps aménagé, leur activité de sportif de haut niveau avec une activité professionnelle salariée. Ces conventions sont mises en œuvre par le ministère chargé des Sports ou les services déconcentrés (DRJSCS) sur proposition du directeur technique national de la fédération concernée.

Au niveau national, le ministère chargé des sports a conclu des accords-cadres avec 5 ministères (défense, intérieur - police nationale, Budget - douanes, Education nationale et Justice - administration pénitentiaire) pour permettre aux sportifs de haut niveau de bénéficier d'aménagements d'emploi.

Lorsqu'ils sont professeurs de sport, les sportifs de haut niveau peuvent bénéficier d'un emploi réservé à l'INSEP ou en SDJES pour lequel ils bénéficient des aménagements nécessaires à leur projet sportif.

Vous êtes travailleuse indépendante

- Si vous exercez votre activité sportive à titre rémunéré sans être salariée, autrement dit en l'absence de tout lien de subordination vis-à-vis d'une autre personne : vous êtes travailleuse indépendante.

Régime de protection sociale : vous êtes rattachée au régime général dans la catégorie des travailleurs indépendants et affiliée à ce titre à la CPAM de votre lieu de résidence.

Focus sur : L'entreprise individuelle ou l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée

- Vous êtes sportive de haut niveau « entrepreneur individuel » si vous exercez votre activité sportive à titre rémunéré sans être salariée et sans créer de structure spécifique pour gérer cette activité: dans cette hypothèse, vous êtes rattaché au régime général en tant que travailleuse indépendante.
- Vous êtes sportive de haut niveau et exercez votre activité sportive à titre rémunéré sans être salariée: vous pouvez décider de créer une structure spécifique, telle que par exemple une entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) pour gérer cette activité et les revenus qu'elle vous procure. Dans cette hypothèse:
 - si vous êtes l'associée unique de cette EURL: vous restez rattachée au régime général en tant que travailleuse indépendante.
 - si vous êtes gérante rémunérée non associée de cette EURL: vous êtes rattachée au régime général de la sécurité sociale en tant que salariée.

Quel statut? Quel régime de sécurité sociale?

Vous êtes en recherche d'emploi

Si parallèlement à votre activité de sportive de haut niveau, vous êtes en situation de recherche d'emploi, vous bénéficiez d'une couverture sociale (notamment pour la maladie, maternité) mais dont l'étendue varie :

- Selon que vous êtes demandeuse d'emploi indemnisée ou non indemnisée par Pôle Emploi au titre de l'assurance chômage, ou que vous n'êtes plus en situation d'être indemnisée.
- Selon que vous aviez ou non la qualité d'assurée sociale avant d'être au chômage (cette qualité vous est reconnue si vous exerciez une activité salariée préalable).

Selon la situation dans laquelle vous vous trouvez, vous avez droit soit au versement d'indemnités journalières et au remboursement de vos frais de santé (soins et médicaments), soit uniquement au remboursement de vos frais de santé.

Vous êtes sportive de haut niveau et partez à l'étranger

Vous êtes sportive de haut niveau dans un pays de l'Union Européenne, de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse

- Vous continuez de bénéficier de l'assurance maladie si :
 - Vous êtes étudiante et partez étudier moins d'un an. Pensez à demander votre carte européenne d'assurance maladie. Elle vous permet de prouver vos droits à l'assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place de vos soins médicaux.
 - Vous êtes salariée détachée (sauf cas exceptionnel, votre détachement ne peut pas dépasser 24 mois)
 - Vous êtes fonctionnaire
- Vous ne bénéficiez plus de la sécurité sociale française si :
 - Si vous avez le statut d'expatriée c'est-à-dire si vous vous installez dans le pays d'accueil. Dans ce cas, vous dépendez de la sécurité sociale de ce pays.
 - Si vous partez en tant qu'étudiante pour plus d'un an, vous ne serez plus affiliée en France mais dépendrez de la sécurité sociale du pays d'accueil.

Vous êtes sportive de haut niveau dans un pays hors UE ou EEE

- Vous continuez de bénéficier de la sécurité sociale française si :
 - Vous êtes étudiante pour une durée de 6 mois maximum: dans ce cas, vous pouvez bénéficier d'un remboursement forfaitaire des soins.
 - Vous êtes étudiante de moins de 20 ans et partez étudier pour une durée de plus de 6 mois: vous pouvez bénéficier d'un remboursement forfaitaire des soins.
 - Vous êtes salariée détachée.
 - Vous êtes fonctionnaire.
- Vous ne bénéficiez plus de la sécurité sociale française si :
 - Vous êtes expatriée. Vos droits dépendent de l'existence ou non d'une convention bilatérale de sécurité sociale entre la France et le pays d'accueil.
 - Vous êtes étudiante de plus de 20 ans et partez étudier pour plus de 6 mois.

Vous pouvez continuer à bénéficier de la sécurité sociale française en adhérant à des assurances volontaires. Vous pouvez par exemple adhérer à la Caisse des françaises de l'étranger (CFE) pour les assurances maladies-maternité-invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse (retraite de base).

Prise en charge de la grossesse par l'assurance maladie

La déclaration de grossesse

Quelle que soit votre situation, étudiante, salariée, indépendante, fonctionnaire, en recherche d'emploi, vous devez penser à déclarer votre grossesse avant la fin du 3^e mois de grossesse.

Cette déclaration est importante pour la prise en charge de votre grossesse par l'assurance maternité.

Prise en charge de la grossesse du début jusqu'au 5^e mois

L'assurance maladie prend en charge à 100% avec dispense d'avance de frais les examens médicaux obligatoires: consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, examens biologiques complémentaires etc.

Les deux échographies réalisées avant la fin du 5^e mois sont prises en charge à 70%.

Les consultations non liées à la grossesse, et les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés aux tarifs habituels de la sécurité sociale.

Prise en charge de la grossesse du 6^e mois à l'accouchement

Qu'ils soient ou non en rapport avec votre grossesse, tous vos frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais.

La 3^e échographie est prise en charge à 100%.

Les frais liés à l'accouchement et les frais de séjour, dans la limite de 12 jours, sont aussi remboursés à 100%. En revanche, tous les frais liés à votre confort personnel (chambre particulière, télévision...) ne sont pas pris en charge.

De même, si vous choisissez d'accoucher dans une clinique privée non conventionnée, certains frais (tels que dépassements d'honoraires des praticiens et les frais pour confort personnel, seront à votre charge).

Les 12 jours qui suivent votre accouchement

Après votre accouchement, tous vos frais médicaux, en rapport ou non avec la grossesse, continuent d'être pris en charge à 100% avec dispense d'avance des frais.

Vous et votre bébé bénéficiez d'un suivi par une sage-femme jusqu'au 12^e jour après la naissance.

Focus sur: La femme enceinte sans couverture sociale

La Protection maladie universelle (PUMA) garantit à toute personne travaillant OU résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. La femme enceinte sans couverture sociale peut ainsi bénéficier d'une prise en charge de tous les frais liés à la maternité.

La demande est à adresser à la CPAM de votre département ou en ligne sur www.ameli.fr ou par téléphone au 3646.

Vous êtes enceinte

Comme toute femme enceinte, les frais médicaux liés à votre grossesse sont pris en charge à 100%, et vous pouvez également bénéficier d'aides financières spécifiques.

Aides financières

Les aides du CROUS pour les étudiantes

- **L'aide financière d'urgence**

Vous pouvez bénéficier d'une aide financière d'urgence, ponctuelle ou annuelle, via le Fonds national d'Aide d'Urgence (FnAU).

- **L'aide d'urgence ponctuelle:**

- Elle est attribuée après évaluation de la demande par une assistante sociale.
- Elle est cumulable avec une aide d'urgence annuelle mais aussi une bourse sur critères sociaux, une aide à la mobilité, une aide au mérite ou encore un prêt d'honneur.
- Montant maximal: 1687 €.

- **L'aide d'urgence annuelle:**

- Vous devez faire la demande d'aide auprès du CROUS de votre académie.
- Cette aide ne peut pas être cumulée avec une bourse sur critères sociaux, mais elle est cumulable avec une aide d'urgence ponctuelle ou une aide à la mobilité et au mérite.
- Elle donne droit à l'exonération des frais d'inscription à l'université.
- Montant: de 1020 à 5612 €.

- **Les bourses d'études**

Étudiante et enceinte, vous avez peut-être droit à une bourse sur critères sociaux.

Elle vous permettra notamment de bénéficier du complément maternité et peut-être d'un logement en résidence universitaire.

Pour plus de renseignement et pour remplir le Dossier Social Etudiant, visitez le site: www.etudiant.gouv.fr

Le revenu de solidarité active (RSA)

Si vous êtes étudiante (ou lycéenne) enceinte ou avec un enfant à charge ET si vous avez le statut de « parent isolé » (célibataire, divorcée, séparée ou bien veuve, avec enfant(s) à charge et/ou enceinte) sans revenu ou avec des ressources faibles, vous avez droit en principe au RSA.

Par ailleurs, si vous êtes étudiante « parent isolé », vous avez 18 ans ou plus, et vous avez une activité professionnelle (par exemple un contrat d'alternance ou d'apprentissage) vous procurant un revenu mensuel net minimum de 952.74€ (montant en vigueur au 1^{er} janvier 2021), vous pouvez en principe bénéficier de la prime d'activité.

La demande est à adresser à la CAF. Rappel: pensez avant à déclarer votre grossesse (avant la fin de la 14^{ème} semaine).

Montant du RSA: il varie en fonction des ressources et du nombre d'enfants à charge. A titre d'exemple, jusqu'au 31 mars 2022, le montant du RSA pour une femme enceinte « parent isolé » sans enfant à charge est de 565,34€.

Montant de la prime d'activité: le montant forfaitaire de base de la prime d'activité est de 553.71€ (au 1^{er} janvier 2021). Ce montant peut être augmenté en fonction de la composition du foyer et si vous êtes « parent isolé ». Pour plus d'informations visitez le site : www.caf.fr

Prise en charge des frais médicaux

Rappel: Dès lors que vous bénéficiez d'une couverture sociale et que vous avez déclaré votre grossesse, l'ensemble des frais médicaux relatifs à la surveillance de la grossesse, à l'accouchement et à l'hospitalisation sont pris en charge à 100% par la Sécurité sociale.



Pour aller plus loin: Voir Fiche sur le statut socio-professionnel de la sportive de haut niveau.

La prestation d'accueil du jeune enfant

La prime à la naissance

Cette prime permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant.

Elle est attribuée sous condition de ressources, lesquelles ne doivent pas dépasser un plafond défini en fonction de plusieurs critères.

Rappel: vous devez avoir déclaré votre grossesse dans les 14 premières semaines à votre CAF et votre CPAM.

La prime à la naissance est versée une seule fois au cours du 7ème mois de grossesse. Elle est cumulable avec le RSA.

La prestation d'accueil du jeune enfant

Une allocation de base

Cette prime est versée mensuellement à partir du jour de la naissance de l'enfant jusqu'au mois précédant son 3^e anniversaire.

Si vous touchez le RSA, l'allocation de base sera déduite du montant du RSA.

La prestation d'accueil du jeune enfant

Complément libre choix du mode de garde (CMG)

Aide financière versée par la CAF, le CMG vise à vous aider à supporter le coût de la garde de votre enfant à domicile soit par une personne que vous employez, soit en ayant recours à un organisme habilité (association ou entreprise employant des personnes pour garder votre enfant à domicile).

En tant qu'employeur, vous devez vous inscrire auprès de Pajemploi pour déclarer les salaires versés à votre garde d'enfant à domicile.

Pour plus de renseignements : www.pajemploi.urssaf.fr

La prestation d'accueil du jeune enfant

Des crèches pour les enfants d'étudiants

Certaines universités et certains Crous ont ouvert une crèche pour accueillir les enfants d'étudiants.

Fiche 4

La sportive de haut niveau salariée

Vous désirez une enfant

En cas d'infertilité du couple, la Sécurité Sociale prend en charge la procréation médicalement assistée, sous certaines conditions :

- Prise en charge dans la limite de 6 tentatives d'insémination artificielle et 4 fécondations in vitro.
- Vous devez être âgée de moins de 43 ans.
- Vous devez être hétérosexuelle et en couple.
- Vous devez avoir consenti préalablement à ces actes médicaux.

