



HAL
open science

Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la grossesse et l'accouchement

Audrey Meyer

► **To cite this version:**

Audrey Meyer. Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la grossesse et l'accouchement. Médecine humaine et pathologie. 2007. hal-01892024

HAL Id: hal-01892024

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01892024v1>

Submitted on 10 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

PPN 117 834 491

M/ESF/2007/MEYER

ECOLE DE SAGE-FEMME DE METZ



*Une première maternité à 40 ans :
L'impact médical sur la grossesse et
l'accouchement.*

*Mémoire présenté et soutenu par
MEYER Audrey
Née le 16 juin 1983*

Promotion 2002-2007

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 265915 2

ÉCOLE DE SAGE-FEMME DE METZ

06 OCT. 2007



*Une première maternité à 40 ans :
L'impact médical sur la grossesse et
l'accouchement.*

*Mémoire présenté et soutenu par
MEYER Audrey
Née le 16 juin 1983*

Promotion 2002-2007

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Sommaire

Page

Introduction	2
---------------------------	---

Première partie : la maternité chez la primipare de 40 ans et plus.

1. Etude socio psycho démographique.....	4
1.1. L'aspect sociologique et démographique.....	4
1.2. L'aspect psychologique.....	8
1.3. Maternité et désir d'enfant.....	10
2. Etude médicale.....	11
2.1. L'impact de l'âge sur la fertilité.....	11
2.2. Les complications maternelles de la grossesse.....	15
2.3. Les pathologies de l'accouchement.....	21
2.4. Etats des enfants à la naissance.....	23
2.5. Les suites de couches.....	25
2.6. La mortalité maternelle.....	26
3. Quelques mots sur les grossesses très tardives.....	27

Deuxième partie : présentation des résultats de l'étude.

1 La méthodologie.....	30
1.1. La problématique.....	30
1.2. Les hypothèses.....	30
1.3. Les objectifs.....	30
1.4. La présentation de l'étude.....	30
2 Les résultats.....	32
2.1. Le profil de ces femmes de 40 ans et plus.....	32
2.2. Les antécédents.....	34
2.3. Le déroulement de la grossesse.....	38

2.4. Le déroulement de l'accouchement.....	41
2.5. Etat des enfants à la naissance.....	45
2.6. Les suites de couches.....	47
2.7. La sortie.....	47
3 Récapitulatif des résultats.....	48

Troisième partie : prise en charge de ces patientes et implication de la sage-femme.

1 Qui sont les primipares de 40 ans et plus ?.....	50
1.1. La fréquence de ces grossesse.....	50
1.2. La catégorie socio-professionnelle.....	50
1.3. La situation matrimoniale.....	51
1.4. L'âge des conjoints au sein du couple.....	51
2 Le suivi de ces grossesses.....	52
2.1. L'importance des antécédents de la patiente.....	52
2.2. Le contexte de la grossesse.....	52
2.3. Les consultations prénatales.....	54
2.4. La surveillance fœtale.....	54
2.5. La surveillance maternelle.....	56
3 La surveillance de l'accouchement.....	60
3.1. Le terme et le déclenchement du travail.....	60
3.2. Le déroulement du travail et le mode d'accouchement.....	60
3.3. L'enfant à la naissance.....	61
3.4. Le mode d'allaitement choisi.....	62
4 La sortie de la maternité.....	62
Conclusion.....	64
Bibliographie.....	65
Annexes.....	70

Introduction

Désirer un enfant après 35 ans, voire après 40 ans est un phénomène de société qui touche de nombreux pays développés : les Etats-Unis, la Suède, le Canada, l'Angleterre et bien sûr la France.

Parmi ces femmes de 40 ans et plus, il est primordial de distinguer les primipares des multipares car les risques ne sont pas toujours les mêmes, de même la motivation qui explique la grossesse.

Au cours de ma formation, j'ai eu l'occasion d'accompagner quelques unes de ces femmes notamment dans le post-partum immédiat. J'ai constaté que les a priori concernant ces grossesses sont parfois vivaces. De plus, les publications sur ce sujet sont souvent contradictoires : alors que la plupart des publications anglo-saxonnes antérieures à 1990 affirment que la grossesse tardive fait courir des risques accrus tant pour la mère que pour le fœtus, les études plus récentes concluent de façon plus optimiste.

C'est ainsi que face à ces divergences, il m'est paru intéressant d'étudier ce sujet, ce qui m'amène à la question suivante: La grossesse après 40 ans fait-elle vraiment courir de hauts risques maternel et fœtal ? Si oui, lesquels ?

Il m'a semblé important dans une première partie d'étudier les complications de la grossesse et de l'accouchement chez ces femmes. J'étudierai également les causes sociologiques et démographiques expliquant cette évolution.

La deuxième partie permettra d'exposer les résultats de l'étude.

Enfin, dans une troisième partie, je dégagerai le profil de ces patientes et déterminerai leur suivi nécessaire puisque la sage-femme a la possibilité de prendre en charge les grossesses physiologiques. Connaître les pathologies les plus fréquentes chez ces femmes permettra de mieux les dépister.

Première partie :
La maternité chez la
primipare de 40 ans et
plus.

Deux grands versants seront étudiés dans cette première partie :

Dans un premier temps nous essaierons de comprendre les raisons qui amènent à avoir un premier enfant plus tardivement.

Dans un second temps, nous étudierons l'impact médical des grossesses après 40 ans.

1 Etude socio psycho démographique.

Ce phénomène de grossesse tardive qui a commencé il y a quelques années s'explique principalement par une évolution de la société.

1.1. L'aspect sociologique et démographique.

1.1.1. Un phénomène en constante augmentation.

La grossesse tardive est toujours un sujet de préoccupation dans tous les pays occidentaux ; ce phénomène ne cesse de prendre de l'importance et ces grossesses peuvent générer des risques accrus pour la mère et l'enfant.

On ne trouve pas de définition stricte pour les termes « primipares âgées » ou « grossesses tardives ». Pour la majorité ceux-ci s'appliquent dès 35 ans mais surtout après 40 ans.

En France, les données du réseau sentinelle AUDIPOG (48) affichent une progression des taux de 2,4 % en 1999 à 2,9 % en 2003 des naissances entre 40 et 50 ans. Soit une évolution de 0,5 % en 4 ans. Mais les naissances tardives concernent surtout la tranche d'âge 40-45 ans.

1.1.2. L'étude démographique.

○ Le bilan démographique dans les régions (13).

- A la fin des années 1990, les zones les plus fécondes de la France métropolitaine se situent dans le tiers nord du pays, à l'exclusion de l'Alsace et de la Lorraine, et dans le couloir rhodanien (plus de 1,83 enfants par femme). Les régions les moins fécondes sont le quart Sud-Ouest et le Massif Central. Dans toutes les régions, la fécondité a diminué entre 1968 et 1999, et de ce fait les disparités de fécondité ont reculé

régulièrement. **En Lorraine, l'indice conjoncturel de fécondité (pour une femme) est passé de 2,86 en 1967-69 à 1,73 en 2000.**

- Les accouchements sont partout plus tardifs.

En 1999, l'âge moyen des femmes à l'accouchement est supérieur à la moyenne dans 26 départements, situés dans le tiers sud de l'Hexagone, en Bretagne, dans les pays de la Loire et en région parisienne. Les femmes accouchent en moyenne à 28,7 ans dans les zones rurales et les agglomérations de moins de 100 000 habitants. Dans les grands centres urbains, elles donnent naissance à leurs enfants plus tard. C'est donc en Ile de France que les femmes accouchent le plus tard : 30,2 ans en moyenne. Ceci peut s'expliquer par la forte proportion de cadres ou de professions intermédiaires et par le grand nombre d'étudiants parmi les jeunes femmes. **Ainsi, l'âge moyen à l'accouchement est d'autant plus élevé que l'agglomération est peuplée.**

○ Le bilan démographique en France (37).

En 2005, sont comptabilisées 807 400 naissances, soit une augmentation de 0,9 % par rapport à 2004. On constate que les femmes mettent au monde en moyenne plus d'enfants que les années précédentes. En effet, l'indice de fécondité était de 194 enfants pour 100 femmes en 2005 alors qu'il était de 189,5 en 2000.

Au premier janvier 2006, la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer est estimée à 62,9 millions d'habitants. On peut retenir que le nombre de naissances est toujours en augmentation, que celles-ci sont de plus en plus tardives. En revanche le nombre de mariages reste constant tandis que les pacs augmentent et que l'espérance de vie est stable.

Parallèlement, est observée aussi une évolution de la fécondité par groupes d'âge : **Diminution des naissances pour les groupes d'âge 15-19 ans et 20-24 ans.** Cette tendance est plus limitée chez les 25-29 ans. En revanche, chez les 30-34 ans surtout, mais aussi chez les 35-39 ans le nombre de naissances n'a fait qu'augmenter. **Dans le groupe d'âge supérieur à 40 ans les naissances ont plus que doublé en 25 ans.** Le fait que la fécondité a surtout augmenté chez les 30-34 ans s'explique par le fait que l'âge moyen des mères continue sa progression. En effet, il est de 29,7 ans en 2005 contre 28,9 ans dix ans plus tôt. En 2005, une mère sur deux est âgée de 30 ans ou plus contre 43% en 1995.

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans ou plus
1980	8,9	60,8	72,1	37,0	12,7	3,0
1985	5,7	48,4	70,8	39,5	13,9	3,1
1990	4,4	37,3	69,0	45,4	17,9	3,8
1995	3,5	27,9	65,8	49,9	19,8	4,3
2000	4,0	28,0	66,5	58,4	24,9	5,6
2005(p)	3,7	27,2	63,7	62,4	28,4	6,8

Tableau I : Nombre de naissances pour 100 femmes de chaque âge.

(p) données provisoires.

Source : Insee, bilan démographique (50).

- La situation de la France par rapport aux autres pays européens (50).

La France est un des pays européens où le taux de natalité est le plus élevé, après l'Irlande. Les pays où le taux est le plus faible sont l'Allemagne, la Grèce, l'Italie et certains pays de l'Est.

Pays	Taux brut de natalité pour 1000 habitants en 2004
Irlande	15,9*
France	12,7
Italie	9,7
Pologne	9,3
Grèce	9,2*
Lituanie	8,9
Allemagne	8,6 (p)

Tableau II : Fécondité.

(p) données provisoires ; *estimation nationale (y compris prévisions)

Sources : Eurostat, Conseil de l'Europe, US Census Bureau (50).

Au niveau de l'Union Européenne, l'indice de fécondité a aussi augmenté. Il est passé de 1,48 en 2003 à 1,50 en 2004. De façon générale, on peut dire que la fécondité est inférieure à la moyenne dans les Etats membres d'Europe centrale et orientale, tandis qu'elle est supérieure à la moyenne en Irlande, en France et en Finlande.

Quant au nombre de mariages dans l'Union Européenne, il est resté à peu près constant. L'augmentation des naissances hors mariage se poursuit également dans les pays européens. Elles concernent désormais une naissance vivante sur trois.

1.1.3. L'évolution de la société.

Ce phénomène de grossesse tardive est le fruit d'une évolution de la société depuis la deuxième moitié du XXe siècle.

Il y a d'abord eu **la génération du refus** selon Yvonne Knibiehler (23). Elle voulait refuser la fonction maternelle définie au temps du baby-boom comme maternité nature, maternité destin, maternité devoir. Elle réactive le féminisme et le renouvelle en remettant en question la différence des sexes et en reniant les rôles tracés à l'avance, y compris la maternité. La nouvelle liberté féminine dissocie donc la maternité de la sexualité.

Cette période concerne les années 60 et 70 et d'importants changements se sont opérés en faveur de la femme, comme la modification des régimes matrimoniaux, l'autorité parentale conjointe, la modernisation du divorce.

Puis il y a eu **la génération du désir**.

Celle-ci ne s'oppose pas à la précédente mais elle en hérite des idées. Elle s'efforce de les mettre en oeuvre tout en découvrant les limites. Au cours des années 80 la notion de désir d'enfant prend son importance : la maternité n'est plus au centre de l'identité féminine et doit être un choix personnel.

Cette évolution a conduit à un recul de l'âge du premier enfant touchant aussi bien les femmes fertiles qu'infertiles (4).

De plus, ce phénomène peut s'expliquer par les études prolongées, le désir de faire carrière, l'instabilité du marché du travail, la difficulté de concilier étude et maternité... Le slogan de la contraception « **un enfant quand je veux** » lancé il y a quelques années a peut-être aussi donné aux femmes l'illusion d'une maîtrise parfaite de la fécondité. Or la véritable interprétation est « **pas d'enfant tant quand je n'en veux pas** ».

1.2. L'aspect psychologique.

Le professeur Michel Tournaire, dans son livre intitulé « Le bonheur d'être mère » (38), nous présente entre autre les points positifs de ces grossesses ainsi que les motivations de ces femmes quant à leur désir d'enfant.

1.2.1. Une grossesse tardive présente aussi des atouts.

Ces femmes se sentent prêtes (42).

A 40 ans, on est plus mûre qu'à 20 ou 30. A 40 ans, ces femmes ont acquis une stabilité affective, apportée par leur expérience de la vie, ce qui est un élément favorable au bon déroulement de la grossesse et de la maternité.

L'enfant peut aussi « arriver » après une longue période d'infertilité et ainsi ce cadeau peut-être particulièrement apprécié.

Projet mûrement réfléchi avec le conjoint (42).

Les couples bénéficiant de l'expérience de l'entourage, ont pu repérer les principes éducatifs qui leur conviennent et réfléchir à l'environnement qu'ils veulent offrir à leur futur enfant.

Parents plus motivés.

D'après une étude d'une université américaine citée par Tournaire (42), les femmes de plus de 35 ans se sentent bien dans leur nouveau rôle et apportent habituellement plus à leur enfant. Par contre elles auraient tendance à vouloir être trop parfaites dans leur nouveau rôle de mère. Ces femmes ont une plus grande confiance en elles. Pour élever leur enfant, elles acceptent plus facilement les conseils venus de l'extérieur, elles prennent les situations délicates avec plus de philosophie et d'humour, elles sont plus patientes. Les parents qui ont leurs enfants après 35 ou 40 ans sont généralement plus motivés pour les élever, prennent plus de temps pour eux, misent davantage sur leur éducation, s'impliquent, par exemple, dans leur scolarité. Leurs conditions économiques, souvent meilleures, leur permettent de faire bénéficier leur enfant de davantage de loisirs, voyages, événements culturels et études.

Enfin certains travaux ont montré que la maternité conduirait souvent les femmes à prendre plus soin d'elles-mêmes, à faire plus d'exercices pour se maintenir en forme et en bonne santé (42).

1.2.2. Des motivations particulières.

Pour une femme de 40 ans les raisons particulières de cette grossesse peuvent être nombreuses :

Elles ont enfin trouvé le « père idéal » (42).

En effet, parfois, ces femmes ont vécu une histoire amoureuse pendant plusieurs années, puis le couple s'est séparé. Finalement, elles retombent amoureuses vers 40 ans. Faire un enfant avec cet homme là paraît alors une évidence.

La fin de la fertilité approche (42).

Ces femmes sont alors pressées par le temps car elles risquent de ne plus pouvoir être enceintes, ce qui rend le désir d'enfant encore plus fort. Cela s'accompagne parfois d'inquiétudes.

Elles ont souvent privilégié leur carrière professionnelle (42).

En effet, les études sont actuellement de plus en plus longues et les femmes veulent aussi avoir une vie professionnelle. La concrétisation d'un projet de grossesse ne vient qu'au second plan.

Un désir pas toujours partagé au même moment chez l'homme et la femme (42).

Le désir d'enfant peut être présent plus ou moins tôt chez les partenaires. L'homme serait souvent moins pressé. Il aurait le temps alors que la femme sait que le temps n'est pas en sa faveur.

Parfois c'est la stérilité qui mène à une grossesse tardive (42).

En effet, la médecine moderne a fait d'énormes progrès en matière de procréation. Mais les chances de réussites sont diminuées après 40 ans et la Fécondation in vitro (FIV) n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale au-delà du quarante-troisième anniversaire.

1.2.3. Le regard de l'entourage.

En effet, même si elles sont de plus en plus nombreuses à mener une grossesse après 40 ans, ces femmes font encore face parfois à des critiques. Les proches ne comprennent pas toujours le choix de ces femmes. Les médecins voient les chances d'être enceinte diminuées à 40 ans et les complications que ces grossesses génèrent (49).

1.3. Maternité et désir d'enfant.

1.3.1. Définition de la maternité.

Il s'agit d'un état irréversible, modifiant les relations interpersonnelles de la femme, son mode de vie, son statut social et la perception qu'elle a d'elle-même.

Elle se résume aussi en un ensemble de phénomènes psycho-sexuels.

La maternité représente donc un bouleversement dans la vie de la femme (44).

1.3.2. Maternité et identité féminine.

Que sait-on du désir d'enfant des couples (26) ?

Selon Agnès Fine, les comportements correspondent probablement à des désirs socialement construits, en particulier selon le sexe, même si l'inconscient individuel joue son importance.

Le désir d'enfant semble partagé par les hommes et les femmes, les multiples sondages montrent une très grande concordance entre les réponses des uns et des autres. Il semblerait tout de même que les femmes éprouveraient plus rapidement et plus intensément que leur conjoint le désir d'enfant, désir davantage dégagé des préoccupations matérielles.

