

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

LA GROSSESSE APRES 40 ANS AU CHU

DE NANTES :

Aspects médicaux et psychologiques

Anne LAVIGNASSE

Directeur de mémoire : Dr Teddy LINET

Promotion 2002-2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. GENERALITES.....	2
1.1. Fréquence des grossesses après 40 ans	2
1.2. Données sociologiques	2
1.3. Principales caractéristiques rencontrées.....	3
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	4
3. MATERIEL ET METHODE	4
3.1. Questionnaire concernant les données médicales.....	4
3.2. Questionnaire concernant les données psychologiques.....	6
4. RESULTATS	7
4.1. Données sociodémographiques.....	7
4.1.1. Répartition des âges chez les mères de 40 ans et plus	7
4.1.2. Situation familiale	7
4.1.3. Raisons et motivations de ces grossesses tardives	8
4.1.4. Changement de partenaire.....	8
4.1.5. Milieu social et niveau d'étude	9
4.1.6. Origine géographique	9
4.1.7. Tabagisme	10
4.1.8. Poids.....	10
4.2. Antécédents	10
4.2.1. Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées	10
4.2.2. Antécédents gynécologiques	11
4.2.3. Antécédents obstétricaux.....	12
4.3. Le déroulement de la grossesse	14
4.3.1. Désir de grossesse	14
4.3.2. Nombre d'embryons.....	15
4.3.3. Le diagnostic anténatal.....	15
4.3.4. Complications maternelles	15
4.3.5. Complications ovulaires.....	18
4.3.6. Complications fœtales	19
4.3.7. Hospitalisation.....	20
4.4. Le déroulement de l'accouchement	20
4.4.1. Le travail	20
4.4.2. L'accouchement	23
4.4.3. La délivrance	24
4.5. Le nouveau-né.....	25
4.5.1. Terme de naissance	25
4.5.2. Poids de naissance.....	25

4.5.3. Le score d'APGAR	25
4.5.4. Morbidité	26
4.6. Le post-partum	27
4.6.1. Les pathologies du post-partum	27
4.6.2. L'alimentation du nouveau-né	27
4.6.3. La contraception	27
4.7. Versant psychologique	28
4.7.1. Le ressenti des femmes vis-à-vis de cette grossesse	28
4.7.2. Le comportement de l'entourage	29
4.7.3. Les connaissances des femmes	29
4.7.4. L'amniocentèse	29
4.7.5. Le ressenti des femmes vis-à-vis de l'accouchement	29
4.7.6. Après la naissance	29
4.7.7. L'éducation de leur enfant	30
4.7.8. L'avenir	31
5. DISCUSSION ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	32
5.1. Biais possibles	32
5.2 Données épidémiologiques et démographiques	32
5.2.1. Fréquence des grossesses tardives	32
5.2.2. Milieu social et niveau d'étude	33
5.2.3. Origine géographique	33
5.3. Les antécédents	33
5.3.1. Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées	33
5.3.2. Antécédents gynécologiques	35
5.3.3. Antécédents obstétricaux	37
5.4. Le déroulement de la grossesse	38
5.4.1. La conception	38
5.4.2. Le diagnostic anténatal	38
5.4.3. Les risques maternels	38
5.4.4. Les risques fœtaux	43
5.5. Le déroulement de l'accouchement	45
5.5.1. Le travail	45
5.5.2. L'accouchement	47
5.5.3. La délivrance	50
5.6. L'enfant à la naissance	50
5.6.1. L'âge gestationnel à la naissance	50
5.6.2. Le poids de naissance	51
5.6.3. Le score d'APGAR et les transferts en soins intensifs	51
5.6.4. La morbidité	52
5.6.5. La mortalité	53
5.7. Les suites de couches	53
5.7.1. Les risques thrombo-emboliques	53
5.7.3. La contraception	54
5.8. Comparaison nullipares-multipares	55
5.9. L'âge du père	55

5.10. Les aspects psychologiques	56
5.10.1. Les facteurs psychologiques.....	56
5.10.2. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement	57
5.11. Le rôle de la sage-femme	57
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

INTRODUCTION

Les différentes études concernant la grossesse chez les femmes âgées de quarante ans ou plus, présentent des résultats parfois contradictoires. Les patientes qui consultent pour un désir de grossesse à cet âge souhaitent pourtant, de façon légitime, obtenir une information adéquate sur les risques encourus pour elles et leurs enfants.

Historiquement, jusqu'à la fin des années 80, il était habituel de décourager un couple envisageant une grossesse après 40 ans, du fait d'un risque élevé de morbidité et mortalité materno-fœtales. La littérature récente est plus optimiste, et suggère qu'en dehors de situations pathologiques (fréquentes à cet âge) le risque lié au seul âge serait réduit.

La plupart des études soulignent cependant, un accroissement de tous les risques materno-fœtaux. De plus, il est probable que certains risques diffèrent selon la parité, un éventuel changement de partenaire, voire même d'après la littérature récente, selon le délai entre deux grossesses successives.

Le but de cette étude est donc d'apporter une meilleure compréhension des caractéristiques des grossesses après 40 ans et de guider au mieux ces femmes, de plus en plus nombreuses, dans le conseil préconceptionnel, le suivi de la grossesse et du post partum.