Vous êtes enceinte

Quand devez-vous informer votre employeur de votre grossesse ?

Vous n'êtes pas obligée d'informer votre employeur de votre grossesse ; cependant, cette information vous permet d'accéder à certains droits :

- Protection contre le licenciement.
- Autorisations d'absences pour vous rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par la CPAM : le temps d'absence est considéré comme du travail effectif et il ne peut pas entraîner une baisse de rémunération.
- Accès à un poste compatible avec votre grossesse si vos activités sont considérées comme dangereuses.
- Accès à un poste de jour si vous travaillez la nuit.

L'annonce de la grossesse peut se faire par écrit ou oralement, mais elle devra être justifiée par un certificat médical.

Vous êtes enceinte

Quelle est la durée du congé maternité ?

Le congé maternité est obligatoire, il n'est pas possible d'y renoncer totalement.

Sa durée minimale est de 8 semaines, dont 6 après l'accouchement.

Sa durée maximale varie selon le nombre d'enfants déjà à charge et le nombre d'enfants à naître :

- Naissance de votre 1^{er} ou 2^e enfant: durée maximale de 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement/10 semaines après l'accouchement).
- À compter de la naissance de votre 3^{ème} enfant: durée maximale de 26 semaines (8 semaines avant l'accouchement/18 semaines après l'accouchement).
- Naissance de jumeaux: durée maximale de 34 semaines (12 semaines avant l'accouchement/22 semaines après l'accouchement).
- Naissance de triplés ou plus: durée maximale de 46 semaines (24 semaines avant l'accouchement / 22 semaines après l'accouchement).

Focus sur: La modulation du congé maternité

Vous avez la possibilité de moduler la répartition de votre congé maternité et d'avancer votre congé prénatal, dans la limite de:

- 2 semaines si vous êtes enceinte de votre 3^e enfant ou plus.
- 4 semaine si vous attendez des jumeaux ou plus.

Cette option ne modifiera pas la durée de votre congé maternité mais viendra réduire d'autant votre congé postnatal.

Vous êtes enceinte

Comment est indemnisé le congé maternité?

Lors de votre congé maternité, votre contrat est suspendu, votre employeur n'est pas obligé de vous rémunérer. Vous avez alors droit à des indemnités journalières, qui vous seront versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) si vous remplissez les conditions d'immatriculation et de cotisation prévues pour cette situation.

Les indemnités journalières sont calculées en fonction de votre salaire journalier de base et seront comprises entre 9,66 € et 89,03 € par jour.

Cependant, votre contrat de travail ou la convention collective applicable dans votre entreprise peut prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables que celles de la Sécurité Sociale, pouvant aller jusqu'au maintien intégral du salaire.

Vous êtes salariée du secteur sport (hors joueuses et entraîneurs salariées d'un club de 1^{ère} division de handball), la Convention Collective Nationale du Sport prévoit un maintien de salaire intégral pendant toute la durée légale du congé maternité, sans conditions d'ancienneté.

Vous êtes joueuse ou entraîneur salariée d'un club de handball de 1^{ère} division professionnelle, la Convention Collective du Handball Professionnel Féminin prévoit un maintien de salaire intégral pendant 12 mois, sans conditions d'ancienneté.

Vous être salariée d'un autre secteur d'activité, vous devez vous référer à la convention collective applicable dans la structure qui vous emploie.

La fin du congé maternité

A la fin de votre congé maternité, vous pouvez reprendre votre activité professionnelle à votre poste habituel, ou à un poste similaire avec une rémunération au moins équivalente.

Le retour au travail

La visite médicale de reprise du travail

Vous devrez effectuer une visite médicale de reprise du travail, qui doit être organisée à l'initiative de votre employeur, dans les 8 jours qui suivent votre retour dans la structure.

Cette visite médicale doit obligatoirement être effectuée par la médecine du travail, et non par votre médecin traitant ou le médecin qui vous suit dans votre pratique sportive.

Le retour au travail

L'autorisation d'absence pour examen médical obligatoire

Comme pour les examens médicaux obligatoires prénataux, vous bénéficiez d'une autorisation d'absence pour l'examen médical postnatal obligatoire.

Cette absence ne pourra pas entraîner une diminution de votre rémunération et sera considérée comme du temps de travail effectif.

Le retour au travail

L'allaitement

Vous avez la possibilité d'allaiter pendant vos heures de travail, pendant 1 an à compter de la naissance de votre enfant.

Pour cela, vous avez droit à une réduction de votre temps de travail d'1 heure par jour, à raison de 30 minutes par demi-journée de travail. Si votre employeur met à votre disposition une salle d'allaitement sur place, ces périodes sont réduites à 20 minutes.

Ces temps d'allaitement ne sont pas rémunérés.

Le congé parental d'éducation

Si vous justifiez d'un an d'ancienneté dans votre entreprise à compter de la naissance de votre enfant, vous pouvez cesser temporairement, totalement ou partiellement, votre activité, pour vous occuper de son éducation.

D'une durée initiale d'un an maximum, le congé parental d'éducation peut être renouvelé 2 fois en cas de naissance simple ou gémellaire, 5 fois en cas de naissance de triplés ou plus.

Pendant cette période, votre contrat est suspendu totalement en cas de congé parental à temps plein, ou partiellement si vous continuez à travailler à temps partiel.

Le congé parental n'est pas rémunéré, mais peut, sous certaines conditions, donner lieu au versement d'une allocation par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), **la prestation partagée d'éducation de l'enfant** (PreParE).

Les allocations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)

A compter de la naissance de votre enfant et à condition de remplir les conditions pour bénéficier des prestations familiales, vous pourrez prétendre à la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui comprend :

- La prime à la naissance.
- L'allocation de base.
- Le complément de libre choix du mode de garde.

Fiche 5

La sportive de haut niveau travailleuse indépendante

Vous désirez une enfant

En cas d'infertilité du couple, la Sécurité Sociale prend en charge la procréation médicalement assistée, sous certaines conditions :

- Prise en charge dans la limite de 6 tentatives d'insémination artificielle et 4 fécondations in vitro.
- Vous devez être âgée de moins de 43 ans.
- Vous devez être hétérosexuelle et en couple.
- Vous devez avoir consenti préalablement à ces actes médicaux.

Vous êtes enceinte

Avez-vous droit au congé maternité ?

Afin de bénéficier de la prise en charge par la Sécurité Sociale de votre congé maternité, vous devez être à jour de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et maternité et justifier, à la date présumée de l'accouchement, de 10 mois d'affiliation au titre d'une activité indépendante.

Vous n'êtes pas travailleuse indépendante depuis assez longtemps ? Si vous avez travaillé précédemment, ou que vous étiez inscrite à Pôle Emploi, ces périodes peuvent être prises en compte dans le calcul de la durée d'affiliation, à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruptions entre ces différentes périodes.

Vous êtes enceinte

Quelle est la durée du congé maternité ?

Pour pouvoir être pris en charge par la Sécurité Sociale, votre congé maternité doit être au minimum de 8 semaines, dont 6 après l'accouchement.

Si vous souhaitez prolonger votre congé, la durée maximale de sa prise en charge variera en fonction du nombre d'enfants à naître et de leur position dans la famille :

- Pour une naissance simple portant à 1 ou 2 le nombre d'enfants à charge : 16 semaines maximum (6 semaines en congé prénatal/10 semaines en congé postnatal).

- Pour une naissance simple portant à 3 le nombre d'enfants à charge: 26 semaines maximum (8 semaines en congé prénatal/ 18 semaines en congé postnatal)
- Pour la naissance de jumeaux: 34 semaines maximum (12 semaines en congé prénatal/22 semaines en congé postnatal)
- Pour la naissance de triplés ou plus: 46 semaines maximum (24 semaines en congé prénatal/22 semaines en congé postnatal)

Vous êtes enceinte

Comment est indemnisé le congé maternité?

En tant que travailleuse indépendante, vous avez droit à deux indemnités :

L'allocation forfaitaire de repos maternel :

La première moitié est versée au début du congé, l'autre moitié à la fin de la période obligatoire de cessation d'activité de 8 semaines ;

Son montant équivaut à la valeur mensuelle du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du 1er versement.

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité :

Elle est versée pour chaque jour de cessation d'activité professionnelle pendant les 8 semaines obligatoires, dont 6 après l'accouchement ;

Son montant est calculé par la CPAM grâce à vos revenus directement transmis par les URSSAF.

Focus sur: Et si mes revenus ne sont pas suffisants ?

Si la moyenne de vos trois dernières années de revenus est inférieure à 10% de la moyenne des valeurs annuelles du plafond de la Sécurité Sociale, vous ne percevrez alors que 10% des montants prévus pour l'allocation forfaitaire et l'indemnité journalière.

Rapprochez-vous de votre CPAM pour calculer les montants de ces indemnités.

Le congé parental d'éducation

Si vous le souhaitez, vous pouvez cesser temporairement, totalement ou partiellement, votre activité, pour vous occuper de l'éducation de votre enfant.

Dans le cas où vous décideriez de cesser totalement votre activité, il sera nécessaire de procéder à la « mise en sommeil » de votre entreprise, ce qui vous permettra d'interrompre votre activité le temps du congé parental sans avoir à dissoudre votre société, même s'il s'agit d'une microentreprise.

La mise en sommeil d'une entreprise est limitée à 2 ans (1 an renouvelable une fois pour les entreprises individuelles).

Le congé parental n'est pas rémunéré, mais peut, sous certaines conditions, donner lieu au versement d'une allocation par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), **la prestation partagée d'éducation de l'enfant** (PreParE).

Les allocations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)

À compter de la naissance de votre enfant et à condition de remplir les conditions pour bénéficier des prestations familiales, vous pourrez prétendre à la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui comprend :

- La prime à la naissance.
- L'allocation de base.
- Le complément de libre choix du mode de garde.

Vous désirez une enfant

Comme pour les salariées du secteur privé, en cas d'infertilité du couple, la Sécurité Sociale prend en charge la procréation médicalement assistée (PMA), sous certaines conditions :

- Prise en charge dans la limite de 6 tentatives d'insémination artificielle et 4 fécondations in vitro.
- Vous devez être âgée de moins de 43 ans ;
- Vous devez être hétérosexuelle et en couple ;
- Vous devez avoir consenti préalablement à ces actes médicaux.

Bon à savoir : depuis une circulaire du 24 mars 2017, les employeurs publics peuvent accorder aux agentes publiques des autorisations d'absence pour les actes médicaux nécessaires à PMA, sous réserve des nécessités de service. La durée de l'absence est proportionnée à la durée de l'acte médical reçu. Ces autorisations d'absence sont rémunérées et assimilées à du temps de travail effectif.

Vous êtes enceinte

Quand devez-vous informer votre employeur de votre grossesse ?

Dans le secteur public, l'agente (fonctionnaire, stagiaire ou contractuelle) doit obligatoirement déclarer sa grossesse à son employeur.

Vous devez ainsi déclarer votre grossesse avant la fin du 4^e mois de grossesse au service du personnel de votre collectivité (pour les fonctionnaires et les stagiaires) ou à votre caisse d'Assurance maladie (pour les agents soumis au régime général).

Vous êtes enceinte

Congés maternité: quelle est sa durée et les aménagements possibles ?

Durée

Le congé maternité est obligatoire, il n'est pas possible d'y renoncer totalement.

La durée légale du congé maternité dans la fonction publique est de 16 semaines, généralement réparties en 6 semaines prénatales et 10 semaines postnatales. Cette durée augmente avec le nombre d'enfants à charge dans le foyer :

- Naissance de votre premier et deuxième enfant : durée maximale de 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement/10 semaines après l'accouchement).
- À compter de la naissance de votre troisième enfant : durée maximale de 26 semaines (8 semaines avant l'accouchement/18 semaines après l'accouchement).
- Naissance de jumeaux : durée maximale de 34 semaines (12 semaines avant l'accouchement/22 semaines après l'accouchement).
- Naissance de triplés ou plus : durée maximale de 46 semaines (24 semaines avant l'accouchement/22 semaines après l'accouchement).

