

Diplôme d'État de Sage-femme

LA PRIMIPARITÉ APRÈS 40 ANS

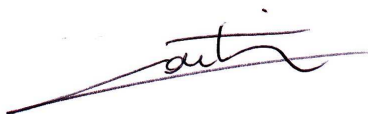
Entre phénomène social et enjeux médicaux

*Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers
du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011*

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mademoiselle OUTIN Charlène, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :



Je remercie,

Mme Brigitte Goichon, maître de mémoire et sage femme enseignante, pour ses conseils qui m'ont guidés dans la réalisation de mon travail,

L'équipe enseignante de l'école de Sages-femmes René Rouchy,

Mme Laurence Sadi, pour sa disponibilité et sa bonne humeur quotidienne,

Les femmes qui ont inspiré ce mémoire et qui ont gentiment accepté de répondre à mon questionnaire et ainsi enrichi mon étude,

Les couples que j'ai pu accompagner dans ce moment si intense qu'est la naissance d'un enfant et qui m'impressionne toujours autant,

Julie Chenay pour son aide précieuse dans la version anglaise du résumé,

Mes amis de promotion pour tous ces bons moments passés à leur côté pendant mes études,

Ma famille, qui m'a toujours portée plus haut,

Mes parents, Alex, qui ont tout fait pour que j'arrive jusqu'ici,

Toi, Romain, pour tout, et tellement plus encore.

Diplôme d'État de Sage-femme

LA PRIMIPARITÉ APRÈS 40 ANS

Entre phénomène social et enjeux médicaux

*Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers
du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011*

SOMMAIRE

INTRODUCTION **6**

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS **7**

Qu'est ce qu'une grossesse tardive **7**

Rappels physiologiques **8**

1. Evolution de la fertilité avec l'âge 8

2. Age limite de procréation 8

3. Les grossesses très tardives (very advanced maternal age) 9

Evolutions démographiques et épidémiologiques **9**

1. Allongement de l'espérance de vie 9

2. Evolution de l'âge à la première union 9

3. Allongement de la durée des études 10

4. De la pilule au bébé éprouvette 10

5. Le recul de l'âge à la première maternité 11

Les complications liées à l'âge maternel élevé **11**

1. Fausses couches et aberrations chromosomiques 11

2. Grossesses extra-utérines 12

3. Pathologies de la grossesse 12

3.1. *Diabète gestationnel*

3.2. *Prééclampsies*

3.3. *Placentas prævia et métrorragies du troisième trimestre*

3.4. *Grossesses multiples*

4. Complications de l'accouchement 13

4.1. *Césarienne*

4.2. *Extractions instrumentales*

4.3. *Hémorragie du post-partum*

4.4. *Mortalité maternelle*

5. Pathologies fœtales 14

5.1. *Prématurité*

5.2. *Hypotrophie*

5.3. *Mortalité périnatale*

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODES ET RÉSULTATS **16**

Hypothèses	16
Objectifs	16
Matériel et méthodes	17
1. Lieu et période	17
2. Recrutement des dossiers	17
3. Questionnaire	17
4. Analyse des résultats	18
Résultats	19
1. Population cible	19
2. Données socio-démographiques	19
2.1. Répartition par âge des mères de 40 ans et plus	
2.2. Répartition par âge des pères	
2.3. Situation familiale	
2.4. Catégorie professionnelle	
2.5. Niveau d'étude	
2.6. Origine géographique	
3. Antécédents	22
3.1. Antécédents obstétricaux	
3.2. Tabagisme et addictions	
4. Déroulement de la grossesse	23
4.1. Mode de grossesse	
4.2. Type de grossesse	
4.3. Hospitalisation	
4.4. Complications au cours de la grossesse	
4.5. Dépistage du diabète gestationnel	
4.6. Dépistage du risque de trisomie 21	
5. Déroulement de l'accouchement	25
5.1. Terme	
5.2. Déclenchement	
5.3. Analgésie loco-régionale	
5.4. Mode d'accouchement	
5.5. Lésions périnéales	
5.6. Hémorragie de la délivrance	
5.7. Mortalité maternelle	
6. Etat de l'enfant à la naissance	28
6.1. Poids de naissance	
6.2. Mortalité périnatale	
7. Mode d'allaitement	29
8. Vécu de la grossesse	30
8.1. Préparation à l'accouchement	
8.2. Vécu de la grossesse	
8.3. Informations sur le risque et conscience du risque	
8.4. Attitude des professionnels et de l'entourage	
8.5. Les motivations de cette grossesse tardive	
8.6. Grossesse attendue ?	
8.7. Et l'avenir ?	
8.8. Primipares de plus de 40 ans devenues multipares	
8.9. Expression libre des patientes	

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION	35
Discussion du matériel et des méthodes	35
1. Recrutement de la population	35
2. Elaboration du questionnaire	35
Discussion des résultats	36
1. Fréquence des primipares de plus de 40 ans	36
2. Profil social	37
2.1. L'âge	
2.2. Situation familiale	
2.3. Niveau d'étude et catégorie professionnelle	
2.4. Origine géographique	
2.5. Antécédents obstétricaux	
2.6. Tabac et autres addictions	
3. Déroulement des grossesses	40
3.1. Mode de grossesse	
3.2. Type de grossesse	
3.3. Hospitalisation et pathologies obstétricales	
3.4. Dépistage de la trisomie 21	
4. Déroulement de l'accouchement	42
4.1. Terme	
4.2. Mise en travail	
4.3. Analgésie loco-régionale	
4.4. Mode d'accouchement	
4.5. Lésions périnéales	
4.6. Délivrance	
5. Le profil des nouveaux-nés	45
5.1. Poids de naissance	
5.2. Allaitement	
6. Pronostic maternel et foetal	46
6.1. Mortalité maternelle	
6.2. Mortalité foetale	
7. Les motivations et le vécu de la grossesse	47
7.1. Les motivations	
7.2. Le vécu	
8. Le regard sur la première grossesse après 40 ans	48
8.1. L'attitude du professionnel	
8.2. Le regard de la femme	
CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES	51
ANNEXES	53
ABSTRACT	64

ABRÉVIATIONS

ALR : *analgésie loco-régionale*

AMP : *aide médicale à la procréation*

AUDIPOG : *association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie
obstétrique et gynécologie*

CHU : *centre hospitalier universitaire*

CNGOF : *collège national des gynécologues obstétriciens français*

ENP : *enquête nationale périnatale*

FIV : *fécondation in vitro*

GEU : *grossesse extra-utérine*

HAS : *haute autorité de santé*

HTA : *hypertension artérielle*

HPP : *hémorragie du post-partum*

ICSI : *intra cytoplasmic sperm injection*

IMG : *interruption médicale de grossesse*

INSEE : *institut national de la statistique et des études économiques*

IVG : *interruption volontaire de grossesse*

MAP : *menace d'accouchement prématuré*

OAP : *oedème aiguë pulmonaire*

OMS : *organisation mondiale de la santé*

PLA : *ponction de liquide amniotique*

RCIU : *retard de croissance intra-utérin*

RPM : *rupture prématurée des membranes*

UNESCO : *united nations educational, scientific and cultural organization*

URL : *uniform resource locator*



iNTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans notre pays comme dans de nombreux pays développés, le constat de l'augmentation des accouchements chez les femmes de 40 ans et plus est sans appel.

Depuis les années 70 et la loi Neuwirth, l'accès à la contraception n'est bien sûr pas étranger à ce phénomène ; soulagées de la peur d'une grossesse non désirée, les femmes ont pu laisser évoluer leurs projets personnels et professionnels.

Alors qu'autrefois, la naissance d'un enfant à un âge avancé correspondait le plus souvent à l'arrivée du petit dernier d'une grande fratrie, aujourd'hui nous rencontrons de plus en plus de femmes devenant mère pour la première fois âgées de 40 ans et plus. Le célèbre « un enfant si je veux, quand je veux » garde aujourd'hui tout son sens.

Si les données actuelles se précisent, les études concernent souvent les grandes multipares, et peu les primipares, il est donc nécessaire de distinguer ces deux populations.

Même si ces grossesses sont plus nombreuses aujourd'hui, elles restent malgré tout souvent stigmatisées. Les publications médicales anglo-saxonnes d'avant 1990 portant sur les grossesses tardives notaient un risque très élevé pour la mère et le fœtus, tandis que les études plus récentes concluent de façon plus optimiste.

Face à ces contradictions, il apparaît important de dégager le profil des primipares âgées de plus de 40 ans et d'évaluer les motivations de ces grossesses. Secondairement, l'étude des complications réelles encourues à la fois par la mère et l'enfant, est un moyen de mettre en place une meilleure surveillance de ces grossesses considérées comme plus à risque ainsi que de répondre aux questions de ces futures mères souvent inquiètes.

Ce mémoire s'articule autour d'une enquête réalisée au CHU d'Angers auprès de femmes ayant eu un premier enfant après 40 ans. Cette étude a pour objectif de dégager les facteurs socio-démographiques encourageant le modèle des grossesses tardives ainsi que de mettre en évidence une éventuelle augmentation des complications materno-fœtales.

Enfin, n'oublions pas qu'une meilleure connaissance de ce phénomène nous permettrait de pouvoir répondre aux interrogations de ces femmes sur les risques de leur maternité.



GÉNÉRALITÉS

≡ PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

Qu'est ce qu'une grossesse tardive ?

Le terme de primipare âgée ou de grossesse tardive ne fait pas consensus. Après 35 ans pour les anglo-saxons, plutôt 40 ans en France... La fédération internationale de gynécologie obstétrique, définit en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus, cette définition n'a eu de cesse d'évoluer avec le recul de l'âge à la maternité. Alors où et comment situer la limite d'âge qui donnerait à la grossesse son caractère tardif ?

L'âge moyen à la maternité augmente progressivement depuis les années 70, et a atteint 30 ans en 2009 [1]. Selon l'enquête périnatale 2010 [2], les femmes qui accouchent après 40 ans représentent 5% des naissances totales. Paradoxalement, on note très clairement une chute de la fertilité chez la femme à partir de 30 ans ; pour autant si elle commence à 40 ans ses chances de succès sont tout de même de 44% [3]. Peut-on se satisfaire du seul caractère physiologique de vieillissement, et donc de perte de chance d'être fécondée pour parler de grossesse tardive ?

Par ailleurs, **l'âge moyen à la naissance du premier enfant** augmente lui aussi ; autour de 24 ans dans les années 70, il passe à 28 ans en 2009 [1].

On remarque ainsi qu'il existe deux notions définissant des phénomènes sociaux distincts ; l'âge moyen à la maternité et l'âge moyen à la naissance du premier enfant. On pourrait alors différencier les grossesses à un âge avancé, qui concerneraient également les multipares de plus 40 ans, et les maternités tardives (devenir mère), c'est à dire la naissance d'un premier enfant après 40 ans.

Finalement, une grossesse que l'on qualifie de tardive, quelle que soit la parité de la femme, est souvent mêlée à la notion de risques accrus du point de vue du professionnel. L'âge maternel est d'ailleurs un facteur de risque aggravant à la plupart des pathologies. En effet les risques materno-foetaux augmentent singulièrement après 40 ans. La prévalence des anomalies du caryotype foetal, des complications obstétricales comme l'hypertension gravidique ou le diabète gestationnel, sont clairement liés à l'âge maternel, que ces complications soient liées à l'état de grossesse ou bien à l'existence d'une pathologie maternelle pré-gestationnelle.

Définit à la fois comme un écart à la moyenne et un facteur de risque, la grossesse tardive est un phénomène de société très certainement lié au vieillissement de notre population. Ceci expliquerait ce recul permanent de l'âge à la maternité. A l'heure actuelle, nous considérons comme tardive une grossesse après 40 ans, mais qu'en sera-t-il dans quelques années ?

Rappels physiologiques

1. Evolution de la fertilité avec l'âge

La fertilité est la capacité biologique d'une femme à être fécondée ou d'un couple dont la femme est apte à être fécondée.

Elle est à son apogée aux alentours de 20 ans. Elle diminue lentement jusqu'à 35 ans puis plus rapidement après, elle devient nulle au moment de la ménopause. **[4]**

D'autre part, la fécondabilité chute avec l'âge. Il s'agit de la probabilité pour un couple d'obtenir une grossesse au cours d'un cycle menstruel. Dans la population générale cette probabilité est proche de 16%. Avant la puberté celle-ci est nulle, elle augmente ensuite pour atteindre environ une chance sur 5 entre 21 et 25 ans et décroît ensuite pour atteindre 5% à 35-40 ans. **[5]**

Cette fécondabilité est bien entendu influencée par chaque membre du couple, elle dépend de l'âge de la femme, de la qualité du sperme, de la sexualité du couple (maximale au moment de l'ovulation).

2. Age limite de procréation

La période reproductive débute avec la puberté et se termine par la ménopause vers 50 ans dans nos pays occidentaux. La femme la plus âgée connue étant tombée enceinte naturellement serait une anglaise de 59 ans, mais des femmes bien plus âgées ont pu être enceinte grâce à l'aide médicale à la procréation, la plus âgée était une indienne de 70 ans.

En France, la prise en charge des fécondations in vitro s'interrompt au 43^e anniversaire de la femme, et 60 ans pour l'homme. Malgré ces restrictions, de plus en plus de femmes ont recours au don d'ovocyte à l'étranger ce qui ne rend plus exceptionnelles les grossesses très tardives (après 45 ans).

3. Les grossesses très tardives (very advanced maternal age)

On considère comme très tardives, les grossesses après 45 ans. Les publications à ce sujet distinguent rarement le caractère spontané ou non de ces grossesses, toutefois ce phénomène s'accroît depuis le développement du don d'ovocyte. La part des primipares est souvent plus élevée dans les grossesses très tardives.

Evolution démographique et épidémiologiques

Au cours du XXe siècle, la place de la femme a beaucoup évolué. Dans la première moitié du siècle la femme devait être avant tout une bonne épouse et une bonne mère, la tendance s'inverse dans la seconde moitié du siècle notamment après les années 70.

1. Allongement de l'espérance de vie

En 1950 l'espérance de vie à la naissance d'une femme était de 69,2 ans. En 60 ans, les femmes ont gagné presque 16 ans d'espérance de vie, pour atteindre 84,9 ans en 2011. [6]

A 40 ans, une femme n'est donc qu'à la moitié de sa vie ce qui peut éventuellement expliquer le recul du désir de maternité. D'autant que les hommes, qui bénéficient également d'une amélioration de leur espérance de vie, ont une fertilité plus longue que celle de la femme, permettant ainsi de concevoir des enfants avec des femmes plus âgées.

2. Evolution de l'âge à la première union

La vie de couple stable est souvent considérée par la plupart comme une condition nécessaire pour envisager fonder une famille. Un recul de l'âge à la mise en couple, et au mariage peut donc être susceptible de retentir sur l'âge de conception du premier enfant.

L'âge moyen à la première union n'a eu de cesse d'augmenter à la fois pour les hommes et les femmes depuis les années 1960. Avec l'arrivée de la contraception, la vie de couple a été envisageable sans vouloir fonder une famille immédiatement, l'âge du premier mariage va alors reculer, en 2008 il atteint 31,6 ans pour les hommes et 29,7 ans pour les femmes. [7,8]

La « tradition » du mariage recule aussi depuis la création du Pacte Civil de Solidarité en 1999. Aujourd'hui, il y a un environ 2 PACS conclus pour 3 mariages. [6]

Cette évolution de la nuptialité a fait qu'en 2006, les naissances hors mariages sont devenues majoritaires. [9,10]

3. Allongement de la durée des études

Depuis les 20 dernières années le taux de scolarisation a nettement progressé aussi bien dans le secondaire que dans les études supérieures. Cet allongement de la durée des études a été en faveur des filles qui ont eu tendance à suivre plus préférentiellement des filières générales. Ceci va permettre aux femmes d'accéder à des carrières professionnelles plus prenantes. Elles vont parfois privilégier leur métier au détriment d'une grossesse qui pourrait être considérée comme un obstacle à leur compétitivité avec les hommes.