Il semblerait aussi que ce désir n'ait pas le même contenu, surtout en ce qui concerne le premier enfant. Tout se passe comme si, aujourd'hui encore, la maternité était vécue comme une étape nécessaire dans la construction de l'identité féminine, alors que la paternité n'aurait pas la même fonction identitaire dans la construction de la masculinité.

De nos jours, entreprendre une grossesse après 40 ans est donc de plus en plus fréquent mais peut poser certains problèmes, notamment par rapport à la fertilité.

2 Etude médicale.

2.1. L'impact de l'âge sur la fertilité.

La fécondité baisse dès l'âge de 30 ans, pour devenir quasi nulle après 45 ans. La fertilité de l'homme diminue aussi avec l'âge mais plus doucement.

2.1.1. Les chances d'aboutir à une grossesse.

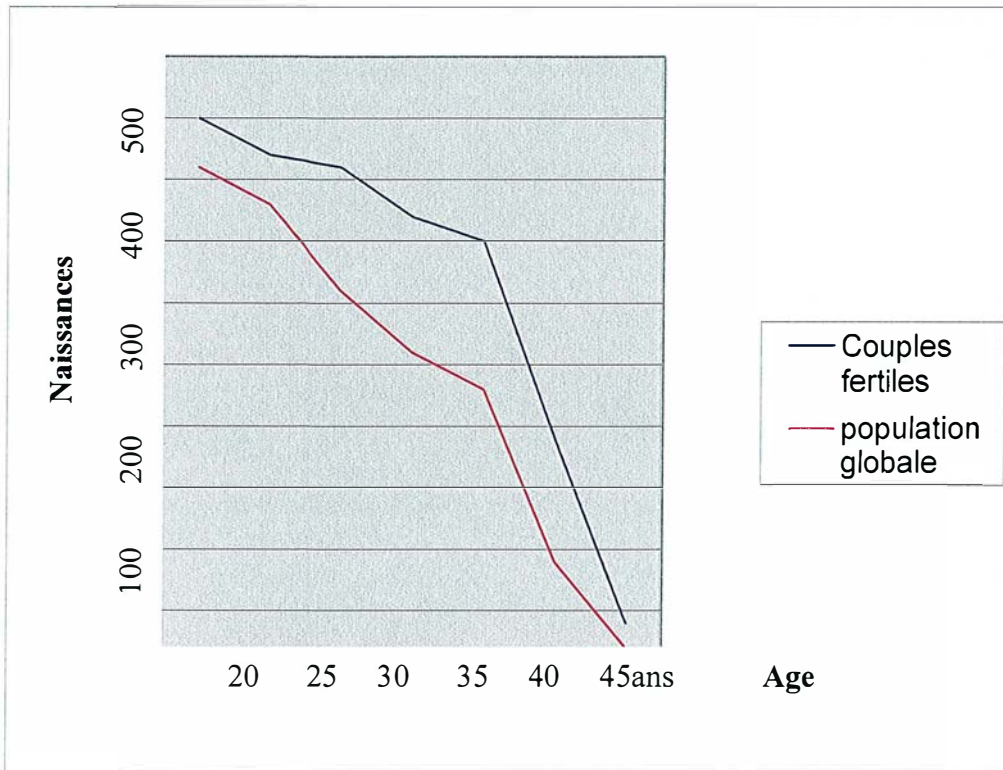
Ces grossesses tardives sont donc souvent plus difficiles à obtenir (5).

Quelques définitions méritent d'être rappelées afin d'éclairer nos propos :

- La **fertilité** est un état : c'est la capacité de concevoir, de créer un zygote.
- La **fécondité** mesure cet état, c'est-à-dire d'avoir procréé et de donner naissance à un enfant.
- La **fécondabilité** est la probabilité de concevoir au cours d'un cycle menstruel. Elle s'exprime en pourcentage. La **stérilité**, par définition, est l'état où la probabilité de grossesse atteint le niveau zéro.

○ La fécondité naturelle.

La lecture du graphique suivant montre l'évolution de la fécondité en fonction de l'âge. On constate que la chute de la fécondité est plus prononcée après 35 ans.



Fécondité naturelle.

Source : La Lettre du gynécologue, n°246, 1999 (5).

o La fécondabilité.

C'est une véritable loterie mensuelle qui fait intervenir deux éléments principaux :

- L'âge de la femme est déterminant mais il y a aussi la sexualité du couple et la qualité du sperme.
- La durée de l'infécondité est une information de grande importance lorsque l'on cherche à apprécier la fécondabilité.

C'est ainsi (tableau) qu'une infécondité de deux ans laisse penser que 52 % des couples intéressés sont stériles avec une fécondabilité de 8 % pour les couples fertiles.

Durée d'infécondité	Pourcentages de couples stériles	Fécondabilité	
		des couples fertiles	totale
(0)	(3 %)	(25 %)	(24 %)
6 mois	11 %	16 %	14 %
2 ans	52 %	8 %	4 %
5 ans	89 %	4 %	0,4 %

Tableau : Fécondabilité en fonction de la durée d'infécondité.

Source : La Lettre du gynécologue, n°246, 1999 (5).

Tout ceci amène à la conséquence suivante : **L'âge des femmes candidates à la FIV ne cesse d'augmenter.**

NS : Non significatif	1993	1995	1997	1998	1999	2000	p
Age de la femme (ans)	33,6	33,8	34,1	34,3	34,3	34,4	<0,001
Age de l'homme (ans)	35,5	35,5	35,9	36,1	36,1	36,1	<0,001
Durée d'infécondité (ans)	5,5	5,4	4,9	4,9	5,0	4,9	NS
NS : Non significatif							

Tableau IV : Caractéristique de la population FIV (FIVNAT 2001)

Sources : *La Lettre du Gynécologue*, n°279, février 2003 (3).

C'est ainsi qu'un bilan de l'état des ovaires et de l'utérus est un préalable à la prise en charge d'un désir tardif d'enfant qui n'aboutit pas, de même que l'information des couples quant aux pronostics des traitements.

2.1.2. Les mécanismes.

Une femme est en âge de procréer dès lors qu'elle a eu ses premiers cycles menstruels, c'est-à-dire à la puberté (vers 13 ans) et ce jusqu'à environ l'âge de 45 ans, bien qu'elle puisse potentiellement être enceinte jusqu'à la disparition des règles, c'est-à-dire à la ménopause (vers 49,5 ans en moyenne).

Cette baisse de la fertilité s'explique principalement par le vieillissement ovarien mais aussi utérin ainsi que d'autres facteurs.

○ Les ovaires.

Les ovaires remplissent deux fonctions :

- Sécréter des hormones, comme les oestrogènes et la progestérone, au moment opportun et en quantité suffisante pour déclencher une ovulation et assurer la trophicité des tissus qui jouent un rôle important dans la reproduction. Ces hormones agissent à la fois de façon complémentaire et antagoniste. Les oestrogènes favorisent la multiplication des cellules et la dilatation des vaisseaux ; ils imprègnent les tissus réceptifs (utérus, vagin, seins) qui, sous leurs effets, se développent et prennent du volume. La progestérone modère cette action et l'équilibre en entretenant l'action des oestrogènes de façon limitée.

Un rapport harmonieux entre les deux hormones est donc nécessaire.

- Libérer chaque mois un ovule susceptible d'être fécondé par un spermatozoïde. Le capital folliculaire est sérieusement entamé. Sur les 5 à 7 millions d'ovocytes existant au sixième mois de la vie intra-utérine, il n'en reste qu'un million à la naissance, 400 000 à la puberté, 10 000 à 40 ans et quelques dizaines à quelques centaines à la ménopause. La réserve des follicules s'épuise lentement jusqu'à 38 ans, puis s'accélère ensuite. La réduction du nombre d'ovocytes et de follicules amorcée dès avant la naissance se poursuit donc jusqu'à la ménopause et ce processus est inéluctable, indépendant du nombre de grossesses et de la prise de contraceptifs oraux. Cependant, il existe encore assez d'ovules pour permettre une grossesse jusqu'à 45 ans (elle devient exceptionnelle passé cet âge).

Avec les années, ces deux fonctions s'éteignent en douceur. A 40 ans, l'ovaire fonctionne toujours mais de façon plus désordonnée.

Ainsi, le défaut de la maturation du follicule ovarien a trois conséquences :

- ✓ Les hormones qu'il fabrique sont sécrétées de façon inadaptée.
- ✓ L'insuffisante poussée des oestrogènes induit difficilement une ovulation qui tend à disparaître et qui perd en qualité.
- ✓ Le corps jaune, nom que prend le follicule rompu une fois l'ovule éjecté, remplit moins bien sa fonction. Il produit peu d'hormones et en particulier peu de progestérone dont les taux s'abaissent sensiblement à cet âge. En l'absence d'ovulation, il ne se forme pas de corps jaune et la sécrétion de progestérone est nulle.

Or, le rôle de la progestérone consiste justement à contrebalancer l'effet des oestrogènes. Sa défaillance, responsable du déséquilibre croissant entre les deux hormones clefs, caractérise cette étape de la vie, surtout à partir de 45 ans. L'instabilité hormonale s'installe peu à peu.

- Le vieillissement utérin.

L'utérus subit également les effets néfastes de l'âge.

La première conséquence est un endomètre qui est altéré. L'utérus est moins bien irrigué par ses artères qui ont vieilli.

La deuxième est un corps jaune de moins bonne qualité, sécrétant moins de progestérone, d'où une hyperoestrogénie relative. Cette sécrétion importante d'oestrogènes favorise l'apparition de fibromes, qui sont des tumeurs bénignes se

développant au sein du muscle utérin, et pouvant constituer un véritable obstacle à la nidation. L'implantation de l'œuf est donc plus difficile.

- Les facteurs extérieurs altérant la fertilité (19).

Certaines pathologies gynécologiques, comme l'**endométri**ose, qui est la migration de cellules de la muqueuse utérine hors de la cavité de l'utérus, peuvent être à l'origine d'une baisse de la fertilité. En effet, ces cellules de l'endomètre peuvent se loger sur les trompes, les obstruer et donc gêner la migration de l'œuf.

L'endométri

ose est fréquente chez la femme de 30 à 40 ans, surtout nullipare, aux antécédents gynécologiques chargés. Elle est à l'origine de stérilité dans 30 à 80 % des cas.

Certaines **maladies sexuellement transmissibles** ou **infections pelviennes**, comme par exemple la salpingite, peuvent également engendrer une baisse de la fertilité. Cette infection peut laisser des cicatrices sur les trompes (parfois malgré un traitement) et donc gêner le passage de l'œuf.

Les pathologies tubaires sont une cause très fréquente de stérilité chez les femmes de plus de 35 ans.

2.2. Les pathologies de la grossesse.

Ces grossesses après 40 ans peuvent faire courir un haut risque fœtal mais aussi maternel. Pour plus de clarté, nous allons séparer ces deux risques.

2.2.1. Les conséquences fœtales.

Le premier écueil des risques fœtaux est le **taux élevé de fausses couches spontanées**. **L'élévation du taux d'aberrations chromosomiques** avec l'âge est bien connue aussi. Les risques de **malformations congénitales et de mort fœtale in utero** sont aussi augmentées.

- Les fausses couches spontanées (34).

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que le pourcentage de fausses couches spontanées augmente avec l'âge maternel et ce indépendamment de la parité.

Selon une étude danoise de Andersen, la plus importante à ce jour sur ce sujet, 54 % des grossesses après 42 ans se soldent par des fausses couches, alors que le risque global est de 8 % à 22 ans.

Toujours selon cette étude, un antécédent d'une ou plusieurs fausses couches multiplie par 2 le risque de récurrence.

- Le risque d'anomalies chromosomiques (45).

L'élévation du taux d'aberrations chromosomiques avec l'âge est aussi bien connue, mais le mécanisme de l'effet de l'âge maternel reste largement incompris.

Pour M.Vekemans, une des hypothèses est que cette augmentation serait due à une accumulation avec l'âge d'erreurs de réplication de la molécule d'ADN dans les cellules souches de la spermatogenèse. Ceci supposerait que ces néomutations surviennent préférentiellement chez l'homme car les divisions mitotiques y sont plus nombreuses. De fait, le nombre de mutations accumulées dans les spermatozoïdes augmente de façon linéaire en fonction de l'âge paternel.

Les données montrent en réalité que **la relation entre l'âge et la fréquence des mutations** varie en fonction des pathologies. Il faut distinguer deux groupes :

- Ceux dont la fréquence des néomutations augmente de façon exponentielle en fonction de l'âge parental (comme par exemple dans le syndrome d'Apert ou l'achondroplasie où l'âge paternel et maternel semblent en cause). A été mis en évidence aussi une origine paternelle dans les défauts de fermeture du tube neural.

- Et ceux dont l'augmentation de la fréquence des néomutations est linéaire : Le meilleur exemple est celui du rétinoblastome. Dans ces cas, les mutations semblent essentiellement survenir au cours de la spermatogenèse.

L'âge maternel a bien été mis en évidence comme **facteur causal dans les aneuploïdies**.

Le risque de trisomie 21 est d'abord modéré, allant de 0,05 % à 20 ans et 0,1 % à 30 ans. Puis cette augmentation est plus rapide passant de 0,25 % à 35 ans à 3 % à 45 ans. Mais l'effet de l'âge maternel varie aussi en fonction du chromosome impliqué : il est **important pour les trisomies impliquant les petits chromosomes (ex : le 21) mais est absent pour les grands**.

Ainsi, il semblerait donc que l'ovaire subit principalement les effets de l'âge maternel, et c'est la première division méiotique qui est particulièrement en cause dans les erreurs chromosomiques.

Deux évènements interviennent dans la non-disjonction chromosomique. L'un, indépendant de l'âge maternel, survenant dans l'ovaire et entraînant la formation d'un bivalent instable. L'autre, dépendant de l'âge maternel, et impliquant une gestion anormale de ce bivalent.

- Les malformations congénitales.

Si nous savons que le risque d'anomalies du caryotype est étroitement corrélé à l'âge maternel et paternel, en revanche, l'influence de la grossesse tardive sur les malformations congénitales est moins claire.

Toutefois, selon une étude réalisée par Lisa à partir de 101198 naissances **(28)**, **l'incidence des malformations congénitales à caryotype normal augmenterait avec l'âge maternel** passant de 3,5 % vers 20 ans à 5 % au-delà de 40 ans.

Les anomalies les plus rencontrées selon le National Vital Statistics Report sont les anomalies cardiaques et les hernies diaphragmatiques **(33)**. Le risque de pied-bot est également accru pour d'autres auteurs **(28)**.

- La mort fœtale in utero.

Pour la majorité des auteurs, la mort fœtale in utero est globalement augmentée. Le risque en est multiplié par deux. Toutefois la parité ne semble pas en cause.

Le mécanisme en serait des pathologies maternelles (diabète, HTA) et fœtales plus importantes chez ces gestantes **(18)**.

Par contre, d'autres auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives en fonction de l'âge maternel **(35, 47)**.

○ Récapitulatif des risques fœtaux.

<i>Pathologies</i>	Taux constaté	Population référente
Fausse couches spontanées	54 % à 42 ans (34)	8 % à 22 ans (34)
Anomalies chromosomiques (en particulier trisomie 21)	3 % à 45 ans (45)	0,1 % à 30 ans (45)
Malformations congénitales	5 % après 40 ans (28)	3,5 % à 20 ans (28)
Morts fœtales in utero	RR = 1 à 2 (18)	6,9 ‰ (32)

Tableau V : Récapitulatif des risques fœtaux.

2.2. Les complications maternelles de la grossesse.

La morbidité au cours de la grossesse augmente avec l'âge : Les pathologies les plus rencontrées chez la primipare sont la prééclampsie et le diabète gestationnel mais il en existe d'autres.

○ Les pathologies chroniques associées.

On observe plus de dysfonctionnements thyroïdiens, plus de pathologies cardiaques, d'hypertension artérielle, d'asthme et de troubles liés aux myomes utérins (7, 15, 36).

D'après une étude faite par Dildy sur des patientes de plus de 44 ans, 23 % étaient suivies dans le cadre d'une pathologie chronique: les pathologies les plus fréquentes étant les hypothyroïdies, l'asthme et les syndromes dépressifs (15).

○ Les grossesses extra-utérines (GEU).

Dans les grossesses tardives, **le risque de grossesse extra-utérine est également plus important**. On estime le risque à 7 % après 40 ans contre 1,7 % entre 20 et 24 ans (34).

○ Le diabète gestationnel.

- La quasi totalité des études montre **une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel** dans les grossesses tardives. Ce risque est trois fois plus important (7, 20, 23). On a longtemps pensé que ce risque était plus présent chez les multipares que chez les primipares. Mais des études récentes ont mis en évidence une augmentation identique des taux de diabète gestationnel chez les multipares et les primipares (20).

On en conclut ainsi que c'est l'âge qui est en cause et non la parité.

- Une étude faite par AUDIPOG (1999-2003) a montré également **une augmentation du taux de diabète non insulino dépendant (DNID)** chez les primipares de 40 ans comparées aux jeunes de 20-35 ans (10% versus 2,9%) (48).

- HTA et prééclampsie.

Pour une majorité d'auteurs, l'hypertension artérielle pendant la grossesse chez les femmes de plus de 35 ans est plus fréquente, avec des chiffres relativement comparables d'une étude à l'autre. Seuls quelques auteurs ne partagent pas ce point de vue mais leur étude porte sur peu de cas (8, 9).

