Ma grossesse avec un diabète

Devenir maman lorsque l'on est déjà atteinte d'un diabète, quel qu'en soit le type est possible, mais ne s'improvise pas. Si diabète et grossesse peuvent se concilier, la grossesse avec un diabète, reste une grossesse à risques. Avec une grossesse programmée, un bon équilibre glycémique dès la conception et un suivi spécifique adapté, vous mettrez toutes les chances de votre côté pour vous et votre enfant.

Je vis avec un diabète, puis-je avoir des enfants ?

Aujourd'hui, toutes les femmes vivant avec un diabète peuvent avoir un enfant. Toutefois, il est important de préparer sa grossesse avant la conception du bébé, avec l'aide d'une équipe médicale spécialisée : diabétologue et gynécologue-obstétricien, afin d'équilibrer au mieux le diabète et de stabiliser les éventuelles complications. En effet, vivre avec un diabète de type 1 ou un diabète de type 2 n'implique pas exactement les mêmes enjeux pendant une grossesse. La préparation de la grossesse, les traitements, la surveillance et les risques peuvent différer selon le type de diabète. Avant même la conception, vous devez réunir les meilleures conditions pour minimiser les risques et atteindre les conditions de sécurité optimales, pour vous et votre enfant à naître, 3 mois avant la conception, pendant la grossesse et jusqu'à l'accouchement. C'est pourquoi une grossesse avec un diabète est souvent considérée comme une grossesse qui dure 12 mois.

Pourquoi programmer ma grossesse ?

En tant que femme touchée par un diabète, une contraception bien maîtrisée permet d'éviter les grossesses non désirées ou repérées tardivement. En effet, un diabète mal équilibré et une grossesse non encadrée exposent le fœtus et la future maman à des risques dès les premiers mois. En parler à son diabétologue permet d'effectuer tous les bilans nécessaires pour vérifier son état de santé et d'obtenir, au moins 3 mois avant la conception une **hémoglobine glyquée (HbA1c) située entre 6 et 6,5 %**.

Quels sont les risques que je transmette mon diabète à mon enfant ?

De fait, le problème d'une éventuelle transmission de la maladie inquiète les femmes, et plus généralement les parents vivant avec un diabète :

- Si vous êtes atteinte d'un diabète de type 1 : l'hérédité est faible pour le diabète de type 1 : 2 à 3 % si la mère est atteinte d'un diabète, mais d'environ du double si c'est le père qui est atteint ;
- Si vous êtes atteinte d'un diabète de type 2 : le risque de développer un diabète de type 2 est de l'ordre de 30 % si le père OU la mère en est atteint et de plus de 50 % si les deux parents sont atteints d'un diabète de type 2.

Habituer son enfant à de bonnes habitudes hygiéno-diététiques dès le plus jeune âge peut contribuer à limiter ce risque.
Découvrez le témoignage de Nathalie Paccot et de son fils Maxence, pour comprendre le risque d'hérédité du diabète de type 2 :

Les fluctuations de la glycémie pendant la grossesse

La grossesse est par nature diabétogène, à tel point qu'elle peut déclencher un diabète temporaire dit « gestationnel » chez les femmes qui ne sont pas touchées par un diabète, ou révéler un diabète ancien passé

inaperçu. La grossesse soumet l'organisme à des fluctuations de glycémie avec des effets de déséquilibre glycémique dangereux pour la mère et le fœtus.