Ce phénomène est quasi identique pour les garçons, la différence tenant dans l'accès augmenté aux filières professionnelles. L'accès aux études longues pour les garçons a augmenté depuis la fin du service militaire en 1996.

De 1985 à 2003 l'âge médian de fin d'étude a gagné 1,8 années et atteint 20,3 ans. Environ 10% des jeunes arrêteront leurs études avant 17,2 ans et 10% les poursuivront après 25,6 ans. **[11,12]**

4. De la pilule au bébé éprouvette

Quelques grandes dates vont marquer la génération du « *un enfant si je veux, quand je veux* » (cf. annexe1)

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth autorise la vente de produits contraceptifs, cette loi va permettre de dissocier sexualité et procréation puis de poser la question du désir d'enfant sans pour autant remettre en question la maternité. Actuellement 3 femmes sur 4 ont un moyen de contraception. **[13]**

La loi Veil de 1975 va dépénaliser l'interruption volontaire de grossesse. En 2009, 6,8% des femmes ayant recours à une IVG sont âgées de plus de 40 ans, ce taux est étonnamment proche de celui des mineures. Autre paradoxe, le nombre d'IVG est constant en France depuis 1974 malgré un accès croissant à la contraception. **[13]**

1978, le premier enfant issu de la fécondation in vitro voit le jour, à l'époque la technique est élaborée pour pallier aux lésions des trompes que la chirurgie ne peut réparer. Depuis les indications de la FIV se sont élargies, les techniques se sont améliorées.

Le premier transfert d'embryon congelé est réalisé en 1984 en Australie. L'injection directe du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte (ICSI) est mise au point à Bruxelles et révolutionne la prise en charge de l'infertilité masculine.

On estime qu'un couple sur 7 consultera pour une infertilité supposée, et que 10% d'entre eux auront une prise en charge en Aide Médicale à la Procréation (AMP). [14] L'amélioration des techniques de prises en charge de l'infertilité va redonner l'espoir à de nombreux couples, mais aussi donner l'illusion au grand public que la médecine peut leur donner un « enfant quand ils veulent » ce qui est loin d'être le cas.

5. Le recul de l'âge à la première maternité

L'âge moyen au premier enfant n'a de cesse de reculer depuis les 40 dernières années. 23,9 ans en 1970, il atteint 25,2 ans en 1985 et passe la barre des 28 ans en 2009. [1]

Les complications liées à l'âge maternel élevé

1. Fausses couches spontanées et aberrations chromosomiques

Après 40 ans le risque d'avortement spontané est de 34% contre 12% entre 30 et 34ans. Un antécédent de fausse couche multiplie par 2 le risque de récurrence. [15] La plupart de ces fausses couches s'explique par un nombre croissant de malformations et d'anomalies chromosomiques dont la moitié de type trisomie 21, le reste étant principalement représenté par les autres trisomies ainsi que par des dysgonosomies (klinefelter, triple X). Ces anomalies s'expliqueraient par le vieillissement ovocytaire ainsi que par la qualité du système endocrinien féminin. Le taux d'anomalies chromosomiques à la naissance après 40 ans est estimé à 4%. [15]

Les fausses couches sans présences d'anomalies relèveraient plutôt d'un vieillissement de la fonction utérine et de sa capacité à maintenir la grossesse.

Toutefois le nombre de fausses couches doit être sous estimé, un certain nombre passant inaperçu, comme un retard de règles.

2. Grossesses extra-utérines

Les grossesses extra-utérines sont le plus souvent liées à des infections sexuellement transmissibles ou des infections pelviennes qui vont léser les trompes. Or, le risque de GEU est de 7% après 40 ans contre 1,7% entre 20 et 24 ans. **[16]** On peut donc imaginer que les femmes de plus de 40 ans ont été davantage exposées ce qui accroît leur risque. Toutefois il a pu être démontré que l'augmentation du risque de GEU peut être propre à l'âge et non pas à un cumul d'exposition à des facteurs de risques.

3. Pathologies de la grossesse

3.1. *Diabète gestationnel*

Toutes les études mettent en évidence une augmentation de la fréquence des diabètes gestationnels dans les grossesses tardives. 7% à 10% des primipares âgées présentent un diabète gestationnel, soit un risque relatif multiplié par 2. **[17]** Dans les études récentes comme celles de Gilbert et Bianco, la parité ne semble pas entrer en ligne de compte, seul l'âge semble être un facteur aggravant. **[18,19]**

Le diabète gestationnel a des conséquences sur l'état maternel mais il en a également sur l'état fœtal puisque qu'il augmente le risque de macrosomie et de malformations congénitales.

3.2. *Prééclampsies*

Globalement, le taux d'HTA gravidique double après 40 ans. **[17,18,19]** Le risque de l'HTA et de la prééclampsie augmente avec l'âge quelle que soit la parité mais est plus marqué chez la primipare âgée et est évalué à 17,6% dans l'étude de Chan. **[20]**

La présence d'une prééclampsie augmente par ailleurs le risque d'éclampsie, d'hématome rétro placentaire, de HELLP syndrome et donc de mort fœtale in-utéro.

3.3. *Placentas prævia et métrorragies du troisième trimestre*

Le risque de placenta prævia, responsable d'hémorragies pré-partum, est 8 fois supérieur chez les primipares de 40 ans dans l'étude de Gilbert. Bianco et Luke retrouvent également une augmentation des placentas prævia après 40 ans indépendamment de la parité. **[17,18,19,20]**

Alors que la multiparité et les antécédents de césarienne sont habituellement les facteurs de risque de cette pathologie, on retrouve plus de placenta prævia chez les primipares âgées de plus de 40 ans, il semble donc que l'âge constitue en lui même un facteur de risque supplémentaire.

3.4. Grossesses multiples

Le nombre de grossesses gémellaires augmente avec l'âge, il est 3 fois supérieur après 40 ans qu'avant l'âge de 20 ans. Cette augmentation est également à mettre en lien avec le recours plus fréquent à l'aide médicale à la procréation. [4,14]

Dans le cas des grossesses multiples, mortalité et morbidité sont à la fois augmentées pour le fœtus et la mère.

4. Complications de l'accouchement

4.1. Césarienne

Le risque de césarienne augmente significativement avec l'âge, indépendamment de la parité. Selon les données Audipog [21] le risque de césarienne est multiplié par 2 après 40 ans comparé aux femmes de 20-34 ans et concernerait 40% des naissances chez ces primipares et jusqu'à 58,8% dans l'étude de Chan et Lao. [20]

De plus une étude française de Le Ray et al. [22] montre que le risque de césarienne en cours de travail est multiplié par 1,5 fois chez les femmes de plus de 35 ans et à bas risque de complications. A noter également une augmentation des césariennes programmées (21,1% à 40 ans contre 3,6 avant 25 ans) qui peut s'expliquer par l'augmentation des présentations dystociques, des antécédents de myomectomies, et des pathologies gestationnelles nécessitant un recours à la césarienne.

4.2. Extractions instrumentales

Les naissances tardives sont également à haut risque d'extractions instrumentales, le risque des primipares de plus de 40 ans est évalué à 14,2 % contre 12,9% chez les primipares de moins de 40 ans selon une étude de Gilbert et al. [17,19] On retrouve dans certaines études des taux beaucoup plus élevés, allant de 25% [23] à près de 45% pour Joseph. [24]

4.3. Hémorragie du post-partum

L'âge maternel élevé est un facteur de risque à l'hémorragie de la délivrance quelque soit la parité. Après 40 ans le risque est de 18% contre 11% avant 35 ans. De plus les hémorragies sévères (>1000 cc) sont deux fois plus fréquentes après 40 ans. **[25]**

4.4. Mortalité maternelle

La mortalité maternelle, bien qu'en nette diminution, est directement en lien avec l'âge maternel. En effet plus l'âge est élevé plus le taux de mortalité maternelle augmente.

La mortalité maternelle est estimée à 32/100 000 au-delà de 40 ans soit neuf fois plus que le nombre de décès entre 25 et 29 ans et 215/100 000 (60 fois plus) au-delà de 45 ans. **[5,26]**

5. Pathologies fœtales

5.1. Prématurité

Les données divergent quant au lien entre prématurité et âge maternel élevé. Toutefois l'enquête nationale périnatale note un risque augmenté de prématurité proportionnel à l'augmentation de l'âge maternel **[2]**. Dans l'étude de Gilbert le risque de prématurité chez les primipares de plus de 40 ans est estimé 14,1% **[19]**. On note cependant dans l'étude de Berkowitz que ce risque baisse pour les primipares de plus de 40 ans de bon niveau socio économique. **[27]**

5.2. Hypotrophie

L'hypotrophie semble peu influencée par l'âge maternel, mais semble davantage liée à la parité. Cependant, au sein du groupe des primipares de plus de 40 ans, on compte plus de nouveaux-nés de poids inférieurs à 2500 grammes que dans la population générale.

[17,24,25]

L'origine de ces petits poids et retards de croissance est certainement à mettre en lien avec le taux de prématurité et de pathologies vasculaires plus élevés chez les primipares âgées.

5.3. *Mortalité périnatale*

La mortalité périnatale est en moyenne multipliée par 3 après 40 ans en comparaison de celle observée chez les femmes de 20-24 ans. **[17,19,24,27]**

Les données de la littérature évoquent la prématurité comme la cause principale de la mortalité infantile et la morbidité. Les anomalies congénitales comme la trisomie 21 doivent aussi être citées.

L'âge maternel doit donc être considéré comme facteur de risque, mais aussi comme le vecteur des pathologies obstétricales à retentissement sur le développement fœtal, aggravant ainsi le pronostic de ce dernier.



MÉTHODES ET RÉSULTATS

≡ DEUXIÈME PARTIE : *MÉTHODES ET RÉSULTATS*

Hypothèses

La motivation de cette enquête s'est construite sur plusieurs constats et hypothèses préalables.

Premièrement, l'augmentation des primipares âgées de 40 ans et plus figure comme le point de départ de l'enquête.

Deuxièmement, ces grossesses étant de l'avis général considérées comme plus à risques, l'étude a pour dessein de dresser le bilan obstétrical de ces patientes, à la fois du côté de la grossesse en elle même, mais aussi de l'accouchement et des éventuelles complications rencontrées.

Enfin, il semble que ces femmes primipares de plus de 40 ans aient un profil particulier, nous essaieront d'en dresser les spécificités.

Objectifs

Par cette étude rétrospective, il s'agissait de confirmer ou non les hypothèses précédentes pour :

- identifier les caractéristiques propres de cette population.
- mieux cibler le risque obstétrical des primipares de plus de 40 ans.
- pouvoir apporter une information claire et adaptée aux femmes désirant une première grossesse après 40 ans.

Matériel et Méthodes

1. Lieu et période

Notre étude de nature rétrospective s'étend du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 au sein du Centre Hospitalier d'Angers. La maternité du CHU d'Angers est une maternité de niveau III qui réalise une moyenne de 4000 accouchements par an.

2. Recrutement des dossiers

A partir du logiciel informatique de recueil de données de l'hôpital, nous avons pu sélectionner aux archives les dossiers des patientes suivies au Centre Hospitalier d'Angers.

Les critères de recrutement étaient les suivants :

- La patiente devait avoir 40 ans au moins le jour de l'accouchement
- La patiente devait être primipare, et nous considérerons comme primipare toute femme donnant naissance à un premier enfant vivant
- La date d'accouchement était comprise entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2011
- Le dossier obstétrical de la patiente devait se trouver aux archives.

Le critère d'exclusion était la naissance d'un enfant sans vie, l'absence de dossier médical.

Au total, nous avons pu inclure 75 patientes dans notre étude.

3. Questionnaire

La suite de l'étude consistait à l'envoi par mail de l'URL d'un questionnaire (*cf. annexe 2*) en ligne sur le web réalisé à partir du logiciel « google doc ». Pour les femmes ne possédant pas de courriel une version papier de l'enquête a été envoyée par voie postale.

L'étude, de nature anonyme, comportait 38 questions, 19 étaient à choix unique, 6 à choix multiples, 13 à réponse semi-ouverte et un espace d'expression libre.

Le questionnaire comprenait deux types de questions :

- des questions à orientation médicale
- des questions sur le profil économique, social, et psychologique des patientes et des couples

Sur 75 patientes recrutées, 68 ont pu être contactées par téléphone afin d'obtenir leur accord à l'envoi du questionnaire :

- 52 ont accepté de recevoir le questionnaire par mail,
- 8 ont reçu le questionnaire par courrier,
- 2 ont refusé d'y répondre,
- 6 ont été exclues car non francophones et donc ne pouvant répondre au questionnaire.

Au total, nous avons obtenu 48 réponses pour 60 questionnaires adressés, soit 80% de réponses. Le taux de réponse au questionnaire représente 64% de la population totale étudiée.

4. Analyse des résultats

La considération des professions des patientes, dans l'analyse statistique, a été possible par leur codage selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'I.N.S.E.E. D'autre part, la classification du niveau d'étude a été établie grâce à la Classification Internationale du Type de l'Education définie par l'UNESCO. (*cf. annexe 3 et 4*)

La saisie et l'analyse des données obtenues par la revue de dossier ainsi que des réponses au questionnaire ont été obtenus à partir du logiciel « Excel ». Les tests statistiques ont été réalisés grâce au logiciel « Epi info 6 ». Les tests statistiques appliqués pour la comparaison des variables étaient le test du Chi², ainsi que le test exact de Fisher (bilatéral) lorsque l'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Le caractère significatif a été retenu pour une valeur du « *p* » inférieure à 5% ($p < 0,05$). Lorsque les résultats n'étaient pas significatifs, le risque relatif fût parfois calculé et noté « RR ». Enfin, si les comparaisons n'étaient pas significatives ($p > 0,05$) la mention NS fût notée.¹

Notre population a été comparée à la population totale des femmes ayant accouché à la maternité du CHU d'Angers sur la période de l'étude. Pour certaines variables, la comparaison a été effectuée avec la population générale de l'Enquête Nationale Périnatale 2010.

Résultats

1. Population cible

Tableau I : Effectif des accouchements par année au sein du CHU d'Angers

	2007	2008	2009	2010	2011
	n (%)				
Accouchements totaux	4054	4135	3993	3975	3899
1er Accouchement > 40 ans	6 (0,15)	17 (0,41)	14 (0,35)	21 (0,53)	17 (0,43)

La fréquence moyenne des primipares âgées au CHU d'Angers sur les 5 ans est de 0,37%.