Les études les plus récentes retrouvent cette augmentation de l'hypertension artérielle et de la prééclampsie après 40 ans, et ce quelle que soit la parité, même si cette pathologie est plus nette chez les nullipares (7, 20).

La primiparité est donc un facteur de risque important dans l'apparition de la prééclampsie même si ce n'est pas le seul. L'âge en serait le premier.

- Placenta praevia et accreta.

Différentes études concernant le placenta praevia montrent que le risque est plus élevé chez les gestantes âgées, et indépendamment de la parité. Par exemple, Ananth a montré qu'il existe 2,6 fois plus de risque après 40 ans. (1)

De même, d'après des données de AUDIPOG (série de 1999-2003), le placenta praevia hémorragique toucherait 0,82% des femmes entre 40 et 50 ans contre 0,41% entre 29 et 35 ans (48).

Le placenta accreta augmente surtout avec la parité et les antécédents de césarienne. Il ne devrait donc pas être retrouvé chez les primipares. Toutefois, l'âge avancé constitue un facteur de risque supplémentaire (41).

- Métrorragies du troisième trimestre.

Plusieurs études ont montré que des métrorragies inexplicées seraient plus fréquentes chez les gestantes âgées, mais cette augmentation n'est pas toujours retrouvée chez les primipares (21, 24).

○ Hématome rétro placentaire (HRP).

En ce qui concerne les décollements placentaires, les résultats sont beaucoup plus divergents.

Certains auteurs comme Ananth ont montré que l'HRP augmente avec l'âge et surtout la parité (1), tandis que d'autres comme Bianco concluent qu'il n'y a pas de corrélation (7). Toutefois il est difficile d'établir une réelle conclusion car l'incidence de ces HRP est faible (entre 0 et 1 % selon les séries).

○ Récapitulatif des risques maternels.

Pathologies	Taux constaté chez la population étudié	Population référente
Pathologies chroniques	Dysfonctionnement thyroïdien = 3% Pathologies cardiaques = 4 % Asthme = 1,3 % Myomes utérins = 10 % HTA = 5,2 % (7, 15, 30, 36)	= 1,5 % chez les 25-29 ans = 2 % = 0,5 % = 1 % = 2,7 % (7, 15, 36)
GEU	7 % après 40 ans (30)	1,7 % entre 20 et 24 ans (34)
Diabète gestationnel	RR=3 après 40 ans (7, 20, 23) ou 5,55 % (30)	2,89 %(chez < 40 ans)(30)
DNID	10 % après 40 ans (48)	2,9 % chez les 20-35 ans(48)
HTA et prééclampsie	RR=2 pour la prééclampsie après 35 ans (1, 7, 10, 15, 36) HTA = 18,51 % (30)	= 6,49 %(chez < 40 ans)(30)
Placenta praevia et accreta	RR= 2,6 après 40 ans (1)	0,4 % (32) 0,5 ‰ (32)
Métrorragies	2,8 % après 35 ans (36)	1,4 % à 25 ans (36)
HRP	RR = 2 (1)	0,23 % (32)

Tableau VI : Récapitulatif des risques maternels.

2.3. Les pathologies de l'accouchement.

Ces grossesses, par leurs pathologies plus fréquentes et l'allongement de la durée du travail, font tripler le taux de césariennes. Or la mortalité maternelle lors des césariennes est multipliée par cinq par rapport à celle pour un accouchement voie basse.

2.3.1. Les pathologies du travail.

L'accouchement est un moment clé pour la femme mais il peut présenter des complications.

- Le dépassement de terme et le déclenchement.

Le taux de termes dépassés est identique quel que soit l'âge de la patiente **(20)** et celui **des déclenchements seraient plus élevés après 40 ans. (7)**

- Les anomalies de présentations fœtales.

Plusieurs études ont montré que chez les patientes de cette tranche d'âge, les présentations non céphaliques étaient plus fréquentes **(20)**. On rapporte également un travail plus souvent dystocique **(20)**, et notamment chez les nullipares **(16)**.

2.3.2. La voie d'accouchement.

- La césarienne.

Le taux de césariennes est beaucoup plus élevé chez les femmes de plus de 40 ans. Selon les données AUDIPOG, de 1999 à 2003 **(48)**, il était de 40 % chez la primipare de 40 ans et plus contre 19 % chez les 20-35 ans.

Ce taux est surtout plus important chez les primipares pour la majorité des auteurs, mais il est aussi augmenté chez les multipares **(10, 20)**.

- **Augmentation du nombre de césarienne en dehors du travail.**

Une étude faite à Boston en 1998 portant sur 3715 patientes (36) a retrouvé 21,1 % de césariennes programmées après 40 ans contre 3,6 % avant 25 ans. Ce chiffre est très révélateur mais peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- ✓ Des présentations du siège plus fréquentes.
- ✓ Ces femmes peuvent présenter des antécédents de myomectomies (16).
- ✓ Les macrosomies plus fréquentes du fait de l'incidence élevée du diabète gestationnel (20).
- ✓ Les hémorragies pré-partum et surtout des placenta praevia (16).
- ✓ Les prééclampsies plus fréquentes (16), chez les primipares surtout et chez les multipares.
- ✓ Les traitements d'infertilité (28). Le risque d'avoir une césarienne après traitement de stérilité est 3,6 fois plus important que pour une grossesse spontanée, indépendamment des autres facteurs. Ceci s'explique aussi par l'anxiété qui domine dans la prise en charge de ces grossesses.
- ✓ Des antécédents médicaux (16). En effet, chez les patientes de plus de 40 ans, les pathologies préexistantes à la grossesse, comme l'hypertension artérielle chronique, le diabète, l'obésité, l'asthme, les pathologies cardiaques ou les fibromes, sont plus fréquentes.

- **Le nombre de césariennes pendant le travail est aussi élevé.**

Ceci s'explique principalement par la qualité moindre de l'activité myométriale avec l'âge (16). Ainsi, chez la primipare, la durée du travail (2), et surtout la première phase (46), est allongée, et les arrêts de dilatation sont plus fréquents.

La **proportion des déclenchements du travail augmente avec l'âge**, surtout chez les primipares, notamment pour terme dépassé, d'où le risque d'échec de déclenchement et donc de césarienne.

Les **souffrances fœtales aiguës sont également plus fréquentes**, ce qui explique également la césarienne en cours de travail. (16)

- Le taux d'extractions instrumentales est aussi augmenté.

Ce taux est plus important dans toutes les études, et ce quelle que soit la parité. Prysak (1) a retrouvé 25 % d'extractions instrumentales chez les nullipares de plus de 35 ans ayant accouché par voie basse contre 17 % chez les nullipares de 25-29 ans.

Une autre étude (20) a montré un risque augmenté chez les nullipares surtout : 14,2 % versus 6,3 % chez les multipares.

○ Les hémorragies de la délivrance.

Elles sont plus fréquentes après 40 ans, surtout lors d'un premier accouchement, mais tous les auteurs ne partagent pas cet avis (23).

○ Tableau récapitulatif des pathologies de l'accouchement.

Pathologies	Taux constaté dans la population étudiée	Population référente
Dépassement de terme		
Déclenchement	OR= 1,2 à 1,75 (7, 23)	
Présentations non céphaliques	7,6 % à 40 ans (48)	5 % entre 20 et 34 ans (48)
Césarienne	40 % à 40 ans (48)	19 % à 20-35 ans (48)
Extractions instrumentales	25 % chez les plus de 35 ans (1)	17 % chez les 25-29 ans (1)
Hémorragies	OR=1,55 (23)	

Tableau VII : Tableau récapitulatif des pathologies de l'accouchement.

2.4. Etat des enfants à la naissance.

○ La prématurité.

En ce qui concerne la prématurité, les études discordent.

Toutefois, la majorité s'accorde sur le fait que le nombre de mises en travail prématuré est plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus, et principalement en cas de primiparité (20).

Le risque de prématurité chez la primipare de plus de 40 ans semble bien défini, il serait quatre fois plus important. Chez la multipare, cela n'est pas mis en évidence dans toutes les études (2).

Ce risque justifie donc une surveillance accrue en deuxième partie de grossesse chez les primipares âgées.

Auteurs	Nullipares (%)		Multipares (%)	
	>40 ans	<30 ans	>40 ans	<30 ans
Prysak (1995)	12,5 (>35 ans)	6,1		
Bianco (1996)	6,1	7,2	8,7	9,3
Gilbert (1999) n = 24032	14,1	9,1	13,7	10,3
Chan et Lao (1999)	1,8	10	7,8	9,6

Tableau VIII : Taux de prématurité selon l'âge et la parité.

Source : *La Lettre du Gynécologue*, n°279, février 2003 (43).

○ Le poids à la naissance.

La grande majorité des auteurs relèvent des **poids moyens identiques** quel que soit l'âge de la mère, mais observent tout de même **plus de petits poids ou de macrosomes** chez les femmes de plus de 40 ans. Ceci peut s'expliquer par la mauvaise perfusion placentaire de l'utérus âgé pour les hypotrophies et par le diabète gestationnel pour les macrosomies (23).

Toutefois, Gilbert (20), retrouve simplement des petits poids de naissance chez les primipares âgées, et pas de différences dans le groupe des multipares.

○ Apgar et transfert en soins intensifs.

Sur ce sujet, les études sont très variables.

Certains ne retrouvent pas de différence significative des scores d'Apgar à 1 et 5 minutes de vie, mais une augmentation des transferts en soins intensifs (36). D'autres observent une augmentation des Apgar inférieurs à 7 à la naissance, parallèlement au transfert en soins intensifs (2, 7). A noter que ces transferts concernent aussi les enfants porteurs de malformations congénitales, qui sont plus fréquentes avec une mère plus âgée (2, 27). Les Apgar inférieurs à 7 sont aussi plus fréquents après un déclenchement (16).

○ La mortalité néonatale.

Pour la majorité des auteurs, il existe une augmentation de la **mortalité néonatale** dans les grossesses tardives. Elle serait **deux fois plus élevée**, principalement chez les multipares (2).

Mais des études plus récentes concluent à une issue néonatale plus favorable pour la majorité des enfants (23, 36, 46). Ceci s'explique par l'amélioration de la prise en charge obstétricale et donc du faible taux de mortalité dans les pays médicalisés (2).

L'âge seul constitue un facteur de risque de mortalité et de morbidité périnatale mais la pathologie maternelle joue aussi un rôle dans ces issues défavorables.

○ Tableau récapitulatif des pathologies foetales.

Pathologies	> 40 ans (%)	25-29 ans (%)
Prématurité	12,5 %	6,1 %
Hypotrophie	7,2 %	4,9 %
Transfert en USI	10,6 %	6,7 %
Mortalité périnatale	1,5 %	0,9 %
USI : Unité de soins intensifs		

Tableau IX : Caractéristique des enfants chez 1944 nullipares selon l'âge (32).

Sources : *La Lettre du Gynécologue*, n°279, février 2003 (43).

2.5. Les suites de couches.

Les suites de couches seraient marquées par un **allongement du séjour hospitalier** (48). Les pathologies sont plus nombreuses chez ces femmes de plus de 40 ans, et notamment un risque accru de thrombose. Jolly a trouvé que le taux d'embolies pulmonaires est de 0,15 % après 40 ans, alors qu'il est inférieur à 0,1 % dans la population standard (OR=2,38) (23).

Il rapporte également un **taux d'allaitement maternel plus élevé** chez ces femmes comparé à la tranche d'âge 18-34 ans (23).

2.6. La mortalité maternelle (17).

C'est un évènement qui reste encore trop fréquent. La France a l'un des taux les plus élevés en Europe. Il est le seul pays où les hémorragies en constituent la première cause et c'est l'une des plus évitables.

○ Définition.

Il faut distinguer :

- Les décès de cause obstétricale « directe », qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un des facteurs ci-dessus.
- Les décès de cause obstétricale « indirecte », qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

○ L'impact de l'âge des mères.

La mortalité maternelle est stable en France depuis une dizaine d'année mais le risque de décès est très lié à l'âge de la mère. En effet, le taux est minimal entre 20 et 24 ans et augmente très nettement à partir de 35 ans. On note qu'il est trois fois plus important dans la tranche d'âge 35-39 ans et **12 fois plus élevé à 45 ans qu'à 20-24 ans.**

De même, une étude collaborative américaine, publiée par Rochat, a constaté que le taux de mortalité maternelle était de 10,9 entre 25 et 29 ans contre 74,4/100 000 entre 40 et 44 ans.

Les principales causes de décès qui ont été relevées sont :

- la grossesse ectopique et les avortements ;
- pendant la grossesse : essentiellement les complications de l'HTA ;
- au cours de l'accouchement : les accidents anesthésiques, dans la mesure où les césariennes sont ici plus fréquentes ;
- les hémorragies de la délivrance ;
- les infections et les complications thromboemboliques dans le post-partum.

Tranches d'âge	Taux pour 100 000		
	1985-89	1990-1994	1995-97
15-19 ans	7,5	7,3	5,1
20-24 ans	6,2	6,4	7,6
25-29 ans	6,7	7,3	7,8
30-34 ans	13,6	12,1	10,1
35-39 ans	21,3	24,7	23,0
40-44 ans	41,0	44,4	27,3
45 ans et plus	30,8	145,6	35,1
Tous âges	10,1	11,2	10,8

Tableau X : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 par tranches d'âge en 1985-89, 1990-94, 1995-97.

Source : *La Lettre du Gynécologue*, n°279, février 2003 (17).

3 Quelques mots sur les grossesses très tardives (2).

On considère qu'une grossesse est très tardive à partir de 45 ans.

Une grossesse est encore possible après cet âge mais les publications sur ces grossesses spontanées sont rares.

Dildy et al ont fait une étude portant sur 126 500 naissances sur 10 ans. Ils ont retrouvé 79 grossesses de mères de 45 ans et plus. Seules trois provenaient de l'AMP. La moitié de ces grossesses (46,8 %) ont présenté des complications obstétricales et les deux pathologies les plus fréquentes étaient le diabète gestationnel (12,7 %) et la prééclampsie (10,1 %). Ils ont retrouvé aussi des anomalies du caryotype plus nombreuses (9,9 %), un taux de césarienne élevé (31 %), des hypotrophies (17,3 %) et des macrosomies (19,8 %). Mais cette étude portait sur des patientes qui appartenaient à une minorité religieuse, avec une gestité moyenne de 9 et une parité de 7 à 9 naissances vivantes. Il s'agit donc d'une population particulière qui ne permet pas vraiment de tirer des conclusions.

Des grossesses spontanées après 50 ans ont également été observées par l'Institut national de la statistique et des études économiques et l'Institut national d'études démographiques (INED 1991 et 1992, rapport sur la situation démographique en France). L'INSEE a rapporté en 1991, 51 enfants nés vivants en 1989 de mères âgées de 50 à 54 ans. 15,9 % de ces enfants représentaient même le premier enfant pour le

couple et 34,1 % avaient un rang de naissance supérieur à 8 (**INSEE, La situation démographique en 1989**).

Chez ces femmes, le taux d'interruption volontaire de grossesse et de fausse-couche est aussi élevé. En effet, en 1993, l'INED relevait 100 grossesses après 50 ans, dont 30 naissances, 25 fausses-couches et **45 interruptions de grossesses**.

En conclusion, l'âge du premier enfant semble reculer dans la population générale. Pourtant la décroissance naturelle de la fertilité avec l'âge entraîne une augmentation des nombres de patientes de 40 ans et plus confrontées au problème de l'infertilité. Une fois la grossesse obtenue, celle-ci semble plus difficile pour les raisons que nous avons vues : Augmentation du nombre de fausses couches spontanées, plus de pathologies maternelles et fœtales, un taux élevé de césariennes...

Qu'en est-il vraiment ? C'est ce que nous allons découvrir dans les parties suivantes.

Deuxième partie :

**Présentation des résultats
de l'étude.**

1 La méthodologie.

1.1. La problématique.

L'âge maternel de 40 ans et plus et la primiparité sont des facteurs de risques pour la grossesse et l'accouchement puisqu'ils peuvent générer des complications. Or ces grossesses sont en augmentation constante.

1.2. Les hypothèses.

Mes hypothèses sont les suivantes :

- Le constat d'une augmentation du nombre de primipares de 40 ans et plus.
- Ces femmes représentent une catégorie socioprofessionnelle particulière.
- Un certain nombre de pathologies peuvent survenir chez ces patientes pendant la grossesse et l'accouchement.

1.3. Les objectifs.

Par cette étude rétrospective il s'agissait de :

- Dégager le profil de ces patientes.
- Recenser les pathologies les plus fréquentes pouvant survenir au décours de ces grossesses.
- Déterminer le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de ces grossesses.

1.4. La présentation de l'étude.

1.4.1. Le lieu et la durée.

Mon enquête concernait des femmes ayant accouché entre le premier janvier 2001 et le 31 décembre 2005. Je me suis rendue dans quatre établissements de niveaux différents situés en Moselle et j'ai ainsi étudié 103 dossiers.

Le tableau suivant résume la répartition des dossiers par année pour trois établissements. Pour un établissement je n'ai pas le nombre total d'accouchements. Il n'est donc pas représenté dans le premier tableau.