Nous étudierons donc, dans un premier temps, les résultats d'une étude rétrospective descriptive de la population des femmes de 40 ans ou plus au CHU de Nantes, ainsi que d'une enquête rétrospective concernant le parcours de ces femmes, leurs motivations et leur vécu de la grossesse et de l'accouchement.

Nous analyserons dans un second temps les résultats obtenus en fonction des données de la littérature.

1. GENERALITES

1.1. Fréquence des grossesses après 40 ans

De nos jours, de nombreuses femmes entament une grossesse dans la cinquième voire la sixième décennie de leur vie, et ce désir de grossesse après l'âge de 40 ans est de plus en plus fréquent. Les données de l'Enquête Nationale Périnatale montrent que la proportion de mères de plus de 40 ans n'a cessé d'augmenter, passant de 2.3% en 1998 à 2.7% en 2003 [56*].

1.2. Données sociologiques

Les explications avancées face à ce délai sont multiples. Ainsi, la difficulté de mener de front des études ou le développement d'une carrière professionnelle constitue un facteur important de recul de l'âge de la maternité. De plus, « pour lutter artificiellement contre le chômage, notre société a organisé une adolescence qui n'en finit pas. De ce fait, les jeunes femmes allongent éternellement la durée de leurs études ». Elles pensent alors avoir le temps de constituer une famille, ce qui est une illusion, explique la sociologue E. Sullerot [55*].

Ce recul de l'âge maternel est également lié au développement des secondes unions et des mariages de plus en plus tardifs [50*]. L'amélioration des techniques contraceptives, permettant d'attendre le partenaire idéal, et les nouvelles unions avec un partenaire plus jeune et sans enfant, sont également des raisons avancées par certains auteurs [5*]. Notons que la fécondité tardive est parfois, tout à fait involontaire, puisque près de 30% des conceptions après 35 ans donnent lieu à un avortement provoqué, et que plus de la moitié des naissances de cette tranche d'âge sont déclarées « non désirées » [30*].

De plus, pour des raisons religieuses, certaines femmes continuent à avoir des enfants jusqu'à la ménopause [1*].

D'autres préfèrent retarder sa venue pour mieux la préparer, et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions.

Ces femmes, selon Gilbert, sont souvent très documentées ; elles ont souvent décidé volontairement de retarder leur grossesse, et souhaitent le moins de gestes invasifs possible ;

elles sont fréquemment demandeuses d'informations médicales précises, afin de prendre, de manière éclairée, les décisions qui les concernent [22*].

1.3. Principales caractéristiques rencontrées

Les risques des grossesses tardives sont appréciés de façon variable ; si la majorité des auteurs s'accordent à dire que les femmes de plus de 40 ans, sont plus à même de développer certaines complications, telles que les avortements spontanés, l'hypertension artérielle, la prééclampsie, le diabète, les césariennes, [22*] tant chez les primipares que chez les multipares, d'autres risques sont plus discutés : le placenta praevia, la prématurité, la morbidité et mortalité périnatales. Certaines complications pourraient par ailleurs être influencées par la parité, un changement de partenaire, ou le délai entre les grossesses.

La divergence des études, au cours des années, s'explique par l'amélioration de la surveillance prénatale, notamment les progrès de l'imagerie in utero et du diagnostic anténatal, mais aussi par les définitions utilisées et la différence des populations étudiées, les grandes multipares de bas niveau socio-économique faisant notamment désormais place à des primipares de meilleures situations ayant volontairement repoussé l'âge de leur première grossesse [15*].

Le vécu de ces grossesses a peu été étudié, mise à part les implications psychologiques liées au diagnostic anténatal. Le fait de débiter une grossesse à cet âge ne semble pourtant pas dénué de spécificités.

Certains praticiens et auteurs n'hésitent pas à encourager les femmes de 40 ans et plus qui désirent un enfant. Pour d'autres, ce projet mérite réflexion. Ces deux opinions semblent contradictoires. Certes la pathologie de la grossesse (donc son coût) est augmentée après 40 ans, et il est préférable d'avoir un enfant avant 35 ans ; les femmes doivent en être informées ; toutefois si les hasards de la vie font que ce n'est que plus tard qu'il leur devient possible de devenir mère, qu'elles sont averties des risques encourus et reçoivent une surveillance adaptée, peut-on leur refuser cette grossesse ?

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but de cette étude est de décrire la grossesse, l'accouchement et le devenir postnatal de mères de 40 ans ou plus et de leurs enfants. Nous comparerons nos résultats aux données récentes de la littérature.

Nous cherchons d'abord à déterminer si l'âge est pourvoyeur de complications maternelles, obstétricales, néonatales, ensuite s'il peut influencer le vécu de la grossesse, de la naissance ainsi que celui de la période postnatale.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Questionnaire concernant les données médicales

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur la période allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004 au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Elle concerne 103 patientes ayant toutes accouché dans le service de Gynécologie Obstétrique.

Nous avons sélectionné les patientes manuellement à partir du registre des naissances présent en de salle de naissances, sur les critères suivants :

- ✓ Patiente ayant accouché entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2004
- ✓ Patiente ayant 40 ans ou plus le jour de l'accouchement
- ✓ Dossier présent aux archives de l'hôpital

Les données recueillies concernent tout d'abord, la description générale de la population, puis les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement, sur les plans maternel, foetal et obstétrical, et enfin celles du déroulement du post-partum, ainsi que du nouveau-né.