Les variations des besoins en insuline pendant la grossesse

Bien que chaque cas soit différent, des tendances se dessinent. Le premier trimestre est souvent marqué par des hypoglycémies avec des effets rebonds (de nouvelles hormones se mettent en route, les nausées perturbent les repas...). Le troisième trimestre, assez brutalement vers le 6ème mois, se traduit souvent par des hyperglycémies fréquentes avec des besoins en insuline, multipliés parfois par deux ou plus, qu'il faut compenser par des injections d'insuline pour que les glycémies restent normales. Dans les toutes dernières semaines, c'est l'inverse, les besoins en insuline se stabilisent ou baissent un peu : en cause, le vieillissement du placenta et une consommation sans doute plus importante du glucose par le bébé. Dès l'accouchement, les besoins en insuline s'effondrent et la maman est exposée à des hypoglycémies si les doses d'insuline ne sont pas diminuées immédiatement avec un contrôle très soigneux des glycémies.
Des hypoglycémies et des hyperglycémies surviendront inévitablement au cours de votre grossesse, vous devrez essayer de les éviter autant que possible et quand elles surviennent, faire en sorte qu'elles ne durent pas. Un contrôle et une surveillance stricts de la glycémie, avec une série d'examens renforcés, faciliteront l'accouchement et vous permettront d'être en bonne santé, vous et votre bébé.

Une pompe à insuline peut-elle être proposée pendant la grossesse, si je suis atteinte d'un diabète de type 1 ?

Chez les femmes vivant avec un diabète de type 1, une pompe à insuline peut être proposée avant ou pendant la grossesse afin de faciliter l'adaptation des doses d'insuline et d'améliorer l'équilibre glycémique. La grossesse entraîne en effet des changements importants des besoins en insuline, qui nécessitent des ajustements réguliers. L'utilisation d'un système de délivrance automatisée d'insuline, associé à une mesure continue du glucose (boucle fermée hybride), peut également être envisagée chez certaines femmes. Le choix du dispositif dépend de la situation de chacune, de ses besoins et de ses préférences. Il est réalisé avec l'équipe médicale qui suit la grossesse et le diabète. La pompe à insuline n'est toutefois pas indispensable pour toutes les femmes : un traitement par injections peut également être utilisé pendant la grossesse.

Quels sont les risques d'une grossesse avec un diabète ?

La grossesse avec un diabète est une grossesse à risques qui peut vous exposer à des complications, ainsi qu'à votre bébé.

Risques pour la mère :

Le diabète peut augmenter le risque d'hypoglycémie pendant la grossesse, en particulier chez les femmes vivant avec un diabète de type 1 lors des premiers mois. Par la suite, les besoins en insuline évoluent au cours de la grossesse et nécessitent donc une adaptation régulière du traitement. Les hypoglycémies sévères restent rares, mais leur prévention fait partie des objectifs du suivi.

Une acidocétose peut également survenir pendant la grossesse. Il s'agit d'une complication grave qui nécessite une prise en charge médicale urgente. Le risque peut être favorisé par une infection, des vomissements, une diminution importante des apports alimentaires ou un manque d'insuline.

La grossesse augmente également le risque d'hypertension artérielle et de pré-éclampsie chez les femmes ayant un diabète préexistant. Ce risque est notamment plus important en présence de certaines complications du diabète, comme une atteinte rénale. Le suivi de la pression artérielle et des autres paramètres de santé permet de repérer rapidement ces complications.

Le diabète peut également aggraver certaines complications préexistantes, notamment la rétinopathie diabétique. C’est pourquoi un suivi ophtalmologique régulier est recommandé avant et pendant la grossesse.

L'hydramnios (qui n'est pas spécifique aux femmes atteintes d’un diabète, mais qui est plus fréquent chez elles) est une augmentation du liquide amniotique. Cet excès provoque une distension de l'utérus et de la poche des eaux, augmentant ainsi le risque d'accouchement prématuré par rupture de la poche. On le repère lors des échographies, ou lors de la mesure de la hauteur utérine. Cette complication peut également s’observer au cours du diabète gestationnel.

Risques pour l’enfant :

Les **malformations**, notamment cardiaques, sont plus courantes chez les bébés de mamans dont le diabète n’est pas équilibré avant la grossesse, ce qui justifie que la normalisation glycémique est très souhaitable avant la conception.