Année	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de dossiers	11	8	12	21	7
Nombre de naissances après 40 ans	71	74	89	106	89
Nombre total d'accouchements	3840	3906	4292	4458	4498

Pour le dernier établissement :

Année	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de dossiers	7	13	6	8	10

D'où le nombre total de dossiers étudiés par année :

Années	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre total de dossiers	18	21	18	29	17

Soit 103 dossiers.

1.4.2. Le type de population.

Mon étude concernait uniquement les primipares dont l'âge à l'accouchement était de 40 ans et plus.

1.4.3. Le type d'étude.

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers.

Mon outil était un recueil de données à partir du dossier médical maternel et comprenait les éléments suivants :

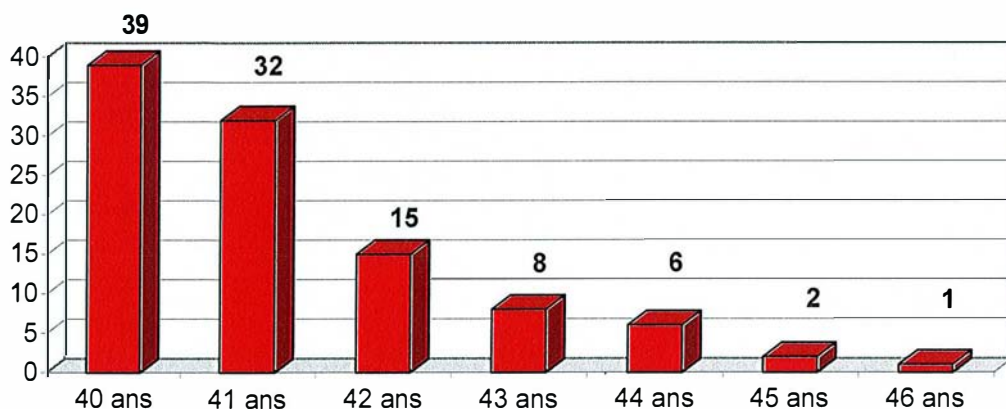
- des renseignements sur l'état civil de la mère et du père.
- les antécédents familiaux, personnels, gynécologiques et obstétricaux de la patiente.
- le déroulement de la grossesse : mode de la grossesse, examens réalisés, suivis, pathologies rencontrées...
- le déroulement du travail et de l'accouchement : terme, déclenchement, incidents, mode, anesthésie, délivrance, périnée...
- l'état de l'enfant à la naissance : poids, taille, apgar, transfert...
- le déroulement des suites de couches.
- des renseignements concernant la sortie.

2 Les résultats.

2.1. Le profil de ces femmes de 40 ans et plus.

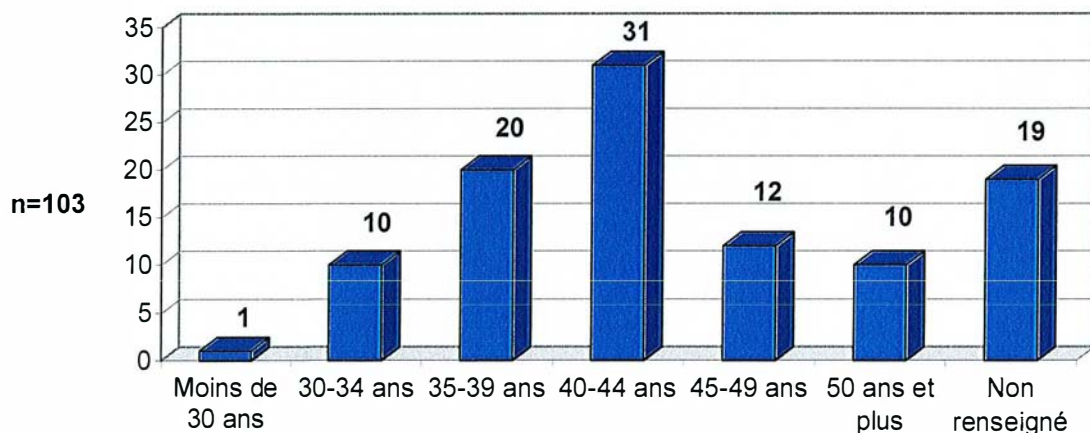
2.1.1. L'âge des couples.

Graphique 1: Age de la mère



L'âge des mères à l'accouchement se situait entre 40 et 46 ans. La moyenne d'âge était de 41,22 ans. L'écart type était de 1,37.

Graphique 2: Age du père



A noter un pourcentage important d'âge paternel non renseigné (18,4 %) mais en revanche 30 % des pères avait moins de 40 ans.

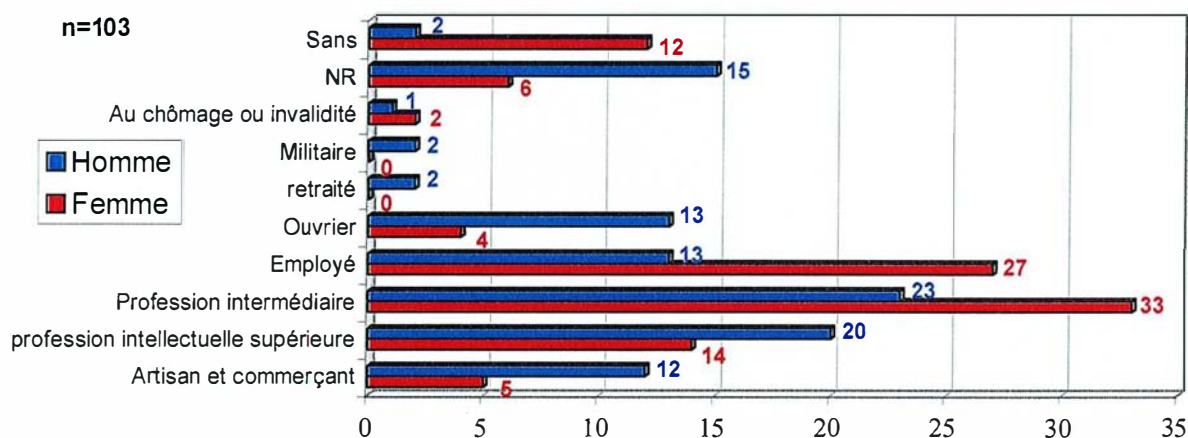
L'âge des pères à l'accouchement se situait entre 29 et 61 ans. La moyenne d'âge était ainsi de 41,56 ans. L'écart type était de 6.

Quant aux écarts d'âges, 15 hommes avaient 5 ans ou davantage de moins que la femme et pour 4 l'écart était de 10 ans ou plus. 10 hommes avaient 5 ans ou davantage de plus que la femme et pour 7 l'écart était de 10 ans ou plus.

2.1.2. L'activité professionnelle.

La classification de l'INSEE est prise comme référence.

Graphique 3: Profession des couples



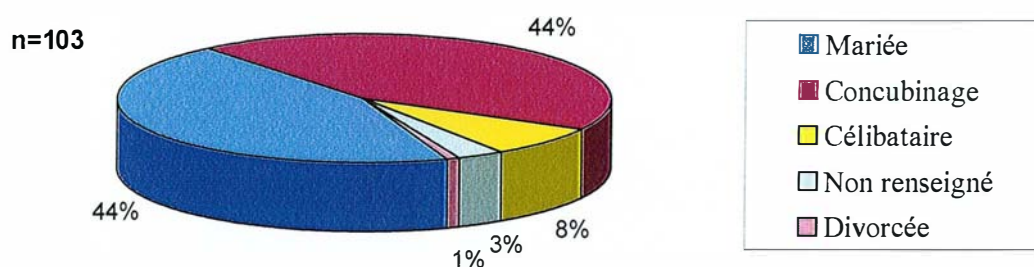
Ainsi, **83 femmes avaient une activité professionnelle** et la majorité avait une profession intermédiaire ou était employée (soit 80,6 %).

Pour 59 gestantes, il n'y avait pas de renseignements dans le dossier quant à l'exercice de leur profession pendant la grossesse. On ne peut donc pas conclure pour ce critère.

83 hommes avaient une activité professionnelle (soit 80,6 %).

2.1.3. La situation matrimoniale.

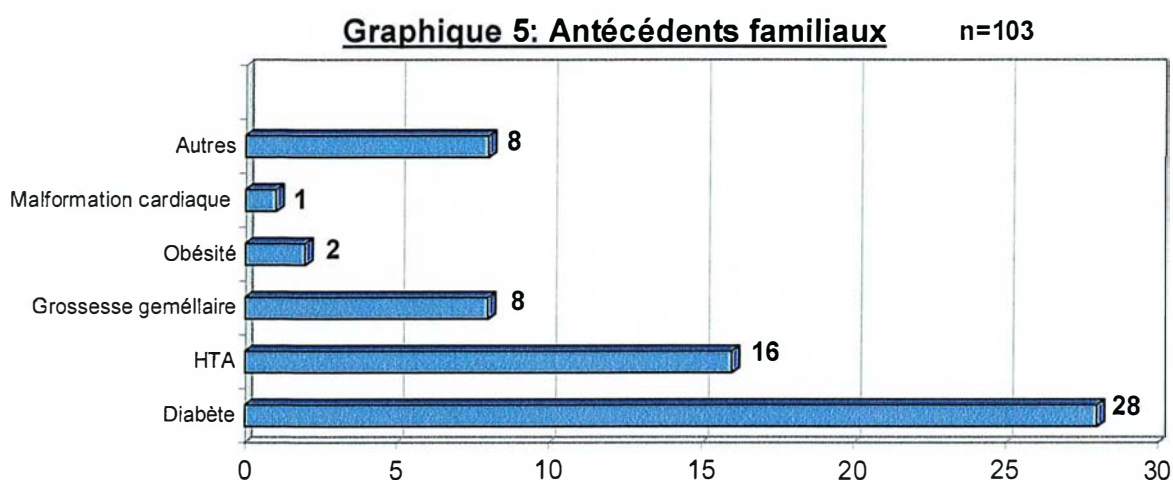
Graphique 4: Situation matrimoniale



La majorité vivait en couple (88 %), officiel ou non.

2.2. Les antécédents.

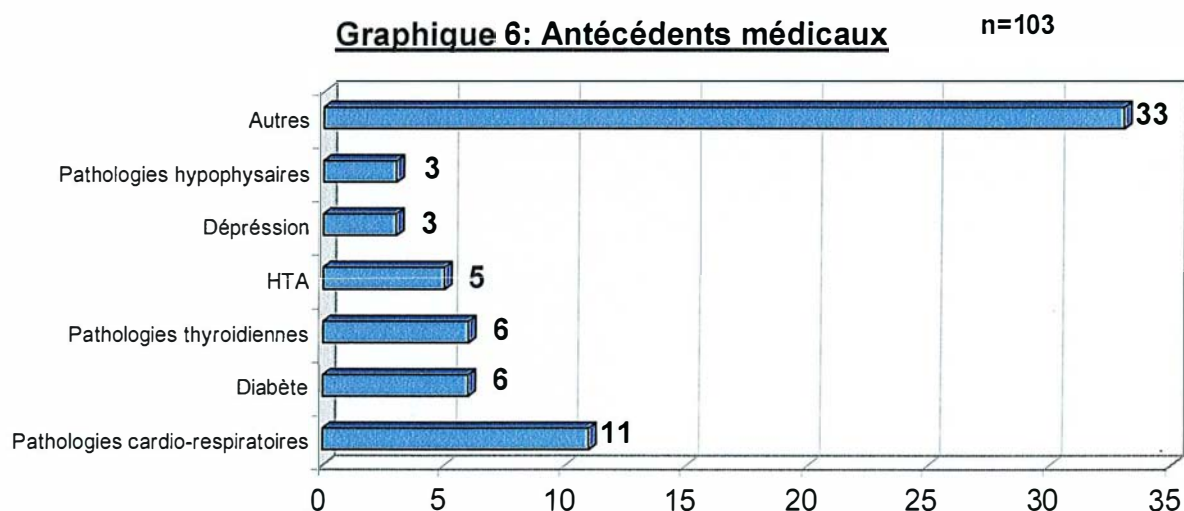
2.2.1. Les antécédents familiaux.



45 patientes (soit 44 %) avaient présenté un ou plusieurs **antécédents familiaux** dont 27,2 % un **ascendant diabétique**.

2.2.2. Les antécédents personnels.

- Les antécédents médicaux retrouvés sont les suivants :



56 patientes (soit 54 %) avaient un ou plusieurs **antécédents médicaux** soit plus de la moitié.

○ Les addictions.

19 femmes (soit 18 %) consommait du tabac. Pour 12 d'entre elles, la consommation journalière était inférieure à 10 cigarettes par jour, 2 fumaient entre 10 et 20 cigarettes par jour et 3 femmes consommaient plus de 20 cigarettes par jour. Pour 2 femmes la consommation journalière n'était pas précisée.

Durant la grossesse, 7 femmes ont arrêté le tabagisme tandis que 8 femmes ont continué à fumer mais leur consommation journalière était de moins de 10 cigarettes par jour. Pour 4 femmes il n'y avait pas de renseignements sur l'arrêt ou non pendant la grossesse.

○ L'indice de masse corporelle.

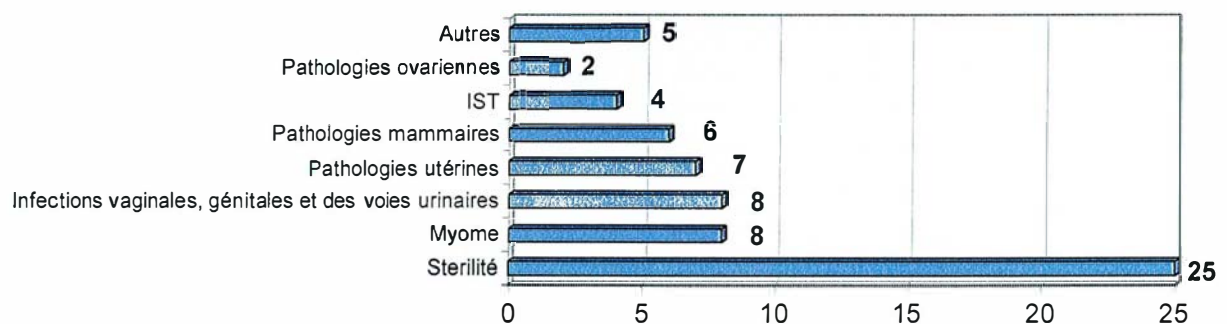
IMC	< 18	18,1-25	25,1-30	30,1-35	35,1-40	>40	NR
Nombre de patientes	2	61	14	3	3	1	19

Ainsi 13,6 % étaient en surcharge pondérale et 6,8 % étaient obèses.

○ Les antécédents gynécologiques.

- Les pathologies retrouvées sont les suivantes.

Graphique 7: Antécédents gynécologiques n=103



43 patientes (soit 41,7 %) ont présenté des antécédents gynécologiques dont **24,3 % un antécédent de stérilité.**

- La contraception.

- ✓ Pour 65 femmes, il n'y avait pas de renseignement dans le dossier.
- ✓ 21 femmes n'avaient pas de contraception avant la grossesse.
- ✓ 17 femmes ont utilisé un moyen de contraception avant la grossesse :

15 femmes utilisaient une pilule oestro-progestative, une femme avait un stérilet et dans un dossier il n'y avait pas de précision.

Les délais pour concevoir ont été :

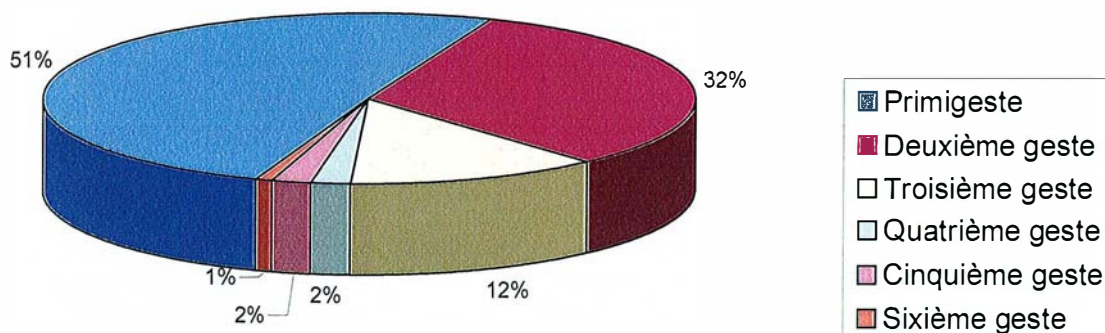
Délai entre l'arrêt du contraceptif et la grossesse	< à 6 mois	[6-12[mois	[12-18[mois	> à 18 mois	NR
Nombre de patientes (n=17)	2	2	1	5	7

- Les antécédents obstétricaux.