Les 101 dossiers d'accouchements obtenus ont ensuite été analysés, et les données recueillies ont été saisies et analysées grâce au logiciel informatique Epi INFO 6FR.

Les définitions des pathologies obstétricales sont celles acceptées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

Concernant les calculs de délai entre la grossesse étudiée (2004) et la précédente : on considère la date de l'accouchement de la grossesse étudiée, et la date de la fin de la grossesse précédente, quelle qu'en soit l'issue, qu'il s'agisse d'un accouchement, d'une fausse-couche,

d'une interruption médicale de grossesse, ou d'une interruption volontaire de grossesse. On nomme alors cet item : « délai entre les grossesses ». On considère donc ici les femmes multigestes.

Concernant les calculs de délai entre l'accouchement étudié (2004) et l'accouchement précédent : on considère la date de l'accouchement de la grossesse étudiée, et la date de l'accouchement de la grossesse précédente, et ce, uniquement lorsque l'enfant est né vivant et viable, (de plus de 22 SA et/ou 500 grammes). On nomme alors cet item : « délai entre les accouchements ». On considère donc ici les femmes multipares.

Pour la fréquence de réalisation du double test, nous avons exclu les grossesses découvertes tardivement, ou dont le suivi médical n'avait débuté qu'après la période de validité du double test.

Par ailleurs, nous avons relevé et répertorié toute notion, dans le dossier, d'une anomalie de liquide amniotique, quel qu'en soit le terme, et l'évolution au cours de la grossesse.

Nous avons noté de plus, le stade le plus péjoratif des dopplers au cours de chaque grossesse : le notch unilatéral, bilatéral, l'augmentation de l'index de résistance placentaire (IRP), l'inversion du rapport cérébro-placentaire (C/P), ou dans le pire des cas, un flux diastolique nul (FDN).

Nous avons également relevé dans les dossiers obstétricaux les notions d'anomalies de croissance des fœtus, elles concernent : les retards de croissance in utero, les arrêts de croissance, et les macrosomies. Nous avons exclu pour ces calculs, l'un des dossiers concernant une grossesse gémellaire monochoriale bi-amniotique, pour laquelle l'un des fœtus présentait un retard de croissance intra-utérin (RCIU) <3^{ème} percentiles, et l'autre une macrosomie > 97^{ème} percentiles.

Les interruptions médicales de grossesse ont été exclues pour les calculs concernant les fréquences des menaces d'accouchements prématurés, des hospitalisations maternelles, du mode d'entrée en travail, du mode d'accouchement, des extractions instrumentales, du terme de naissance, du poids de naissance, de l'APGAR, des détresses respiratoires néonatales, du mode d'alimentation et des transferts néonataux. Pour ces derniers, nous avons exclu les grossesses multiples.

Les interruptions médicales de grossesse et césariennes programmées ont été exclues pour les calculs de gestes invasifs.

Enfin, nous avons exclu les césariennes pour les calculs de la durée du travail et d'ouverture de l'œuf, et, sachant que les césariennes ont obligatoirement une délivrance

artificielle/révision utérine, celles-ci n'ont été comptabilisées qu'en cas d'hémorragie surajoutée.

La contraception à la visite post-natale est celle envisagée à long terme lors de l'examen de sortie de la maternité, ou celle réellement prescrite à la visite post-natale, lorsque celle-ci a eu lieu au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Les résultats obtenus ont été tout d'abord décrits à l'aide de la moyenne, de l'écart type, et d'un intervalle de confiance, puis comparés grâce au test de χ^2 ou du test de student. Ils ont été considérés comme significatifs pour une valeur de $p < 0.05$. Le nombre de dossiers étant proche de 100, nous avons décidé d'aborder les différents axes, uniquement en nombre de cas (n) et non en pourcentage, afin de ne pas surcharger le texte.

3.2. Questionnaire concernant les données psychologiques

Il s'agit d'une analyse rétrospective du ressenti des femmes de plus de 40 ans concernant leur grossesse, leur accouchement et les suites de couches. A partir des dossiers précédemment sélectionnés, nous avons ajouté des critères supplémentaires :

- ✓ Patiente ayant une compréhension correcte du français
- ✓ Enfant vivant à la naissance

Nous avons adressé un questionnaire à chacune de ces femmes, soit 87 envois et avons obtenu 56 réponses anonymes.