La macrosomie se définit par un poids de naissance estimé à plus de 4 000 grammes (4 kg) chez un nouveau-né à terme. **La dystocie des épaules** peut être une complication lors de l'accouchement d'un bébé macrosome (mesures échographiques au-delà du 97e percentile) par voie basse. Les épaules « bloquent », rendant l'accouchement plus long et plus difficile, et entraînant des risques pour la mère comme pour l'enfant (élongation du plexus brachial, problèmes cardiaques). C'est la crainte de cette complication de la part des obstétriciens qui augmente le taux de césarienne chez les personnes vivant avec un diabète.

Une hypoglycémie néonatale doit être dépistée et traitée chez le nourrisson. La glycémie normale d'un nouveau-né est physiologiquement plus basse que celle d'un adulte, se situant souvent sous les 2 mmol/L (environ 0,36 g/L) dans les premières heures de vie, avant de remonter progressivement pour se stabiliser au bout de 2 à 4 jours.

La possibilité d’une **souffrance fœtale** doit être surveillée en fin de grossesse par la réalisation de monitorings.

Le diabète, associé à un déclenchement de l’accouchement (le plus souvent 3 semaines avant terme), peut entraîner des **problèmes respiratoires** à la naissance dus à un manque de maturation pulmonaire.

Lorsque la grossesse est programmée, que l'hémoglobine glyquée à la conception est sous les 6,5 % et que les objectifs glycémiques sont maintenus tout au long de la grossesse, la fréquence des malformations est la même que chez les femmes non touchées par un diabète. Dans ces conditions, les risques de mort fœtale sont eux aussi réduits.

Quel sera mon suivi médical ?

Plusieurs éléments garantiront une grossesse réussie pendant les périodes anténatale et périnatale. Si vous vivez avec un diabète et envisagez une grossesse, un bilan préconceptionnel est recommandé. Il permet de vérifier que votre diabète est suffisamment équilibré, de rechercher d’éventuelles complications ou facteurs de risque et, si nécessaire, d’adapter votre traitement avant le début de la grossesse. L’objectif est notamment d’atteindre un équilibre glycémique adapté, avec une HbA1c idéalement inférieure à 6,5 %, tout en limitant le risque d’hypoglycémies. Ce bilan permet également de vérifier l’état de santé général et de rechercher d’éventuelles complications du diabète, notamment au niveau des yeux, des reins et du système cardiovasculaire. Selon votre type de diabète et votre situation, d’autres examens peuvent être proposés, comme un dosage de la TSH car une hypothyroïdie peut accompagner un diabète de type 1. Le médecin pourra également vérifier que les traitements pris sont compatibles avec une grossesse et les adapter si nécessaire. Une supplémentation en acide folique est également recommandée avant la conception et jusqu’à la fin du 1er trimestre pour prévenir les malformations du fœtus.

Tout au long de votre grossesse, quel que soit votre type de diabète, des examens réguliers et spécifiques seront pratiqués en complément de votre suivi médical classique.

Avant la grossesse, le bilan peut notamment comprendre :

Une mesure de l'HbA1c < à 6,5 % (avec un minimum d'hypo et d'hyperglycémies) ;

- Un examen de fond d'œil à réaliser pour identifier toute rétinopathie débutante qui pourrait s'aggraver pendant la grossesse ;
- Un dosage de la créatinine et de l'albuminurie avec la mesure du RAC (Rapport Albuminurie sur Créatininurie) ;
- Une recherche de facteurs de risques cardiovasculaires associés

Il est souhaitable de repérer une **maternité de niveau 2 ou 3**. Ce type d'établissement dispose d'un service de néonatalogie (habitué au suivi des nouveaux nés des femmes touchées par un diabète) et permet le suivi des grossesses dites « à risques ».Pour un suivi optimal de votre grossesse, il est recommandé de vous entourer de spécialistes (gynécologue obstétricien, diabétologue, échographiste...) pour une meilleure coordination. L'appui de votre **diabétologue ou de votre médecin traitant**, avec des rendez-vous une à deux fois par mois, vous sera indispensable pour l'adaptation de votre traitement tout au long de la grossesse.