- **51 % des femmes sont des primigestes au moment de l'accouchement.**

Graphique 8: Gestité à l'accouchement

n=103



- **Parmi les deuxièmes gestes (soit 34 femmes) :**
 - ✓ une grossesse extra-utérine : 1 patiente
 - ✓ une interruption volontaire de grossesse : 5 patientes
 - ✓ une fausse couche : 24 patientes
 - ✓ une grossesse arrêtée avant 12 semaines d'aménorrhées : 2 patientes
 - ✓ un enfant mort-né à 23 semaines d'aménorrhées suite à une rupture prématurée des membranes qui s'est compliquée d'une chorioamniotite : 1 patiente
 - ✓ une interruption volontaire médicale de grossesse à 25 semaines d'aménorrhées pour trisomie 9 chez le fœtus : 1 patiente

- **Parmi les troisièmes gestes** (soit 13 femmes) :
 - ✓ deux interruptions volontaires de grossesse : 4 patientes
 - ✓ deux fausses couches : 6 patientes
 - ✓ une fausse couche précoce et une mort fœtale in utéro à 28 semaine d'aménorrhée : 1 patiente
 - ✓ une fausse couche qui a nécessité un curetage et une interruption thérapeutique de grossesse à 28 semaine d'aménorrhée pour cardiopathie sévère chez le fœtus : 1 patiente
 - ✓ une fausse couche qui a nécessité un curetage ainsi qu'une interruption volontaire médicale de grossesse à 27 semaine d'aménorrhée pour trisomie 21 chez le fœtus : 1 patiente

- **Parmi les quatrièmes gestes** (soit 2 femmes) :
 - ✓ deux fausses couches et une grossesse arrêtée à 9 SA : 1 patiente
 - ✓ trois fausses couches : 1 patiente

- **Pour les cinquièmes gestes** (soit 2 femmes) :
 - ✓ quatre interruptions volontaires de grossesse : 1 patiente
 - ✓ trois fausses couches spontanées et une interruption thérapeutique de grossesse à 25,5 semaines d'aménorrhées pour hémimélie partielle du membre supérieur gauche : 1 patiente

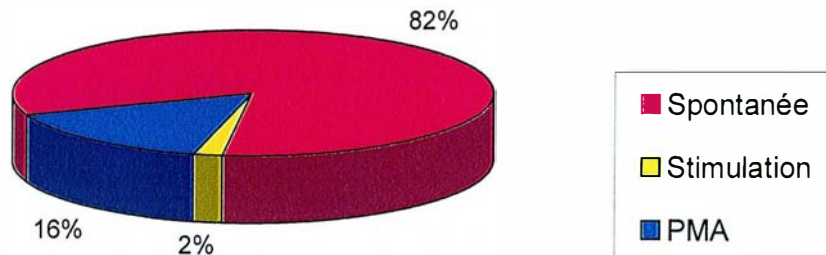
- **Pour la sixième geste**, elle a fait deux fausses couches et a eu trois interruptions volontaires de grossesse.

- On dénombre au total **17 interruptions volontaires de grossesses soit 16,5 %** et **49 fausse-couche soit 47,6 %**.

2.3. Le déroulement de la grossesse.

2.3.1. Le mode de la grossesse.

Graphique 9: Mode de la grossesse



La majorité des grossesses était donc spontanées mais le taux de PMA est loin d'être négligeable.

Parmi les procréations médicalement assistées, on dénombrait :

Type de PMA	FIV	ICSI	IAC	IAD	Non précisé
Pourcentage de patientes	7	3	3	1	2

2.3.2. Le type de la grossesse et la déclaration de naissance.

- On a constaté 102 grossesses simples et une grossesse gémellaire monochoriale-biamniotique. Le mode de la grossesse fut spontané.
- Pour 2 grossesses il n'y avait pas de précision dans le dossier quant à la déclaration.
- 101 grossesses ont été déclarées dont cinq tardivement : deux vers 24 semaines d'aménorrhées, deux vers 28 semaines d'aménorrhée et pour un dossier il n'y avait pas plus de précision.

2.3.3. Le suivi de la grossesse, le nombre de consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance.

- **Toutes les grossesses ont été suivies par des gynécologues-obstétriciens.**

○ En considérant le suivi de la grossesse, cet item n'est pas exploitable car parfois les femmes sont suivies par un médecin libéral. On note tout de même que ces femmes ont été suivies régulièrement.

○ Quant aux séances de préparations à la naissance, ce critère n'est pas exploitable non plus. Seuls sept dossiers étaient renseignés.

2.3.4. La prise de poids.

Prise de poids en kilogramme	< 9	[9-12]] 12-16[[16-20[> 20	Non renseigné
Nombre de patientes (n = 103)	10	15	13	12	5	22

2.3.5. Les pathologies rencontrées.

Pathologies	Semaines										Total	Hospitalisation	Traitement
	<12 SA	[12-16[SA	[16-20[SA	[20-24[SA	[24-28[SA	[28-32[SA	[32-37[SA	[37-41[SA	Après 41 SA	Terme NR			
Décollement ovulaire	1										1	1	1
Métrorragies seules	2	2			1						5	2	3
Métrorragies associées à un autre signe	2				1			3	1		7	6	1
Diabète gestationnel			1		5	4	1				11	1	3
HTA gravidique									1		1		1
Vasculopathie								1			1	1	
HTA gravidique et RCIU							1				1	1	1
Prééclampsie							1				1	1	1
HTA gravidique et/ou œdèmes et/ou prise de poids importante							3	2	2		7	4	1
Menace d'accouchement prématurée					1	5	1				7	7	7
MFIU								1			1	1	

2.3.5. Les examens réalisés.

○ Les examens sanguins.

- Le **O'Sullivan** pour le dépistage du diabète gestationnel a été pratiqué chez trente-cinq patientes. Le résultat était normal chez dix-huit d'entre elles. Il était pathologique pour dix-sept patientes.

Un test **d'hyperglycémie provoqué par voie orale** est réalisé chez vingt et une patientes : Pour huit femmes le diagnostic de diabète a été confirmé tandis qu'il a été écarté pour treize patientes. Au total 8 sur 35 diabète gestationnel soit 22,9 %.

- Les **marqueurs sériques** pratiqués au premier trimestre ont été réalisés chez vingt patientes. On peut en discuter l'intérêt puisque après 38 ans est proposé habituellement une ponction de liquide amniotique. Dans un cas le résultat n'a pas été retrouvé. Onze femmes appartenaient à la population à risque de trisomie 21 : six femmes ont eu une amniocentèse ou une biopsie du trophoblaste, une a refusé ces examens et pour quatre femmes aucun résultat n'était retrouvé dans le dossier. Huit femmes n'étaient pas situées dans la population à risque : quatre n'ont pas désiré l'amniocentèse, une femme l'a faite et pour trois d'entre elles aucun résultat n'a été retrouvé dans le dossier.

Pour 83 dossiers, aucun renseignement n'était mentionné quant à ces marqueurs.

- Le dépistage anténatal.

- **2 patientes** ont bénéficié d'une **biopsie du trophoblaste**. L'âge gestationnel n'était pas précisé dans le dossier. Les caryotypes étaient normaux.

- **62 patientes** ont bénéficié d'une **amniocentèse** : Pour cinquante-sept femmes, aucune anomalie chromosomique n'a été retrouvée chez le fœtus, mais une femme a eu deux amniocentèses car il n'y avait pas assez de cellules pour réaliser le caryotype. Chez trois fœtus, on a retrouvé des anomalies mineures : Un caryotype normal avec une inversion du chromosome 10, un autre avec une variante du chromosome 1 et un caryotype avec un petit chromosome Y constitutionnel.

- **7 patientes ont refusé l'amniocentèse**, ce qui représente 10 %.

- Pour 32 dossiers, aucun renseignement n'était mentionné sur ce dépistage.

- Les examens radiologiques ou autres.

Quinze patientes ont réalisé une radio du bassin : Quatre femmes avaient un bassin limite et une femme un bassin rétréci.

Une patiente avait réalisé un holter rythmique qui a révélé des troubles de la conduction.

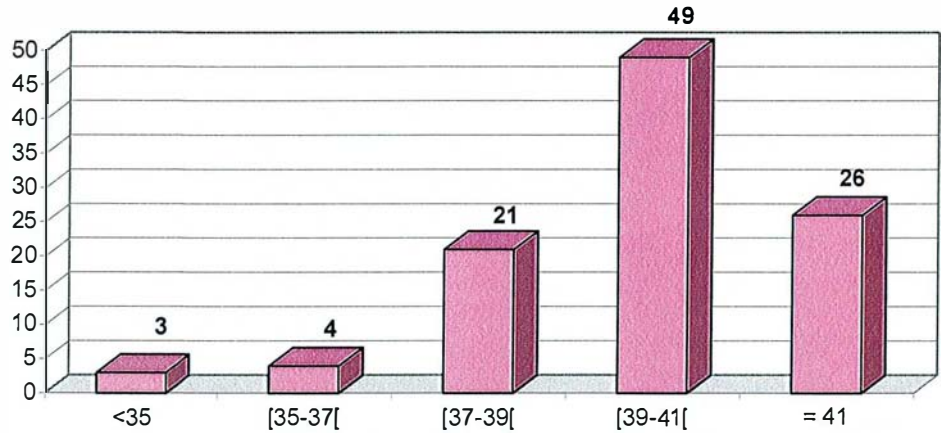
- Les échographies.

Ce critère n'est pas exploitable car les comptes-rendus ne sont pas toujours retrouvés dans les dossiers.

2.4. Le déroulement de l'accouchement.

2.4.1. Le terme.

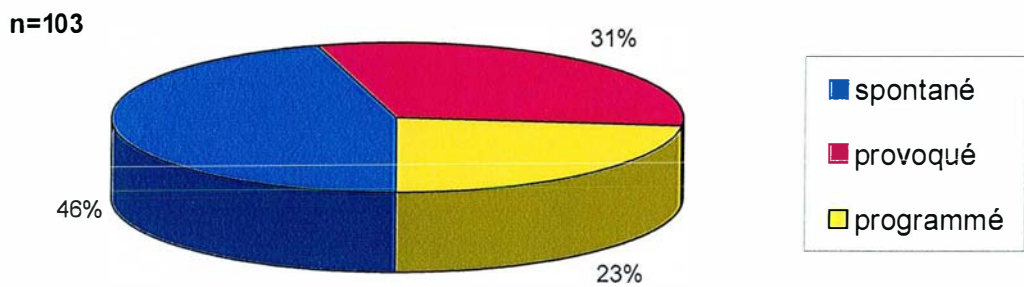
Graphique 10: Terme de l'accouchement
(en semaine d'aménorrhée)



Pour les accouchements avant 35 SA, ils ont eu lieu à 31 SA, 33,5 SA et 34 SA.

2.4.2. Le déclenchement.

Graphique 11: Déclenchement



On note un taux important de déclenchement provoqué ou spontané.

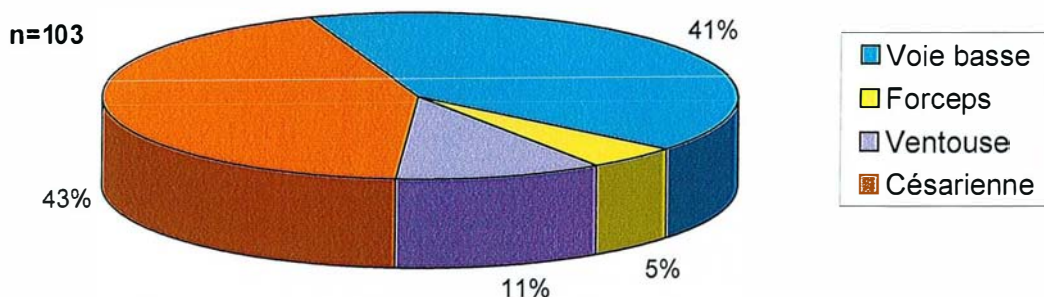
Les indications du déclenchement sont les suivantes :

Etiologies	Nombre de cas
Dépassement du terme (théorique ou échographique) :	12
▪ Seul	9
▪ Associé à une autre pathologie	3
Rupture des membranes de plus de 24 heures	6
Pathologie maternelle : DID ou HTA et œdème ou métrorragie ou diabète gestationnel et macrosomie.	4
Couleur du liquide amniotique : Liquide teinté ou méconial.	4
Fœtale : Bradycardie fœtale avant travail ou macrosomie.	2
Etat clinique défavorable	1
Placenta mature	1
Aucune indication dans le dossier	2
Total	32

Les modalités : Il y eut vingt et une maturations par prostaglandine, dix déclenchements au syntocinon® et un déclenchement par du syntocinon® associé à une rupture artificielle des membranes.

2.4.3. Le mode d'accouchement

Graphique 12: Mode d'accouchement



Ainsi, **57 % de voie basse et 43 % de voie haute.**

Parmi les césariennes, **24 étaient programmées**. Les indications étaient les suivantes :

Etiologies	Nombre de cas
<u>Causes maternelles :</u>	
- Age élevé.	1
- Prééclampsie et DID	1
- DID sous insuline	1
- RPM sur grossesse gémellaire et diabète gestationnel	1
- Pathologie de la grossesse : Néphropathie gravidique et douleur sur fracture de côte.	2
- Liées à des antécédents : Décollement de rétine et d'appendicite appendiculaire généralisée.	2
<u>Causes fœtales :</u>	
- Siège	4
- SFA à terme dépassée	1
- Macrosomie	2
- Macrosomie et thrombopénie	1
-Macrosomie et hydramnios à terme dépassé	1
<u>Causes materno-fœtale :</u>	
- Macrosomie et âge maternel et petite taille maternel	2
- HTA et RCIU et doppler pathologique	1
- Macrosomie et DID	1
- Bassin chirurgical ou disproportion foeto pelvienne	3

2.4.4. Les incidents rencontrés pendant le travail.

○ Des anomalies du **rythme cardiaque fœtal** ont été retrouvées chez 21 patientes : Des ralentissements ou des bradycardies ont été mentionnés dans 19 cas et une tachycardie dans 2 cas.

○ Une anomalie des **contractions utérines** à type d'hypercinésie, associé à une hyperthermie et des ralentissements du rythme fœtal dans un cas.

○ Un **liquide amniotique teinté ou méconial** dans 7 cas.

○ Une association de **liquide teinté et d'altérations du rythme cardiaque fœtal** dans 4 cas.

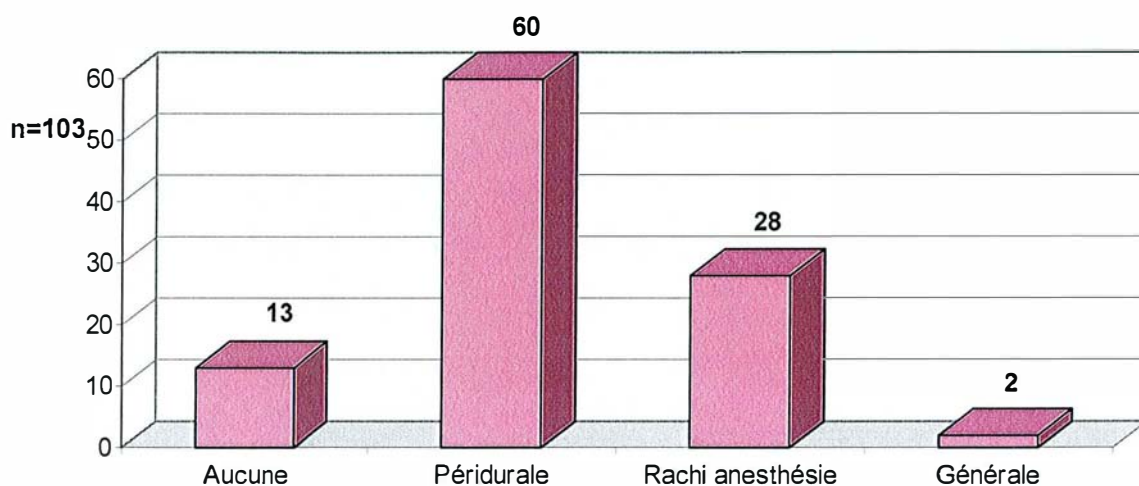
Malgré la présence de ces incidents, 15 patientes ont pu accoucher par voie basse, mais 5 avec extraction instrumentale et 12 par césarienne.

21 césariennes furent réalisées en cours de travail. Voici les indications :

Etiologies	Nombre de cas
Echec de déclenchement :	
-seul	1
- associé à une ou plusieurs autres pathologies	7
Souffrance fœtale aigue	8
Non engagement de la présentation	3
Présentation dystocique	1
Présentation bloquée en partie haute et échec de forceps	1

2.4.5. L'anesthésie.

Graphique 13: Analgésie durant le travail



Les patientes avec une rachi anesthésie ou une anesthésie générale ont toutes accouché par voie haute : Pour 23 la césarienne était programmée et pour 7 elle fut décidée en cours de travail.

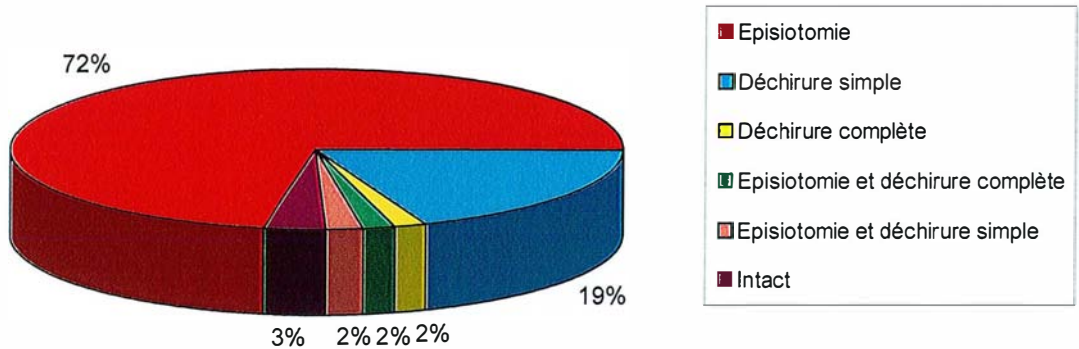
2.4.6. La délivrance.