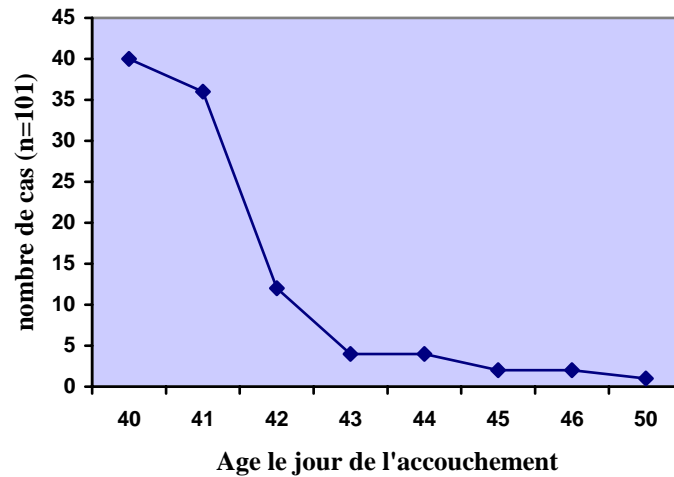
Les principaux thèmes abordés ont été, tout d'abord, la situation familiale, puis les motivations de ces grossesses tardives, le désir ou l'absence de désir de ces grossesses, afin d'étayer les dossiers obstétricaux, peu explicites à ce sujet, ainsi que le ressenti physique, psychologique, en comparaison aux grossesses antérieures, pour les multipares. Nous nous sommes également intéressés au vécu du suivi médical, ainsi qu'au comportement de l'entourage vis-à-vis d'une grossesse à cet âge, puis au vécu de l'accouchement et du post-partum. Enfin, nous avons cherché à savoir si la manière d'éduquer l'enfant pouvait varier selon l'âge maternel.

4. RESULTATS

4.1. Données sociodémographiques

4.1.1. Répartition des âges chez les mères de 40 ans et plus

Figure I : Répartition des âges

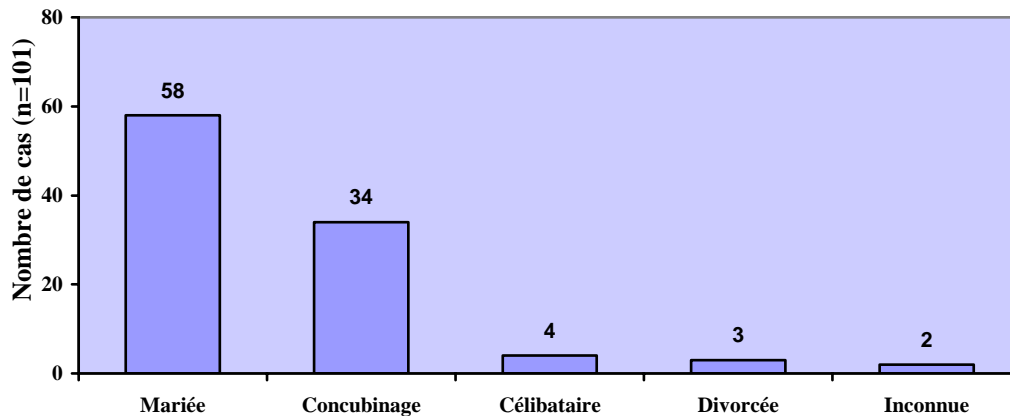


La moyenne d'âge des femmes de notre étude est de $41,19 \pm 1,62$ ans.

Par ailleurs, le nombre total de naissances au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes sur l'année 2004 étant de 3232 et le nombre des femmes de 40 ans ou plus ayant accouché sur cette même période étant de 103, le taux de naissances chez des mères de 40 ans ou plus est donc de 3,18%, IC 95% [2.58-3.79].

4.1.2. Situation familiale

Figure II : Situation familiale



La majorité des femmes de plus de 40 ans sont donc mariées ou vivent en concubinage. Par ailleurs, 4 femmes sont célibataires.

Nos 87 questionnaires nous permettent d'approfondir la situation familiale de ces femmes, puisque 12.64 % d'entre elles avancent la notion de famille recomposée, et 17.24 % d'union tardive.

4.1.3. Raisons et motivations de ces grossesses tardives

Les questionnaires permettent de mettre en exergue certains phénomènes à l'origine de ces grossesses tardives.

Pour 27 femmes ayant répondu à notre enquête, cette grossesse est la conséquence d'une volonté profonde d'attente du moment idéal. Par ailleurs, 22 femmes avancent un parcours d'infécondité ou de fausses couches à répétition. Pour 30 d'entre elles ; il s'agit d'une raison familiale (familles recomposées, unions tardives,..), et pour 5 d'un choix dépendant de leur carrière professionnelle.

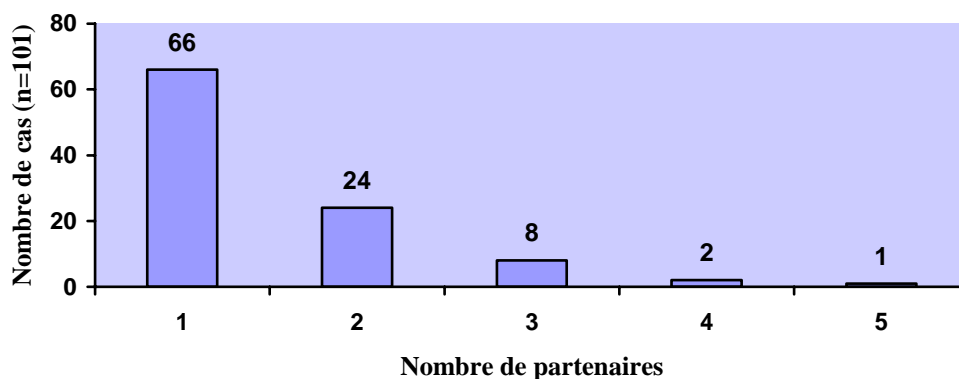
4.1.4. Changement de partenaire

Dans notre population, 90 femmes sont multigestes, 11 sont primigestes, et 21 sont nullipares. Trente-trois femmes ont changé au moins une fois de partenaire entre deux grossesses, soit 36,66%.