Les objectifs glycémiques sont plus rigoureux au cours de la grossesse et reposent sur la réalisation de 6 contrôles de la glycémie capillaire par jour : 0,95 g/L à jeun et 1,20 g/L 2 heures après les repas. L'utilisation de la Mesure en Continue du Glucose permet de mieux approcher les fluctuations glycémiques et d'évaluer le pourcentage des glycémies entrant dans la cible située entre 63-140 mg/dL et l'objectif est supérieur à 70 % en cas de DT1, et supérieur à 90 % en cas de diabète de type 2. Le dosage de l'HbA1c et même de la fructosamine sont peu utiles en raison de la variation très rapide des glycémies et des besoins en insuline au cours de la grossesse.

Un à trois **fonds d'oeil** sont préconisés : un fond d'œil tous les trois mois s'il n'y a pas de rétinopathie, tous les mois ou plus souvent si elle préexiste à la grossesse. Angiographies et laser peuvent être pratiqués pendant la grossesse.

En plus des échographies habituelles pour toute future maman (une à chaque trimestre), des **échographies** sont réalisées pour surveiller la croissance de bébé, sa prise de poids et la quantité de liquide amniotique, particulièrement en fin de grossesse.

Une **échocardiographie**, réalisée par un cardiologue, peut vous être prescrite par votre gynécologue. Elle est plus précise qu'une échographie standard et a pour but de détecter une éventuelle malformation ou, en fin de grossesse, un épaississement des parois du cœur (en particulier le septum interventriculaire) de votre bébé.

Dans les dernières semaines de la grossesse, des **monitorings** réguliers sont en général effectués, pour surveiller le rythme cardiaque de bébé. La fréquence varie beaucoup en fonction des services, d'une fois par jour à deux fois par mois, en fonction des résultats des examens précédents.

Le rythme et la pertinence des examens sont bien sûr différents pour chaque grossesse, mais aussi d'une maternité et d'un diabétologue à l'autre.

Mon alimentation pendant la grossesse

La surveillance du poids et de l'équilibre glycémique étant importante, l'apport calorique et le traitement doivent être adaptés à chaque profil. Diabétologue et diététicienne vous aideront à identifier le bon équilibre alimentaire et les quantités de glucides au début et en fin de grossesse. En général, les besoins nutritifs d'une femme enceinte sont les mêmes qu'une femme jeune en bonne santé : manger varié et équilibré. Il peut être utile de consulter une diététicienne ou de revoir la composition des repas et les quantités de glucides avec

votre diabétologue en début de grossesse. Dans tous les cas, il est conseillé que tous les types d'aliments soient présents. Les produits sucrés et « sans sucre » peuvent être consommés dans la limite du raisonnable et de préférence dans le cadre d'une insulinothérapie fonctionnelle, c'est-à-dire lorsque l'on connaît l'équivalence d'insuline pour un nombre de glucides donnés. Demandez conseil à votre équipe soignante.

À partir du 4e ou du 6e mois, nombreuses sont les femmes chez qui l'absorption des glucides du repas entraîne une **hyperglycémie post-prandiale**, en particulier après le petit-déjeuner. Si c'est votre cas, voyez avec votre diabétologue ou un nutritionniste comment fractionner les repas, c'est-à-dire conserver une partie des glucides du repas pour les consommer en période post-prandiale. Il peut s'agir à votre convenance, du dessert (yaourt et/ou fruit), ou bien d'une partie des féculents (la moitié du pain prévu par exemple). Ce fractionnement permet de conserver l'équilibre des glycémies. De même, si les autres glycémies post-prandiales s'envolent, vous pourrez prévoir une collation l'après-midi et le soir avant le coucher, prélevée sur le repas précédent.