ATTENTION : Si aucune demande de congé maternité n'a été faite, vous serez obligatoirement placée en congé maternité pendant 8 semaines par votre employeur : 2 semaines avant la date présumée de votre accouchement et 6 semaines après.

Aménagements possibles

Deux types d'aménagements de la durée du congé maternité sont possibles.

- Report de votre congé prénatal : vous pouvez reporter une partie de votre congé prénatal après l'accouchement, dans la limite de 3 semaines et sur avis favorable du médecin qui suit votre grossesse.

Votre congé prénatal sera alors de 3 semaines et votre congé postnatal de 13 semaines.

Pour en bénéficier, vous devez faire parvenir à votre caisse d'Assurance maladie au plus tard, la veille de la date à laquelle doit commencer le congé maternité prénatal :

– une demande de report écrite ;

ET

– un certificat médical attestant que votre état de santé permet le report.

- Anticipation de votre congé prénatal

– Si vous êtes enceinte de votre 3ème enfant ou plus : sur avis médical, vous pouvez choisir d'anticiper votre congé prénatal dans la limite de 2 semaines.

– Dans le cas de naissances multiples ou naissance de jumeaux, vous pouvez, sur avis médical, choisir d'allonger votre congé prénatal de 4 semaines.

– En cas de naissance après terme, votre congé maternité prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement et la durée du congé postnatal reste identique.

La fin du congé maternité

Comment est indemnisé le congé maternité ?

Pendant votre congé maternité, vous conservez votre traitement indiciaire, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement si vous avez déjà un enfant, la nouvelle bonification indiciaire (NBI) et dans certains cas, vos primes.

Traitement indiciaire et nouvelle bonification indiciaire

Pour en bénéficier vous devez justifier de 6 mois de services dans votre administration.

En pratique :

- Soit l'administration vous verse l'intégralité de votre rémunération (traitement indiciaire + NBI).
- Soit vous percevez des indemnités journalières par la Sécurité sociale et votre administration ne verse que la partie complémentaire à ces indemnités journalières.

Si vous avez moins de 6 mois de services dans votre administration, vous ne percevez que les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Primes

La situation varie en fonction de votre statut :

- **Si vous relevez de la fonction publique d'État** (Éducation nationale par exemple), les primes et les indemnités sont versées intégralement. Lorsque le montant des primes et indemnités dépend en partie de vos résultats et de votre manière de servir, c'est à votre chef de service d'établir si votre congé a eu un impact sur votre activité. Enfin, les primes et indemnités qui rémunèrent des sujétions particulières ne vous sont plus versées si vous êtes remplacée pendant votre congé.
- **Si vous relevez de la fonction publique territoriale**, le maintien des primes est défini par délibération de votre collectivité. Lorsque le montant des primes et indemnités dépend en partie de vos résultats et de votre manière de servir, c'est à votre chef de service d'établir si votre congé a eu un impact sur votre activité.
- **Si vous relevez de la fonction publique hospitalière**, il n'existe pas de règle de maintien ou de suspension des primes. Celles-ci vous sont versées pendant votre congé de maternité si les conditions de leur maintien sont prévues par les textes qui les instituent.

La fin du congé maternité

Le retour au travail

La situation varie selon votre statut :

- Si vous relevez de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale : vous êtes réemployée sur votre emploi précédent dans la mesure permise par le service. Si cela n'est pas possible, vous êtes prioritaire pour être réemployée sur un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente.
- Si vous relevez de la fonction publique hospitalière : vous êtes réemployée sur votre emploi précédent dans la mesure permise par le service. Si cela n'est pas possible, vous êtes licenciée et disposez d'une priorité de réemploi dans votre établissement pour exercer des fonctions similaires assorties d'une rémunération équivalente.

Les autorisations d'absence pour examen médical

Vous bénéficiez d'autorisation d'absence pour les examens médicaux postnatal comme pour les examens prénataux.

Ces absences n'entraînent pas de diminution de votre rémunération et sont considérées comme du temps de travail effectif.

L'allaitement

Si votre administration dispose d'une crèche, vous pouvez vous absenter pour allaiter votre enfant dans la limite d'une heure par jour à prendre en 2 fois.

En l'absence de crèche, l'administration peut aussi vous accorder des autorisations d'absence pour allaitement si la proximité du lieu de garde de l'enfant le permet.

Ces autorisations d'absence sont rémunérées et assimilées à du temps de travail effectif.

Le congé parental d'éducation

Le congé parental est une position administrative qui vous est accordée après la naissance d'un ou plusieurs enfants ou lors de l'arrivée au foyer d'un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans adoptés ou confiés en vue de leur adoption.

Il ne peut pas être refusé et vous est accordé quelle que soit votre situation d'emploi :

- Fonctionnaire, stagiaire ou titulaire.
- Contractuelle en CDD ou en CDI, à condition toutefois d'avoir au moins un an d'ancienneté dans votre administration à la date de naissance ou d'arrivée au foyer de votre enfant.

La demande de congé doit être présentée par courrier, au moins 2 mois avant sa date de début et la demande de renouvellement du congé doit être demandée au moins 1 mois avant la fin du congé initial. Si vous ne respectez pas ce délai d'1 mois pour votre demande de renouvellement, il est automatiquement mis fin au congé.

Le congé parental doit être pris de manière continu mais il peut débuter à tout moment. Vous n'êtes pas obligée de le prendre après la fin de votre congé maternité.

Durée: Le congé parental est accordé par périodes de 2 à 6 mois renouvelables. Il peut être renouvelé dans la limite des durées maximales suivantes:

- Pour 1 enfant né: jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant.
- Pour 2 enfants nés simultanément: jusqu'à l'entrée à l'école maternelle des enfants
- Pour 3 enfants ou plus nés simultanément: 5 prolongations du congé parental sont possibles jusqu'au 6^{ème} anniversaire des enfants.

Rémunération: le congé parental n'est pas rémunéré. Toutefois, vous pouvez percevoir la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) laquelle, notez-le, ne coïncide pas forcément avec la durée de votre congé. Elle dépend du nombre d'enfants à charge et de votre situation familiale.

Carrière: depuis août 2019, les périodes de congé parental sont prises en compte, dans la limite de 5 ans pour l'ensemble de votre carrière, pour l'avancement d'échelon et de grade.

Formation: durant votre congé parental, vous pouvez demander à bénéficier de certaines formations comme par exemple une formation de perfectionnement dans le cadre de la formation continue, une préparation à un concours ou un examen professionnel, un bilan de compétences etc.

Durant la formation, vous restez placé en congé parental. Le temps passé en formation ne vaut pas temps de service effectif et n'est pas rémunéré.

Fin du congé parental: Vous devez demander votre réintégration par courrier et au moins 1 mois avant la fin de la période de congé en cours.

La fin du congé maternité

Supplément familial de traitement

À compter de la naissance de votre enfant et jusqu'à son 20^e anniversaire, vous avez droit au supplément familial de traitement (SFT). Il vous est dû que vous soyez fonctionnaire ou contractuel.

Le montant de ce complément de rémunération dépend du nombre d'enfants à charge et de votre indice majoré.

- Si votre indice majoré est inférieur ou égal à 449, vous percevez le SFT au taux minimum.
- Si votre indice majoré est compris entre 449 et 717, vous bénéficiez d'un SFT en partie proportionnel à votre traitement brut.
- Si votre indice majoré est supérieur ou égal à 717, vous percevez le SFT au taux maximum.

La demande est à adresser à votre direction des ressources humaines qui vous indiquera les justificatifs et documents à fournir.

À noter: selon la situation professionnelle des parents (un seul ou les deux parents sont agents publics par exemple) et votre situation familiale (les parents sont en couple ou séparés), les démarches à effectuer pour obtenir le SFT peuvent varier.

Vous désirez une enfant

En cas d'infertilité du couple, la Sécurité sociale prend en charge la procréation médicalement assistée, sous certaines conditions :

- Prise en charge dans la limite de 6 tentatives d'insémination artificielle et 4 fécondations in vitro.
- Vous devez être âgée de moins de 43 ans.
- Vous devez être hétérosexuelle et en couple.
- Vous devez avoir consenti préalablement à ces actes médicaux.

Vous êtes enceinte

Quels sont vos droits ?

Vous pouvez vous inscrire à Pôle Emploi ou être maintenue dans vos droits lorsque vous êtes enceinte.

Vous n'êtes pas dans l'obligation d'informer Pôle Emploi de votre grossesse lors de votre inscription ou dans un quelconque délai. Cependant, cette information vous permet de bénéficier d'une dispense de recherche active de travail, tout en étant indemnisée.

Vous pourrez également bénéficier d'un congé maternité, identique à celui des salariées.

Vous êtes enceinte

Quelle est la durée du congé maternité ?



Impossibilité de cumuler congé maternité et droit au chômage

Le congé maternité entraîne votre radiation de la liste des personnes en recherche d'emploi, mais décale la durée de votre indemnisation par Pôle Emploi. La période sans indemnisation sera donc reportée à votre retour de congé maternité et conditionnée à votre inscription sur cette liste.

Il n'est pas non plus possible de cumuler l'allocation chômage et les indemnités journalières de la CPAM.

Vous êtes enceinte

Comment est indemnisé le congé maternité ?

Le congé maternité est indemnisé par les seules indemnités journalières de la CPAM.

Pour pouvoir y prétendre, vous devez remplir une des 3 conditions suivantes.

- Percevoir l'allocation chômage.
- Avoir perçu l'allocation chômage au cours des 12 derniers mois.
- Avoir arrêté de travailler depuis moins de 12 mois sans être indemnisée par Pôle Emploi.

Le calcul des indemnités journalières est identique à celui s'appliquant aux salariées.

La fin du congé maternité

Réinscription à Pôle Emploi

Le dernier jour de votre congé maternité, vous devrez effectuer les démarches nécessaires pour vous réinscrire à Pôle Emploi. Votre radiation étant inférieure à 12 mois, le délai de carence de 7 jours ne vous est pas applicable.

La fin du congé maternité

Le congé parental d'éducation

Si vous le souhaitez, vous pouvez prendre un congé parental d'éducation à l'issue de votre congé maternité, pour vous occuper de l'éducation de votre enfant.

Tout comme le congé maternité, le congé parental n'est pas compatible avec une inscription sur les listes des personnes en recherche d'emploi, vous serez donc là aussi radiée des listes et ne percevrez pas d'allocations chômage.

Cependant, sous certaines conditions, le congé parental peut donner lieu au versement d'une allocation par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE).

La fin du congé maternité

Les allocations de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)

À compter de la naissance de votre enfant et à condition de remplir les conditions pour bénéficier des prestations familiales, vous pourrez prétendre à la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui comprend :

- La prime à la naissance.
- L'allocation de base.
- Le complément de libre choix du mode de garde.

Un projet d'adoption, tout comme un projet de maternité, nécessite un échange avec son environnement sportif et/ou professionnel afin que l'adoption se déroule dans les meilleures conditions.

Cette fiche vous aide à faire le pont sur les congés et les indemnisations auxquels vous avez le droit lorsque vous souhaitez adopter, en fonction de votre statut socio-professionnel.

Quels sont vos droits en cas d'adoption

Vous êtes salariée

Congé de « pré-adoption » ou « en vue d'adoption »

Il s'agit d'un congé non rémunéré de 6 semaines, auquel vous avez droit si vous respectez les conditions suivantes :

- Etre titulaire de l'agrément délivré par l'Aide Sociale à l'Enfance de votre département.
- Effectuer une adoption à l'étranger ou en France extra-métropolitaine.
- Informer votre employeur 2 semaines avant la prise d'effet du congé.

Congé d'adoption

Dès lors que vous avez obtenu l'autorisation d'adopter, vous avez droit au congé d'adoption, qui peut commencer 7 jours avant la date d'arrivée de l'enfant, et pour lequel vous devrez informer votre employeur.

Durée du congé :

- 16 semaines lors de l'adoption d'un seul enfant.
- 18 semaines si l'adoption a pour effet de porter à 3 le nombre d'enfants du foyer.
- 22 semaines en cas d'adoptions multiples (2 enfants ou plus).

Vous adoptez avec votre époux(se), qui bénéficie également d'un régime indemnisant le congé d'adoption, vous pouvez partager ce congé, qui sera alors allongé.