2. Données socio-démographiques

2.1. Répartition par âge des mères de 40 ans et plus

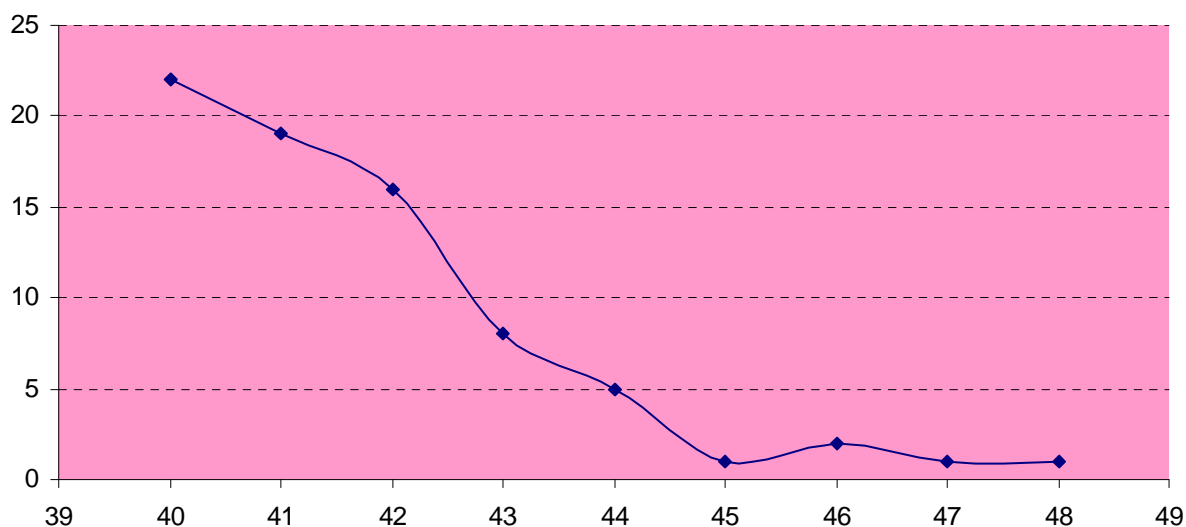


Figure 1 : Répartition par âge des mères

La moyenne d'âge des femmes de notre étude est de 41,7 ans (+/- 1,8 ans). La femme la plus âgée de l'étude avait 48 ans. Trois femmes avaient 45 ans ou plus, soit 4% de grossesses très tardives dans notre échantillon.

2.2. Répartition par âge des pères

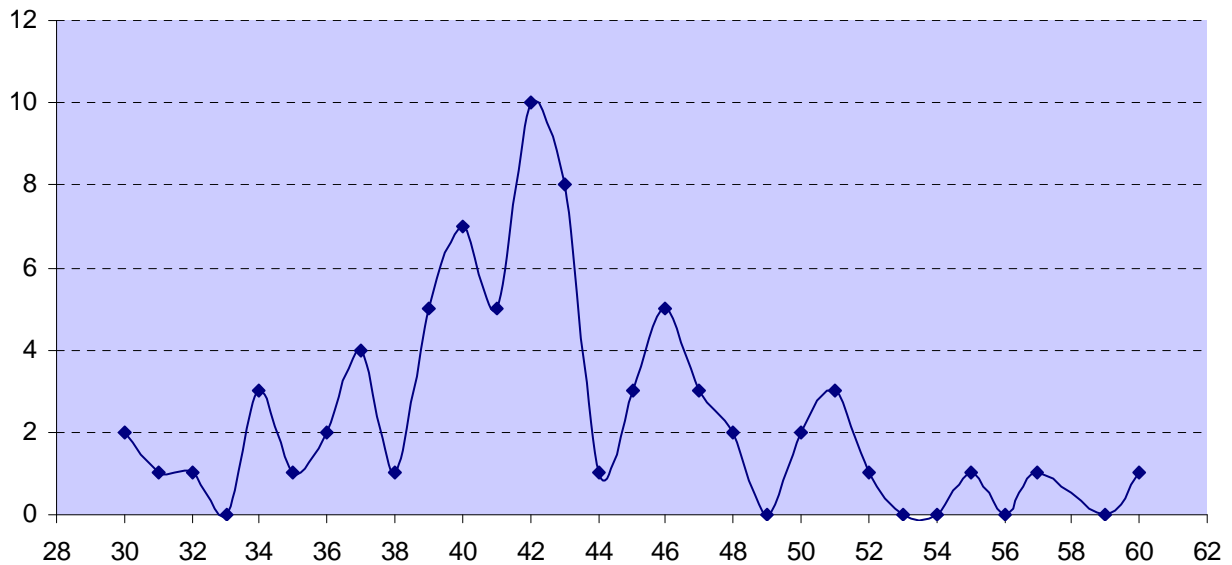


Figure 2 : Répartition par âge des pères

La moyenne d'âge des pères de l'étude est de 42,3 ans (\pm 5,9 ans). L'âge du père n'était pas notifié dans 2 cas. Les femmes sont en moyenne 0,5 ans plus jeunes que leur conjoint. Les écarts d'âge les plus importants de l'échantillon correspondaient à ces deux situations : l'homme avait 19 ans de plus que sa femme ; la femme était 15 ans plus âgée que son conjoint.

2.3. Situation familiale

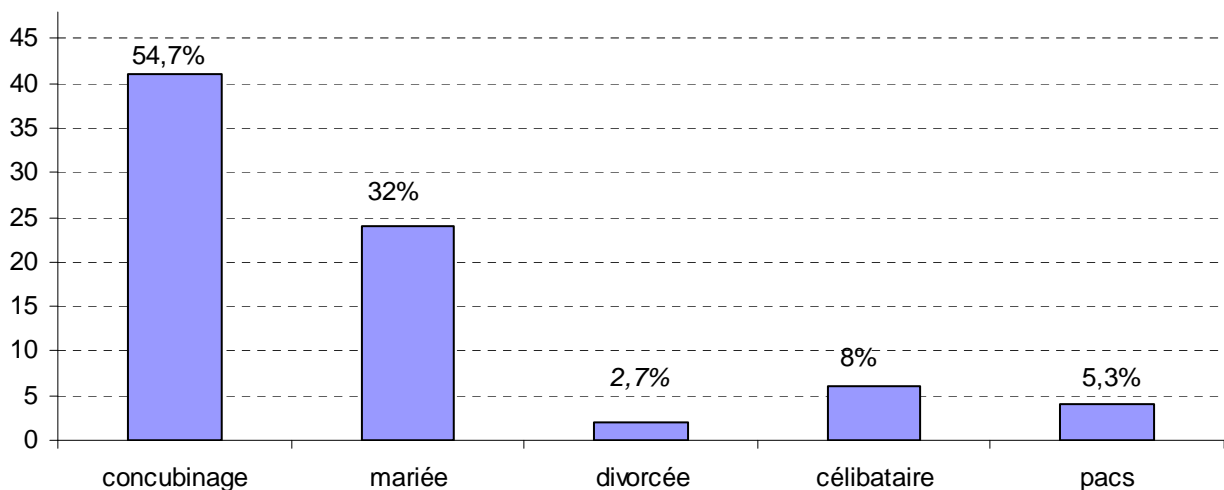


Figure 3 : Répartition de la population selon la situation familiale

Quatre vingt douze pour cent (92%) des femmes de notre étude vivent en couple. D'après les résultats de notre questionnaire, les couples étaient formés depuis 5,7 ans (\pm 5,6 ans) en moyenne à la naissance de l'enfant. La médiane se trouve à 4. N.B. : Certaines femmes ont déjà été divorcée mais vivent à nouveau en couple, ce qui explique une somme des pourcentage supérieure à 100%.

2.4. Catégorie professionnelle

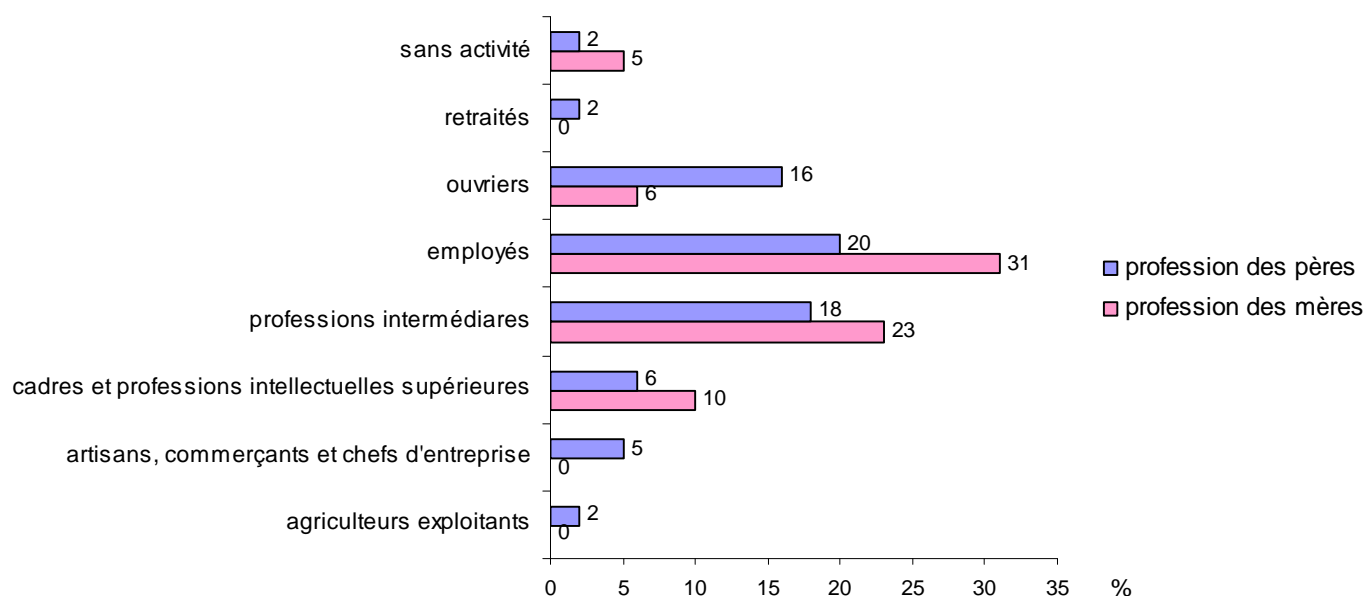


Figure 4 : Répartition de la population en fonction de la catégorie professionnelle

2.5. Niveau d'étude

Les niveaux d'études sont répartis en 3 niveaux, à partir de la nomenclature internationale usuelle (ISCED : The International Standard Classification of Education). Le premier niveau (IR) correspond aux études faibles, et ne menant à aucun diplôme (niveau 0, 1, 2 ISCED). Le niveau intermédiaire (IIR) comprend les titulaires d'un CAP ou BEP ainsi que les bacheliers (BAC technique ou général). Ce niveau correspond à des durées de scolarisation dans le secondaire un peu plus longues que le précédent (niveau 3 et 4 ISCED). Le niveau supérieur (IIIR) comprend les personnes ayant un diplôme de niveau BAC+2 ou plus (niveau 5 et 6 ISCED).

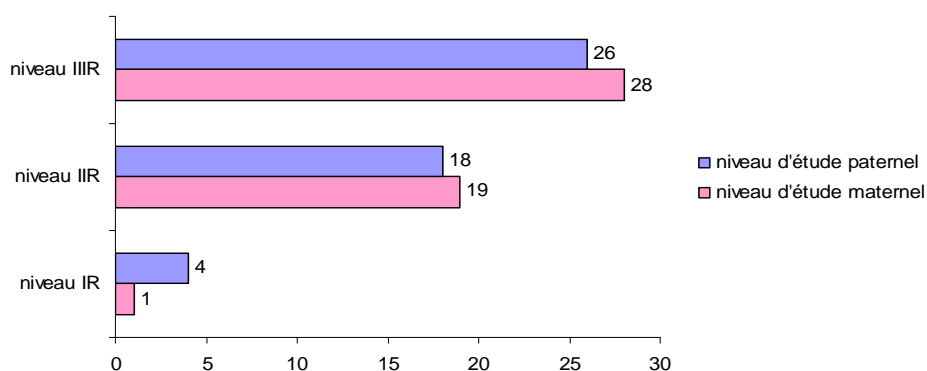


Figure 5 : Répartition de la population en fonction du niveau d'étude

2.6. Origine géographique

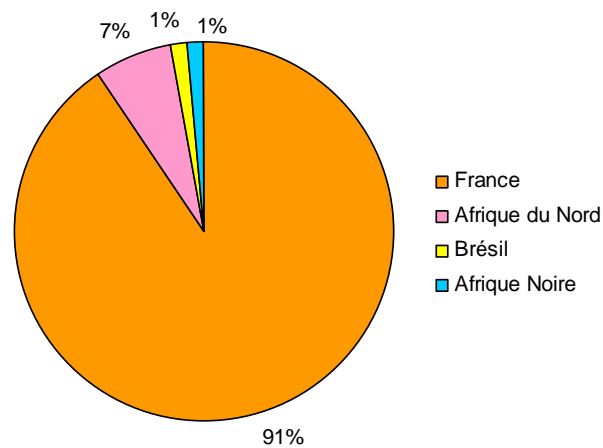


Figure 6 : Répartition de la population en fonction de l'origine géographique (pays de naissance)

3. Antécédents

3.1. Antécédents obstétricaux

22 (29%) femmes avaient déjà vécu au moins une fausse couche avant leur grossesse.

4 (5%) avaient eu recours au moins une fois à une IVG.

5 (7%) avaient eu une IMG.

1 (1%) avait eu une GEU.

A noter que 2 femmes avaient adopté avant la grossesse.

3.2. Tabagisme et addictions

Tableau II : Tabagisme au cours de la grossesse

n = 75 (%)	oui	non	arrêt pendant la grossesse
Primipares > 40 ans	2 (2,66)	66 (88)	7 (9,33)

Dans notre échantillon, nous avons une femme présentant un alcoolisme.

4. Déroulement de la grossesse

4.1. Mode de grossesse

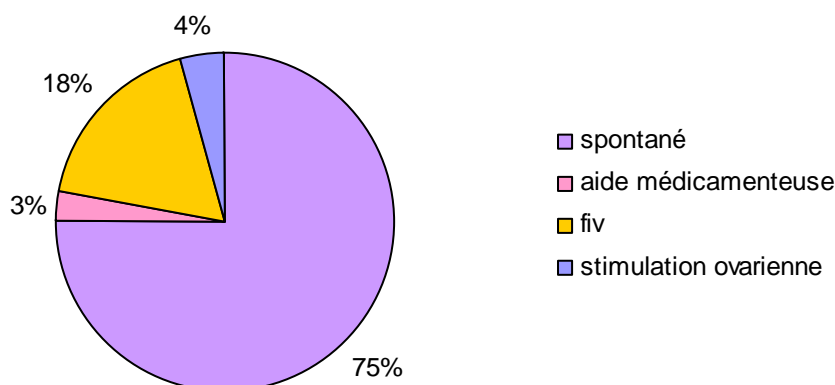


Figure 7 : Mode de grossesse

Tableau III : Recours à l'AMP au sein du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=58 (%)	Population totale n=16157 (%)	<i>p</i> Chi ²
Grossesse issue PMA	15 (25,8)	701 (4,3)	< 0,001
Grossesse spontanée	43 (74,2)	15456 (95,7)	< 0,001

N.B. : Les chiffres de 2011 ont été exclus de l'analyse car non connus. Les aides médicamenteuses n'ont pas été considérées comme entrant dans l'AMP pour des raisons de non recensement du nombre de naissances issues de ce traitement.

En moyenne (aide médicale ou non) les couples ont mis 2,6 ans à voir leur désir d'enfant se concrétiser.