Sur les 58 accouchements par voie basse, on a relevé :

- 55 délivrances complètes, dont 40 normales et 15 dirigées.
- 2 délivrances artificielles suivies de révision utérine.
- 1 délivrance incomplète qui a nécessité une révision utérine.
- Aucune hémorragie de la délivrance.

2.4.7. Etat du périnée pour les accouchements par voie basse.

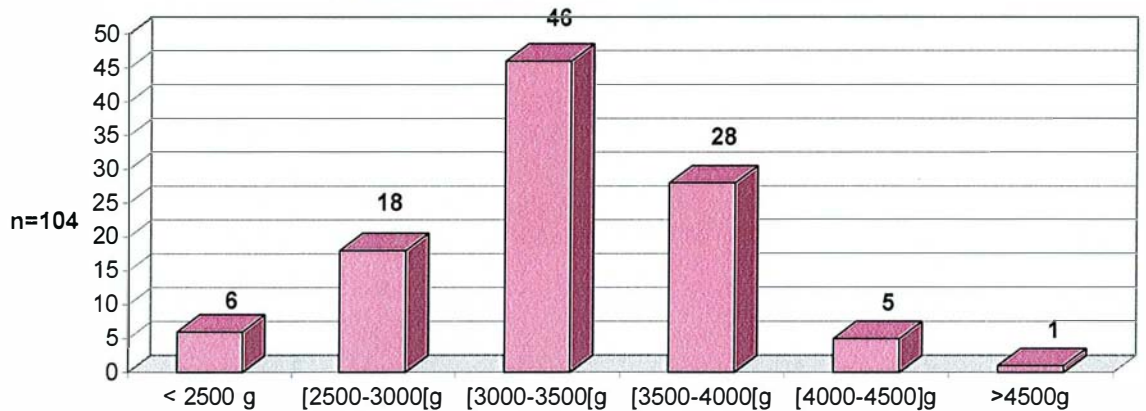
Graphique 14: Périnée



2.5. Etat des enfants à la naissance.

2.5.1. Le poids.

Graphique 15: Poids à la naissance



Parmi les enfants qui avaient moins de 2500 grammes à la naissance, 5 enfants étaient prématurés (les jumeaux sont nés à 31 SA et les 3 autres à 34 ou 35 SA), un enfant présentait un RCIU et était né à 35 SA, enfin, le dernier était mort né.

2.5.2. L'apgar.

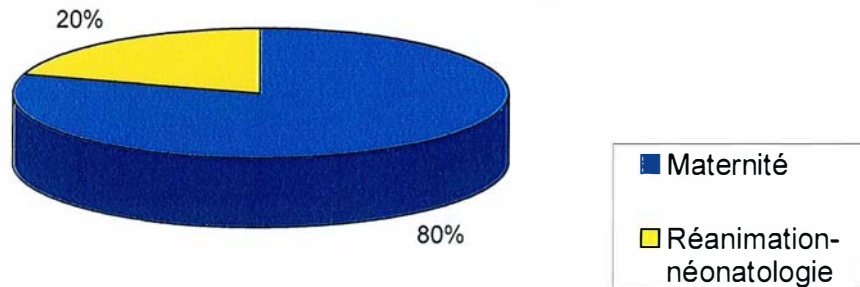
Sur un total de 103 bébés :

- A une minute de vie : 95 nouveaux-nés présentaient un apgar supérieur à 7, 7 enfants un apgar entre 4 et 7, et un enfant un apgar inférieur à 4.
- A cinq minutes : 101 présentaient un apgar supérieur à 7, un enfant un apgar entre 4 et 7 et un enfant un apgar inférieur à 4.

- A 10 minutes de vie : un enfant avait un apgar entre 4 et 7 et pour deux autres l'apgar était supérieur à 7. Pour les autres enfants l'apgar n'a pas été coté.

2.5.3. Le transfert.

Graphique 16: Transfert

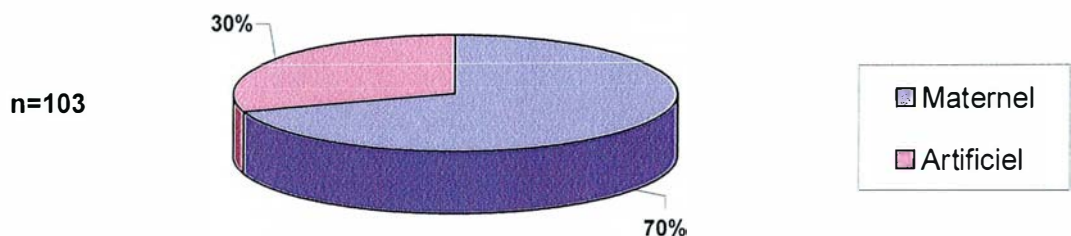


Les indications de transfert en néonatalogie sont les suivantes :

- La prématurité pour 5 enfants.
- La détresse respiratoire ou désaturation pour 5 enfants.
- Une surveillance : Pour 2 enfants la mère était sous bêtabloquant et pour 1 enfant elle était sous temesta®.
- La nécessité d'une réanimation à la naissance pour 1 enfant.
- La souffrance fœtale aiguë pour 1 enfant.
- Une surveillance glycémique pour 1 enfant.
- Une suspicion d'infection materno-fœtale pour 1 enfant.
- Hypoglycémie pour 1 enfant.
- Pour surveillance pour 2 enfants.
- Non précisé dans le dossier pour un enfant.

2.5.4. Le mode d'allaitement initial choisi.

Graphique 17: Allaitement



On constate un taux assez important d'allaitement maternel.

2.6. Les suites de couches.

Les incidents rencontrés sont les suivants :

Chez la mère	Nombre de cas	Chez l'enfant	Nombre de cas
Anémie	17	Ictère	6
Infection urinaire ou génital	2	Suspicion infection materno-fœtale	2
Allaitement difficile	1	Hypoglycémie	2
Syndrome grippal	1	Hypocalcémie	2
Baby blues	1	Détresse respiratoire secondaire	1
Insomnie	1	Encombrement bronchique	1
Endométrite du post-partum (3 semaines)	1	Fracture clavicule	1
		Hémoglobinosse C hétérozygote	1
		Infection urinaire	1
Total	24	Total	18

2.7. La sortie.

o Le jour de la sortie.

Jour de sortie	Avant J5	J5	J6	J7	Après J7	Non renseigné
Nombre de patientes	18	27	20	27	10	1

Soit n = 103.

o Les modalités.

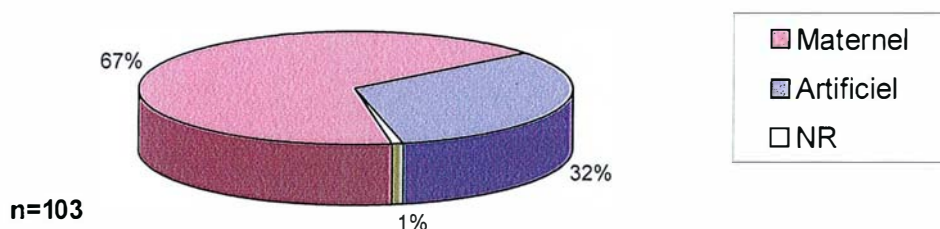
Neuf patientes ont pu bénéficier de l'hospitalisation à domicile. Mais seul un établissement a mis en place cette possibilité.

o Le suivi par la protection maternelle et infantile.

- Pour 31 patientes, un suivi par le service de PMI a été demandé.
- Pour 52 patientes, aucun suivi à domicile n'a été demandé par le service de maternité.
- Pour 19 patientes, le renseignement n'a pas été trouvé dans le dossier.

o Le choix d'allaitement au moment de la sortie.

Graphique 18: Allaitement



Le taux d'allaitement maternel est légèrement diminué au moment de la sortie.

3. Récapitulatif des résultats.

Critères exploités	Résultat retrouvé dans mon étude
Le profil des patientes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyenne d'âge des femmes ▪ Moyenne d'âge des hommes ▪ Femmes exerçant une activité ▪ Vivant en couple 	41,22 ans 41,56 ans 80,6 % 88 %
Les antécédents de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiaux : un ascendant diabétique ▪ Médicaux : consommant du tabac ▪ Gynécologique : stérilité ▪ Obstétricaux : primigeste 	27,2 % 18 % 24,3 % 51 %
Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de la grossesse ▪ Type de grossesse ▪ Suivi de la grossesse ▪ Diabète gestationnel durant la grossesse ▪ Marqueurs sériques réalisés ▪ Amniocentèses réalisées ▪ Terme de l'accouchement ▪ Déclenchement du travail ▪ Mode d'accouchement par césarienne : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programmée ✓ Décidée en cours de travail ▪ Poids de l'enfant ▪ Transfert en néonatalogie ▪ Allaitement maternel à la sortie 	82 % spontanées et 16 % par PMA 99 % de singleton 100 % par un gynécologue 22,9 % 19,4 % 60,2 % 68 % entre 37 et 41 SA 31 % 43 % 23,3 % 19,7 % 44,7 % entre 3000 et 3500 grammes 20 % en néonatalogie 67 %

Troisième Partie :
Prise en charge de ces
patientes et implication de
la sage-femme.

La primiparité à 40 ans est classiquement rapportée comme une grossesse à risque. De mon étude, il ressort que ces grossesses se déroulent tout de même sans trop de complications, excepté pour une patiente où la grossesse s'est soldée par une mort fœtale in utero.

Dans cette dernière partie nous allons donc essayer de définir qui sont ces primipares et déterminer le suivi en nous intéressant plus particulièrement aux pathologies spécifiques pouvant survenir chez ces femmes de 40 ans.

1 Qui sont les primipares de 40 ans et plus?

1.1. La fréquence de ces grossesses.

En Moselle, les primipares de 40 ans et plus représentent encore largement une minorité. En effet, sur une période de 5 ans, **cette population représentait moins de 0,1% des accouchements pour trois établissements étudiés**. Or nous avons vu en première partie que les naissances chez les femmes de 40 à 50 ans représentaient 2,9 % des accouchements. Toutefois l'augmentation du nombre de primipares « âgées » est difficile à démontrer. Le nombre de naissances dans ce groupe de femmes est sensiblement identique au cours des années étudiées, sauf pour 2004 où le nombre de naissances étaient particulièrement élevé.

Ainsi il semblerait qu'en Lorraine l'âge moyen à l'accouchement est encore assez jeune.

1.2. La catégorie socio-professionnelle.

La grossesse tardive est souvent expliquée par une carrière professionnelle privilégiée par rapport à la vie familiale. On peut alors penser que ces femmes ont une profession dite « de catégorie élevée » selon la classification d'INSEE. Or ce n'est pas le cas puisque 54 % des femmes avaient une profession dite intermédiaire ou étaient des employées. Il semblerait donc qu'**il n'y ait pas de différence socio-professionnelle significative par rapport aux femmes qui ont leur enfant plus tôt**.

Par rapport à l'exercice de la profession pendant la grossesse, il est difficile d'interpréter ces résultats. Les femmes exerceraient leur profession pendant la grossesse mais la durée est variable. La majorité a arrêté de travailler avant le congé de maternité

ou n'a pas exercé, ceci pour plusieurs raisons : existence d'antécédents obstétricaux et notamment de fausses couches, une profession fatigante, une pathologie survenant en cours de grossesse à type de menace d'accouchement prématuré ou parce que la grossesse résulte d'une procréation médicalement assistée. Cela laisse supposer que le gynécologue-obstétricien et la patiente n'ont pas voulu prendre de risques quant au déroulement de la grossesse. D'autres, au contraire ont pu continuer à exercer leur profession pendant toute la durée de la grossesse.

1.3. La situation matrimoniale.

Ces femmes vivent en couple pour la très grande majorité.

On constate tout de même que quelques unes sont célibataires au moment de l'accouchement.

1.4. L'âge des conjoints au sein du couple.

Une tendance se dégage dans cette étude : **Les écarts d'âge sont souvent élevés entre les deux conjoints.** Cela peut s'expliquer par le fait que les familles recomposées sont de plus en plus fréquentes. De plus, l'âge de la première maternité ne cessant de reculer, ces nouvelles familles sont souvent sans enfant au moment de la nouvelle union. On peut donc supposer que ces nouveaux couples reconstitués se dépêchent alors de mettre en route une grossesse avant la perte de la fertilité.

En conclusion :

Dans mon étude je n'ai pu démontrer l'augmentation de la prévalence des premières grossesses après 40 ans. Toutefois, le phénomène de grossesse tardive peut encore prendre de l'ampleur puisque l'âge de la première grossesse ne cesse de reculer. Ces femmes vivent en couple et exercent une profession pour la majorité. La poursuite de l'activité professionnelle est possible pendant la grossesse. Il faudra tout de même s'assurer que le type de travail le permette et que la patiente ne présente pas d'antécédents hypothéquant le pronostic de la grossesse.

2 Le suivi de ces grossesses.

2.1. L'importance des antécédents de la patiente.

Les primipares de 40 ans présentent souvent des antécédents personnels. Ceci est confirmé par l'étude puisque environ la moitié des patientes ont au moins un antécédent médical, gynécologique ou obstétrical.

Au niveau familial, les pathologies à repérer sont celles pouvant avoir des répercussions sur la grossesse ou sur l'enfant. Par exemple, 27 % des patientes avaient un ascendant diabétique et donc un risque plus important de diabète gestationnel au cours de la grossesse.

Les pathologies chroniques les plus retrouvées dans mon étude correspondent le plus souvent à celles retrouvées dans la littérature: 5 % avaient une HTA préexistante dans mon étude (contre 5,2 % selon la littérature (7), (15), (30), (36)). Les pathologies thyroïdiennes et cardio-respiratoires se révèlent plus fréquentes: 5,8 % contre 3 % (toujours selon les mêmes auteurs), les pathologies cardiorespiratoires également.

Quant aux antécédents gynécologiques, ils sont très présents aussi : 8 % avaient un antécédent de myome dans mon étude contre 10 % dans les études (7), (15), (30), (36). La notion de stérilité était aussi souvent mentionnée par les femmes.

Pour les antécédents obstétricaux, environ la moitié était des primigestes. Il a été retrouvé des antécédents de fausses couches, de grossesses extra-utérines, d'interruptions volontaires ou médicales de grossesse et de mort fœtale in utero.

En conclusion :

Il est important pour la sage-femme de réaliser une anamnèse précise et complète chez ces primipares. Cela lui permettra d'évaluer les risques encourus par la patiente eu égard à ses antécédents. Une surveillance plus attentive de la grossesse doit être envisagée pour certaines pathologies. Des examens et un traitement spécifique peuvent s'avérer nécessaires ainsi que le changement ou l'arrêt d'un traitement en cours.

2.1. Le contexte de la grossesse.

Etant donné le nombre important de stérilités déclarées dans les antécédents gynécologiques, on aurait pu s'attendre à une forte proportion de grossesses obtenues par procréation médicalement assistée. D'autant plus que la fécondité chute très

rapidement après 35 ans. Or ce n'est pas le cas ici : seules 16 grossesses ont été obtenues par PMA alors que la stérilité comme antécédent gynécologique a été retrouvée dans 25 dossiers.

En s'intéressant de plus près aux antécédents obstétricaux, je constate que la grossesse chez ces femmes à cet âge de leur vie semble constituer un choix pour certaines. Elles avaient eu la possibilité d'avoir un enfant plus tôt puisque 11 patientes avaient un antécédent d'interruption volontaire de grossesse. Certaines femmes avaient même fait plusieurs IVG.

Il semble donc que la grossesse actuelle était programmée et que le désir d'enfant était présent. Certaines n'avaient pas de moyen contraceptif avant la grossesse, ce qui laisse penser que le projet d'enfant était ancien. Certaines avaient une contraception mais l'ont arrêtée : le délai d'attente entre l'arrêt et la grossesse variait d'une femme à l'autre.

Concernant 5 femmes, la grossesse semblait tout de même inattendue puisqu'elle a été découverte tardivement. Pour l'une d'entre elles cela peut s'expliquer par son passé de stérilité.

Pour 18 femmes la grossesse n'était pas spontanée. Un traitement par clomifène sur un ou deux cycles a été suffisant chez deux d'entre elles. Les autres ont eu recours à la PMA (16 cas). Quelquefois plusieurs tentatives ont été nécessaires.

Près de la moitié présentait des antécédents de fausse couche. Une étiologie est parfois retrouvée lors du bilan comme de l'endométriose, l'ovaire micropolykystique ou les fibromes.

En conclusion :

Une grossesse spontanée après 40 ans est encore possible mais il ne faut pas laisser croire aux femmes que c'est facile. En effet, pour certaines il a été difficile de l'obtenir, et ce malgré parfois le recours à la PMA. Avant de parler de stérilité, il faut étudier la fécondabilité qui est la probabilité de concevoir à chaque cycle. Il faut tenir compte de l'âge de la mère, de la sexualité du couple et de la durée de l'infécondité.

La grossesse semble être un véritable choix programmé à un moment donné de leur vie.

2.3. Les consultations prénatales.

Les gestantes ont dans l'ensemble bénéficié d'un suivi régulier, et ce par un gynécologue-obstétricien. Seule une patiente a été suivie par une sage-femme. Ceci peut s'expliquer par le fait que la possibilité d'un suivi par une sage-femme durant la grossesse n'est pas encore très connue par les patientes. Pourtant, en l'absence de complications, elle en a les compétences.