Durée de l'allongement du congé :

- 25 jours supplémentaires lors de l'adoption d'un seul enfant.
- 32 jours supplémentaires en cas d'adoptions multiples (Nouvelles durées à compter du 1^{er} juillet 2021).

La durée totale du congé (jours de base + jours supplémentaires) ne peut être fractionnée qu'en 2 périodes, dont la plus courte est au moins égale à 25 jours. Les parents peuvent être en congés simultanément ou consécutivement.

Indemnisation du congé d'adoption

Lors de votre congé d'adoption, votre contrat est suspendu, votre employeur n'est pas obligé de vous rémunérer. Vous avez alors droit à des indemnités journalières de repos, qui vous seront versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) si vous remplissez les conditions d'immatriculation et de cotisation prévues pour cette situation.

Les indemnités journalières sont calculées en fonction de votre salaire journalier de base et seront comprises entre 9,66 € et 89,03 € par jour.

Votre contrat de travail ou la convention collective applicable dans votre entreprise peut prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables que celles de la Sécurité Sociale, pouvant aller jusqu'au maintien intégral du salaire.

- Vous êtes salariée d'un club professionnel, ce sont les dispositions de la CCNS qui s'appliqueront.
- Vous êtes salariée dans une autre structure, ce sont les dispositions de la convention collective en vigueur dans votre entreprise qui s'appliqueront.

Congé parental d'éducation

Comme tout parent salarié remplissant les conditions d'éligibilité, vous avez droit au congé parental d'éducation.



Pour aller plus loin: voir fiches sur la maternité des salariées.

Quels sont vos droits en cas d'adoption

Vous êtes travailleuse indépendante

Congé d'adoption

Dès lors que vous avez obtenu l'autorisation d'adopter, vous avez droit au congé d'adoption.

Durée du congé d'adoption :

- 12 semaines en cas d'adoption unique.
- 25 semaines en cas d'adoption simultanée de 2 enfants.
- 34 semaines en cas d'adoption simultanée de 3 enfants ou plus.

⁵ Nouvelles durées à compter du 1^{er} juillet 2021

Vous adoptez avec votre époux(se), qui bénéficie également d'un régime indemnisant le congé d'adoption, vous avez la possibilité de partager ce congé, qui sera alors allongé.

Durée de l'allongement du congé :

- 25 jours supplémentaires lors de l'adoption d'un seul enfant.
- 32 jours supplémentaires en cas d'adoptions multiples.

La durée totale du congé (jours de base + jours supplémentaires) ne peut être fractionnée qu'en 2 périodes, dont la plus courte est au moins égale à 25 jours. Les parents peuvent être en congés simultanément ou consécutivement.

Indemnisation du congé d'adoption

À condition de justifier de 10 mois d'affiliation en tant que travailleuse indépendante à la date de l'arrivée de l'enfant dans votre foyer, il existe deux types d'indemnisation du congé d'adoption :

- L'allocation forfaitaire de repos maternel : elle est versée au moment de l'arrivée de l'enfant dans votre foyer, à condition que vous vous engagiez à cesser votre activité pendant un minimum de 11 jours. Sous conditions de revenus, son montant est égal à la moitié de l'allocation versée aux femmes qui accouchent.
- Les indemnités journalières forfaitaires d'interruption d'activité : elles sont versées pendant toute la durée de la cessation de votre activité. Elles sont calculées en fonction des revenus cotisés transmis par les URSSAF, et ne peuvent être supérieures à 56,35€/jour.

Congé parental d'éducation

Comme tout parent travailleur indépendant remplissant les conditions d'éligibilité, vous avez droit au congé parental d'éducation.

Quels sont vos droits en cas d'adoption

Vous êtes membre de la fonction publique

Disponibilité en vue d'adoption

Il s'agit d'une disponibilité non rémunérée de 6 semaines, auquel vous avez droit si vous respectez les conditions suivantes :

- Être titulaire de l'agrément délivré par l'Aide Sociale à l'Enfance de votre département
- Effectuer une adoption à l'étranger ou en France extra-métropolitaine
- Être fonctionnaire titulaire
- Respecter les démarches d'information de votre hiérarchie, différentes selon votre fonction publique d'appartenance.

Congé d'adoption

Quel que soit votre statut (fonctionnaire ou contractuelle) et votre fonction publique d'appartenance, dès lors que vous avez obtenu l'autorisation d'adopter, vous avez droit au congé d'adoption, qui peut commencer 7 jours avant la date d'arrivée de l'enfant.

- Durée du congé d'adoption :
 - 10 semaines lors de l'adoption d'un seul enfant.
 - 18 semaines si l'adoption a pour effet de porter à 3 le nombre d'enfants du foyer.
 - 22 semaines en cas d'adoptions multiples (2 enfants ou plus).
- Vous adoptez avec votre conjoint(e) et souhaitez partager le congé d'adoption, ceci est possible dans les situations suivantes :
 - Vous êtes tou(te)s les deux fonctionnaires en activité.
 - Vous êtes contractuelle de la fonction publique et votre époux (se) est dans la même situation ou est salarié (e) du secteur privé.
- Durée de l'allongement du congé :
 - 25 jours supplémentaires lors de l'adoption d'un seul enfant.
 - 32 jours supplémentaires en cas d'adoptions multiples.
(Nouvelles durées à compter du 1^{er} juillet 2021).

La durée totale du congé (jours de base + jours supplémentaires) ne peut être fractionnée qu'en 2 périodes, dont la plus courte est au moins égale à 25 jours. Les parents peuvent être en congés simultanément ou consécutivement.

Si vous souhaitez répartir le congé entre les époux (ses), vous devrez le spécifier lors de votre demande de congé, en joignant un justificatif de la situation professionnelle de votre conjoint(e) et la répartition envisagée.

Indemnisation du congé d'adoption

- Vous êtes fonctionnaire (d'État territoriale ou hospitalière)

Votre traitement indiciaire continue de vous être versé, tout comme l'indemnité de résidence et la nouvelle bonification indiciaire si vous les percevez, ainsi que les primes et indemnités auxquelles vous prétendez normalement.

- Vous êtes contractuelle

Si vous cumulez au moins 6 mois de services, vous continuerez à percevoir votre traitement indiciaire, ainsi que l'indemnité de résidence si vous la percevez et les primes et indemnités auxquelles vous prétendez normalement.

Si vous cumulez moins de 6 mois de services, vous percevrez les indemnités journalières versées par la CPAM, dès lors que vous remplissez les conditions ouvrant droit à l'indemnisation du congé d'adoption.

⁷ Nouvelles durées à compter du 1^{er} juillet 2021

Focus sur: Le maintien du supplément familial de traitement

Quels que soient votre statut et votre fonction publique d'appartenance, vous percevrez, ou continuerez de percevoir, le supplément familial de traitement en totalité durant le congé d'adoption, à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel l'enfant est pris en charge.

Congé parental d'éducation

Comme tout parent travaillant dans la fonction publique et remplissant les conditions d'éligibilité, vous avez droit au congé parental d'éducation.

Quels sont vos droits en cas d'adoption

Vous êtes en recherche d'emploi

Congé d'adoption

La durée du congé d'adoption dépend de l'activité et du statut dont vous bénéficiez avant la période sans emploi. Pour connaître cette durée, vous pouvez vous reporter aux catégories détaillées dans la présente fiche.

Pendant toute la durée de votre congé d'adoption, vos droits au chômage sont suspendus.

Par conséquent, vous devrez renouveler votre inscription en tant que demandeuse d'emploi dans les 5 jours suivants la fin de votre congé d'adoption.

Indemnisation du congé d'adoption

Tout comme vos droits au chômage, vos allocations sont également suspendues pendant la durée de votre congé d'adoption.

Ce dernier est indemnisé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sous forme d'indemnités journalières, uniquement si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits à indemnisation à la date à laquelle la rupture de votre contrat de travail a pris effet ou à la date de la cessation de votre activité de travailleuse indépendante.

Plusieurs situations sont à différencier, en fonction du moment où vous souhaitez déclencher le congé d'adoption :

- **Vous êtes indemnisée par Pôle Emploi.**

Vous bénéficierez des indemnités journalières auxquelles vous aviez droit avant la rupture de votre contrat de travail.

Ces indemnités sont calculées sur la base des salaires des 3 ou 12 derniers mois précédant la rupture de votre contrat de travail.

- **Vous n'êtes plus indemnisée par Pôle Emploi.**

Vous bénéficiez du maintien de vos droits aux indemnités journalières pendant un an à compter de la date de cessation du versement de votre allocation chômage par Pôle Emploi.

Ces indemnités sont calculées sur la base des salaires des 3 ou 12 derniers mois précédant la rupture de votre contrat de travail.

- **Vous n'êtes pas indemnisée par Pôle Emploi.**

Vous bénéficiez du maintien de vos droits aux indemnités journalières pendant un an à compter de la date de la rupture de votre contrat de travail.

Ces indemnités sont calculées sur la base des salaires des 3 ou 12 derniers mois précédant la rupture de votre contrat de travail.

Congé parental d'éducation

Il est possible de prendre un congé parental lorsque vous êtes au chômage.

Cependant, si vous avez droit aux aides versées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), vous ne pouvez pas dans le même temps percevoir vos allocations chômage. Ces dernières sont donc suspendues, et vous devrez vous inscrire de nouveau à Pôle Emploi à la fin de votre congé parental.

Quels sont vos droits en cas d'adoption

Vous êtes en formation universitaire ou professionnelle

Le statut d'étudiante ne permet pas à lui seul d'accéder au congé d'adoption. Seule la poursuite d'études en alternance vous permet d'accéder aux mêmes droits que ceux des salariés.

En effet, votre présence dans une entreprise en tant qu'alternante vous permet d'être rattachée au régime général des salariés, et ainsi de jouir des mêmes droits que les autres salariés.

Pour connaître les modalités du congé d'adoption pour les salariés, ainsi que son indemnisation, se référer au 2.1 de la présente fiche.

Focus sur: Les prestations sociales de la CAF

Quel que soit votre statut, et sous certaines conditions de ressources, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) peut vous verser des allocations pour vous accompagner dans l'accueil de votre enfant.

Ces prestations seront versées dans le cadre de la PAJE (Prestation d'accueil du jeune enfant) et sont constituées de :

- La prime à l'adoption : versée lors du 2^e mois qui suit l'arrivée de l'enfant de moins de 20 ans dans votre foyer.
- L'allocation de base d'adoption : versée pendant les 36 mois suivant l'arrivée de votre enfant ou jusqu'à ses 20 ans.

Fiche 9

La parentalité, et votre conjoint(e) dans tout ça ?

Que vous soyez mariée ou en couple, avec le père de votre enfant ou pas, la personne qui partage votre vie bénéficie de certains droits pour vous accompagner dans votre projet de maternité.

Cette fiche présente ces droits, en fonction du statut socio-professionnel de votre conjoint(e).

Cette fiche tient compte des nouvelles mesures s'appliquant au congé de paternité pour les naissances dont la date de survenance est prévue à compter du 1er juillet 2021. Ces nouvelles mesures concernent la durée du congé, ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

Qui est concerné ?

Le droit au congé de paternité et parental d'éducation est ouvert :

- au père de l'enfant
- à la personne qui vit en couple avec la mère de l'enfant, en tant qu'époux (se), concubin(e), partenaire de PACS ou en union libre, et qui n'est pas le père de l'enfant.

Votre conjoint(e) est salarié(e)

Avant la naissance

En tant que conjoint(e) salarié(e), il (elle) a le droit à une autorisation d'absence pour vous accompagner à 3 examens médicaux obligatoires de suivi de grossesse, sans que cela n'entraîne une diminution de sa rémunération, et sans que son employeur puisse lui refuser.

Votre conjoint(e) est salarié(e)

Après la naissance

Une fois que l'enfant est né, il (elle) peut prétendre à différents congés.

Le congé de naissance

Ce congé est ouvert à tout salarié, sans conditions d'ancienneté, quel que soit le type de contrat de travail.

Il est d'une durée de 3 jours calendaires pour chaque naissance ou adoption dans le foyer, sachant que les naissances multiples ne permettent pas d'augmenter cette durée. Il doit être pris immédiatement après l'arrivée de l'enfant, cumulé avec les 4 jours du congé paternité à prendre obligatoirement à cette période.