4.2. Type de grossesse

Tableau IV : Type de grossesse

	Primipares > 40 ans n=75 (%)	Population totale n=20056 (%)	<i>p</i> fisher bilatéral
Grossesse simple	66 (88)	19537 (97,4)	< 0,001
Grossesse gémellaire	8 (10,6)	507 (2,5)	< 0,001
Grossesse triple	1 (1,3)	12 (0,06)	< 0,05

Sur 75 dossiers, 8 grossesses étaient gémellaires soit 10,6%, 7 sont survenues dans un contexte d'AMP, dont 3 à l'étranger. Il y avait également 1 grossesse triple.

4.3. Hospitalisation

Vingt quatre pour cent (24%) des primipares de plus de 40 ans de notre étude ont été hospitalisées au cours de leur grossesse.

4.4. Complications au cours de la grossesse

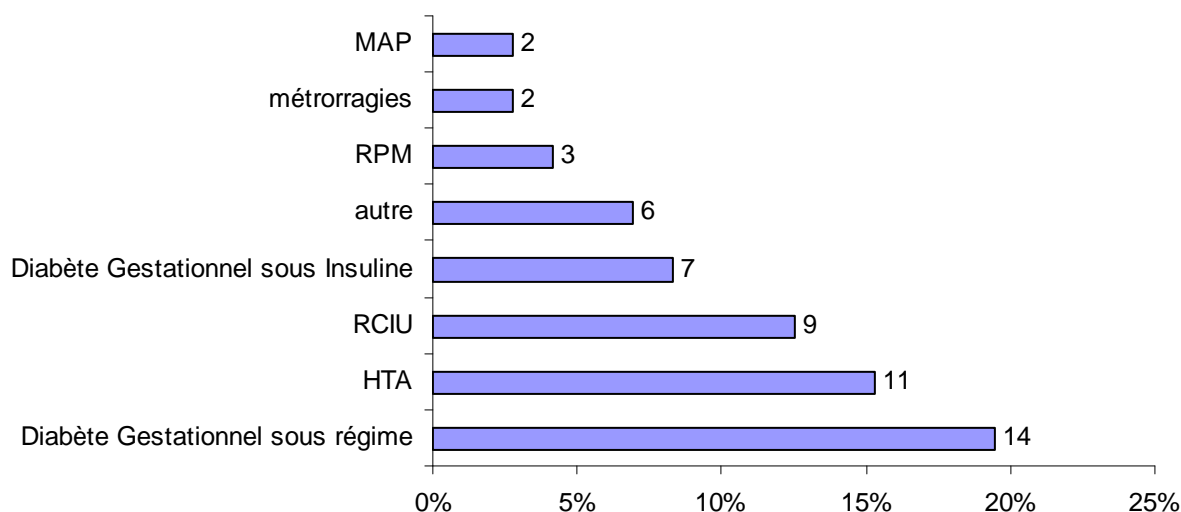


Figure 8 : Complications rencontrées durant la grossesse

N.B. : Parmi les pathologies classées dans « autres », on retrouve un risque de rupture utérine, une femme sujette aux hypotensions artérielles, un décollement placentaire, un OAP chez une patiente présentant une RPM dans le cadre d'une grossesse triple, et décès d'un jumeau à 30 SA.

46,6% des grossesses des primipares de plus de 40 ans de notre étude sont marquées par au moins une complication.

Tableau V : Comparaison des complications rencontrées entre les primipares de 40 ans et plus et la population générale de l'enquête périnatale 2010

	Primipares > 40 ans	Population générale (enquête périnatale 2010)		p	Test	RR
	n=75 (%)	n (%)	effectif			
Diabète gestationnel sous régime	14 (19,4)	735 (5,1)	14318	< 0,0001	Fisher bilatéral	4,18
Diabète gestationnel sous insuline	6 (8,3)	237 (1,7)	14318	< 0,01	Fisher bilatéral	5,06
HTA	11 (15,3)	704 (4,9)	14520	< 0,01	Fisher bilatéral	3,34
RCIU	9 (12,5)	600 (4,1)	14649	< 0,01	Fisher bilatéral	3,19
RPM	3 (4,2)	1525 (10,5)	14538	0,07	Chi ²	0,36
Métrorragies	2 (2,8)	235 (1,7)	14153	NS	-	1,62
MAP	2 (2,8)	1277 (8,9)	14431	0,06	Chi ²	0,28

4.5. Dépistage du diabète gestationnel

Le dépistage du diabète gestationnel a été réalisé pour 81% des femmes de notre étude. Pour 12% des cas, aucun renseignement n'a été retrouvé concernant ce dépistage.

4.6. Dépistage du risque de trisomie 21

Soixante dix neuf pour cent (79%) des primipares de plus de 40 ans ont bénéficié du dépistage de la trisomie 21, et 11 femmes ont eu une PLA en raison de l'âge maternel élevé.

5. Déroulement de l'accouchement

5.1. Terme

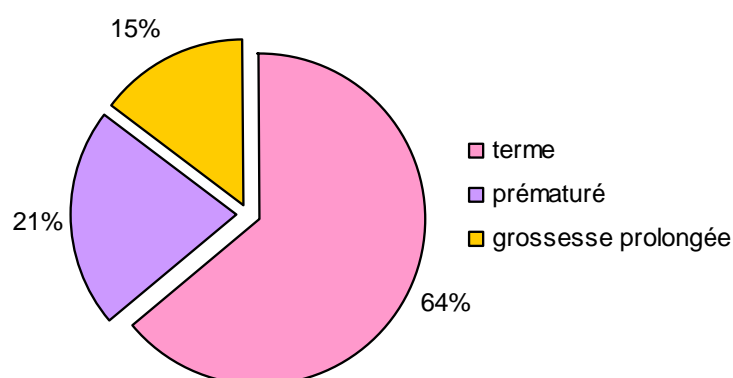


Figure 9 : Répartition de l'effectif selon le terme de l'accouchement

Tableau VI : Comparaison du taux de prématurité entre primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=75 (%)	Population totale n=20056 (%)	p Chi ²	RR
Prématuré	16 (21,3)	2517 (12,5)	0,02	1,88
Non Prématuré	59 (78,7)	17539 (87,5)	0,02	0,53

5.2. Déclenchement

Le travail a été déclenché pour 48 % des primipares de plus de 40 ans (césariennes programmées avant la mise en travail comprises).

5.3. Analgésie loco-régionale

Tableau VII : Comparaison du recours à l'analgésie entre primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=75	Population totale n=20056	<i>p</i> Chi ²
ALR	66 (88)	14693 (73,2)	< 0,001
Pas d'analgésie	9 (12)	5363 (26,8)	

5.4. Mode d'accouchement

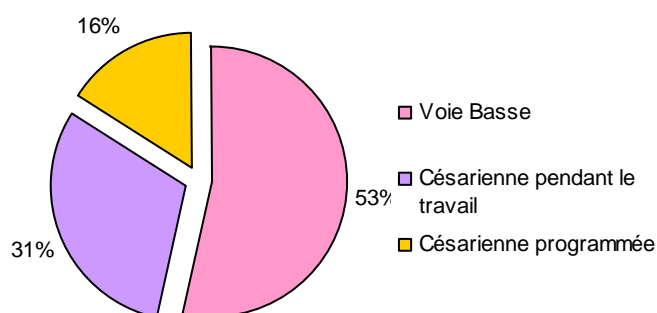


Figure 10 : Mode d'accouchement des primipares de 40 ans et plus

Tableau VIII : Comparaison du mode d'accouchement entre les primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=75 (%)	Population totale n=20056 (%)	<i>p</i> Chi ²	RR
Voie Basse	40 (53,3)	16088 (80,2)	< 0,0001	0,28
Césarienne	35 (46,7)	3968 (19,8)		3,53

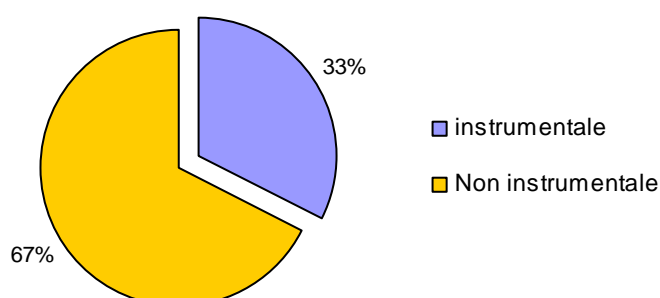


Figure 11 : Extraction instrumentale versus non instrumentale dans les voies basses

Tableau IX : Comparaison des extractions instrumentales entre primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=40	Population totale n=20056	<i>p</i> Fisher bilatéral	RR
Voie basse non instrumentale	27 (67,5)	17919 (89,3)	< 0,001	0,25
Extraction instrumentale	13 (32,5)	2137 (10,7)		4,02

5.5. Lésions périnéales

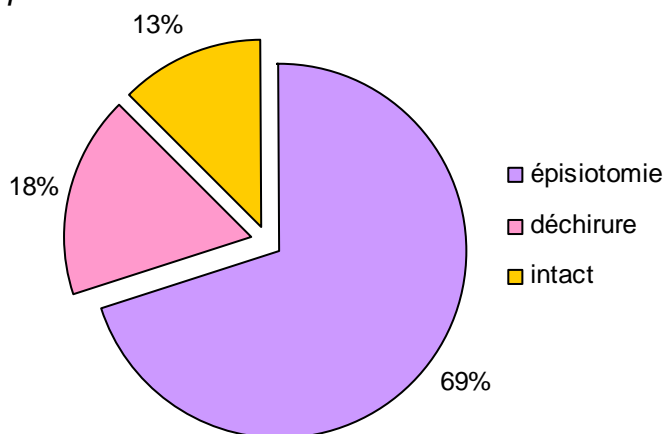


Figure 12 : Lésions périnéales chez les primipares de 40 ans et plus dans les voies basses

Tableau X : Comparaison du taux d'épisiotomie entre les primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=36	Population totale n=16088	<i>p</i> Chi ²	RR
Episiotomie	24 (66,6)	4419 (27,5)	< 0,001	5,26
Pas d'épisiotomie	12 (33,4)	11669 (72,5)		0,19

N.B. : La population de 2007 a été exclue car nous n'avions pas le nombre d'épisiotomies réalisées cette année là. Seules les épisiotomies ont été prises en compte, les déchirures ont été exclues.

5.6. Hémorragie de la délivrance

Tableau XI : Comparaison du taux d'hémorragie de la délivrance entre les primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n=67 (%)	Population totale n=16002 (%)	<i>p</i> Chi ²
HPP	6 (8,9)	1237 (7,7)	NS
Pas HPP	61 (91,1)	14765 (92,3)	

5.7. Mortalité maternelle

Dans notre population nous avons eu une patiente transférée en réanimation. Cette patiente, enceinte de triplets à 44 ans suite à un transfert d'embryons à l'étranger, a eu une césarienne en urgence pour sauvetages maternel et fœtaux dans le cadre d'un OAP massif sur crise hypertensive. La patiente en asystolie au cours de la césarienne a été intubée et massée. Transférée en réanimation, son évolution neurologique a été défavorable avec un coma post anoxique, un état de mal électrique. Elle est restée intubée puis trachéotomisée en ventilation mécanique pendant 1 mois. Le sevrage respiratoire a été progressif jusqu'à la décanulation pour obtenir une ventilation spontanée en air ambiant. La nutrition se faisait par voie entérale sur gastrostomie. La patiente est restée plusieurs années en état végétatif jusqu'à son décès.

6. Etat de l'enfant à la naissance

6.1. Poids de naissance

Le poids moyen des enfants nés à terme est de 3194 grammes (+/- 790 grammes), la médiane est 2860 grammes. Le poids moyen global est quant à lui de 2860 grammes. Le poids le plus faible était de 980 grammes, et le plus élevé de 4300 grammes.

Tableau XII : Comparaison du poids de naissance des nouveaux nés des primipares de 40 ans et plus et la population de l'enquête périnatale 2010

	Primipares > 40 ans n=82 (%)	Population générale n=14844 (%)	p	Test	RR
< 1500g	7 (8,7)	206 (1,4)	< 0,001	Fisher bilatéral	6,45
1500g - 2500g	13 (15,8)	848 (5,7)	< 0,001	Fisher bilatéral	3,08
2500g - 4000g	60 (73,1)	12752 (85,9)	< 0,001	Chi ²	0,45
> 4000g	2 (2,4)	1041 (7,0)	NS		

6.2. Mortalité périnatale

Un seul décès in utero a été observé. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec un contexte d'hypertension artérielle gravidique, un des jumeaux est décédé à 30 SA.

7. Mode d'allaitement

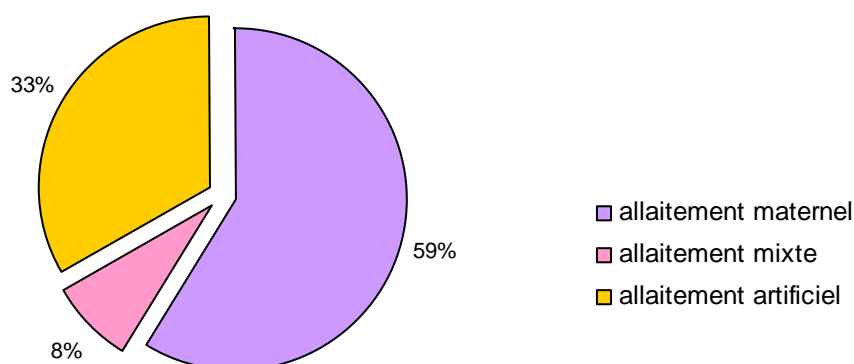


Figure 13 : Mode d'allaitement chez les primipares de 40 ans et plus

Tableau XIII : Comparaison du mode d'allaitement entre les primipares de plus de 40 ans et la population totale du CHU d'Angers

	Primipares > 40 ans n= 58 (%)	Population totale n= 16002 (%)	<i>p</i> Chi ²
Allaitement maternel	39 (67,2)	8057 (50,3)	< 0,05
Allaitement artificiel	19 (32,8)	7945 (49,7)	

NB : Nous avons exclu la population de 2007 de cette comparaison car nous ne connaissons pas le pourcentage d'allaitement dans la population totale cette année là.

Tableau XIV : Durée d'allaitement des primipares de 40 ans et plus

< 1mois	1 à 6 mois	> 6mois
n=29 (%)		
6 (20,7)	15 (51,7)	8 (27,6)

La durée moyenne d'allaitement est de 4,7 mois.

8. Vécu de la grossesse

8.1. Préparation à l'accouchement

Soixante douze pour cent (72%) des primipares de plus de 40 ans ont suivi des cours de préparation à l'accouchement.

8.2. Vécu de la grossesse

Selon les réponses données dans le questionnaire, 56% des femmes ont vécu leur grossesse facilement, contre 44% qui l'ont jugé difficile.