Parmi elles, 19 ont notamment changé avant le début de la grossesse étudiée, c'est-à-dire celle de 2004, soit 21.11%.

Nombre de partenaires

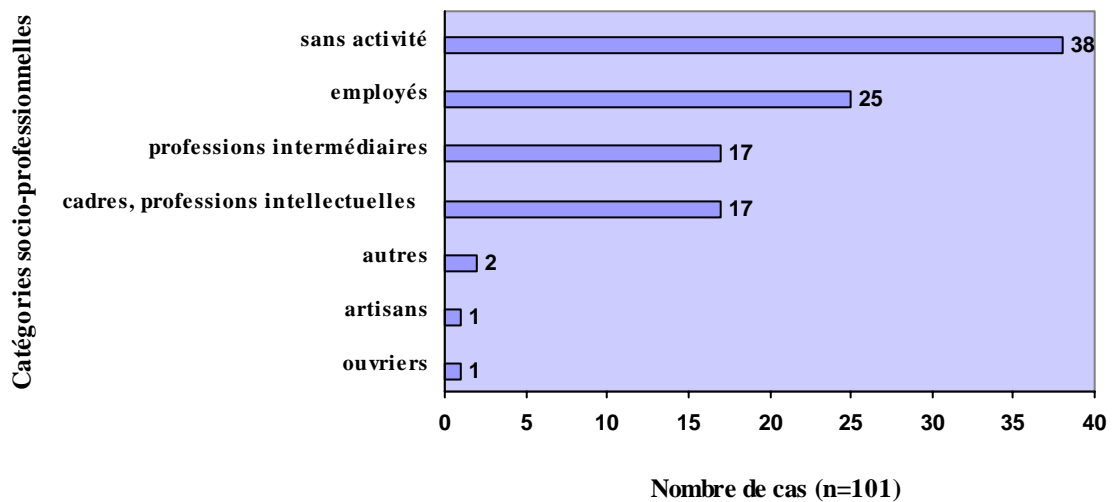
Figure III : Nombre total de partenaires



Dans notre série, 35 femmes ont eu des grossesses avec des partenaires différents.

4.1.5. Milieu social et niveau d'étude

Figure IV : Catégories socio-professionnelles



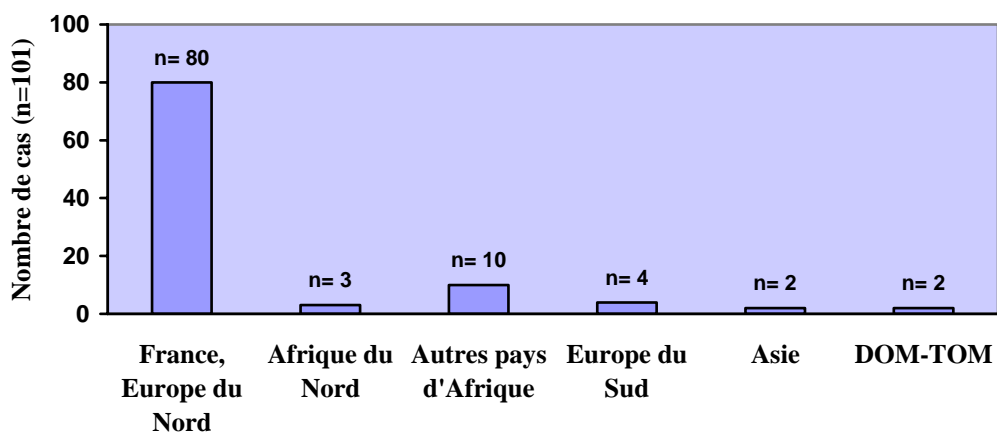
Au moment de la constitution du dossier 38 femmes de notre étude étaient sans emploi.

La catégorie sociale la plus représentée, dans la population du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, est celle des employés, puis viennent celles des professions intermédiaires et intellectuelles supérieures, lesquelles sont équivalentes en nombre de cas.

1% de notre population est ouvrière.

4.1.6. Origine géographique

Figure V : Origine géographique



La majorité de la population étudiée est originaire d'Europe du Nord.

Trois femmes dans cette population sont originaires d'Afrique du Nord, et dix d'autres pays d'Afrique.

4.1.7. Tabagisme

4.1.7.1 Avant la grossesse

Dans notre population, 84 femmes étaient non tabagiques avant cette grossesse, contre 17 tabagiques, et 13 d'entre elles fumaient plus de dix cigarettes par jour, dont 6 plus de vingt.

4.1.7.2. Pendant la grossesse

Quatre femmes sont parvenues à arrêter totalement leur consommation de tabac.

Treize ont poursuivi leur tabagisme : 7 fumaient alors plus de dix cigarettes par jour, dont 2 plus de vingt.

4.1.8. Poids

Le poids moyen des femmes de notre étude avant la grossesse est de $62,6 \text{ Kg} \pm 14,2$. La valeur médiane est de 59 Kg, sachant que les valeurs minimale et maximale sont respectivement de 41 et 114 Kg.

Le calcul de l'indice de masse corporelle de chaque patiente nous révèle que 18 d'entre elles présentent un excès de poids, et que 14 présentent une obésité avant même de débiter leur grossesse. Parmi ces 14 femmes obèses, 1 seule femme est nullipare et 7 sont des multipares ayant plus de trois enfants.