Il est rémunéré normalement, comme un jour travaillé.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Durée du congé: le congé est de 25 jours calendaires (32 jours en cas de naissances multiples), il se décompose en 2 périodes :

- Une période obligatoire de 4 jours à prendre immédiatement après la naissance de l'enfant qui se cumule avec le congé de naissance ;
- Une période de 21 jours (28 jours en cas de naissances multiples) qui peut succéder au congé de naissance et aux 4 jours obligatoires ou être prise à un autre moment, dans le délai de 6 mois à compter de la naissance de l'enfant. Ce congé peut être fractionné en 2 périodes de 5 jours chacune, dans le respect des délais de prévenance de l'employeur.

Indemnisation du congé: le congé de paternité suspend le contrat de travail, il est indemnisé par la CPAM, si les conditions d'indemnisation sont réunies, sous forme d'indemnités journalières comprises entre 9,66€ et 89,03€ par jour.

Le contrat de travail de votre conjoint(e) ou la convention collective applicable dans son entreprise peut prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables que celles de la Sécurité Sociale, pouvant aller jusqu'au maintien intégral du salaire.

N.B: à ce jour, aucune convention collective applicable aux sportifs professionnels et sportifs de haut niveau ne prévoit de dispositions particulières concernant le congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Le congé parental d'éducation

A l'issue du congé maternité ou d'adoption, un des parents, les deux simultanément ou successivement, peuvent prétendre à un congé parental d'éducation.



Pour aller plus loin: voir fiche sur la maternité des salariées.

Votre conjoint(e) est travailleur(se) indépendant(e)

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Pour avoir droit à ce congé, votre conjoint(e) doit remplir les conditions d'affiliation au régime général de la CPAM et cesser totalement son activité lors de cette période.

Durée du congé:

- Pour pouvoir être indemnisé, le congé doit être au minimum de 7 jours et au maximum de 25 jours calendaires, porté à 32 jours en cas de naissances ou d'arrivées multiples.
- Les 7 premiers jours sont à prendre immédiatement à l'arrivée de l'enfant, le reste du congé devra être pris dans les 6 mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant.
- La durée d'indemnisation est fractionnable en 3 périodes d'au moins 5 jours chacune.

Indemnisation du congé: le congé est indemnisé par la CPAM sous forme d'indemnités journalières dont le montant varie en fonction des revenus annuels de votre conjoint(e).

Votre conjoint(e) est travailleur(se) indépendant(e)

Le congé parental d'éducation

À l'issue du congé maternité ou d'adoption, un des parents, les deux simultanément ou successivement, peuvent prétendre à un congé parental d'éducation.

Votre conjoint(e) est membre de la fonction publique

Avant la naissance

Uniquement en cas de protocole de procréation médicalement assistée et sous réserve des nécessités de service, votre conjoint(e) a le droit à des autorisations d'absence, dans la limite de 3, afin d'assister aux actes médicaux nécessaires à chaque protocole d'assistance médicale à la procréation. Ces absences n'entraîneront aucune baisse de salaire et seront considérées comme du temps de travail effectif.

Après la naissance

Une fois que l'enfant est né, votre conjoint(e) peut prétendre à différents congés.

Le congé de naissance

Ce congé est ouvert à tout agent de la fonction publique, fonctionnaire ou contractuel.

Il est d'une durée de 3 jours ouvrables, quel que soit le nombre de nouveaux nés.

Il doit être pris immédiatement après l'arrivée de l'enfant, cumulé avec les 4 jours du congé paternité à prendre obligatoirement à cette période.

Il est rémunéré normalement, comme un jour travaillé.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Le congé de paternité est ouvert aux fonctionnaires stagiaires ou titulaires, ainsi qu'aux agents contractuels en CDD ou CDI.

Durée du congé: le congé est de 25 jours calendaires (32 jours en cas de naissances multiples), il se décompose en 2 périodes :

- Une période obligatoire de 4 jours à prendre immédiatement après la naissance de l'enfant qui se cumule avec le congé de naissance.
- Une période de 21 jours (28 jours en cas de naissances multiples) qui peut succéder au congé de naissance et aux 4 jours obligatoires ou être prise à un autre moment, dans le délai de 6 mois à compter de la naissance de l'enfant, fractionnable en 2 périodes d'une durée minimale de 5 jours chacune.

Indemnisation du congé:

- Pour les fonctionnaires, le traitement indiciaire, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et la nouvelle bonification indiciaire sont maintenus en intégralité pendant le congé.
- Pour les contractuels, le traitement indiciaire est maintenu en intégralité si l'agent justifie d'au moins 6 mois de services. L'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont également versés en totalité.

Le congé parental d'éducation

À l'issue du congé maternité ou d'adoption, un des parents, les deux simultanément ou successivement, peuvent prétendre à un congé parental d'éducation.

Votre conjoint(e) est en recherche d'emploi

Le congé de naissance

Ce congé est ouvert à tout demandeur d'emploi.

Il est d'une durée de 3 jours calendaires pour chaque naissance ou adoption dans le foyer, sachant que les naissances multiples ne permettent pas d'augmenter cette durée. Il doit être pris immédiatement après l'arrivée de l'enfant, cumulé avec les 4 jours du congé paternité à prendre obligatoirement à cette période.

Votre conjoint(e) est en recherche d'emploi

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Pour avoir droit à ce congé, votre conjoint(e) doit remplir les conditions d'ouverture des droits auprès de la CPAM, sachant que les règles d'attribution et le calcul des indemnités journalières sont déterminés par l'activité professionnelle antérieure à l'indemnisation chômage ou à la cessation d'activité.

Si la durée du congé de paternité est supérieure à 15 jours, votre conjoint(e) sera radié(e) des listes de Pôle Emploi pendant la durée du congé, entraînant également la suspension de l'allocation chômage.

A la fin du congé, votre conjoint(e) devra se réinscrire à Pôle Emploi, la durée d'indemnisation étant repoussée de la durée du congé de paternité.

Durée du congé: le congé est de 25 jours calendaires (32 jours en cas de naissances multiples), il se décompose en 2 périodes:

- Une période obligatoire de 4 jours à prendre immédiatement après la naissance de l'enfant, qui se cumule avec le congé de naissance
- Une période de 21 jours (28 jours en cas de naissances multiples) qui peut succéder au congé de naissance et aux 4 jours obligatoires ou être prise à un autre moment, dans le délai de 6 mois à compter de la naissance de l'enfant.

Indemnisation du congé: il est indemnisé par la CPAM, si les conditions d'indemnisation sont réunies, sous forme d'indemnités journalières comprises entre 9,66€ et 89,03€ par jour.

Votre conjoint(e) est en recherche d'emploi

Le congé parental d'éducation

À l'issue du congé maternité ou d'adoption, un des parents, les deux simultanément ou successivement, peuvent prétendre à un congé parental d'éducation.



Pour aller plus loin: voir fiche sur maternité des sportives en recherche d'emploi.

Votre conjoint(e) est étudiant(e)

Le statut d'étudiant ne permet pas à lui seul d'accéder au congé de paternité. Seule la poursuite d'études en alternance permettrait à votre conjoint(e) d'accéder aux mêmes droits que ceux des salariés.

En effet, sa présence dans une entreprise en tant qu'alternant (e) lui permet d'être rattaché(e) au régime général des salariés, et ainsi de jouir des mêmes droits que les autres salariés.

Pour connaître les modalités du congé de paternité pour les salariés, ainsi que son indemnisation, se référer au paragraphe concerné de la présente fiche.

6 Cartographie des intervenants professionnels du sport de haut niveau



Le plus important serait d'avoir un annuaire avec des personnes pour pouvoir bénéficier d'un encadrement pendant la grossesse et après.

– Dora TCHOUKINE



La grande majorité des SHN interrogées déclare ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique pendant leur grossesse (préparateur physique, gynécologue, nutritionniste...) pour construire un programme de pratique adaptée.

Pourtant, 80% déclarent qu'elles auraient souhaité ce type d'accompagnement. Concernant l'après grossesse, il ressort le même constat: 88% déclarent ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement spécifique de leur fédération ou club pour leur retour à la performance. Les sportives semblent donc peu accompagnées tant sur le plan médical que professionnel.

Les ressources identifiées dans ce chapitre permettront aux sportives et à leur entourage de bénéficier de l'accompagnement de personnes qualifiées et mobilisées à cet effet.

En 2021, l'INSEP, en collaboration avec le réseau grand INSEP, a lancé un nouvel outil au service des sportives et sportifs de haut niveau, de leur encadrement et des fédérations : une cartographie interactive des intervenants professionnels dans le sport de haut niveau. Cette application permet de visualiser les données recueillies sur le Portail de Suivi Quotidien du Sportif (PSQS) correspondant aux professionnels intervenant auprès des fédérations sportives et des centres d'entraînement et de formation de haut niveau maillant le territoire français (centres RGI: CREPS, écoles nationales, instituts, etc.).

L'enjeu premier de cet outil est de pouvoir répondre aux besoins spécifiques des sportifs de haut niveau (SHN) et à leur encadrement afin de les accompagner au mieux dans leurs projets de performance. Pour ce faire, sept champs d'accompagnement à la performance répondant aux besoins des fédérations ont été retenus: la dimension physique, la dimension mentale, le médical-paramédical, l'innovation-recherche, le suivi socio-professionnel et l'accompagnement à la scolarité, l'entraînement et les fonctions techniques spécifiques, le pilotage HN/HP. Au-delà de la réponse cartographique, l'analyse des données qu'offre cet outil participe activement à l'animation du réseau grand INSEP en intégrant l'ensemble des personnes ressources identifiées.

La diffusion de la base de données du PSQS et l'application qu'elle propose permettant de visualiser les données, contribuent à l'identification des personnes ressources dans le sport de haut niveau en France à l'horizon 2024. Les informations seront enrichies et actualisées en temps réel tout au long de l'olympiade à venir. L'ambition est de référencer et de mutualiser un maximum de ressources disponibles sur le territoire national au service des projets de performance fédéraux.

Il est possible de faire une recherche «entraînement et maternité» la cartographie publique accessible sur le lien <https://ressources.carto.sport/> ou sur la cartographie privée accessible depuis le PSQS.

Vous trouverez sur cet outil les médecins-gynécologues, médecins conseillers référents dans les services déconcentrés régionaux du ministère chargé des sports, médecins des centres labellisés du réseau grand INSEP, psychologues, préparateurs physiques-réathlétiseurs.

Annexe 1 — Les 15 questions gynécologiques relatives aux cycles

| | | |
|--|------------|------------|
| 1. Mes 1 ^{ères} règles sont venues après l'âge de 16 ans. | oui | non |
| 2. J'ai actuellement une absence de règles de plus de 3 mois. | oui | non |
| 3. J'ai eu dans le passé des absences de règles de 3 mois ou plus. | oui | non |
| 4. J'ai des règles irrégulières, ou cycles > 35 jours. | oui | non |
| 5. J'ai 4 fois mes règles dans l'année ou moins de 4 fois. | oui | non |
| 6. J'ai eu une ou plusieurs fractures de fatigue. | oui | non |
| 7. Les douleurs de règles me gênent parfois à l'entraînement. | oui | non |
| 8. Je prends du poids avant mes règles. | oui | non |
| 9. J'ai moins d'énergie, plus de fatigue avant ou pendant les règles. | oui | non |
| 10. Les symptômes dans la période de règles (crampes, fatigue, prise de poids, ballonnement abdominal ou douleurs) me gênent à l'entraînement. | oui | non |
| 11. Je prends une contraception hormonale type pilule. | oui | non |
| 12. Je prends une contraception hormonale aussi pour régulariser les règles. | oui | non |
| 13. J'ai eu des modifications récentes du poids. | oui | non |
| 14. J'ai exclu certains aliments du fait de problème de poids dans mon sport. | oui | non |
| 15. À l'entraînement, à la course, au saut ... à la toux, j'ai rarement ou parfois quelques « fuites urinaires » | oui | non |

Ce questionnaire amène à demander un avis médical en cas de réponse « oui » à une question, hors question 11

Si vous souhaitez, précisez avant votre consultation :

- Les symptômes de la période de règle qui sont, pour vous, les plus gênants.
- L'âge de vos premières règles.
- Votre % de masse grasse, si vous le connaissez.