Ce **fractionnement** des repas, commencé avec le petit-déjeuner le plus souvent, donne l'impression de grignoter un peu toute la journée, mais c'est un procédé efficace qui permet de lisser les glycémies. Gardez en tête que les glycémies quotidiennes doivent être les plus égales possibles. Un diabétologue ou une diététicienne pourra vous aider à trouver les stratégies ou les petites astuces à adopter.
Toutefois, n'oublions pas que chacune réagit à sa manière. Vous connaissez les aliments et les plats qui vous conviennent ? Écoutez-vous !

Mon traitement

Votre traitement sera adapté ou modifié pour conserver l'équilibre de la glycémie (passage à l'insuline pour les femmes atteintes d'un diabète de type 2, utilisation temporaire d'une pompe à insuline, modifications des doses...) car les besoins en insuline augmentent beaucoup vers le sixième mois de la grossesse, pour quasiment doubler en fin de grossesse.

L'équilibre glycémique visé étant plus strict lors d'une grossesse, et les antidiabétiques oraux étant proscrits, l'insulinothérapie par injection (ou par pompe) est nécessaire. Par ailleurs, la pompe à insuline peut s'avérer très efficace pour lutter contre les fluctuations de la glycémie.

La surveillance de ma glycémie

La glycémie doit être équilibrée depuis au moins 3 mois avant la grossesse, et doit le rester durant toute la grossesse. La femme enceinte (non atteinte d'un diabète) est déjà en relative hypoglycémie. Vos objectifs en tant que future maman vivant avec un diabète seront donc d'autant plus stricts, imposant une autosurveillance rapprochée avec 6 à 8 contrôles par jour, au minimum. Avec du soutien de la part de ses proches et des professionnels de santé, il est tout à fait possible de réussir à atteindre les objectifs fixés.

Objectifs glycémiques :

< 0,95 g/l à jeun et avant les repas

< 1,20 g/l pour la glycémie postprandiale (2 h après le début du repas)

Comment va se dérouler mon accouchement ?

Souvent, l'accouchement est programmé avec un déclenchement entre 38 et 39 SA (semaines d'aménorrhée).

Plusieurs risques peuvent motiver cette décision :

- Risque d’augmentation du poids du bébé dans les dernières semaines de grossesse ;
- Risques obstétricaux ;
- Souffrance fœtale.

Si les tentatives d’accouchement par voie basse échouent ou si le poids du bébé est déjà trop élevé (> à 4,200 kg), le recours à l’accouchement par césarienne est privilégié.

Dans tous les cas, un protocole sera mis en place avec l’anesthésiste, l’obstétricien et votre diabétologue pour la gestion des glycémies et de l’insuline pendant l’accouchement et immédiatement après la délivrance (chute importante des besoins dans les heures qui suivent). En fonction des circonstances et de l’équipe médicale, vous pourrez être placée sous perfusion de glucose et d’insuline en intraveineuse ou conserver votre pompe s’il s’agit de votre traitement habituel.

Le diabète n’est pas une contre-indication à la péridurale.

Après l’accouchement

Après la délivrance (l’expulsion du placenta), vous êtes susceptibles de faire des hypoglycémies car vos besoins en insuline diminuent et l’allaitement, pour celles qui l’ont choisi, consomme beaucoup de calories. Le risque principal pour le nouveau-né est l’hypoglycémie qu’il faut surveiller dès les premières heures.

Surveillance du nouveau-né

Durant la vie in utero, le pancréas de votre bébé est déjà fonctionnel et produit de l’insuline. Le risque d’hypoglycémie du bébé est lié à la persistance de l’augmentation de la sécrétion d’insuline par le pancréas du fœtus lié à l’hyperglycémie maternelle. Cette sécrétion importante d’insuline n’est plus compensée par l’apport de glucose de la maman après la ligature du cordon et peut donc conduire à une hypoglycémie.