4.2. Antécédents

4.2.1. Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées

Les femmes de 40 ans présentent dans 55,4 % des cas un antécédent médical.

Aucune femme de notre échantillon ne souffre de diabète. On retrouve par ailleurs, 8 cas de pathologies hypertensives, 8 cas de pathologies thromboemboliques, 6 cas d'insuffisances veineuses majeures, 4 cas d'hépatites B anciennes ou chroniques, ainsi que 2 cas de tuberculoses ganglionnaires.

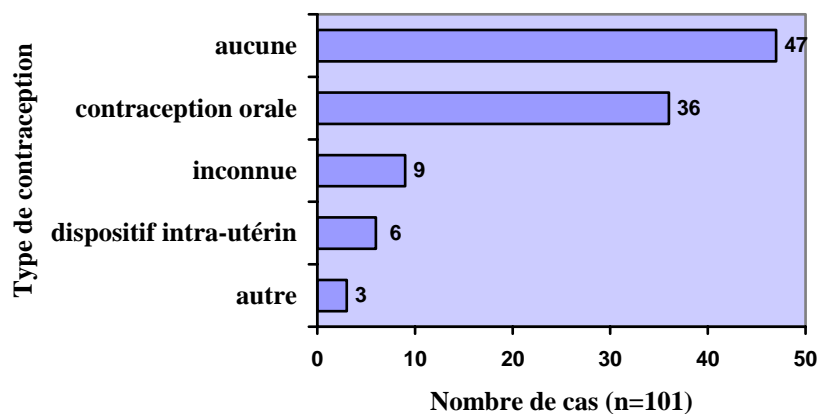
De plus, 5 cas de dysthyroïdies sont présents dans notre série, ainsi que 6 cas de pathologies mammaires (adénofibrome, nodule). L'une des femmes ayant répondu à notre questionnaire, nous dit avoir déclaré un cancer du sein 6 mois après la naissance, et être toujours en arrêt maladie.

Enfin, on ne retrouve pas de différence significative entre la parité et l'existence de pathologie médicale, puisque les femmes ayant une pathologie ont en moyenne une parité égale à 2, et les femmes non atteintes : une parité égale à 1.62.

4.2.2. Antécédents gynécologiques

4.2.2.1. Contraception antérieure

Figure VI : Type de contraception antérieure à la grossesse



Notons que 36 patientes de notre population ont une contraception oestroprogestative, ou progestative, et que 47 patientes déclarent ne pas utiliser de technique contraceptive.

4.2.2.2. Traitement de l'infécondité

Nous retrouvons dans notre série, six cas de patientes ayant eu une grossesse grâce à un traitement d'assistance médicale à la procréation (AMP). Pour quatre d'entre elles, une fécondation in vitro (FIV) a permis la grossesse, et pour les deux autres patientes, il s'agit d'une insémination artificielle avec sperme du conjoint.

Cinq autres femmes de notre série ont débuté spontanément une grossesse, après un long parcours d'assistance médicale à la procréation infructueux.

4.2.2.3. Pathologies gynécologiques

Dans cette étude, 32 femmes présentent un antécédent gynécologique notable, dont 11 un antécédent de pathologie tubaire.

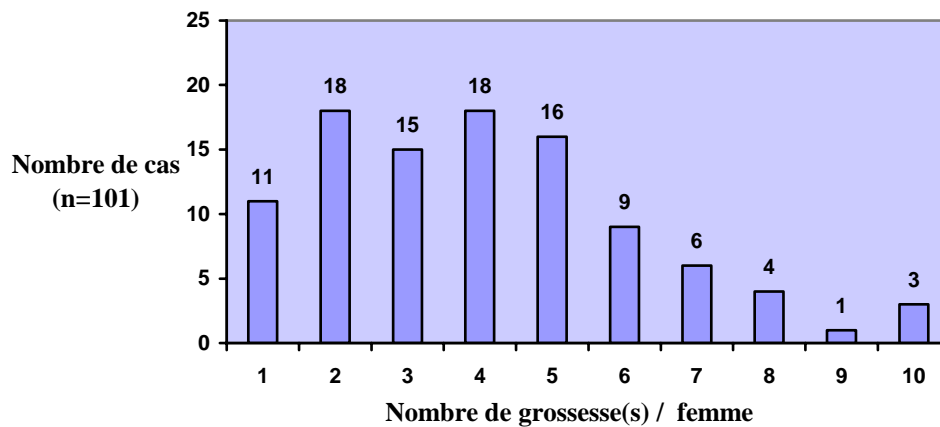
En ce qui concerne les fibromes, on relève 9 cas. Par ailleurs, deux patientes souffraient d'un prolapsus antérieur à la grossesse.

Enfin, on retrouve un antécédent de cancer de l’ovaire, ainsi que deux antécédents de CIN III conisés, et un cas de CIN III conisé après la naissance.