Annexe 2

Questionnaire d'évaluation sur les problèmes urinaires

Ceci est un questionnaire sur les problèmes urinaires, qui peuvent survenir au cours de la pratique du sport intensif et doit permettre une meilleure prise en charge de ces troubles, trop souvent encore considérés comme « tabou ».

Ce questionnaire est anonyme. Merci d'y répondre avec sincérité, en entourant ou cochant les réponses qui vous correspondent

Âge: _____ Taille: _____ Poids: _____

Fédération sportive: _____

Spécialité sportive: _____

Âge d'entrée dans le haut niveau: _____

Nombre moyen d'H/ sem d'entraînement: _____

Âge des 1^{ères} règles: _____

Contraception hormonale: Oui Non

Type de contraceptif: pilule patch implant anneau stérilet

Notez le nom de votre contraceptif: _____

Les 4 dernières semaines, pouvez-vous préciser:

Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en fonction d'un besoin urgent ?

Jamais <1 fois / semaine plusieurs fois / semaine plusieurs fois / jour

Combien de fois avez-vous une fuite urinaire sans pouvoir contrôler ce besoin urgent ?

Jamais <1 fois / semaine plusieurs fois / semaine plusieurs fois / jour

Merci de préciser la ou les circonstances déclenchantes des envies impérieuses:

Dans les phases d'attente longue: Oui Non

Quand vous êtes stressée: Oui Non

Au froid: Oui Non

Au contact de l'eau: Oui Non

Dans ces circonstances, quel type de fuite d'urine avez-vous ?

Aucune Quelques gouttes petite quantité fuites abondantes

Combien de fois en moyenne êtes-vous réveillée la nuit par le besoin d'uriner:

0-1 fois 2 fois 3-4 fois plus de 4 fois

Il est fréquent d'avoir des fuites d'urine lors de la pratique sportive intensive.

Pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites, ces 4 dernières semaines:

Jamais <1 fois / semaine plusieurs fois / semaine plusieurs fois / jour

Pouvez-vous préciser le moment de survenue: (plusieurs réponses possibles)

En compétition: **Oui** **Non**

Dès le début de l'entraînement: **Oui** **Non**

Au bout d'1 heure d'entraînement: **Oui** **Non**

Au bout de 2 heures d'entraînement: **Oui** **Non**

Depuis l'entrée dans le haut niveau: **Oui** **Non**

Depuis combien d'années: _____

Annexe 3 — Programme de prévention du périnée des SHN

Contexte:

La participation féminine aux championnats du Monde, aux Jeux Olympiques, a beaucoup évolué en 2 décennies. Nos connaissances se sont enrichies de nombreuses études scientifiques qu'il s'agisse du retour à la performance des sportives de haut niveau après la maternité, de la qualité de vie et la longévité des olympiens et olympiennes après carrière, mais également des risques de la pratique intensive.

La prévention des risques de la pratique sportive intensive s'inscrit dans un suivi d'excellence:

- Prévention de la triade de l'athlète qui regroupe disponibilité énergétique insuffisante, troubles du cycle et déminéralisation osseuse avec secondairement un risque augmenté de fractures de fatigue.
- Prévention du risque d'incontinence urinaire à l'effort (IUE).

Cette prévention permet une pratique performante, en préservant la santé de l'athlète féminine en cours de carrière et après la carrière.

Nous proposons un programme de prévention des troubles urinaires à type d'IUE chez les sportives de haut niveau.

Ces troubles considérés longtemps comme tabou influencent la performance en diminuant l'efficacité du travail des abdominaux et impactent la santé future de l'athlète majorant le risque d'IUE d'un facteur 8 dans l'après carrière par rapport à la population non sportive de haut niveau.

La prévention repose sur une information compréhensible du risque, aux sportives et à l'environnement des sportives, entraîneur, préparateur physique, en s'appuyant sur les données scientifiques actuelles, le déploiement des moyens dont nous disposons pour l'éviter, le dépister précocement (questionnaire validé), voire le prendre en charge, pour éviter son aggravation ou des complications ultérieures.

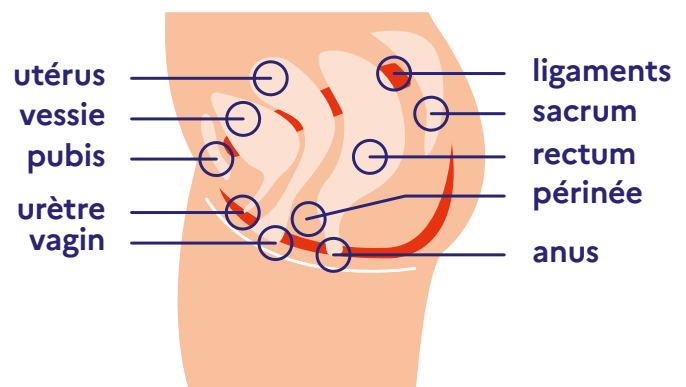
Définitions:

Le périnée est un ensemble de muscles sur 3 plans superficiel, moyen (muscle transverse profond) et profond (les deux faisceaux du releveur de l'anus) et de tissu conjonctif (collagène) de soutien. Le muscle est constitué essentiellement de fibres musculaires posturales toniques. Il forme un hamac tendu entre le pubis en avant et le coccyx en arrière, ce hamac est traversé par l'urètre (conduit urinaire), le vagin en avant, et le canal anal en arrière.

Schéma du périnée: vue latérale

Le tissu conjonctif perd sa qualité d'élasticité en cas de déshydratation sévère, il est sensible au taux hormonal d'œstrogène, qui est abaissé en cas d'absence de menstruation.

Le rôle du périnée est le soutien des organes du petit bassin vagin, utérus, et rectum. Efficace, il amortit la pression abdominale, tandis qu'insuffisant, il ne contient plus la pression abdominale qui soutient la performance.



L'IUE est la perte involontaire d'urines liée à un effort physique s'accompagnant d'hyperpression abdominale ou à un effort de toux.

Prévalence de l'IUE: elle est rapportée chez 28 à 80% des sportives de haut niveau, nullipares, et concernait en 2016, 72% des sportives à l'INSEP ayant rempli un questionnaire d'évaluation. L'IUE concerne aussi les sportives ayant une pratique de loisirs, avec une prévalence moindre de l'ordre de 14%.

Elle est plus fréquente en fin d'entraînement pour 52% des SHN, augmente avec les années d'entraînement et la répétition d'exercices intenses et brefs.

Liens entre la pratique sportive intensive et le périnée

Les exercices génèrent une hyperpression abdominale, selon l'orientation et sa puissance, elle arrive sur l'espace entre les faisceaux musculaires ou sur la partie musculaire (muscles éleveurs de l'anus) entraînant une fatigabilité musculaire avec diminution de la tonicité musculaire du périnée. La diminution de tonus musculaire est estimée à 20% après 90 minutes d'exercices intenses.

L'IUE résulte d'un déséquilibre entre les forces de poussée, générées par les pressions intra abdominales et l'efficacité insuffisante de la fonction de soutien du périnée.

Facteurs déclenchants et sports à risques

Dans une étude observationnelle, réalisée à l'INSEP, incluant 404 athlètes d'âge moyen 21,4 ans, dans le haut niveau depuis 5 ans en moyenne, les principaux facteurs déclenchant rapportés sont par ordre de fréquence: le saut, la course à pieds, le travail des abdominaux et le soulèvement de poids.

Les sports à risque pour le périnée sont ceux s'accompagnant de déplacements dynamiques rapides, les sports à forte contraction abdominale, les sports qui favorisent une attitude en hyperlordose modifiant l'orientation de la force abdominale qui n'aboutit plus sur la partie la plus résistante du périnée (noyau fibreux central) et la butée sacro coccygienne (lancer de poids, de javelot) ou les sports qui peuvent s'accompagner d'un écartement des ischions avec une rigidité périnéale (équitation). Un entraînement trop poussé des muscles superficiels (grands droits de l'abdomen), sans travail de la musculature profonde (transverse, oblique), pourrait favoriser la perte de l'ajustement réflexe anticipateur des fibres musculaires posturales toniques du périnée, qui soutiennent la vessie.

Sports à contrainte périnéale forte avec composante dynamique dominante.

- Gymnastique, trampoline, aérobic, danse
- Course à pied
- Saut dans les disciplines de l'athlétisme (saut de haies, saut en longueur, triple saut, perche)
- Saut dans les sports de glace
- Sports de balle: squash, tennis, badminton, basketball, volley ball, handball
- Football
- Rugby
- Ski de fond

Sports à contrainte périnéale forte avec composante isométrique dominante

- Athlétisme et ses spécialités: lancer du javelot, lancer de marteau
- Judo, boxe, taekwondo, lutte
- Aviron
- Escrime
- Haltérophilie
- Équitation
- Planche à voile
- Snowboard - Ski alpin (slalom)

Les sports à faible risque

- Les sports techniques, comme le tir, le tir à l'arc
- Les sports portés: le cyclisme, la natation
- La marche
- Le golf.

Un programme de prévention globale associe :

Il comprend des exercices de renforcement périnéal expliqués, le contrôle du travail des abdominaux réalisés en hypopression, le travail sur la respiration et les mécanismes de stabilisation rachidien et abdomino-pelvien suivi d'une séance de révisions des acquis.

Cette stratégie préventive permet, dès l'entrée dans le haut niveau et dans les disciplines à risque, une prise de conscience du périnée et du travail bénéfique de synergie entre les muscles abdominaux, le périnée, la respiration et la posture, afin de limiter l'IUE et d'améliorer la performance.

Prise en charge chez la SHN ayant une IUE en fin d'entraînement

Le premier temps de traitement est la kinésithérapie du périnée, comprenant une rééducation visant à rééquilibrer abdominaux et plan périnéal moyen et profond, et en fonction du bilan rééducation périnéale manuelle dynamique avec prise de conscience de la contraction du périnée si nécessaire, à distinguer de la contraction des adducteurs et des abdominaux, puis un temps de biofeedback, pour visualiser la réalité de la contraction, cette rééducation peut être poursuivie par une auto-rééducation à domicile par sonde vaginale, associée à des exercices réguliers de renforcement du périnée selon les schémas donnés.

Grossesse des SHN et périnée :

- Il n'y a pas plus d'IUE pendant et après la grossesse chez les SHN par rapport à une population contrôle sauf si l'incontinence urinaire est présente avant la grossesse.
- Les sportives ayant eu une IUE avant la grossesse sont plus nombreuses à avoir une IUE après la grossesse.
- **Les SHN ayant une IUE précoce non prise en charge ont un risque plus élevé d'IUE** ultérieure (Odds Ratio et Intervalle de Confiance 95%), ce qui incite à prendre les mesures préventives pour préserver la fonction périnéale.
- Des exercices pendant la grossesse peuvent être proposés (cf. annexe planche d'exercices).

Conclusion

Ce programme vise à systématiser une prévention structurée auprès des Pôles, elle sera évaluée par questionnaire validé.

Nous souhaitons développer, au niveau des Pôles INSEP puis au niveau du Grand INSEP, un programme de prévention de la pathologie périnéale, assurant l'information des sportives et des professionnels du sport. En effet, notre objectif est de diminuer la prévalence de cette pathologie qui entraîne une gêne psychologique et entraîne inévitablement la diminution de la performance des SHN.

L'IUE de la SHN est une pathologie encore tabou, considérée à tort comme transitoire, le temps de la carrière, ce qui n'est pas exact. Il existe un manque d'information sur les possibilités de prévention ou de prise en charge.

Ce programme vise essentiellement à informer les sportives et à les former au contrôle correct des abdominaux sans risque pour le périnée et au renforcement de la fonction du périnée.

Les muscles du périnée se déploient sur 3 plans:

- Un plan superficiel avec 4 muscles (muscles bulbo caverneux, ischio caverneux, transverse superficiel et sphincter externe anal), qui ont un rôle dans la sexualité et dans la continence anale.
- Un plan moyen avec le muscle transverse profond qui soutient les organes du petit bassin accessible au travail de prévention et le sphincter strié de l'urètre (rôle dans la continence urinaire).
- Un plan profond sur lequel porte la prévention et la rééducation avec le muscle releveur de l'anus et ses faisceaux ilio pubien, pubo coccygien et pubo rectal et le muscle coccygien.