8.3. Information sur le risque et conscience du risque

Tableau XV : Informations reçues sur les risques d'une grossesse après 40 ans

information sur le risque	pour le bébé	pendant la grossesse	pendant l'accouchement	aucun
effectif n=48 (%)	41 (85,4)	36 (75)	21 (43,7)	2 (4,2)

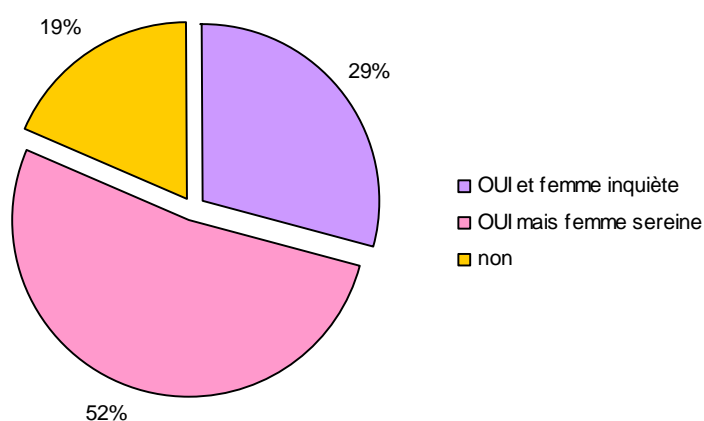


Figure 14 : Réponse à la question : « Pensiez-vous que votre grossesse était plus à risque que pour une femme de moins de 40 ans ? »

8.4. Attitude des professionnels et de l'entourage

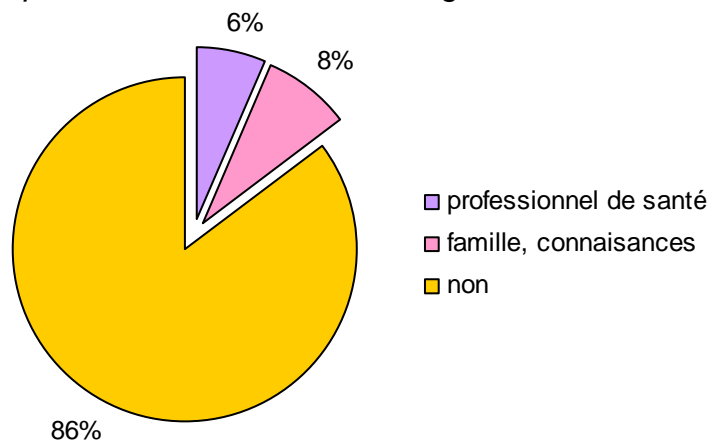


Figure 15 : Réponse à la question « A-t-on essayé de vous décourager à avoir cette grossesse ? »

8.5. Les motivations de cette grossesse tardive

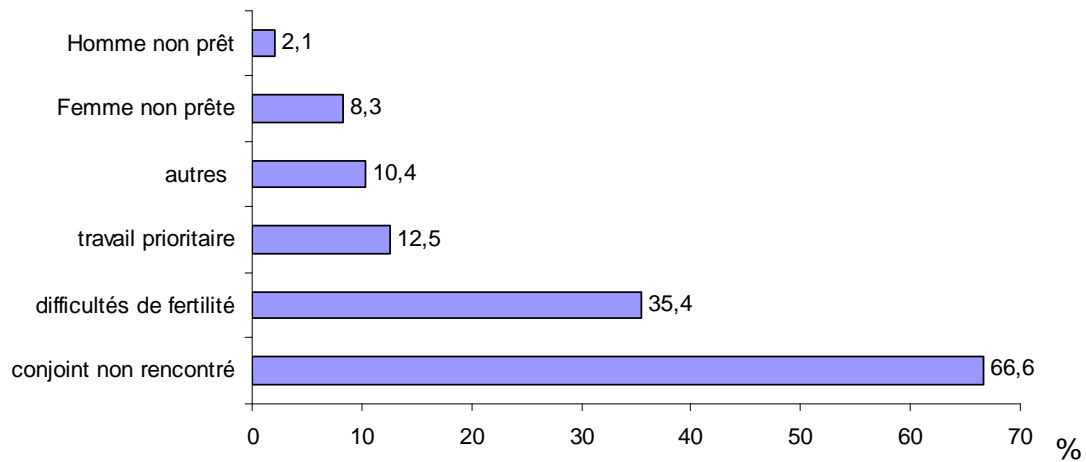


Figure 16 : Réponse à la question « Vous êtes devenue maman après 40 ans cas ... »

8.6. Grossesse attendue ?

La grossesse chez les primipares de plus de 40 ans était attendue dans 82% des cas.

8.7. Et l'avenir ?

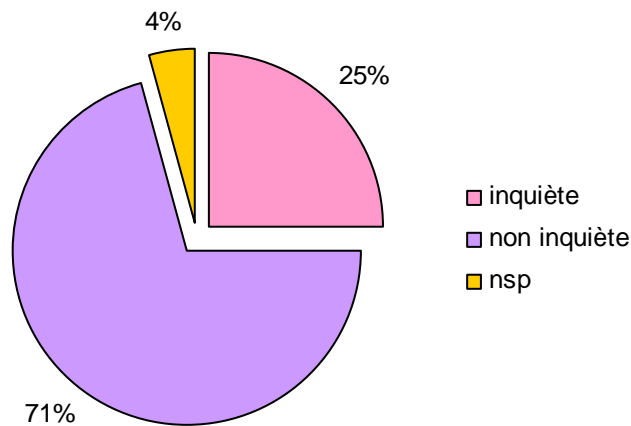


Figure 17 : Réponse à la question « Pensez-vous qu'être maman après 40 ans génère plus "d'inquiétudes" sur l'avenir (éducation, relation avec votre enfant...) ? »

8.8. Primipares de plus de 40 ans devenues multipares

Sept de nos patientes ont donné naissance à un deuxième enfant soit 9,3% de notre population.

8.9. Expression libre des patientes

Sur les 48 questionnaires exploités, 34 étaient pourvus d'un commentaire de la part des patientes, soit une part d'expression libre à la hauteur de 70,8%. En voici quelques extraits :

A propos du parcours :

« Devenir mère à 40 ans, ce n'est pas toujours un choix, contrairement à ce qu'on croit, à ce qu'on dit souvent. Si j'avais pu, j'aurais eu un (ou des) enfant(s) plus tôt. J'ai rencontré le père de mon enfant tard, puis nous avons eu des problèmes pour la conception, d'où un âge encore plus tardif à l'accouchement. J'aimerais avoir un autre enfant, mais je ne sais pas si je pourrais, à cause de mon âge, des difficultés à concevoir après 40 ans... »

« Au départ, j'avais plus peur du jugement extérieur que d'avoir un enfant tard car je me sentais vraiment capable de le porter, de le mettre au monde et de l'élever. Des collègues avaient essayé de m'en dissuader mais je n'ai pas eu de jugement pendant mon suivi de grossesse [...] Ma famille était très inquiète pour moi [...] »

« Cette grossesse tient pour miracle aux yeux des médecins et de moi-même. J'avais fait depuis très longtemps le deuil d'être mère un jour. Mon premier couple (comme beaucoup semble-t-il) n'avait pas résisté aux difficultés des parcours de procréation assistée. C'est donc avec un nouveau conjoint et dans le cadre d'une famille recomposée, que ma fille est née. »

« Après un long parcours de traitement contre la fertilité et d'ICSI sans résultat, nous avons adopté un petit garçon de « 5 mois ». Nous sommes également dans l'attente d'une adoption d'un petit garçon de 3 ans et demi qui ne devrait pas tarder à arriver chez nous. Cette grossesse tardive nous est tombée dessus comme par miracle "18 ans après tous ses traitements insupportables" [...] Si je pouvais avoir un autre enfant, je le ferai [...] j'ai quand même bientôt 44 ans et je pense que c'est un peu risqué de remettre une grossesse en route ! »

« Je fais partie de cette génération de femmes qui ont un peu trop privilégié leur travail et de fait tarder à rencontrer le conjoint idéal pour fonder une famille. Je ne souhaitais pas me diriger vers la procréation assistée car je ne voulais pas prendre de risque pour ma propre santé. Nous nous sommes alors dirigé vers l'adoption. Je suis tombée enceinte au moment où nous allions entamer la procédure d'adoption.[...] »

« Parcours difficile car quand nous avons voulu concevoir un enfant, les problèmes ont commencé : examens divers, verdict le problème vient de moi. D'où FIV ! Mais à 43 ans cela était bien compliqué en France. Nous nous sommes donc tournés vers l'Espagne. Cela a fonctionné la deuxième fois. Une démarche pas facile avec des doutes, des questionnements, des attentes... mais couronnée de succès!!! »

« Mon mari et moi nous ne pouvions pas avoir d'enfant, et avons eu recours au service AMP avec échec de FIV. Nous nous sommes alors tournés vers l'adoption. Et à peine revenus avec notre soleil d'Afrique, je suis tombée enceinte (j'ai découvert ma grossesse à plus de 3 mois...). La vie est bizarre parfois !!!! »

« Attente de 14 ans, grossesse gémellaire avec don d'ovocyte en Espagne, merci à la science, merci à l'Espagne, merci aux donneuses »

« Avoir un enfant après 40 ans n'était pas un choix personnel mais comme je n'ai rencontré mon mari qu'à cet âge, la vie est ainsi faite. J'aurais voulu avoir des enfants bien avant 40 ans et depuis longtemps. Encore faut-il rencontrer la bonne personne pour fonder une famille. Je ne pouvais en aucun cas faire un enfant avant sous prétexte que le temps passe !
Quand nous avons décidé de faire un enfant, je ne pensais pas vu mon âge que cela marcherait aussi rapidement [...] »

A propos de la grossesse et de son vécu :

« Une grossesse qui s'est très bien déroulée ,malgré beaucoup d'inquiétudes vis à vis de mon âge [...] »

« Ce fut donc une grossesse très "particulière" au vu des problèmes de santé. Durant ma grossesse, je préférais donc "ne pas y penser" [...] je n'ai eu connaissance de ma grossesse qu'à plus de 3mois, mon ventre est "sorti" uniquement la période dite "d'enfant viable" dépassée ! La vie est drôlement faite : je suis moi-même née d'une maman "âgée" (en 1969, ma mère avait 38 ans à ma naissance.. mais j'étais son 3è enfant, une "surprise" comme on disait à l'époque) et j'ai appris très récemment que mon arrière grand-mère avait eu ma grand mère (née en 1910) à 40 ans... »

« J'avais tout à fait conscience des risques "éventuels" d'une grossesse après 40 ans [...] Certains professionnels du CHU étaient plutôt frileux vis à vis de cette grossesse. Une "jeune" maman de plus de 40 ans, n'est pas plus vieille, ni fatiguée qu'une autre [...] »

« [...] Pendant ma grossesse, je suis toujours restée confiante et positive, même si cela a été dur physiquement et psychologiquement. »

« Malgré un manque d'encouragements par le corps médical (ce que je comprends par rapport aux risques supplémentaires liés à l'âge), j'avais besoin d'essayer d'avoir une grossesse. [...] Je sais que je n'aurai pas d'autres enfants, mais 1 enfant c'est beaucoup mieux que pas du tout ! [...] Toutefois, je pense qu'il est tout de même préférable de ne pas attendre cet âge là si c'est possible. »

« J'ai eu une IMG pour trisomie 21 avant cette grossesse. J'étais anxieuse jusqu'aux résultats de l'amniocentèse, j'avais peur de perdre le bébé [...] »

« La question du dépistage de la trisomie a été un sujet de discussion sérieux en couple et avec le médecin. Nous avons fait le choix de ne pas le réaliser [...] »

« Il y a parfois pendant la grossesse des remarques "sympathiques" du genre: "il y a plus de risques à cet âge là!" ou "tu n'as pas peur d'avoir un malformé?" »

A propos du post-natal :

« Je ne pense pas qu'être une maman après 40 ans soit gênant dans ma relation avec nos enfants. Au contraire j'ai vécu ma vie avant, j'ai eu mes expériences et j'ai le sentiment que c'est un atout dans ma façon d'élever nos enfants. Il est vrai que physiquement je fatigue sûrement plus rapidement qu'une maman plus jeune [...] »

« Si c'était à refaire je le referai et si j'avais 10 (ou même 5 ans) de moins j'aurais essayé d'avoir un deuxième enfant [...] mais je n'aurai pas d'autre enfant à cause de mon âge »

« Mon vécu de maman "après 40 ans" demeure un réel cadeau. La question qui a demeuré par la suite était : faut-il donner un frère ou une sœur à notre garçon ? A l'heure d'aujourd'hui (44 ans) il me paraît plus sage d'y renoncer [...]»

« j'ai très bien vécu ma grossesse mais la remise en forme après la naissance a été beaucoup plus difficile, peut-être l'allaitement en est-il la cause mais je crois aussi qu'avec l'âge on ne récupère pas pareil. »

« Ce qui m'a fait mal au cœur c'est la prise de conscience, juste après l'accouchement (baby blues ?), que statistiquement je ne fêterai pas ses 45 ans avec lui. Alors il faut profiter de chaque jour pour compenser cela ! Sinon, peut-être suis-je moins résistante qu'une maman plus jeune en ce qui concerne le manque de sommeil ? Plus "exigeante" en ce qui concerne les progrès à faire ou les règles de vie à respecter ? Mais il faut bien aussi apprendre cela de la vie. »

« La façon d'appréhender l'éducation n'est pas la même à 20 ou 40 ans. »

« Si j'avais été plus jeune j'aurais aimé vivre une autre grossesse. Je ne dis pas que je n'aurai pas un autre, mais pas avant 2 ans, et là je pense que mon âge avancé m'arrêtera... »

« [...] Après l'accouchement, les nuits sont très fatigantes. Il est vrai qu'après la naissance, j'étais tout le temps très fatiguée. »

« Le père m'ayant quitté à l'annonce de "la bonne nouvelle" j'ai gardé mon enfant en pensant que ce "cadeau" de la vie est difficile à refuser pour une femme de 41 ans qui se croyait stérile. Aujourd'hui je peine beaucoup à l'élever seule! »

« La fatigue liée à l'âge est réelle mais pas insurmontable. »



DISCUSSION

≡ TROISIÈME PARTIE : *DISCUSSION*

Discussion du matériel et des méthodes

1. Recrutement de la population

Le recrutement des dossiers s'est fait au travers du logiciel du centre hospitalier d'Angers. Le logiciel ne faisant pas de distinction de parité, nous avons seulement pu obtenir la liste exhaustive des patientes ayant accouché après 40 ans. Après tri des dossiers, 75 ont été retenus, étant ceux de primipares. Toutefois 8 dossiers sur 425 n'ont pas pu être retrouvés (1,9% de perte), ce qui n'a pas permis de connaître la parité de ces femmes et conduit à l'écartement possible de primipares.

D'autre part la population étudiée est celle d'une maternité de niveau III au sein d'un centre hospitalier universitaire, cette population diffère très certainement de la population générale française tant d'un point de vue médical que social.

Le faible effectif de la population des primipares de plus de 40 ans constitue également un biais qui ne nous permettra pas de conclure dans certains cas.

2. Elaboration du questionnaire

Au cours de l'élaboration du questionnaire, une grande attention a été portée sur l'écriture des différents items.

En effet, pour les questions d'ordre médical, un langage approprié ainsi que des explications ont été choisis afin de permettre une compréhension maximale pour chaque femme.

Les questions qui portaient sur le vécu de la grossesse ont quant à elles fait l'objet d'une rédaction se voulant non culpabilisante pour la femme.

La population sollicitée pour le questionnaire est soumise à plusieurs biais de sélection. Tout d'abord, les femmes non francophones ont du être exclues pour des raisons de compréhension et on peut s'interroger sur des différences de vécu de la grossesse ou des motivations différentes.

Finalement, seulement 2/3 de la population a pu répondre au questionnaire, ce qui représente une diminution de l'effectif non négligeable.

Discussion des résultats

1. Fréquence des primipares de plus de 40 ans

Au sein du Centre Hospitalier d'Angers et sur les cinq dernières années, les primipares de 40 ans et plus représentaient 0,37% de la population totale. On note une très nette augmentation après 2007, soit 2,5 fois plus en 2008 qu'en 2007. Ensuite, le pourcentage par année varie peu et reste plus proche de la moyenne.