Un suivi mensuel semble suffisant en l'absence de pathologie.

2.4. La surveillance foetale.

Chez ces primipares de 40 ans, il conviendra de rechercher surtout les signes en faveur d'une fausse couche, d'anomalies chromosomiques, de malformations congénitales ou de mort foetale in utero.

2.4.1. La surveillance échographique.

Pour la surveillance d'une grossesse normale trois échographies sont recommandées. Mais chez 28 patientes, seuls un ou deux comptes-rendus d'échographies ont été retrouvés. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles ne sont pas toujours gardées dans les dossiers. 38 patientes avaient bénéficié de trois ou quatre échographies, et 18 de cinq ou plus.

Mon étude ne me permet pas de tirer des conclusions en ce qui concerne la surveillance échographique puisque je n'avais pas tous les comptes-rendus lors du recueil de données.

2.4.2. Les marqueurs sériques.

Les marqueurs sériques pratiqués au premier trimestre de la grossesse ont été réalisés chez peu de femmes. Cela s'explique par le fait que les gynécologues proposent d'emblée une amniocentèse. Les marqueurs sont alors inutiles.

Pourtant la mesure simultanée de la β HCG et de l'alphafoetoprotéine est intéressante car elle nous indique si le fœtus appartient ou non à une zone à risque de trisomie 21. En dehors de ce risque global, il faut aussi se baser sur le taux d'alphafoetoprotéine. Cette protéine va nous mettre sur la piste d'une anomalie du tube neural si la valeur sérique

maternelle est augmentée, et sur celle d'une trisomie si le taux est abaissé. Certains auteurs (Nicolaidis à Londres) intègrent, même après 38 ans, la donnée âge maternel dans leurs abaques, limitant ainsi le nombre d'amniocentèses réalisées.

2.4.3. Le dépistage anténatal.

Il répond à un besoin d'identifier tôt durant la grossesse un certain nombre d'anomalies fœtales ou maladies génétiques.

Dans mon étude, sur 62 % des femmes fut pratiquée une amniocentèse ou une biopsie du trophoblaste. L'âge maternel élevé était le seul facteur de risque pour une grande majorité. Or il ne faut pas oublier que c'est un prélèvement invasif et que le risque de pertes fœtales est estimé à environ 0,5-1 %.

Certains prélèvements semblent toutefois avoir été réalisés car la patiente présentait des facteurs de risques : deux patientes avaient un antécédent de trisomie ; pour six l'HT21 était pathologique et pour la dernière un des deux fœtus avait un pied varus.

Notons le taux important de refus de ponction de liquide amniotique : 7 cas sur 62 examens soit 11%. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes ne veulent pas courir le risque de perdre cet enfant.

2.4.4. Le conseil génétique.

Seules trois femmes ont bénéficié d'un conseil génétique en cours de grossesse.

2.4.5. La surveillance du bien-être fœtal.

Dans mon étude une grossesse se complique d'une mort fœtale à 38 semaines d'aménorrhées. L'étiologie envisageable est un syndrome vasculo-rénal. Cette patiente présentait à l'admission une tension artérielle largement supérieure à la normale ainsi qu'une prise de poids importante. A la naissance, l'enfant pesait 2300g ce qui est en faveur d'un retard de croissance en rapport avec le syndrome vasculo-rénal. Avant cet incident, le déroulement de la grossesse était sans particularité. Dans ses antécédents on notait une fausse-couche précoce, une consommation de tabac et au niveau familial du diabète.

Il est difficile de conclure d'après mon étude sur la fréquence des morts fœtales in utero.

En conclusion :

La surveillance fœtale par des examens non invasifs serait à privilégier.

La surveillance échographique doit être minutieuse à raison d'une échographie par trimestre en s'attachant surtout aux signes d'appel d'anomalies ou de malformations ainsi qu'à la biométrie. Une surveillance plus intense en cas de pathologie maternelle ou fœtale sera instaurée.

Le conseil génétique répond au pronostic de la grossesse en cours. Le médecin pourra atténuer l'incertitude et le doute qui sont des générateurs d'anxiété chez les patientes.

Quant aux marqueurs sériques, l'avenir serait l'étude basée sur la mesure conjointe de la clarté nucale, de l'HCG et d'une protéine placentaire la PAPP-A. Ce dépistage plus précoce a une fiabilité de l'ordre de 80 % pour la trisomie 21. Il est peu pratiqué mais serait à développer chez les femmes à risque d'anomalies chromosomiques. Toutefois, en cas de haut risque, l'amniocentèse restera l'examen de choix.

La possibilité du diagnostic anténatal doit être discutée avec les patientes en début de grossesse. Certaines, en raison de convictions religieuses ou personnelles, certaines ne souhaitent pas rentrer dans un système de « soins » visant à découvrir et à éliminer les fœtus atteints d'anomalies chromosomiques. D'autres ne supportent pas le risque de mettre au monde un enfant trisomique et souhaitent qu'un diagnostic anténatal soit réalisé, même si cela nécessite un prélèvement invasif.

Il semblerait que le dépistage par amniocentèse reposant sur la seule donnée de l'âge maternel supérieur à 38 ans soit de plus en plus discuté, mais reste totalement indiqué s'il y a plusieurs facteurs de risques. De plus, une amniocentèse tardive peut toujours être pratiquée si elle s'avère nécessaire. Cet examen restera systématiquement proposé mais il s'agit de peser les bénéfices et les risques.

Enfin, la sage-femme doit rester attentive au risque de mort fœtale. Sur le plan clinique, il convient de bien surveiller les mouvements actifs du fœtus. Le bien-être fœtal peut aussi être évalué par des enregistrements du rythme cardiaque fœtal et la réalisation d'un score de Manning.

2.5. La surveillance maternelle.

Certaines pathologies spécifiques survenant chez ces primipares de plus de 40 ans sont mises en exergue dans mon étude.

2.5.1. Le diabète gestationnel.

Un diabète gestationnel a été dépisté chez onze patientes, soit à une fréquence d'environ 11 %. L'âge maternel élevé constitue à lui seul un facteur de risque de diabète gestationnel : ce fut le cas pour quatre patientes. Les sept autres présentaient d'autres facteurs de risque associés : un antécédent familial de diabète pour deux patientes, un antécédent familial et personnel d'obésité pour deux patientes, et deux autres patientes étaient en surpoids. Enfin, une patiente présentait un antécédent personnel d'obésité et de mort fœtale in utero.

Trois patientes ont été traitées pendant la grossesse par insuline et les autres par un régime équilibré.

En conclusion :

Les recommandations nous disent de pratiquer le dépistage du diabète gestationnel en présence de facteurs de risques, l'âge maternel de 40 ans pourrait en faire partie. Mais dans certains établissements le dépistage universel du diabète gestationnel est réalisé et ce quel que soit l'âge.

En raison de la fréquence élevée de cette pathologie chez les primipares de 40 ans, il serait à envisager un dépistage systématique chez ces femmes. D'autant plus si elles présentent une prédisposition familiale ou personnelle. Il faudra donc faire un test de O'Sullivan entre 24 et 28 semaines d'aménorrhées. Il sera suivi d'une hyperglycémie provoquée par voie orale si besoin qui posera le diagnostic.

2.5.2. La menace d'accouchement prématurée.

Sur les huit patientes ayant présenté cette pathologie, trois présentaient des facteurs de risques mineurs ou majeurs qui étaient les suivants : grossesse multiple, nombre de fausses couches antérieures supérieur à deux et infection urinaire en cours de grossesse. Pour quatre femmes, la menace d'accouchement a été jugulée par de l'Adalate® ; une a eu du Tractocile® dans un premier temps et a été transférée dans une maternité de niveau supérieur ; deux autres ont bénéficié d'un traitement par Spasfon® et la quatrième d'aucun traitement.

L'exercice d'une profession n'est pas en cause dans la menace d'accouchement pour six femmes de ces huit puisqu'elles étaient sans profession ou avaient déjà arrêté de travailler.

La poursuite de l'activité professionnelle semble donc possible pendant la grossesse. Pour cinq femmes la menace d'accouchement prématuré est survenue alors qu'elles ne présentaient pas de facteur de risque.

En conclusion :

Il paraît alors essentiel d'informer la patiente quant à ce risque afin qu'elle en repère les signes. Il faudra l'encourager à consulter si elle ressent des contractions utérines douloureuses à raison de plus de dix par jour, en cas de saignement ou d'épisodes fébriles qui peuvent être révélateurs d'infections et lui conseiller plus de repos. Lors des consultations, la sage-femme fera un examen urinaire à l'aide d'une bandelette qui lui permettra de vérifier le taux de leucocytes. Un examen cytobactériologique des urines sera prescrit en cas de résultat pathologique ou tout autre signe anormal. Une surveillance par prélèvement vaginal est aussi à réaliser afin de rechercher une infection vaginale : il est systématiquement réalisé entre 32 et 36 SA.

2.5.3. La prééclampsie ou les autres syndromes vasculo-rénaux.

○ Deux patientes ont présenté une hypertension artérielle gravidique, stabilisée par traitement en début de grossesse. Pour une, la grossesse s'est compliquée d'un retard de croissance intra-utérin en fin de grossesse avec une perturbation des examens doppler.

Une patiente a présenté en fin de grossesse à l'examen doppler des notchs et à l'échographie une biométrie dans les limites inférieures. La décision de déclencher la grossesse a été entreprise puisque la patiente était proche du terme.

Une patiente a fait une prééclampsie sévère à 35 semaines d'aménorrhées. Les signes cliniques étaient l'hypertension artérielle, la barre épigastrique et les céphalées. Un traitement a donc été mis en place. L'apparition en plus d'une protéinurie, quelques jours après, a entraîné une modification du traitement puis une césarienne malgré la prématurité. Cette femme avait un diabète insulino-dépendant mal équilibré qui a pu être à l'origine de la prééclampsie.

○ Certaines femmes n'ont présenté que un ou deux signes de la prééclampsie. Soit une simple surveillance était mise en place, soit une maturation était pratiquée pour provoquer l'accouchement. Seule une femme présentant une hypertension artérielle et des oedèmes à 40 semaines d'aménorrhées a été mise sous traitement.

En conclusion :

Même si dans notre étude une seule femme a présenté une prééclampsie, la littérature relève que ce risque est augmenté chez les primipares de 40 ans et plus (1), (7), (10), (15), (36).

Ainsi, la surveillance de la tension artérielle, la recherche d'une albuminurie ou d'oedèmes doivent être systématiques à chaque consultation mensuelle. En cas de facteur de risque supplémentaire, on peut faire appel à une sage-femme libérale ou à la sage-femme de PMI pour assurer un suivi plus rapproché. Il faudra aussi informer la patiente sur les signes qui doivent attirer son attention : des oedèmes importants au niveau des chevilles, des mains ou du visage, une prise de poids rapide, des céphalées, des acouphènes, des phosphènes ou une douleur en barre au niveau de l'estomac.

2.5.4. Les métrorragies.

- Six patientes ont présenté des métrorragies lors du premier trimestre de la grossesse.
 - Pour l'une d'entre elle, cela peut s'expliquer par la présence d'un décollement ovulaire à l'échographie un mois auparavant. Un traitement avait été mis en place à ce moment lors de son hospitalisation.
 - Deux patientes avaient des douleurs pelviennes associées qui peuvent s'expliquer par la présence d'un fibrome pour l'une.
 - Trois patientes ont présenté un épisode de métrorragie isolé. Une hospitalisation n'a pas été nécessaire.

- Au deuxième trimestre, seule une patiente a présenté un épisode de métrorragie associé à des contractions utérines. Son col s'était modifié. Le diagnostic était donc la menace d'accouchement prématurée.

- Quatre patientes ont présenté des métrorragies lors du dernier mois de la grossesse. Elles avaient toutes un signe associé et ont été hospitalisées. Deux patientes étaient en début de travail car elles présentaient des contractions utérines. La troisième, malgré la présence de contractions, n'était pas en travail : un traitement a été mis en place et le travail a été déclenché deux jours plus tard pour altération du rythme chez le fœtus. Enfin, une patiente présentait des oedèmes des membres inférieurs et l'équipe obstétricale avait décidé de déclencher alors le travail.

En conclusion :

Il s'agit en début de grossesse d'informer la patiente sur les signes anormaux qui doivent l'amener à consulter, comme les métrorragies.

3 La surveillance de l'accouchement.

3.1. Le terme et le déclenchement du travail.

Même si la majorité des accouchements se sont déroulés entre 37 et 41 SA (70 cas sur 103), 27 % des naissances ont eu lieu après la date théorique de 41 SA.

Le travail a été provoqué pour 32 patientes dont 15 après 41 SA. Pour certaines, la seule indication était le terme : ce fut le cas pour dix patientes. Cinq ont accouché à 41 SA par voie basse sauf une. Quatre autres vers 41 SA+4 j dont deux par voie basse et deux par voie haute. Enfin, une patiente a accouché à **42 SA+1 j** par voie basse. Pour d'autres, le déclenchement a été motivé par une autre indication, soit en faveur d'un élément maternel soit fœtal. Ce déclenchement était réalisé entre 41 SA+1j et 41 SA+5j.

En conclusion :

Ainsi, la fréquence des déclenchements demeure plus élevée chez ces femmes (31 % dans mon étude). Elle pourrait s'expliquer par le fait que les grossesses se prolongent souvent au-delà de 41 SA et qu'une pathologie peut être associée. De plus, les protocoles font que nous avons tendance à être plus interventionniste à partir d'un certain terme. A partir de 41 SA, la surveillance de la grossesse doit être rapprochée afin de s'assurer du bien-être fœtal. Il faudra vérifier si les conditions obstétricales sont favorables ou non à un déclenchement. Pour cela on calculera le score de Bishop.

3.2. Le déroulement du travail et le mode d'accouchement.

Le taux de césariennes constaté, de 43 %, correspond à celui retrouvé dans d'autres études : 40 % selon AUDIPOG.

○ On retrouve également les mêmes indications pour les césariennes programmées dont les principales sont celles liées aux présentations dystociques, à la macrosomie et aux antécédents médicaux comme le diabète.

○ De même pour les césariennes en cours de travail, les deux principales indications retrouvées sont l'échec de déclenchement et la souffrance fœtale aiguë.

○ Il y a eu autant de césariennes programmées que réalisées en cours de travail. Sur les trente dossiers où l'on a retrouvé des anomalies en cours de travail, chez quatorze femmes la poursuite du travail par voie basse a été possible. Pour seize femmes une intervention a été nécessaire pour ne pas mettre en danger le fœtus : Onze femmes ont accouché par césarienne et cinq avec ventouse ou forceps.

En conclusion :

Même si le taux de césariennes est élevé, il est important de se dire que chez ces femmes **le mode d'accouchement par césarienne n'est pas systématique. En effet, «primipare âgée» ne devrait pas être une indication systématique.** Pourtant cela a été retrouvé dans mon étude. Il faut donc poser l'indication en fonction des antécédents de la patiente et d'éventuelles complications de la grossesse en cours.

Lors du travail, il faut être vigilant sur les anomalies du rythme cardiaque foetal. Cela ne veut pas dire qu'il va falloir extraire l'enfant tout de suite car différents examens peuvent être pratiqués en cas de rythme cardiaque foetal suspect.

Ainsi, la surveillance du travail chez la primipare de 40 ans ne diffère pas de celle d'une femme plus jeune.

3.3. L'enfant à la naissance.

La grande majorité, soit 88,4 % des enfants avaient un poids à la naissance compris entre 2500 et 4000 grammes.

○ 6 enfants (soit 5,8 %) avaient un poids inférieur à 2500 grammes, ce qui peut s'expliquer par :

✓ La prématurité pour cinq, dont quatre étaient nés suite à une rupture prématurée des membranes et pour l'un une césarienne avait été réalisée pour prééclampsie chez la mère.

✓ La mort du fœtus in utero.

Le taux de prématurité retrouvé dans mon étude est donc de 6,8 %. En le comparant au taux retrouvé chez des femmes plus jeunes, il n'y a pas de grande différence.

○ 6 enfants (soit 5,8 %) avaient un poids supérieur à 4000 grammes.

La macrosomie avait été diagnostiquée en anténatal pour quatre enfants et une césarienne avait donc été programmée.

Concernant l'apgar, seul un enfant avait un apgar inférieur à 4 à une minute de vie. Celui-ci était toujours inférieur à 4 à cinq minutes et entre 4 et 7 à dix minutes de vie. Une réanimation a donc été entreprise. Par rapport au contexte de l'accouchement, il s'agissait d'une ventouse à 40 SA pour bradycardie de fin de travail. La bradycardie de ce fœtus avait donc été diagnostiquée. Quant à la grossesse, elle était sans particularité.

En conclusion :

Ainsi, la mesure de la biométrie est importante au troisième trimestre. Un contrôle proche du terme doit être réalisé en cas de mesures trouvées en-dehors des courbes. Cela permettra d'envisager la voie d'accouchement.

La grande majorité des enfants avaient un apgar relativement bon à la naissance. Ainsi, dans mon étude, on constate que les enfants vont en général bien à la naissance. Par contre le taux de transfert en néonatalogie est assez élevé, les indications les plus retrouvées étant la détresse respiratoire et la prématurité. Certaines indications, comme une surveillance suite à un traitement maternel, sont plus spécifiques à la grossesse chez la primipare de 40 ans. Elle s'explique par une plus grande fréquence des pathologies avant et pendant la grossesse

3.4. Le mode d'allaitement choisi.

Le pourcentage de femmes allaitant est assez important. Il est plus élevé que la moyenne des françaises tout âge confondu.