Nous pouvons schématiser la fonction du périnée par un triple rôle:

- Il soutient les organes du pelvis ou petit bassin, aidé dans cette tâche par les orientations des organes et l'orientation des courbures rachidiennes, pour répondre aux forces de pression abdominale qui le sollicitent dans certaines activités sportives comme lors des efforts de toux.
- Il a un rôle dans la continence urinaire et anale.
- Il a un rôle dans la sexualité.

La pratique sportive sollicite directement le périnée par les forces de pressions intra abdominales qui s'exercent dans une « cavité ou caisson » limitée en arrière par le rachis et les muscles dorsaux lombaires, en haut le diaphragme, latéralement et en avant par les muscles abdominaux ; l'activité sportive ne renforce pas cette sangle périnéale mais fragilise sa fonction comme l'ont montré les études par imagerie (échographie tridimensionnelle et IRM) avec une descente de la base de la vessie, et un élargissement de l'espace entre les faisceaux musculaires.

Annexe 4

Contre indications médicales absolues et relatives à la poursuite d'un entraînement en cours de grossesse

Selon la HAS prescription d'activité physique et sportive en cours de grossesse Juillet 2019.

| Contre-indications absolues | Contre-indications relatives |
|--|---|
| Rupture prématurée des membranes | Fausse couches spontanées répétées |
| Travail prématuré dans la grossesse actuelle ou au moins 2 naissances prématurées, perte de liquide amniotique | Antécédents d'une naissance prématurée |
| Indices de retard de croissance intra utérin | Anémie sévère (Hémoglobine <9g/l) |
| Béance du col utérin – cerclage | Malnutrition– Trouble de l'alimentation : anorexie - boulimie |
| Placenta praevia après la 24 ^{ème} semaine de grossesse Saignement vaginal persistant inexpliqué | Maladie thyroïdienne non contrôlée Obésité sévère Diabète de type1 non contrôlé |
| Grossesse multiple ≥ 3 fœtus | Grossesse gémellaire de plus de 28SA* |
| Maladies cardiovasculaires et ou pulmonaires graves | Troubles cardio-vasculaires ou respiratoires légers ou modérés |

Les femmes enceintes avec une contre- indication absolue à la pratique sportive ou d'activité(s) physique(s) peuvent continuer les activités physiques de la vie quotidienne

Chez les femmes enceintes avec une contre-indication relative, le professionnel de santé évalue la balance bénéfice-risque pendant la grossesse et en discute avec la sportive.

***SA** : semaine d'aménorrhée

Annexe 5

Exemple de séances d'entraînement évolutif en préparation générale pour les SHN (pendant la grossesse)

| 1 ^{er} trimestre | Type d'exercices |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Inférieur à 90% VO₂max au 1^{er} trimestre• Séances de 60 min• 5 à 6 fois par semaine | Gainage, renforcement musculaire, footing, course à pied en sub-maximale, vélo |
| 2 ^{ème} trimestre | Type d'exercices |
| <ul style="list-style-type: none">• Sub maximale 70-80% de VO₂max modérée (60%)• À partir du 5^{ème} mois: 45min• 5 à 6 fois par semaine | <p>Au 4^{ème} mois: Pas d'exercices plat dos hors milieu aquatique.</p> <p>Jusqu'au 5^{ème} mois: footing.</p> <p>Jusqu'au 6^{ème} mois: vélo, vélo stationnaire, elliptique. Renforcement musculaire à charge inférieure par rapport à l'avant grossesse. Exercices sur ballon. Pilate adapté.</p> |
| 3 ^{er} trimestre | Type d'exercices |
| <ul style="list-style-type: none">• Modérée• Séances de 30 à 40 min max• Maximum 5 fois par semaine | <p>Pas d'exercices à plat dos hors milieu aquatique.</p> <p>Pas d'activité à impacts au sol répétés ou entraînant une hyperpression abdominale.</p> |
| Exercices adaptés tout au long de la grossesse | |
| <ul style="list-style-type: none">• Marche rapide, activités aquatiques aquaforme, natation,• renforcement musculaire contre le poids du corps,• exercices d'escalier,• exercices d'assouplissement, yoga adapté. | |

| Prévention du périnée pendant la grossesse | Les signes qui doivent conduire à l'arrêt de la pratique et à une consultation auprès d'un professionnel de santé |
|---|--|
| <p>Jusqu'au 4^{ème} mois de grossesse, le programme de renforcement du périnée, verrouillage du périnée, exercices sur ballon pour le transverse profond en prévention est le même qu'en dehors de la grossesse.</p> <p>Certains exercices sur ballon peuvent être poursuivis au 5^{ème} mois.</p> <p>Arrêt des exercices au dernier trimestre.</p> | <p>Les signes qui doivent amener l'arrêt de la pratique et une demande d'avis au professionnel de santé (p 42) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • essoufflement inhabituel, non soulagé par le repos, • douleurs, sensation de pression dans la poitrine, • vertiges, malaises, céphalées, • douleur du mollet, • contractions utérines douloureuses non soulagées par le repos, saignement vaginal ou perte de liquide amniotique. |

Annexe 6 — Repères nutritionnels pour la femme enceinte

Proposés par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en 2007 et mis à jour récemment (avis de l'ANSES du 23 décembre 2019). Le texte en gras correspond aux repères du Programme National Nutrition Santé 4.

| | Recommandations pour la population générale | Recommandations spécifiques à la femme enceinte |
|---------------------------------|--|---|
| <p>Fruits et légumes</p> | <p>La consommation moyenne actuelle du groupe « fruits et légumes » devrait être considérablement augmentée, en privilégiant les sous-groupes « fruits frais » et légumes.</p> <p>Consommer 5 portions par jour, par exemple 3 légumes et 2 fruits.</p> | <p>Recommandation spécifique à l'augmentation du besoin en vitamine B9: Privilégier les légumes riches en vitamine B9 (notamment épinard, asperges, salade, choux de Bruxelles, chou-fleur, brocolis, celeri-rave et betterave rouge).</p> <p>Restriction spécifique liée aux risques microbiologiques chez la femme enceinte: Veiller à ce que les fruits et légumes soient bien lavés et à éliminer toute trace de terre.</p> |
| <p>Féculents</p> | <p>La consommation moyenne actuelle de féculents raffinés devrait être diminuée. Au contraire, la consommation de féculents complets devrait pour devenir quotidienne être considérablement augmentée, ce qui entraînerait une augmentation de la consommation totale de féculents.</p> <p>Au moins un féculent complet par jour (ex: riz complet, pâtes au blé complet, pain complet, semoule complète).</p> | |

| | Recommandations pour la population générale | Recommandations spécifiques à la femme enceinte |
|---------------------|--|---|
| Légumineuses | <p>La consommation moyenne actuelle de légumineuses devrait être considérablement augmentée. Elle devrait être pluri-hebdomadaire.</p> <p>Consommer des légumineuses au moins 2 fois par semaine.</p> | <p>Recommandation spécifique à l'augmentation du besoin en vitamine B9: Privilégier les légumineuses riches en vitamine B9 (notamment lentilles, pois cassés et fèves)</p> <p>Restriction spécifiques liée aux risques chimiques: Limiter les aliments à base de soja (pas plus d'une fois par jour) en raison de leur richesse en phyto-estrogènes. Privilégier en cas de consommation ceux fermentés comme le miso et le tempeh.</p> |
| Oléagineux | <p>Consommer une petite poignée de fruits à coque sans sel ajouté par jour (notamment noisettes, noix, amandes et pistaches).</p> | |
| Viandes | <p>La consommation de viande hors volaille doit rester inférieure à 500g/semaine.</p> | <p>Recommandation spécifique à l'augmentation du besoin en fer: Privilégier les viandes riches en fer (notamment bœuf, lapin, canard, pigeon et caille)</p> <p>Restriction spécifiques liée aux risques microbiologiques: Éviter toutes les viandes crues ou peu cuites.</p> |
| Charcuterie | <p>La consommation de viande hors volaille doit rester inférieure à 500g/semaine.</p> | <p>Recommandation spécifique à l'augmentation du besoin en fer: Privilégier les charcuteries riches en fer notamment le boudin noir</p> <p>Restriction spécifiques liée aux risques microbiologiques: Éviter de consommer des produits de charcuterie cuite nécessitant une conservation au froid (ex: rillettes, pâtés et produits en gelée) et des produits de charcuterie à base de foie de porc cru ou peu cuit (ex: figatelle ou saucisse de foie)</p> <p>Restrictions spécifiques liée au risque de dépassement de la limite de sécurité en vitamine A: Limiter la consommation de foies</p> |

| | Recommandations pour la population générale | Recommandations spécifiques à la femme enceinte |
|---|--|--|
| <p>Poissons, mollusques ou crustacés</p> | <p>La consommation moyenne actuelle de poisson gras devrait être augmentée.</p> <p>Consommer 2 portions de poisson par semaine, dont une à forte teneur en EPA et DHA (ex: maquereau, sardine).</p> | <p>Recommandations spécifiques liées à l'augmentation du besoin en iode et en fer: Les poissons de mer, notamment les poissons gras comme le saumon ou le hareng, les œufs de poisson de mer et les fruits de mer sont des vecteurs importants d'iode. Privilégier les poissons et les fruits de mer riches en fer (notamment clam, praire, palourde, poulpe, moules, anchois, calamar et bulot).</p> <p>Restrictions spécifiques liées aux risques chimiques: La consommation des poissons d'eau douce fortement bio-accumulateurs (notamment anguille, barbeau, brème, capre et silure) doit être limitée à une fois tous les 2 mois. La consommation de poissons prédateurs sauvages (notamment lotte-baudroie, loup-bar, bonite, anguille, empereur, grenadier, flétan, brochet, dorade, raie, sabre et thon) doit être limitée et celle d'espadon, marlin, siki, requin et lamproie évitée.</p> <p>Restriction spécifiques liées aux risques microbiologiques: Éviter de consommer des coquillages crus, du poisson cru (sushi, sashimi et tarama) et des poissons fumés Éviter de consommer des crustacés décortiqués vendus cuits et nécessitant une conservation au froid.</p> |
| <p>Œufs</p> | | <p>Recommandations spécifiques à l'augmentation du besoin en iode: Le jaune d'œuf cuit est une source intéressante d'iode</p> <p>Restriction spécifique liée aux risques microbiologiques: Éviter de consommer des œufs crus et des produits à base d'œufs crus ou insuffisamment cuits (tels que les mousses au chocolat et mayonnaise faites maison).</p> |

| | Recommandations pour la population générale | Recommandations spécifiques à la femme enceinte |
|--------------------------|---|---|
| Produits laitiers | Consommer 2 produits laitiers (lait, yaourt, fromage blanc) par jour. | <p>Recommandations spécifiques à l'augmentation du besoin en iode: Les produits laitiers sont une source intéressante d'iode.</p> <p>Restriction spécifique liée aux risques microbiologiques Éviter de consommer du lait cru et du fromage au lait cru (à l'exception des fromages à pâte pressée cuite comme le gruyère ou le comté), des fromages à pâtes molles à croutes fleuries (camembert, brie) et à croute lavé (type munster et pont l'évêque) ainsi que les fromages vendus râpé.</p> |
| Matières grasses | <p>La consommation moyenne d'huiles végétales riches en ALA devrait être considérablement augmentée et devrait être quotidienne.</p> <p>Privilégier les huiles de colza, noix et olive.</p> | <p>Restriction spécifique à l'augmentation du besoin en vitamine A: Éviter de consommer des produits enrichis en phytostérols/stanols.</p> |
| Boisson | <p>La consommation moyenne actuelle de «boissons sucrées de type soda» devrait être considérablement diminuée. La consommation de «boisson sucrés» doit rester en deçà de un verre par jour, y compris les jus de fruits.</p> | <p>Recommandations spécifiques liées à l'augmentation du besoin hydrique: Privilégier l'eau (1,3 litres par jour). Pour la SHN, ajouter les besoins liés aux pertes hydriques à l'exercice. Privilégier les tisanes au thé ou café.</p> <p>Restrictions spécifiques liées aux risques chimiques: Éviter la consommation de thé en grandes quantités (env 1L/j) et modérer la consommation de café (2 ou 3 tasses par jour) Éviter la consommation de boisson dites énergisantes (boissons qui contiennent souvent de la taurine et de la caféine, à ne pas confondre avec les boissons énergétiques qui sont des boissons d'apports glucidiques).</p> |

| | Recommandations pour la population générale | Recommandations spécifiques à la femme enceinte |
|-----|---|---|
| Sel | | Recommandations spécifiques à l'augmentation du besoin en iode: Utiliser du sel de table iodé et privilégier la préparation des plats à domicile car elle permet d'utiliser, en quantité raisonnable, du sel qui soit iodé. |