La prise en charge des hypoglycémies des nouveau-nés varie selon les équipes médicales, mais comprend toujours une surveillance régulière de la glycémie et, si nécessaire, des mesures de resucrage.
Chez le bébé, on parlera d’hypoglycémie en dessous d’un seuil de 0,40 g/l, voire 0,35 g/l. Le test se fait au moyen d’une goutte de sang prélevée sur le bord externe du talon et non au bout du doigt. Si les hypoglycémies persistent après ces premières mesures, le bébé devra être hospitalisé en service de néonatalogie et alimenté par sonde gastrique ou perfusion jusqu’au retour d’une glycémie satisfaisante.

Je souhaite allaiter mon enfant, est-ce possible ?

Les bienfaits du lait maternel pour l’enfant sont connus. Vous pouvez allaiter votre enfant et même donner votre lait dans un lactarium d’autant que l’allaitement accroît la dépense énergétique et a un effet positif sur la perte de poids et sur l’équilibre glycémique.

Quelques recommandations cependant :

- Soyez vigilante, les hypoglycémies peuvent être soudaines et violentes ;
- Ayez toujours à portée de main de quoi vous resucrer pendant la tétée ;
- Buvez en abondance et augmentez votre apport calorique de façon modérée si vous n’êtes pas en surpoids ;
- Pour le diabète de type 2 : l’insuline est généralement maintenue durant l’allaitement. La reprise des antidiabétiques oraux (ADO) fait l’objet d’une réévaluation stricte avec le médecin car plusieurs ADO restent contre-indiqués pendant l’allaitement.

Notre enquête du Diabète LAB

Le Diabète LAB de la FFD a mené une étude en 2026 auprès de 15 femmes enceintes avec un diabète de type 1 (DT1) ou ayant accouché depuis moins de trois ans afin de mieux connaitre le vécu de la grossesse avec la maladie.
Les résultats mettent en avant les nombreux besoins de ces femmes, notamment en termes d'accompagnement, de recherche d'informations et de soutien pour mieux vivre cette période. En effet, lors des entretiens, les femmes ont exprimé fortement le besoin de pouvoir échanger avec d'autres femmes ayant un vécu similaire, c'est-à-dire avoir un diabète de type 1 et être enceinte ou avoir déjà un ou plusieurs enfants. Ce besoin témoigne de la volonté de trouver des solutions adaptées, proches du vécu, et d'échanger sur l'expérience réelle et pas simplement sur des questions de résultats glycémiques et de chiffres. Il permet également de lutter contre l'isolement et le sentiment de solitude qui peut parfois apparaitre, en parlant à une personne ayant vécu la même situation.

Il n'est pourtant pas évident de prendre du temps pour trouver le bon interlocuteur pendant cette période intense, mais plusieurs solutions peuvent être envisagées. Découvrez nos services d'accompagnement : Je recherche du soutien

Découvrez les résultats de l'étude :
Quand le diabète de type 1 s'invite dans la maternité.

Crédit photo : ©Louis-Paul Photo

Sources :
Diabète antérieur à la grossesse : consensus formalisé d'experts du collège national des gynécologues et obstétriciens français et de la Société Francophone du Diabète.
Référentiel de la Société Francophone du Diabète (SFD) 2026 . (Consulté en ligne le ….)

Pour trouver du soutien :

- Je recherche du soutien ;
- Je contacte mon asso locale ;
- Vous pouvez contacter la Ligne Écoute Solidaire : un service d'écoute téléphonique anonyme, confidentiel et gratuit, accessible tous les jours de 10 h à 20 h, au 01 84 79 21 56.

Pour en savoir plus :

Découvrez la visioconférence avec le Dr Emmanuelle Lecornet Sokol : Grossesse et Pompe à insuline

https://pompeainsuline.federationdesdiabetiques.org/grossesse-et-pompe-a-insuline/