Il est difficile d'estimer si la population des primipares de plus de 40 ans du CHU d'Angers est similaire aux autres populations. En effet, la plupart des études ne distinguent pas primipares et multipares de plus de 40 ans.

Les enquêtes périnatales de 2003 et 2010 [2] nous donnent respectivement 2,7 et 3,5% de femmes ayant plus de 40 ans à l'accouchement, ce qui nous permet de dire que le phénomène des grossesses après 40 ans augmente, mais ne nous permet pas de conclure en ce qui concerne les primipares. Seules quelques études comme celles de Gilbert et al. de 1999 [19] et de Joseph et al. [24] nous donnent un chiffre précis concernant les primipares, dans ces études les primipares de 40 ans et plus représentent respectivement 0,41% et 0,23%.

L'étude de la fréquence des primipares de 40 ans et plus reste compliquée. D'une part il peut paraître difficile de noter un accroissement du phénomène de première grossesse tardive au vu de l'effectif qu'il représente (moins de 1%). Ainsi, l'augmentation de ces grossesses est à considérer de manière relative. D'autre part, il aurait certainement fallu étendre la période de recrutement à plus de 5 ans en arrière afin d'augmenter l'échantillon.

Toutefois, les fréquences relevées semblent cohérentes avec celles des autres études.[19,23,24,25,28]

2. Profil social

2.1. *L'âge*

La majorité des femmes de notre étude avait entre 40 et 42 ans à la naissance de leur premier enfant, et on peut ensuite observer une chute de la courbe des âges après 42 ans. La moyenne d'âge des grossesses spontanées est de 41,4 ans contre 42,7 ans pour les grossesses non spontanées. Ce constat peut s'expliquer par l'évolution naturelle de la fécondité des femmes qui chute après 40 ans, et donc un recours à l'aide médicale à la procréation pour les âges les plus avancés.

L'évolution de la courbe des âges des pères est différente de celle des femmes. La fourchette d'âge la plus représentée était celle des 39-43 ans. Avant et après cette fourchette, les effectifs sont irréguliers.

Ceci peut s'expliquer de différentes manières. Premièrement la fertilité des hommes ne décroît pas aussi spectaculairement que celle des femmes, ce qui explique que nous retrouvions des pères de plus de 50 ans (12%).

Deuxièmement, notre étude fixait comme critère d'inclusion les femmes d'au moins 40 ans à l'accouchement, tandis qu'aucune limite n'était fixée concernant l'âge paternel. Nous avons donc 27% de pères qui ont moins de 40 ans, donc plus jeunes que leur compagne.

2.2. *Situation familiale*

A la lecture des résultats, l'immense majorité des primipares de plus de 40 ans vivent en couple ou sont mariées (92%). Ce pourcentage est identique à celui relevé dans la population générale par l'enquête périnatalité de 2010 [2]. Toutefois on note que le nombre de naissances légitimes est moins important chez les primipares de plus de 40 ans que dans la population générale. D'autre part, les mères célibataires sont sensiblement aussi nombreuses chez les primipares de plus de 40 ans que dans la population générale (8% versus 7,6% selon l'ENP). [2]

Il semble donc que la notion de vie en couple face partie des conditions nécessaires à la plupart des femmes afin de concevoir un enfant, mais que la nature des unions soit différente. Malgré un taux de mariage moindre, le nombre d'années de couple est en moyenne de 5,7 ans, ce qui montre qu'il s'agit pour la plupart d'unions stables.

2.3. Niveau d'étude et catégorie professionnelle

Les primipares de plus de 40 ans ont plus souvent un niveau d'étude supérieur à BAC+2 que dans la population générale d'après l'ENP 2010 (37,6% versus 30,5%). On retrouve également beaucoup moins de femmes non diplômées dans notre population (1,3% versus 28,3%). [2]

Sur le versant professionnel, 6,6% des femmes étaient sans profession dans notre étude ce qui est 5 fois moins que dans le reste de la population. [2]

Du côté des pères, ils sont eux aussi d'un niveau d'instruction important (supérieur à BAC+2 en majorité) et ils exercent une profession dans 95% des cas.

Des études longues peuvent donc avoir un impact sur le décalage du désir de grossesse, d'autant que ces études longues conduisent plus facilement à des carrières prenantes. Le souhait d'avoir une situation professionnelle stable qui permet d'avoir un certain niveau de vie peut ainsi conduire à l'augmentation des premières grossesses après 40 ans.

2.4. Origine géographique

Une femme sur 10 dans notre étude n'était pas née en France. On rencontre en moyenne deux fois plus de femmes non nées en France dans la population générale mais sans précision quant à leur parité. Dans notre étude l'influence de la culture semble être un paramètre à prendre en compte. De plus, le constat de l'augmentation des primipares âgées semble être principalement fait dans les pays développés occidentaux. Ceci est également retrouvé dans les études de Gilbert et Luke.[19,17]

2.5. Antécédents obstétricaux

Seulement 44% des primipares de notre étude étaient aussi des primigestes. Parmi les multigestes, près de 30% ont dans leur antécédents au moins une fausse couche et 5% avaient vécu au moins une IVG.

Le taux élevé de fausse couche, qui est en accord avec les chiffres de Belaisch, Berkowitz et Khoshnood, témoigne de la chute de la fertilité avec l'âge et des difficultés à maintenir la grossesse [29,27,5]. Il aurait été intéressant de connaître l'âge de survenue de ces fausses couches.

On peut donc distinguer deux profils en ce qui concerne le désir de grossesse ; premièrement l'observation d'un nombre non négligeable de fausses couches pourrait laisser entendre que certaines femmes souhaitaient peut-être une grossesse plus tôt ; deuxièmement, on constate que le taux d'IVG est 3 fois moindre que celui de la population générale, ce qui peut laisser supposer qu'à contrario, d'autres femmes maîtrisent leur fertilité et ont peut-être davantage planifié leur grossesse. [13,30,31]

Connaître les moyens de contraception utilisés par ces femmes auraient pu étayer notre réflexion sur leur désir de grossesse.

2.6. Tabac et autres addictions

En ce qui concerne le tabac, 88% des femmes de l'enquête ne fumaient pas et près de 10% de celles fumant ont arrêté pendant la grossesse. Depuis quelques années, la prise de conscience sur les méfaits du tabac est réelle et partagée par l'ensemble des femmes. Toutefois la proportion de non fumeuses avant la grossesse est plus importante dans le groupe des primipares de plus de 40 ans comparé au reste de la population (88% versus 69,5%). [2]

Par ailleurs, une seule femme a notifié un alcoolisme chronique dans notre échantillon.

Il semble que ces femmes aient une hygiène de vie meilleure que la population générale, peut être en lien avec une planification de leur grossesse, ou à une prise de conscience due à une certaine maturité.

3. Déroulement des grossesses

3.1. *Mode de grossesse*

Nous avons vu précédemment que la fertilité et la fécondité chutent avec l'âge, [4,7] malgré cela trois quarts de nos primipares de plus de 40 ans sont tombées enceinte spontanément.

En moyenne les couples ont mis 2,6 ans pour aboutir à une grossesse évolutive, alors qu'à 25 ans le délai de conception est de 3 à 6 mois. [4,14]

Toutefois, 25% des naissances sont issues de l'AMP chez les primipares de plus de 40 ans contre 2,5% des naissances en France, au CHU d'Angers ce taux est de 4,3%. Il faut néanmoins rappeler que le CHU d'Angers est un centre de référence pour l'AMP ce qui peut surestimer les résultats. Mais le constat reste sans appel même biaisé.

Les difficultés de conception après 40 ans se font ressentir au travers de ce fort recours à l'AMP et au délai de conception qui s'allonge.

3.2. *Type de grossesse*

Près de 11% des grossesses étaient multiples, soit près de 5 fois plus que la population du CHU d'Angers ; Khoshnood retrouve un risque de grossesse multiple multiplié par 3 chez les primipares âgées [5]. Cette augmentation des grossesses multiples avec l'âge est à mettre en lien avec le recours aux traitements de l'infertilité, car d'après l'agence de biomédecine, un accouchement sur 5 sera un accouchement multiple après recours à la FIV [32]. Mais ce phénomène s'observe également en l'absence de tout traitement. L'âge est donc un facteur de risque en lui même.

Sur les 7 femmes qui se sont rendues à l'étranger, 4 ont eu une grossesse multiple (3 gémellaires et 1 triple) [14]. Leur moyenne d'âge est de 44,4 ans. Les limites d'âge de prise en charge, ainsi que le nombre d'embryons réimplantés sont très différents à l'étranger, ce qui motive ces femmes à se rendre dans ces pays quand la France ne peut plus accéder à leurs demandes.

3.3. Hospitalisation et pathologies obstétricales

Un quart des primipares de plus de 40 ans ont été hospitalisées au cours de la grossesse. Dans les enquêtes périnatales de 2003 et 2010, le taux d'hospitalisation de la population générale est resté assez stable autour de 18,8% [2]. La grossesse chez les primipares de plus de 40 ans semble nécessiter plus souvent une surveillance accrue. L'idée que ces grossesses soient plus risquées conduit peut être à une hospitalisation plus facile au moindre élément inquiétant. La « tolérance » à la pathologie est peut être plus faible de la part de l'obstétricien.

Près d'une grossesse sur deux est marquée par au moins une complication dans notre étude.

La pathologie la plus rencontrée est le diabète gestationnel non insulino-dépendant avec près de 19% des primipares de plus de 40 ans, soit près de 4 fois plus que dans la population générale d'après l'ENP 2010 ($p < 0,001$), également retrouvé par Gilbert et al [2,19]. La nécessité d'un traitement par insuline dans 8,3% des cas de diabète gestationnel est 5 fois plus fréquent que dans la population générale ($p < 0,01$). Les femmes de notre étude avaient réalisé le dépistage du diabète gestationnel dans 81% des cas ce qui est proche du dépistage relevé par l'ENP 2010 [2]. A noter qu'un âge supérieur à 35 ans fait aujourd'hui entrer la femme dans le dépistage ciblé du diabète gestationnel selon les recommandations du CNGOF.

En seconde position, l'hypertension artérielle est significativement plus fréquente chez les primipares de plus de 40 ans ($p < 0,01$) que le pourcentage retrouvé par l'ENP de 2010. Le taux retrouvé dans notre étude est proche de celui de Chan (15,3% versus 17,6%), Gilbert quant à lui n'observe que 5,4% d'HTA chez les primipares de plus de 40 ans. [20,19]

Le nombre de retard de croissance a concerné 1 grossesse sur 8 dans notre étude, ce qui est significativement plus important que dans la population générale ($p < 0,01$) [2] et peut s'expliquer par l'augmentation des pathologies vasculaires.

En ce qui concerne les menaces d'accouchement prématuré, notre étude retrouve 2,8% de grossesse concernées, on observe également 4,2% de rupture prématurée des membranes. Pour ces deux pathologies, notre étude ne retrouve pas d'augmentation significative. Ces chiffres sont proches de ceux trouvés par Luke et Ziadeh. [17,23]

La primiparité après 40 ans constitue donc un risque à l'apparition de pathologies obstétricales. Toutefois il ne faut pas diaboliser les grossesses tardives, la plupart auront une issue favorable, il faut néanmoins rester vigilant face aux risques existants et donc surveiller attentivement ces grossesses.

3.4. Dépistage de la trisomie 21

Le dépistage anténatal a été conduit dans 79% des cas. Parmi celles qui n'ont pas réalisé ce dépistage on retrouve les grossesses multiples. Une amniocentèse a été proposée pour 14,6% des femmes de notre étude en raison de l'âge maternel élevé. Ce jour, la HAS considère que la réalisation d'un diagnostic prénatal d'emblée pour les femmes de 38 ans et plus n'est plus justifiée en raison des performances actuelles du dépistage dans cette tranche d'âge.

4. Déroulement de l'accouchement

4.1. Terme

Les naissances à terme restent majoritaires. Toutefois, les naissances prématurées sont significativement plus fréquentes chez les primipares de plus de 40 ans de notre étude ($p < 0,02$). Ce constat est unanime quelque soit l'étude réalisée. Il peut s'expliquer par l'augmentation des complications qui nécessitent parfois une prématurité consentie. **[5,17,18,23,24,25]**

A noter que le pourcentage retrouvé dans notre étude, 21%, est plus élevé que dans les autres, où la prématurité oscille entre 10 et 15%.

Les grossesses prolongées sont aussi nombreuses dans notre étude que dans la population générale d'après l'ENP 2010 ou les études de Luke et Gilbert. **[2,17,19]**

4.2. Mise en travail

Le travail a été déclenché pour près d'une femme sur deux et environ une femme sur 6 a eu une césarienne avant mise en travail. D'après l'ENP de 2003 et 2010, on observe que ces taux sont plus élevés chez les primipares de plus de 40 ans que dans la population générale (48% versus 33,5%).[2]

4.3. Analgésie loco-régionale

On retrouve significativement plus de recours à la péridurale dans notre étude ($p < 0,001$) Plusieurs explications peuvent être données. Premièrement, nous avons vu que le déclenchement est plus fréquent chez les primipares de plus de 40 ans, et la péridurale est souvent proposée dans ces cas là. Deuxièmement, l'existence de complications obstétricales comme l'hypertension, une grossesse multiple, peuvent être des indications à la pose d'une péridurale. Enfin, il ne faut pas oublier qu'il s'agit de primipares, et que le recours à la péridurale diminue avec l'augmentation de la parité. [2]

4.4. Mode d'accouchement

Etude	Voie basse non instrumentale (%)	Voie basse instrumentale (%)	Césarienne (%)
Notre étude	36,0	17,3	46,7
Luke [17]	42,7	14,3	43
Jospeh [24]	7	43	50
Ziadeh [23]	74	8	18
Gilbert [19]	38,8	14,2	47
Chan [20]	-	-	58,8
Bianco [18]	-	-	38,9
Audipog [21]	-	-	40

Parmi les césariennes on retrouve un tiers de césarienne programmée contre deux tiers de césarienne pendant le travail. Au total, on remarque que près d'une femme sur deux accouchera par césarienne ($p < 0,0001$) soit plus de deux fois le chiffre relevé dans la population générale (environ 19%).

Cependant tous les moyens doivent être mis en œuvre afin de favoriser l'accouchement par voie basse car tous les risques de complications liés à la voie haute sont accentués par l'âge maternel élevé. [22,26]

L'extraction instrumentale est elle aussi significativement plus fréquente ($p < 0,001$)

Ce recours aux gestes invasifs pendant de travail peut s'expliquer de plusieurs manières. L'augmentation des pathologies obstétricales conduit à une vigilance accrue du bon déroulement du travail, on peut supposer que l'obstétricien prendra plus rapidement la décision d'une césarienne à la moindre anomalie compte tenu des risques accrus liés à ces grossesses ; une partie des césariennes pourrait également s'expliquer par une diminution des présentations céphaliques après 40 ans, ainsi que par l'augmentation du nombre de travail prolongé qui trouve son explication dans le vieillissement utérin, il aurait donc été intéressant de relever ses paramètres dans le dossier obstétrical.

Par ailleurs, les naissances prématurées sont plus nombreuses, on peut imaginer que ces naissances ont lieu dans un contexte d'urgence et vont parfois nécessiter une césarienne.

Enfin, la fatigue, l'anxiété de la parturiente conduisent aux défauts d'efforts expulsifs et peuvent augmenter le recours à l'extraction instrumentale. De plus, ces patientes sont parfois plus demandeuses d'une césarienne de « convenance ».