En conclusion :

Ce taux élevé d'allaitement maternel fait ressortir que ce sont des femmes mûres, qui ont réfléchi à ce qu'il y avait de mieux pour leur enfant. A travers cette expérience, elles ont un lien privilégié avec l'enfant.

4 La sortie de la maternité.

La plupart des femmes quittent la maternité au cinquième jour, lorsqu'elles ont accouché par voie basse ou au septième jour lorsqu'elles ont accouché par césarienne. Pour 30,1 % des femmes un suivi par la protection maternelle et infantile a été demandé par la maternité.

En conclusion :

Aucune pathologie engendrant une augmentation du séjour n'a été observée. Ceci explique le fait que la plupart des femmes sortent entre J5 et J4. Le fait que certaines soient sorties après J7 peut s'expliquer par le fait qu'elles ne voulaient pas quitter la maternité sans leur enfant car il était en néonatalogie.

Mais une sortie plus précoce peut être envisagée si une sage-femme peut venir à domicile pour effectuer une surveillance ou si l'établissement met en place de l'hospitalisation à domicile.

Le suivi par la PMI est souvent systématique en cas de premier enfant, et notamment lorsque l'âge maternel est élevé. Une puéricultrice passera au domicile de la mère ; elle pourra répondre à ses questions et la rassurer si elle est anxieuse. La venue d'un enfant représente un bouleversement affectif dans la vie d'une femme. Elle a donc souvent besoin d'être entourée dans ces premiers moments.

Ainsi, la grossesse chez ces femmes à cet âge de 40 ans semblerait un véritable choix même si pour certaines, à cause d'une stérilité, le désir de grossesse est présent depuis longtemps. Par rapport au suivi de ces grossesses, il en résulte :

- Une surveillance habituelle de la grossesse
- La recherche de pathologies spécifiques pouvant survenir chez ces femmes.

Conclusion

Au terme de cette analyse nous pouvons souligner que, même si ces grossesses sont décrites comme « à risque », une issue maternelle et fœtale heureuse est tout à fait envisageable. Certes, la pathologie de la grossesse est augmentée après 40 ans mais les résultats nous paraissent plutôt satisfaisants.

Certains n'hésiteront pas à encourager les femmes de 40 ans qui le souhaitent à mener à bien ce désir si légitime de donner la vie et d'éduquer un enfant dans le sillage d'une histoire riche d'expérience et de maturité. D'autres, comme des professionnels de santé ou l'entourage diront qu'il vaut mieux avoir des enfants avant 35 ans car des tabous très vivaces persistent encore.

Rappelons aussi qu'aujourd'hui la naissance est devenue un évènement très médicalisé. La médicalisation est encore plus marquée chez les primipares de 40 ans et plus. Un suivi médical aussi approfondi ne serait peut-être pas utile en l'absence de facteurs de risques.

Il convient donc que les femmes soient informées des risques encourus lors de ces grossesses tardives et de l'importance d'une bonne santé en général. Un bon rythme de vie, une bonne hygiène et une alimentation équilibrée seront à privilégier ; l'absence de pathologies préexistantes sera aussi en faveur d'une issue favorable de la grossesse. Mais si les hasards de la vie font que ce n'est que plus tard que devenir mère devient possible ou que l'envie de devenir mère apparaît, pourquoi leur refuserait-on cet épanouissement ?

Bibliographie

1. ANANTH (CV.), WILCOX (AJ.), AVITZ (DA.) et al.
Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders pregnancy.
Obstet.Gynecol., 1996, 88: 511-6.
2. BELAISCH-ALLART (J.)
Grossesse et accouchement après 40 ans.
In : Encyclopédie médico chirurgicale, Gynécologie/Obstétrique, 5-016-B-10, Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2000, 6 p.
3. BELAISCH-ALLART (J.)
Critères d'acceptation d'une AMP après 40 ans.
La lettre du gynécologue, 2003, (279) : 8-11.
4. BELAISCH-ALLART (J.)
Mesdames, n'attendez plus.
La Lettre du Gynécologue, 2004, (288):4-6.
5. BENBASSA (A.)
Le futur de la FIV ne manque pas d'avenir.
La Lettre du Gynécologue, 1999, (246): 13-7.
6. BERNARD (J.P)
Controverse : amniocentèse systématique pour les femmes de 38 ans ou plus ?
Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2000, 28 (10) : 765-69.
7. BIANCO (A), STONE (J), LYNCH (L) et al,
Pregnancy outcome at age 40 and older.
Obstet.Gynecol., 1996, 87: 917-22.
8. BLUM (M.)
Is the elderly primipara really at high risk ?
Perinat. Med. , 1979, 7: 108-112.
9. BOOTH (R.), WILLIAMS (G.).
Elderly primipravidae.
Obstet. Gynaecol. Br. Common. W, 1964, 71: 249-54.
10. CHAN (BC.), LAO (TTL.).
Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above.
Hum. Reprod. , 1999, 14: 833-7.

11. COMMENGES-DUCOS (M.)
Quelle intervention médicale dans le désir tardif d'enfant ?
Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2002, 30 (10): 834-7.
12. CONTAL (S).
Première maternité à la quarantaine : Une approche psychosociologique.
Mémoire Sage-Femme. Ecole de Sages-femmes Pierre Morlanne de Metz-Thionville, 1999, 42 p.
13. DAGUET (F.)
La fécondité dans les régions à la fin des années quatre-vingt-dix.
INSEE PREMIERE, 2004, (963).
14. DE LA FONTAINE (A).
Une première grossesse à 38 ans.
Mémoire Sage-Femme. Ecole de Sages-femmes de Nîmes, 1991, 56 p.
15. DILDY (GA), JACKSON (GM), FAVERS (GK) et al.
Very advanced maternal age :pregnancy after age 45.
Obstet. Gynecol., 1996, 175: 668-74.
16. ECKER (JL), CHEN (KT.), COHEN (AP.) et al.
Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women.
J. Obstet. Gynecol., 2001, 185: 883-7.
17. EJNES (L.), BAFGHI (A.), BONGAIN (A.)
Impact de l'âge sur la mortalité maternelle.
La lettre du gynécologue, 2003, 279: 20-6.
18. FRETTS (RC.), SCHMITTDIEL (J.), Mc LEAN (FH.).
Increased maternal age and the risk of fetal death.
N. Engl. J. Med. , 1995, 333: 953-7.
- 19..GARBER (V).
Découvrir la maternité après 38 ans.
Mémoire Sage-Femme. Ecole de Sages-femmes Pierre Morlanne de Metz-Thionville, 1994, 56 p.
20. GILBERT (WM.), NESBITT (TS.), DANIELSEN (B.).
Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24 032 cases.
Obstet. Gynecol. , 1999, 93: 9-14.

21. HANSEN (J.).
[Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature.](#)
Obstet. Gynecol. Surv. , 1986, 41: 726-42.
22. HEDON (B.)
[Age et reproduction.](#)
Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2002, 30 (10) : 807-8.
23. JOLLY (M.), SEBIRE (N.), HARRIS (J.) et al.
[The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older.](#)
Hum. Reprod. , 2000, 15: 2433-7.
24. KIRTZ (DS.), DORCHESTER (W.), FREEMAN (RK.).
[Advanced maternal age: the mature gravida.](#)
J. Obstet. Gynecol., 1985, 152: 7-12.
25. KNIBIEHLER(Y.)
[La révolution maternelle depuis 1945.](#)
Edition Perrin, 1997, 370 p.
26. KNIBIEHLER (Y.)
[Maternité, affaire privée, affaire publique.](#)
Edition Bayard, 2001, 269 p.
27. LANSAC (J.).
[Fertilité et infertilité. Faire des enfants tôt.](#)
La Lettre du Gynécologue, 1994, 196: 3-6. (éditorial)
28. LISA (M.), HOLLIER (LM.), LEVENO (KJ.) et al.
[Maternal age and malformations in singleton births.](#)
Obstet. Gynecol., 2000, 96: 701-6.
- 29..LOIZEAU (S.), DESPREZ (B.), GILLY (V.).
[La grossesse à 40 ans.](#)
La lettre du gynécologue, 2003, (279): 12-6.
- 30..MAILLET (R.), MARTIN (A.).
[Grossesse et accouchement à un âge avancé.](#)
Genesis, 2005, (102): 7-10.
31. MARCOS-SIGAL (H).
[La signification de la naissance du premier enfant.](#)
Edition Privat, 1984, 223 p.

32. MERGER (R.), LEVY (J.), MELCHIOR (J.).
[Précis d'obstétrique.](#)
6e édition, Masson, Paris, 2001, 597 p.
33. National Vital Statistics Report 2002; 50, 5: 12.
34. NYBO ANDERSEN (AM.), WOHLFAHRT (J.), CHRISTENS (P.)
et al.
[Maternal age and fetal loss: population based register linkage study.](#)
B.M.J. , 2000, 320: 1708-12.
35. PUGLIESE (A.), VICEDOMINI (D.), ARSIERI (R.).
[Perinatal outcomes of newborn infants of mothers over 40 years old. A case-control study.](#)
Minerva Gynecol. , 1997, 49: 81-4.
36. PRYSAK (M), LORENTZ (RP), KISLY (A).
[Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older.](#)
Obstet. Gynecol. , 1995, 85: 65-70.
37. RICHET-MASTAIN (L.)
[Bilan démographique 2005.](#)
INSEE PREMIERE, 2006, (1059).
38. SAGOT (P.)
[N'est-il pas prématuré de ne plus accepter de faire d'amniocentèse à une patiente d'âge supérieur ou égal à 38 ans ?](#)
Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2000, 28 (10): 769-71.
39. SAVALE (M.)
[La fertilité à 40 ans.](#)
Profession Sage-Femme, 2001, (73): 26-7.
40. SCHULZ (C.)
[Subjectivité et fécondation in vitro : Quel sens revêt pour un couple la demande d'un « enfant à tout prix » ?](#)
Les dossiers de l'obstétrique, 2004, (324): 12-4.
41. SHAU (WY.), HUNG (TH.).
[Risks for placenta accreta.](#)
Obstet. Gynecol. , 1999, 93: 545-50.
42. TOURNAIRE (M.)
[Le bonheur d'être mère : La grossesse après 35 ans.](#)
Edition Odile Jacob, Paris, 2005, 297 p.

43. TRASTOUR (C.), FAYAD (S.), BONGAIN (A.)
[Accoucher après 40 ans.](#)
La lettre du gynécologue, 2003, (279): 17-9.
44. VALABREGUE (C.), BERGER-FORESTIER (C.), LANGEVIN (A.)
[Ces maternités que l'on dit tardive - Un nouvel itinéraire pour les femmes.](#)
Edition Robert Laffont.SA, Paris, 1982, 221 p.
45. VEKEMANS (M.)
[Age parental et risques génétiques pour la descendance.](#)
Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2002, 30 (10): 831-3.
46. WONG (SF.), HO (LC.).
[Labour outcome of low-risk multiparas of 40 years and older. A case-control study.](#)
J. Obstet. Gynecol., 1998, 38: 388-90.
47. ZIADEH (S.), YAHAYA (A.).
[Pregnancy outcome at age 40 and older.](#)
Arch. Gynecol. Obstet. , 2001, 265: 30-33.

Les sites internet

- 48..AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003
<http://audiog.inserm.fr>.
- 49.BELAISCH-ALLART(J.). Gyneweb [en ligne]. Disponible sur :www.gyneweb.fr Thème fertilité (consulté le 01/07/2006).
- 50.INSEE. La France en faits et chiffres [en ligne]. Disponible sur :
www.insee.fr (consulté le 01/07/2006).
- 51.Claude d'Ercole. Anomalies chromosomiques et échographie du deuxième trimestre de grossesse. [en ligne] Disponible sur :<sfip-radiopediatrie.org> (consulté le 01/07/2006)
- 52.Comité Consultatif National d'éthique. Avis sur le dépistage du risque de la trisomie 21 fœtale à l'aide de tests sanguins chez les femmes enceintes. [en ligne]. Disponible sur : www.ccne-ethique.fr (consulté le 01/07/2006).
- 53.Eurostat. Statistiques en bref. Population et conditions sociales [en ligne].La population en Europe en 2004. Disponible sur:
www.insee.fr (consulté le 4/09/2006).
54. Organisme Serono. Comprendre la fertilité. [en ligne]. Disponible sur : www.fertility.com (consulté le 13/09/2006).

Annexes

Numéro d'anonymat :

OUTIL DE RECHERCHE

Etat civil

***Concernant la mère :**

Age : _____

Activité professionnelle : Oui : _____ Catégorie professionnelle : _____
(Code INSEE)

Non

Exercée pendant la grossesse : Oui : Jusqu'à quel terme : _____
Non

Situation familiale : - Mariée - Divorcée - Concubinage - Célibataire

***Concernant le père :**

Age : _____

Situation professionnelle : Oui : _____ Catégorie professionnelle : _____
(Code INSEE)

Non

Numéro d'anonymat:

2. Les antécédents

***Familiaux :** - HTA - Diabète -malformations (si oui laquelle)
- Autres :

***Personnels :**

Pathologie	Diabète	HTA	Thyroïde	Thrombo-embolie	Autres	Addiction
Type						
Durée						
Traitement						

Taille : _____ Poids avant la grossesse : _____ IMC = _____

***Gynécologiques :**

Durée des cycles : _____ - Régularité : oui non
Contraception avant la grossesse : Oui - De quel type : _____
Non - Délai entre l'arrêt et la grossesse : ____

Autres pathologies gynécologiques:

	Pathologie	Infection	Stérilité
Quel type			
En quelle année			
Traitement			

***Obstétricaux :**

	GEU	Fausse Couche	IVG/ITG
Année			
Terme			
Etiologie/Indication			
Modalités/Suites			

Numéro d'anonymat :

3 La grossesse

- ***Mode de la grossesse :** - spontanée
- stimulation hormonale
- PMA (si oui de quelle type) :
- ***Grossesse :** - Simple
- Multiple : °Gémellaire °Triple °Autre : _____
- ***Déclaration de grossesse :** - Oui : Terme : _____
- Non.
- ***Suivi de la grossesse :** - Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien
- Autre : _____
- ***Nombres de consultations prénatales :** _____
- ***Séances de préparation à la naissance :** - Oui : Nombre : _____
- Non.
- ***Prise de poids :** _____
- ***Addictions :**

	Tabac	Alcool	Toxicomanie
Oui : -Arrêt ou non -Quantité -Traitement			
Non			
NR			

***Examens réalisés pendant la grossesse :**

°Examens systématiques :

	Terme	Résultats
HT 21		
Echographies		

°Examens sur signes d'appels ou antécédents :

Type	Indication	Résultats

Numéro d'anonymat :

*Pathologies rencontrées pendant la grossesse :

	Terme	Manifestations / Découverte	Hospitalisation	Traitement/ Suivi
Menace de Fausse-couche				
Métrorragies				
Malformations / Aberrations chromosomiques				
Diabète gestationnel				
HTA et/ou autres signes associés				
Menace d'accouchement prématuré				
Rupture prématurée des membranes				
Placenta praevia				
Décollement placentaire				
Autres				

1. Anamnèse

*Terme : _____

*Déclenchement : - spontané
- provoqué (modalité) :
- programmé (indication) :

*Déroulement du travail : - durée : _____
- incidents/anomalies : °Maternelles :
°Fœtales :

*Mode : - voie basse
- instrumental : Indication :
- voie haute : Indication :

*Anesthésie : - Aucune - Péridurale - Rachi anesthésie - Générale

*Délivrance : - Normale - Dirigée - Artificielle
- Complète - Incomplète
- Hémorragie de la délivrance (si oui traitement) :

*Etat du périnée : - Intact - Episiotomie - Déchirure : °simple
°complète
°compliquée

*Enfant : - poids : _____ - taille : _____
- apgar à 1 et 5 minutes de vie : _____
- allaitement : °maternel °artificiel
- transfert : °maternité °néonatalogie (indication) : _____

2. Les suites de couches

- Incident(s) rencontré(s) chez : °la mère :

°l'enfant :



3. Soins

- A J ____ du post-partum.
- Modalités (suivie Sage-femme/HAD ou autres) : _____
- PMI prévenue : °oui °non
- Allaitement : °maternel °artificiel

Le désir d'enfant et la fréquence des grossesses après 40 ans augmentent régulièrement dans la plupart des pays, où ces dernières concernent 2 à 3 % des naissances. La baisse de la fécondité est irréversible dès l'âge de 35 ans et le recours à la procréation médicalement assistée augmente alors. Comparativement aux femmes plus jeunes, les pathologies pendant la grossesse et l'accouchement sont plus fréquentes chez les plus âgées.

L'étude présentée ici, établie sur 103 dossiers, avait donc pour objectif de dégager le profil de ces patientes et de recenser les pathologies les plus fréquentes afin de déterminer la prise en charge optimale.

L'analyse de cette étude permet de mettre en évidence que la première grossesse après 40 ans semble être un véritable choix, même si le désir était plus ancien pour quelques unes. De plus, les pathologies pendant la grossesse étaient de faible incidence. Cependant un taux élevé de césariennes ou d'extractions par voie instrumentale est constaté.

Un suivi régulier assure donc un pronostic plutôt favorable quant à l'issue de ces grossesses.