4.2.3. Antécédents obstétricaux

4.2.3.1. Gestité

Figure VII : Gestité des femmes de la série

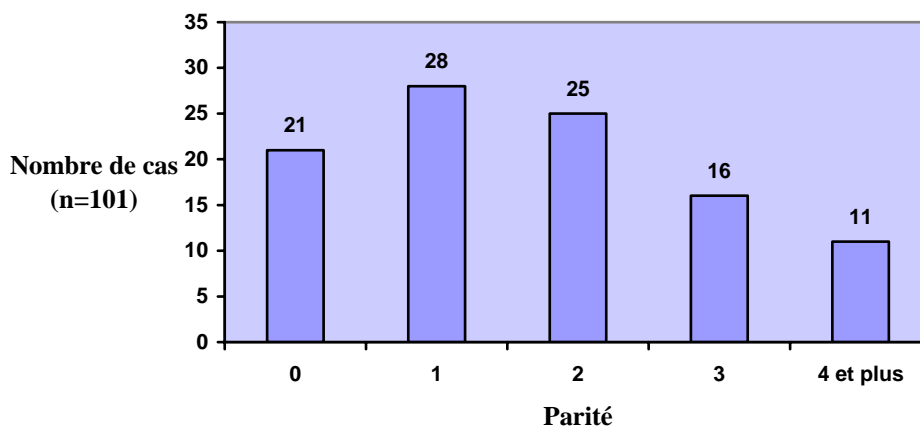


La moyenne dans notre population est de 4.06 ± 2.21 grossesses par femme.

Il s’agit d’une première grossesse pour 11 femmes.

4.2.3.2. Parité

Figure VIII : Parité des femmes de la série



Dans cette série, au début de la grossesse 2004 étudiée, la moyenne est de 1.83 ± 1.64 enfants par femme.

20.79 % des femmes de plus de 40 ans sont alors nullipares, IC 95% [12.9-28.7].

4.2.3.3. Délais

- **Délai entre la grossesse étudiée (2004) et la précédente : « délai entre les grossesses »**

La moyenne du délai entre ces deux dates est de 5.14 ans, avec une valeur minimale de 1 an et une valeur maximale de 20 ans.

La médiane est de 3 ans.

- **Délai entre l'accouchement étudié (2004) et l'accouchement précédent : « délai entre les accouchements »**

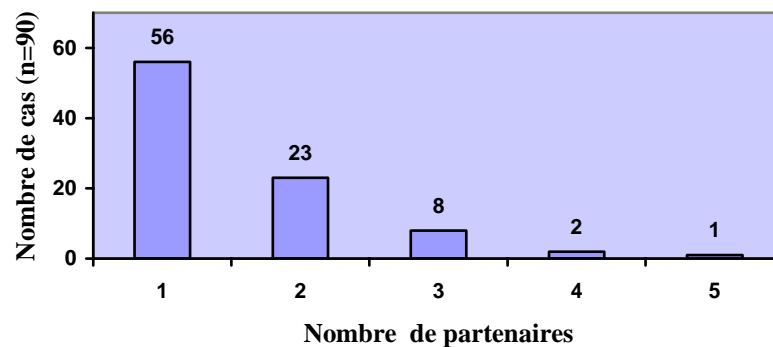
La moyenne est alors de 6.65 ans, avec une valeur minimale de 1 an et une valeur maximale de 20 ans.

La médiane est de 5 ans.

4.2.3.5. Partenaires

- **Nombre de partenaires**

Figure IX : Nombre total de partenaires par femme multigeste de 40 ans ou plus



Dans cette étude, 62.2% des femmes multigestes de plus de 40 ans ont eu leurs grossesses avec le même partenaire (n=56).

Le nombre moyen de partenaires, dans ce groupe, est de 1.54 ± 0.84 par femme.

- **Lien entre le changement de conjoint et le nombre d'enfants**

Les femmes ayant 1 ou 2 partenaires (n=90) ont en moyenne 2.15 ± 1.65 enfants.

Les femmes ayant plus de 2 partenaires (n=11) ont en moyenne 1.54 ± 1.03 enfants.

La différence entre ces deux groupes n'est pas significative.

▪ **Lien entre le changement de conjoint et le délai entre les grossesses**

Pour les femmes ayant conservé le même partenaire : le délai moyen entre les deux dernières grossesses était de 4.24 ans.

Pour celles ayant changé de conjoint : il était de 8.47 ans ($p < 0,001$).

De même quand le délai est < 10 ans, on retrouve 13.5% de changement de partenaires
Quand le délai est > 10 ans, le taux de changement de partenaires est de 56.3% ($p < 0,001$).

4.2.3.6. Fausses - couches

Dans notre étude, 51 femmes ont au moins un antécédent de fausse-couche. 33 d'entre elles ont eu une unique fausse-couche, 1 femme déclare avoir eu 8 fausses-couches. La moyenne du nombre de fausses-couches dans notre population est de 0.81.

4.2.3.7. Interruptions volontaires de grossesses (IVG)

Les femmes de notre série qui déclarent ne jamais avoir subi d'IVG sont au nombre de 80.

Les autres femmes de notre étude ont eu entre 1 et 3 IVG.

4.2.3.8. Grossesses extra-utérines

Neuf femmes de notre étude ont eu une grossesse extra-utérine au cours leur vie génitale.

4.2.3.9. Antécédents obstétricaux

Dans cette population, on peut noter l'existence de 4 patientes ayant un antécédent d'hypertension gravidique, de 2 patientes ayant un antécédent de toxémie gravidique, associé à un cas d'hématome rétro-placentaire pour l'une, et à un cas de HELLP syndrome pour l'autre.