4.5. Lésions périnéales

La pratique de l'épisiotomie est significativement plus fréquente que dans la population générale du CHU d'Angers toute parité confondue ($p < 0,001$). Il existe un biais de sélection dans notre étude, en effet, notre population est uniquement constituée de primipares tandis que la population totale est à la fois formée de primipares et de multipares.

Néanmoins, le résultat paraît cohérent puisque nous avons déjà constaté qu'il y a plus d'extractions instrumentales dans la population des primipares de plus de 40 ans.

En comparant uniquement les primipares grâce à l'ENP 2010, on s'aperçoit que les primipares de plus de 40 ans ont plus souvent d'épisiotomie que le reste des primipares (environ 25% de plus) [2]. Ceci peut éventuellement s'expliquer par le taux d'extraction instrumentale plus élevé, une durée d'expulsion plus longue.

Toutefois, la pratique en systématique de l'épisiotomie chez les primipares âgées n'est pas légitime selon les recommandations du CNGOF.

4.6. Délivrance

L'hémorragie de la délivrance ne semble pas plus fréquente chez les primipares de plus de 40 ans de notre étude. Ce taux est sensiblement le même que celui retrouvé par Luke. [17]

Le recours à une délivrance dirigée systématique au sein du CHU d'Angers selon les recommandations du CNGOF peut expliquer que les hémorragies sont de fréquence proche à celle de la population générale.

5. Le profil des nouveaux-nés

5.1. Poids de naissance

Le poids moyen des enfants des primipares de plus de 40 ans est inférieur au poids moyen retrouvé par l'ENP 2010 (2860g versus 3254g) [2]. Un quart des enfants avaient un poids inférieur à 2500g, contre moins d'un sur 10 dans la population générale [2]. Ce phénomène peut s'expliquer par la prématurité, les grossesses multiples, un taux de retard de croissance important, les pathologies vasculaires de la grossesse. Ce résultat est conforté par les autres études à ce sujet. [17,24,25,27]

On retrouve moins de nouveaux-nés macrosomes que dans la population générale, et ceci malgré des diabètes gestationnels plus fréquents. On peut donc supposer que la surveillance et l'équilibre des diabètes étaient corrects.

Toutefois si l'on compare les nouveaux-nés à terme, le poids moyen est plus proche de la moyenne nationale soit environ 3200g. [2]

5.2. Allaitement

L'allaitement maternel total ou partiel est significativement plus élevé dans notre étude par rapport à la population accouchant au CHU d'Angers (67% versus 50,3%). Cela témoignerait d'une sensibilisation de ces femmes aux bienfaits de l'allaitement, et de leur désir d'établir un lien privilégié avec leur enfant. Cela s'exprime également par des durées d'allaitement longues : entre 1 et 6 mois pour 50% d'entre elles, et plus de 6 mois pour 27%.

Toutefois au niveau national, le taux d'allaitement retrouvé est de 67%, soit strictement identique à celui observé dans notre étude [2]. Cependant, qu'en est-il du pourcentage d'allaitement maternel chez les primipares de plus de 40 ans au niveau national ?

6. Pronostic maternel et fœtal

6.1. *Mortalité maternelle*

Selon la classification internationale des maladies de l'OMS, on parle de mortalité maternelle en cas de « décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite »

Dans notre étude nous avons retrouvé le cas d'un décès faisant suite à une complication obstétricale, mais n'entrant pas dans la définition de la mortalité maternelle car il est survenu plus de 42 jours après l'accouchement.

Toutefois, ce cas témoigne des risques qu'entraîne une grossesse multiple à un âge avancé. Débutée grâce à un transfert d'embryon à l'étranger, cela remet en cause le tourisme procréatif qui engendre parfois des situations difficilement gérables par la suite et pouvant mettre en danger la santé des femmes.

6.2. *Mortalité fœtale*

La mortalité dans les études récentes comme celles de Luke et Gilbert oscillent entre 0,4 et 0,7% [17,19]. Dans notre étude, un cas de mort fœtale in utero a été retrouvé ce qui porte la mortalité à 1,1%, mais notre étude ayant un faible échantillon, nous ne pouvons conclure de façon significative sur ce sujet.

Nous n'avons observé aucune malformation congénitale chez les nouveaux-nés des mères de notre étude. Cependant, notre étude n'incluait que les naissances vivantes, hors la plupart des anomalies congénitales sont dépistées in-utero et peuvent conduire à une indication d'interruption médicale de grossesse.

7. Les motivations et le vécu de la grossesse

7.1. *Les motivations*

Il est important de savoir que 82% des femmes de plus de 40 ans de notre étude attendaient cette grossesse. Les grossesses non planifiées représentent 18% dans notre population, contre globalement un tiers dans la population générale d'après l'enquête d'intention de fécondité réalisée entre 1998 et 2003 [30]. Ce constat témoigne de l'intention des femmes de plus de 40 ans de devenir mère. Quelles sont alors les motivations qui les ont conduites à retarder la naissance de leur premier enfant ?

La première réponse qui apparaît est l'absence de couple stable. Soixante six pour cents (66%) des femmes n'avaient en effet pas rencontré leur conjoint plus tôt. Ceci est en accord avec le constat du recul à la mise en couple que nous avons fait précédemment.

En seconde position, nous retrouvons les difficultés de fertilité avec près de 35% des réponses. Nous devons néanmoins nous interroger sur ce point. S'agit-il de la cause du retard au premier enfant, ou bien de la conséquence ? En effet, nous l'avons vu, plus l'âge avance et plus il devient difficile d'obtenir une grossesse, il pourrait s'agir d'une conséquence plus que d'une cause [5,7]. Hors, pour moitié de celles citant des difficultés de fertilité, aucune autre raison n'a été donnée. L'autre moitié notifiait l'absence de conjoint plus tôt.

Le travail a été un facteur influençant dans 1 cas sur 8. Toutefois, il s'agissait de femmes ayant des niveaux d'études et des catégories professionnelles hétéroclites.

Les raisons moins souvent citées : un des membres du couple ne se sentait pas prêt à devenir parent. Comme nous l'avons vu précédemment, l'écart d'âge entre les deux membres du couple est parfois important, cela pourrait expliquer un possible décalage du désir d'enfant entre la femme et l'homme. Enfin, un des couples jugeait leurs revenus insuffisants pour accueillir un enfant.

7.2. *Le vécu*

Dans notre étude, 56% des femmes disent avoir vécu leur grossesse facilement. La plupart de celles qui disent avoir eu une grossesse difficile, ont été confronté à des pathologies obstétricales.

Le pourcentage de participation à la préparation à la naissance chez les primipares de plus de 40 ans est identique à celui des primipares tout âge confondu d'après l'ENP 2010 [2]. Il semble donc que les primipares ressentent le besoin d'assister à ces cours. Il apparaît que seule la parité, indépendamment de l'âge maternel, influe sur le taux de préparation à l'accouchement.

8. Le regard sur la première grossesse après 40 ans

8.1. *L'attitude du professionnel*

D'après les réponses obtenues grâce au questionnaire, 6% des femmes disent qu'un professionnel de santé leur a déconseillé d'avoir cette grossesse.

Il est du rôle du professionnel de santé d'informer la femme des éventuels risques liés à son âge. Il semble que l'information soit donnée de manière partielle. En effet, l'essentiel des femmes ont été informées sur les risques pour le fœtus et le nouveau-né (85%), trois quarts d'entre elles avaient connaissance du risque augmenté de complications obstétricales, mais moins de la moitié ont été informées des complications possibles à l'accouchement (42%).

Seules 42% ont reçu une information portant sur ces 3 aspects, et 4% n'ont pas été informées du tout. On peut s'interroger sur les raisons de ce défaut partiel d'information. Est-ce du à l'optimisme des professionnels vis à vis du bon déroulement de ces grossesses malgré tout particulières ? Ou peut-être la volonté de ne pas affoler des patientes, souvent déjà inquiètes, avec une information sur des risques modérés ? Il s'agit de grossesses souvent « précieuses », les patientes attendent de connaître les risques pour l'enfant en négligeant parfois leurs risques à elles. Par exemple, la césarienne est peut-être jugée moins grave pour des patientes qui resteront la plupart du temps primipares.

Toutefois, il faut se rappeler qu'il est de notre devoir de donner une information claire et adaptée à toutes nos patientes, et peut être ainsi limiter le tourisme procréatif qui conduit parfois à des situations extrêmes. De plus, les patientes qui consultent pour un désir de grossesse après 40 ans souhaitent de façon légitime obtenir une information adéquate sur les risques encourus par elle et leur enfant.

8.2. Le regard de la femme

Parmi les femmes de notre étude qui ont répondu à notre questionnaire, près de 20% considéraient que leur grossesse n'était pas plus à risque que n'importe qu'elle autre grossesse.

Chez celles qui estimaient que leur grossesse était plus risquée, près d'un tiers en était inquiète. Les autres connaissaient les risques mais les vivaient sereinement.

Lorsqu'on interroge les femmes sur leurs inquiétudes vis à vis de l'avenir, un quart d'entre elles se disent soucieuses notamment au sujet de l'éducation et de l'écart d'âge avec leur enfant. Elles évoquent aussi une plus grande fatigue, mais se sentent plus disponibles que si elles étaient devenues mère plus jeune.

Leur témoignage nous montre souvent qu'elles auraient aimé avoir cet enfant plus tôt, il ne s'agit pas d'un choix pour la plupart d'entre elles, mais bien des circonstances de la vie. Elles ont pour la plupart conscience qu'elles n'auront peut-être pas la chance d'être mère une deuxième fois, même si on observe quand même que près d'une femme sur 10 dans notre étude a eu un deuxième enfant.

Ce désir charnel de devenir mère les a parfois mené à adopter pensant ne jamais devenir mère autrement, et la nature leur a parfois fait de belles surprises.

D'autres ont parcourus des milliers de kilomètres pour dépasser les limites d'âges imposées en France, mais était-ce en toute connaissance du risque ?



CONCLUSION

CONCLUSION

Les premières grossesses après 40 ans sont devenues un vrai phénomène de société qui s'accroît peu à peu depuis quelques années.

Au travers de notre étude nous avons pu établir le profil particulier de ces femmes qui deviennent mère après 40 ans. Il s'agit en général de femmes d'origine française, ayant un bon niveau socio-économique et vivant en couple. Ces grossesses tardives sont expliquées le plus souvent par l'absence de conjoint plus tôt, un travail prenant et des difficultés de fertilité, un quart d'entre elles ont eu recours à l'AMP pour obtenir cette grossesse.

Notre étude, comme la littérature, retrouve des complications obstétricales plus fréquentes (diabète gestationnel, hypertension artérielle pendant la grossesse) ainsi qu'un retentissement fœtal (retard de croissance intra-utérin, prématurité, faible poids de naissance).

Chez ces femmes, on observe trois fois plus de césariennes, et un risque d'extraction instrumentale multiplié par 4 dans les voies basses.

Bien que considérées comme des grossesses à risques, notre étude, comme celles déjà réalisées, conclue à un pronostic maternel et fœtal plutôt favorable. Toutefois, il est de notre rôle de professionnel de santé d'informer des risques qu'encourent ces femmes de plus de 40 ans et qui ont le désir de devenir mère pour la première fois.

Le suivi et l'accompagnement de ces couples sont essentiels afin d'assurer une prise en charge optimale qui va permettre le dépistage de complications, mais aussi éviter les dérives des grossesses à des âges extrêmes liées au tourisme procréatif.

Enfin, n'oublions pas que le risque principal pour ces femmes après 40 ans est certainement de ne jamais tomber enceinte. « Un enfant si je veux quand je veux » ... « jusqu'à ce que je ne puisse plus » pourrait-on rajouter.



RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

- [1] Pinson G. France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population & Sociétés*, 2010 ; 465
- [2] Blondel B, Supernant K, Kermarrec M. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 - Enquête nationale périnatale 2010, [consulté en janvier 2012].
Disponible à partir de l'URL : www.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-perinatale.html
- [3] Barre C. et Vanderschelden M. L'enquête « Étude de l'histoire familiale » de 1999 - Résultats détaillés. *Insee Résultats Société* 2004, 33
- [4] Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod* 2005; 7 :154-1553
- [5] Khoshnood B, Bouvier Colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynécol Obstét Biol reprod* 2008 ; 37 : 733-47
- [6] Pinson G. France 2004: l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans. *Population & Sociétés*, 2005 ; 410
- [7] Breton D. Mise en couple et fécondité, aspects démographiques ; À partir de l'enquête "Étude de l'histoire familiale", INED, 1999, *Informations sociales*, 2006 ; 132 :14-25
- [8] Pla A. et Beaumel C. Bilan démographique 2009 : Deux pacs pour trois mariages. *Insee-Première*, 2010 ; 1276
- [9] Prioux F., Mazuy M. Barbieri M. L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple. *Population-F*, 65 (3), 2010, 421-474
- [10] Prioux F., Mazuy M. L'évolution démographique récente en France : dix ans pour le pacs, plus d'un million de contractants. *Population-F*, 64 (3), 2009, 445-494
- [11] Durier S. Les progrès de la scolarisation des jeunes de 1985 à 2003. *Données sociales - La société française*, 2006, 95-100
- [12] Robert-Bobée I., Rendal M.I, Couet C., Lappegard T., Rønsen M., Smallwood S. Age au premier enfant et niveau d'études : une analyse comparée entre la France, la Grande-Bretagne et la Norvège. *Données sociales - La société française* ; 2006 : 69-76
- [13] Régnier-loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? *Population & Sociétés*, 2007 ; 439
- [14] Agence biomédecine. L'assistance médicale à la procréation en France en 2008, *Dossier de presse*, 2008, [consulté le 12 janvier 2012] Disponible à partir de l'URL : www.agence-biomedecine.fr
- [15] Warbuton D, Kline J, Stein Z, Strobino B. Cytogenetic abnormalities in spontaneous abortions of recognised conceptions. H Porter, A eds Willey (Ed.) *Perinatal genetics: diagnosis and treatment. New York: Academic Press*

- [16] Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque, conséquences. *J Gynecol Obstet Biol reprod* ; 2003, 32 : 3S8-3S17
- [17] Luke B, Brown M. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age. *Hum Reprod* 2007; 22: 1264-72
- [18] Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinsky R, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 917-22
- [19] Gilbert W, Nesbitt T, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24032 cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 9-14
- [20] Chan BC, Lao TTL. Influence of parity on the obstetric performance of mothers age 40 years and above. *Hum Reprod* 1999; 14: 833-7
- [21] AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003, [consulté en janvier 2012]. Disponible à partir de l'URL : www.audipog.net
- [22] Le Ray C., Carayol M., Zeitlin J., Level of Perinatal Care of the Maternity Unit and Rate of Cesarean in Low-Risk Nulliparas. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1269-77
- [23] Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265(1): 30-3
- [24] Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1410-8
- [25] Jolly M., Sebire N., Harris J., The risks associated with pregnancy in woman aged 35 years or older. *Human reproduction* ; 2000, 15 : 2433-2437
- [26] Bouvier-Colle MH., Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. 2006
- [27] Berkowitz G, Skowron ML, Lapinski R, Berkowitz R. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N.Engl J Med* 1990; 322: 659-64
- [28] Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffman, et al. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. 2004 ; 33 : 615-22
- [29] Belaisch-Allart J, Lafay-Pillet MC, Taurelle R. Les grossesses après 40 ans. *Reprod Hum Horm* 1991 ; 4 : 176-80
- [30] Régnier-loilier A. et Leridon H. La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? *Population & Sociétés*, 2007; 439
- [31] Rossier C., Toulemon L., Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population-F* ; 64 (3), 2009 : 495-530
- [32] Observatoire régional de santé d'île de France. Assistance médicale à la procréation et grossesses multiples [consulté le 10 février 2012]. Disponible à partir de l'URL : www.ors-idf.org