Pour aller plus loin:

Le livre bleu de la grossesse, la référence médicale du désir de grossesse aux 3 ans de l'enfant depuis 1954: <https://lelivrebleu.fr>

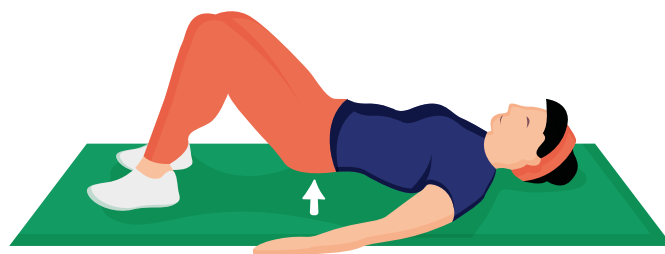
Annexe 7 — Fiche d'exercice du périnée en post accouchement et pendant la grossesse

Renforcement des muscles abdominaux et du périnée: reprise en post-partum

Sur le dos, région lombaire plaquée au sol, mettre en tension le périnée: contracter les muscles entourant les orifices du vagin et du canal urinaire, comme pour bloquer une envie d'uriner.

Sur une expiration, décoller légèrement le bassin du sol, et maintenir la position.

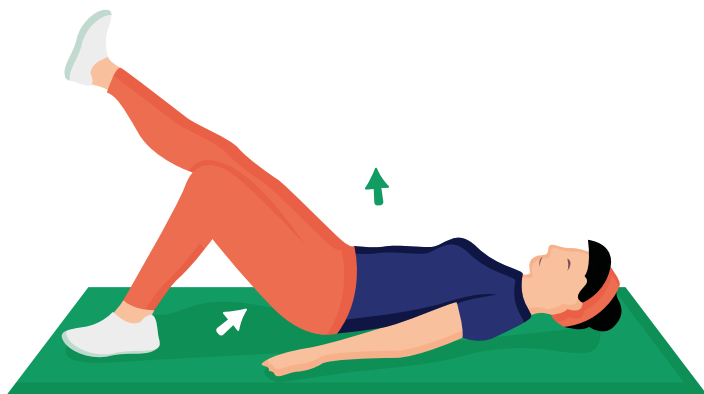
A chaque expiration, rentrer le ventre en renforçant la contraction du périnée.



Dans la même position, bassin légèrement soulevé, relever une jambe tendue, pied flexé.

A l'expiration, renforcer la contraction du périnée tout en rentrant le ventre (muscle abdominal transverse).

Série de 10 expirations, puis changer de jambe.



Sur le dos, région lombaire plaquée au sol, jambes relevées à la verticale,

Contracter le périnée à tout en rentrant le ventre.

Sollicitation supplémentaire des grands droits.



Travail des obliques:

Sur le dos, ramener un genou vers la poitrine, et poser contre ce genou la main opposée, en exerçant une pression horizontale.

Contrôler la contraction du périnée pendant l'exercice.

Tenir 10 secondes puis changer de jambe.



Conclusion

Pistes d'amélioration basées sur les retours d'enquête :

- À développer avec fédérations ou autres structures.
- Propositions d'évolutions législatives.

Les exercices abdominaux - périnée pendant la grossesse

Les principes:

- Protéger le bébé.
- Protéger le périnée de pressions abdominales importantes.
- Protéger le dos de la SHN.
- Prévenir le diastasis des droits (écartement des muscles grands droits de l'abdomen).

Pour ce faire:

- Toujours donner de la place aux viscères intra abdominaux et au bébé.
- Travailler en expiration.
- Travailler en co-contraction muscles abdominaux et stabilisateurs lombo dorsaux.
- Travailler en auto grandissement.



En positionnant les mains comme sur le dessin, on ouvre les côtes et on fait de la place pour le bébé.

Sur une expiration, rentrer le ventre en auto-grandissement.

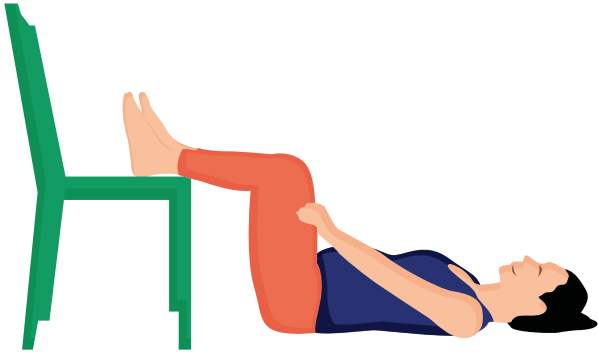
On peut s'asseoir sur le sol puis sur un coussin de grossesse puis sur un ballon afin de créer un socle instable.

Même principe, on ouvre les côtes et on fait de la place pour le bébé.

Sur une expiration, rentrer le ventre en auto-grandissement.

On place la main derrière la nuque, ce qui permet une contraction abdo-lombaire.





Allongée sur le dos, jambe à 90 degrés. Mains sur les genoux et coudes écartés pour pouvoir faire de la place au bébé.

On pousse sur ses genoux en expirant et en auto-grandissement.

La planche

Même principe : co-contraction et travail en étirement.

Partir d'un plan stable vers instable.



8 Références et bibliographie

1. Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad L B: Physical activity and fertility in women: the North Trondelag Health Study. *Human reproduction* 2009; 24 (12) 3196 – 3204
2. Maître C. « Sport et grossesse: une nécessaire prescription », *Sciences et Sport*, 2013, 28:103-108.
3. Artal R, O'Toole M: Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med*. 2003; 37:6-12
4. Kardel KR. Effects of intense training during and after pregnancy in top level athletes. *Scand J Med Sci Sports* 2005; 15: 79-86
5. Bo K, Artal R, Barakat R et al Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group meeting Part 5-Recommendations for health professionals and active women *Br J Sport Med* 2018;0:1-6
6. Sundgot-Borgen J, Sundgot-Borgen C, Myklebust G et al Elite athletes get pregnant, have healthy babies and return to sport early. *BJM Open Sport Exercise Med* 2019;5.
8. Bo K, Artal R, Barakat R et al.Exercice and pregnancy in recreational and elite athletes.Part 1-2-3-4 Evidence summary from the IOC expert group meeting. *Br J Sports Med* 2016-2017
9. Juhl M, Obsen J, Andersen PK: Physical exercise during pregnancy and the risk of preterm birth: a study within the Danish National Birth Cohort . *Am J Epidemiol* 2008; 167(7): 859-866
10. Kimber M L, Meyer S, Mchugh TL.Health Outcomes after Pregnancy in Elite Athletes:a systematic review and meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 2021;53(8):1739-1747
11. Félix A. Opinion | Allyson Felix: My Own Nike Pregnancy Story - The New York Times. The New York Times [Internet]. 22 mai 2019 [cité 17 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2019/05/22/opinion/allyson-felix-pregnancy-nike.html>
12. Michelson M. Finally, the IOC Is Helping New Moms Return to Competition [Internet]. Outside Online. 2018 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.outsideonline.com/2290216/how-elite-athletes-come-back-after-childbirth>
13. Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3—exercise in the postpartum period. *Br J Sports Med*. 11-01 2017;51(21):1516-25.
14. Bø K, Artal R, Barakat R, Brown W, Dooley M, Evenson KR, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 2-the effect of exercise on the fetus, labour and birth. *Br J Sports Med*. 11 2016;50(21):1297-305.
15. Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/2017 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 5. Recommendations for health professionals and active women. *Br J Sports Med*. 1 sept 2018;52(17):1080-5.
16. Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 4—Recommendations for future research. *Br J Sports Med*. 1 déc 2017;51(24):1724-6.
17. Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3—exercise in the postpartum period. *Br J Sports Med*. 1 nov 2017;51(21):1516-25.
18. Forstmann N, Meignié A, Delarochelambert Q, Duncombe S, Schaal K, Maitre C, et al. Pregnancy does not jeopardize future athletic success in elite marathon runners. In review. 2021;
19. Darroch F, Hillsburg H. Keeping pace: Mother versus athlete identity among elite long distance runners. *Womens Stud Int Forum*. 1 mai 2017;62:61-8.
20. Martinez-Pascual B, Alvarez-Harris S, Fernández-De-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D. Maternity in Spanish Elite Sportswomen: A Qualitative Study. *Women Health*. 3 avr 2014;54(3):262-79.

Pour conclure



Nous remercions vivement les sportives qui ont répondu à l'enquête «SHN et maternité», les retours ont été nombreux, ce qui démontre l'intérêt porté à ce sujet et les témoignages très précieux.

Ce guide sera suivi d'un document livre blanc qui comportera des préconisations en vue de faciliter les différentes étapes de la maternité et de la parentalité ainsi que les résultats détaillés de l'enquête qui a été réalisée.

Ce document a été réalisé par le ministère chargé des Sports avec le concours de:

Dr Carole MAITRE – Gynécologue - Médecin du Sport - INSEP

Dr Sophie CHA – Médecin conseiller - DRAJES Bretagne

Dr Pierre BILLARD – Médecin conseiller DRAJES IDF - Médecin Fédéral National de la Fédération Française de Gymnastique

Pr. Jean-François TOUSSAINT – Directeur de l'IRMES / INSEP, Professeur de Physiologie, Université de Paris

Lise ANHOURY-SZIGETI – Psychologue clinicienne et psychologue du sport

Clémentine DESHAYES – Sage-femme

Anne-Laure MORIGNY – Préparatrice physique en charge de la réathlétisation et de la prévention des blessures, INSEP

Fabrice BURLOT – Chercheur en sociologie de la performance sportive - Laboratoire Sport, Expertise et Performance (EA 7370), Pôle Performance, INSEP

Hélène JONCHERAY – Chercheuse en sociologie de la performance sportive - Responsable du thème Equilibre de vie au Laboratoire Sport, Expertise et Performance (EA 7370), Pôle Performance, INSEP

Alice MEIGNE – Chercheuse en épidémiologie de la performance sportive de Haut Niveau à l'IRMES / INSEP

Juliana ANTERO – Chercheuse en épidémiologie de la performance sportive de Haut Niveau à l'IRMES / INSEP

Eve TIOLLIER – Chercheur en Nutrition Appliquée au Sport de Haut Niveau - Pôle Performance / Unité Recherche et Laboratoire SEP – INSEP

Antoine NOEL RACINE, PhD – Chargé de mission Recherche au Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être du ministère chargé des Sports

Nathalie ALAPHILIPPE – Avocate au Barreau de Limoges, SELARL CDES conseil

Nicolas BLANCHARD – Avocat au Barreau de Limoges, SELARL CDES conseil

Marie ANGLADE – Consultante juriste, SELARL CDES conseil

Maguy NESTORET – Conseiller expert haute performance, Agence nationale du sport

Nadine DEBOIS – Docteur en psychologie du sport Pôle Haut Niveau INSEP

Avec la précieuse contribution de:

Margot LENOUEVEL – Doctorante en sociologie, Sorbonne Université - Ined

Et l'appui de:

Roméo SCHMITT – Responsable national des projets en santé publique
avec l'appui de **Nicolas PACEVICIUS** – Design graphique

Sous la coordination de:

Emmanuelle SARRON-RAGONNEAU – Chargée de mission Sport-santé
Direction des sports – ministère chargé des Sports

Christèle GAUTIER – Cheffe du bureau de l'élaboration des politiques publiques du sport
Direction des sports – ministère chargé des Sports

Avec l'appui de Diane Von Kerssenbrock, SHN en 2^e année à l'ESCP Business School



**MINISTÈRE
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*