ANNEXES

ANNEXE 1

Dates clés de l'évolution des droits de la femme

- 1909** *Création du congé maternité (8 semaines) non rémunéré*
- 1918** *Interdiction de la vente de moyens de contraception*
- 1923** *L'avortement est un délit passible de la cour d'assises*
- 1942** *L'avortement devient un crime contre la sûreté de l'état et est passible de mort*
- 1944** *Droit de vote des femmes*
- 1945** *Loi instaurant le congé de maternité obligatoire et rémunéré de 8 semaines (2 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement). Ce congé est rémunéré à hauteur de 50 % du salaire*
- 1946** *Principe d'égalité homme femme posé en préambule dans la constitution*
- 1955** *L'avortement thérapeutique est autorisé*
- 1956** *Création de la maternité heureuse qui devient le planning familial*
- 1965** *Les femmes peuvent obtenir un travail sans l'autorisation de leur époux*
- 1966** *La loi interdit de licencier une femme enceinte et pendant les 12 semaines suivant l'accouchement.*
- 1967** *La contraception est autorisée par la loi Neuwirth*
- 1970** *Le congé maternité est indemnisé à 90% du salaire brut par la sécurité sociale*
- 1974** *La pilule est remboursée par la sécurité sociale. Les mineures peuvent l'obtenir gratuitement au centre de planification*
- 1975** *Légalisation de l'interruption volontaire de grossesse*
- 1980** *Le congé maternité est porté à 16 semaines*
- 1982** *Remboursement de l'interruption volontaire de grossesse par la Sécurité Sociale*
- 2000** *La pilule du lendemain est en vente libre dans les pharmacies*
- 2006** *Vote à l'unanimité d'une loi qui porte l'âge légal du mariage des femmes à 18 ans (au lieu de 15 ans)*



ANNEXE 2

Un premier enfant après 40 ans

- Le temps nécessaire pour remplir ce questionnaire est en moyenne inférieur à 5 minutes.
- Il est de nature anonyme et sera utilisé à des fins statistiques.
- Vous remerciant du temps accordé pour mon mémoire de fin d'étude de Sage-femme.

***Obligatoire**

Quel âge aviez-vous à votre premier accouchement ? *



Avez-vous eu d'autres enfants après ? *

- Oui
 Non



Années de naissance des autres enfants (si vous avez répondu oui à la question précédente) :



Quel est votre pays de naissance ? *



Attention, toutes les questions qui suivent concernent la grossesse et l'accouchement de votre PREMIER enfant



(et non les éventuelles grossesses suivantes)

L'année de cet accouchement : *



Vous étiez à l'époque (plusieurs réponses possibles ; par ex divorcée et remariée) : *

En concubinage

Mariée

Divorcée

Célibataire

Autre :



Nombre d'années de couple à l'époque :



Votre profession à l'époque :



Votre niveau d'étude :



L'âge du papa à la naissance de votre 1er enfant : *



Son niveau d'étude :



Sa profession à l'époque :



Aviez-vous déjà vécu avant cette grossesse :

- Une fausse couche
- Une interruption volontaire de grossesse
- Une interruption médicale de grossesse
- une grossesse extra-utérine
- une adoption



Cette grossesse était-elle : *

- Attendue
- Surprise !
- Autre :



Pour tomber enceinte à cette grossesse (cochez une ou plusieurs cases) : *

- Je suis tombée enceinte spontanément (quel que soit le temps mis pour être enceinte)
- J'ai eu recours uniquement à des traitements médicamenteux pour m'aider à tomber enceinte
- J'ai bénéficié d'une fécondation in vitro (FIV)
- J'ai bénéficié uniquement d'une stimulation ovarienne sans FIV
- J'ai du me rendre à l'étranger
- Autre :



Si vous êtes tombée enceinte spontanément, combien de temps vous a-t-il fallu ?



Vous êtes devenue maman après 40 ans car (cochez une ou plusieurs cases) :

- Je n'avais pas rencontré mon conjoint avant
- Mon travail me prenait beaucoup de temps
- Je ne me sentais pas prête à devenir mère avant
- Mon conjoint n'était pas prêt avant
- Moi et mon conjoint avons rencontré des difficultés de fertilité
- Autre :



Pensiez-vous que votre grossesse était plus à risque que pour une femme de moins de 40 ans ? *

- Oui, mais cela ne m'inquiétait pas
- Oui, et cela m'inquiétait
- Non
- Je ne sais pas



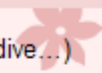
A-t-on déjà essayé de vous décourager à avoir cette grossesse ? *

- Non
- Oui, mon médecin/gynécologue/sage-femme
- Oui ma famille/connaissances



Durant votre grossesse, vous avait-on informé du risque plus élevé (cochez une ou plusieurs cases) : *

- De complications pendant la grossesse (hypertension, diabète, fausse couche tardive...)
- De complications à l'accouchement (césarienne, hémorragies...)
- De complications pour votre enfant (trisomie 21, maladies génétiques...)
- On ne m'avait pas informé de ces risques



Aviez-vous fait le dépistage de diabète gestationnel? (prise de sang après avoir avalé de l'eau sucré) *

- oui
- non
- je ne me souviens plus



Aviez-vous fait le dépistage du risque de trisomie 21? (prise de sang proposée pour calculer un risque appelée HT21) *

- oui
- non
- je ne sais pas/ je ne me souviens plus



Aviez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ? *

- Oui
- Non



fumiez-vous? *

- oui
- non
- j'ai arrêté pendant ma grossesse



Concernant cette grossesse : *

- Elle n'était pas toujours très facile à vivre
- Elle était très agréable à vivre
- Autre :



Aviez-vous été hospitalisé durant la grossesse de votre premier enfant ? *

- Oui
- Non



Aviez-vous rencontré ces "complications" durant cette grossesse ? (cochez une ou plusieurs cases)

- Hypertension artérielle
- Placenta trop bas
- Saignements (après le premier trimestre)
- Menace d'accouchement prématuré
- Bébé trop petit aux échographies
- Diabète de grossesse mais je ne prenais pas d'insuline
- Diabète de grossesse traité par insuline
- J'avais rompu la poche des eaux (les membranes) beaucoup trop tôt (risque de prématurité)
- Autre :



Ce premier accouchement : *

- Fût déclenché
- Est arrivé spontanément



Aviez-vous accouché : *

- A terme (c'est la période qui s'étend de 4 semaines avant le jour prévu jusqu'à ce dernier)
- Prématurément (c'est à dire au moins 4 semaines avant le jour prévu, c'est à dire avant 37 semaines d'aménorrhées)
- Après terme (c'est à dire après le jour prévu)



Aviez-vous eu une péridurale ? *

- Oui, et j'en souhaitais une
- Oui mais au départ je pensais ne pas en prendre
- Non et c'était voulu
- Non mais j'en voulais une (pas le temps par exemple ou anesthésiste non disponible)



Vous aviez accouché : *

- Par voie basse
- Par césarienne décidée pendant le travail (non programmée)
- Par césarienne prévue



Si vous avez accouché par voie basse :

- Il y a eu une aide par forceps ou ventouse pour faire naître mon bébé
- Mon bébé est né sans l'aide d'instruments



Si vous avez accouché par voie basse, avez-vous eu :

- Une épisiotomie
- Une déchirure
- Ni épisiotomie, ni déchirure



Aviez-vous fait une hémorragie à l'accouchement ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Autre :



Poids de votre premier enfant à la naissance :



Aviez-vous allaité ? *

- Oui
- Non
- mixte



Si oui, combien de temps ?

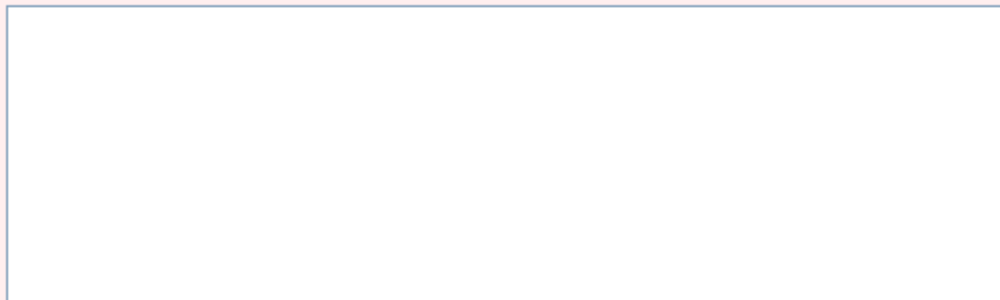


Pensez-vous qu'être maman après 40 ans génère plus "d'inquiétudes" sur l'avenir (éducation, relation avec votre enfant...) ? *

- Non, pas plus que les autres mamans
- Oui
- Je ne sais pas



Si vous le souhaitez, cet espace vous est réservé pour vous exprimer librement sur votre vécu, votre parcours, vos motivations (n'hésitez pas) :



N'OUBLIEZ PAS DE CLIQUER SUR "ENVOYER" EN BAS DE PAGE POUR VALIDER VOS REPONSES !



Merci du temps que vous avez accordé à ce questionnaire - Charlène Outin, étudiante Sage-femme



Courriel : charlene.outin@laposte.net
Tél : 06.32.90.05.62

Envoyer



Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ANNEXE 3

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles

1 Agriculteurs exploitants

- 11 Agriculteurs sur petite exploitation
- 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation
- 13 Agriculteurs sur grande exploitation

2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures

- 31 Professions libérales et assimilés
- 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise

4 Professions Intermédiaires

- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise

5 Employés

- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- 56 Personnels des services directs aux particuliers

6 Ouvriers

- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés
- 69 Ouvriers agricoles

7 Retraités

8 Autres personnes sans activité professionnelle

- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 83 Militaires du contingent
- 84 Elèves, étudiants
- 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
- 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 4

La **classification internationale du type de l'éducation** ou **CITE** (*ISCED pour International Standard Classification of Education*) est un classification des différents niveau d'éducation qui peut s'appliquer pour tous les pays. Ce système de comparaison a été validé par l'UNESCO, en 1997.

Niveau 0 Education préprimaire

Niveau 1 Enseignement primaire ou premier cycle de l'éducation de base

Niveau 2 Premier cycle de l'enseignement secondaire ou deuxième cycle de l'éducation de base

Niveau 3 Enseignement secondaire (deuxième cycle)

Niveau 4 Enseignement post-secondaire non-supérieur

Niveau 5 Premier cycle de l'enseignement supérieur

Niveau 6 Deuxième cycle de l'enseignement supérieur

ABSTRACT

INTRODUCTION : The definition of older primiparous can vary in the literature. Initially decided on 35 years, this limit was then 40 years old when noting that the age to give birth for the first time is getting higher and higher. Real social phenomenon exacerbated by the delay for two people to have a relationship, the pursuit of a professional career, advances in contraception and the assisted reproduction technology; who are these women who become mothers at 40 years age old?

OBJECTIVE : Identify the profile of primiparae over 40 years old and evaluate if these first pregnancies at older ages are at risk to maternal, fetal and obstetrical complications, to provide information adapted to patients.

METHODS : We conducted a retrospective study at the maternity hospital of Angers from January 1st, 2007 to January 31st, 2011 including 75 patients. The patients had to be primiparous, 40 years old or older by the time of the delivery and the child had to be alive. A survey of these women was conveyed thanks to an anonymous on line questionnaire from November and December, 2011. The number of usable questionnaires was up to 48.

RESULTS : The pregnancy outcomes in women aged 40 or older represent 0,37 % of the women giving birth at the hospital of Angers. Usually French women, with a good socio-economic level, and living with a partner. These late pregnancies are most often explained by not having a partner earlier, a time-consuming job and fertility difficulties, a quarter used the assisted reproduction technology to be pregnant.

Expecting a first child over 40 years old is more frequently subject to maternal and fetal complications (gestational diabete, pregnancy-induced hypertension, late growing).

With these women, there are three times more caesarean sections, and a risk of instrumental delivery multiplied by 4 in the vaginal birht.

CONCLUSION : The phenomenon of primiparous over 40 years old is associated with the most recent socio-demographic change. Pregnancy in primiparous over 40 years old is associated with increased obstetric pathologies, and a less favorable prognosis delivery than in the rest of the population. However, our study as well as the literature remain optimistic about the maternal and fetal prognosis. So do not demonize these pregnancies but warn women about the risks involved. This optimism is valid for pregnancies treated bu specialists and reasonable, but what about the very advanced maternal age encouraged by the procreative tourism?

KEYWORDS : old primiparous ; late pregnancy ; age over 40 years old ; risks

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La définition de primipare âgée est variable dans la littérature. Initialement fixé à 35 ans, ce seuil est ensuite passé à 40 ans dû au constat d'un âge à la première maternité de plus en plus élevé. Véritable phénomène de société accentué par le retard à la mise en couple, la poursuite d'une carrière professionnelle, les progrès de la contraception et de l'AMP ; qui sont ces femmes qui deviennent mère à 40 ans passés ?

OBJECTIFS : Identifier le profil des primipares de plus de 40 ans et évaluer si ces premières grossesses à un âge avancé sont à risque de complications maternelles, fœtales et obstétricales, afin d'apporter une information adaptée aux patientes.

MÉTHODES : Nous avons réalisé une étude rétrospective au CHU d'Angers du 1^{er} janvier 2007 au 31 janvier 2011 incluant 75 patientes. Les patientes devaient être primipare, avoir au moins 40 ans le jour de l'accouchement et la grossesse devait aboutir à un enfant vivant.

Une enquête a été conduite auprès de ces femmes par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne de novembre à décembre 2011. Le nombre de questionnaires exploitables s'élevait à 48.

RÉSULTATS : Les primipares de plus de 40 ans représentent 0,37 % des femmes accouchant au CHU d'Angers. Il s'agit en général de femmes d'origine française, ayant un bon niveau socio-économique et vivant en couple. Ces grossesses tardives sont expliquées le plus souvent par l'absence de conjoint plus tôt, un travail prenant et des difficultés de fertilité, un quart d'entre elles ont eu recours à l'AMP pour obtenir cette grossesse.

Une première grossesse après 40 ans est plus fréquemment soumise à des complications maternelles et fœtales (diabète gestationnel, hypertension artérielle pendant la grossesse, retard de croissance intra-utérin, prématurité, faible poids de naissance).

Chez ces femmes, on observe trois fois plus de césariennes, et un risque d'extraction instrumentale multiplié par 4 dans les voies basses.

CONCLUSION : Le phénomène des primipares de plus de 40 ans est associé aux modifications socio-démographiques récentes.

La grossesse chez les primipares de plus de 40 ans est liée à une augmentation des pathologies obstétricales, ainsi qu'un pronostic d'accouchement moins favorable que dans le reste de la population.

Toutefois, notre étude, comme la littérature, reste optimiste sur le pronostic maternel et fœtal. Il ne faut donc pas diaboliser ces grossesses mais plutôt avertir les femmes des risques encourus. Cet optimisme est valable pour les grossesses bien suivies et « raisonnables », mais qu'en est-il des grossesses très tardives encouragées par le tourisme procréatif ?

MOTS CLES : primipare âgée ; grossesse tardive ; âge supérieur à 40 ans ; risques