Par ailleurs 4 patientes présentent un antécédent de menace d'accouchement prématuré. Enfin, 21 d'entre elles ont un utérus cicatriciel, et 5 un antécédent d'hémorragie de la délivrance.

4.3. Le déroulement de la grossesse

4.3.1. Désir de grossesse

D'après les dossiers obstétricaux, 9 des 101 grossesses n'étaient pas désirées, soit 8,91%.

D'ailleurs, sept d'entre elles n'ont pas été médicalement suivies avant 19 SA.

Les questionnaires envoyés aux patientes ne révèlent que 4,59 % de grossesses non désirées.

4.3.2. Nombre d'embryons

La majorité des grossesses de notre population concernent des singletons. En effet, seules 3 grossesses sur 101 se révèlent être des grossesses gémellaires, dont 2 spontanées.

4.3.3. Le diagnostic anténatal

- Double test

39 doubles tests ont été effectués sur 94, soit 41,5% de ces grossesses, IC 95% [31.5-51.4].

A l'issue de ce test, le risque moyen était de 1/529. La médiane était de 1/313, avec un risque maximum de 1/10.

Dans notre série, 17 patientes présentaient un risque > 1/250. Parmi celles-ci, 12 ont réalisé une amniocentèse ; l'une d'elles a révélé un caryotype anormal : (46, XY, 4p-).

Trois patientes présentaient un taux d'HCG > 2.5 MOM, dont deux : un taux d'HCG > 3 MOM. L'une d'elles a développé une toxémie gravidique (HCG=3.49).

- Amniocentèse

Au total, 66 femmes ont eu une amniocentèse, 4 caryotypes anormaux ont ainsi été mis en évidence : 2 cas de trisomie 18 ayant conduit à une interruption médicale de grossesse, 1 cas : (46, XY, 4p-), 1 cas : (46, XYY).

4.3.4. Complications maternelles

4.3.4.1. Les syndromes vasculo-rénaux

Nous retrouvons 18 cas de patientes présentant une complication hypertensive (17.82%), dont 7 une hypertension gravidique seule, et 11 une toxémie gravidique, IC 95% [10.3-25.2].

Quatre femmes ont par la suite développé une complication : 3 de type HELLP syndrome, et 1 une crise d'éclampsie. Notons par ailleurs, qu'aucune femme de notre étude n'a présenté d'hématome rétro-placentaire.

- Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et l'âge des femmes

La différence entre les moyennes d'âges des femmes présentant un syndrome vasculo-rénal et celles qui en sont indemnes n'est pas significative (41.42 ans pour les femmes hypertendues, 41.25 ans pour les autres).

- **Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et la parité des femmes**

Les femmes ayant une pathologie hypertensive pendant leur grossesse ont en moyenne 3,07 enfants \pm 1,86, alors que celles qui n'en sont pas atteintes ont en moyenne 1,89 \pm 1,48 enfants (p= 0.026).

Par ailleurs, 19.04% des nullipares de plus de 40 ans souffrent d'un désordre hypertensif (n=4/21), versus 17.5% des multipares de plus de 40 ans (n=14/80), (p=N.S.).

- **Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et la gestité des femmes**

La gestité moyenne des femmes de notre étude, ayant un syndrome vasculo-rénal est de 5.93.

Celle des femmes ne présentant pas une telle pathologie est de 4.17, (p=N.S.).

- **Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et le changement de partenaire**

Les patientes multigestes ayant changé de conjoint pour la dernière grossesse présentent 5.30% de pathologies vasculo-rénales, alors que celles n'ayant pas changé de conjoint présentent cette pathologie dans 18.30 % des cas (p=N.S.).

- **Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et le nombre de partenaires**

Tableau I : Influence du nombre de partenaires des femmes multigestes sur les pathologies vasculo-rénales

	Nombre total de partenaires		p
	1 partenaire (n=66)	>1 partenaire (n=35)	
Pathologies vasculo-rénales	15.15%	11.42%	N.S.

- **Lien entre les syndromes vasculo-rénaux et le délai entre les grossesses, ou les accouchements.**

Tableau II : Influence du délai entre les grossesses des femmes multigestes sur les pathologies vasculo-rénales

	Délai entre les grossesses		p
	< 10 ans (n=74)	≥ 10 ans (n=16)	
Pathologies vasculo-rénales	14.9 %	18.8 %	N.S.

La médiane du délai entre les accouchements des 14 patientes multigestes présentant un syndrome vasculo-rénal est de 4 ans, alors que celle des 75 patientes non pathologiques est de 5 ans (N.S.).

A l'inverse la moyenne du délai entre les accouchements des patientes présentant un syndrome vasculo-rénal est de 7 ans \pm 5.65 ans, alors que celle des patientes non pathologiques est de 6.5 ans \pm 4.76 ans (N.S.).

Par régression logistique, nous obtenons un OR= 1.02 par année d'intervalle entre les grossesses (N.S.), sur une population hétérogène, puisque les moyennes des OR par tranches de 5 ans, sont de : 1.33 de 1 à 5 ans, 0.6 de 5 à 10 ans, et 1.10 au-delà de 10 ans.

4.3.4.2. Le diabète

Pour 25 patientes, aucun dépistage du diabète n'a été réalisé.

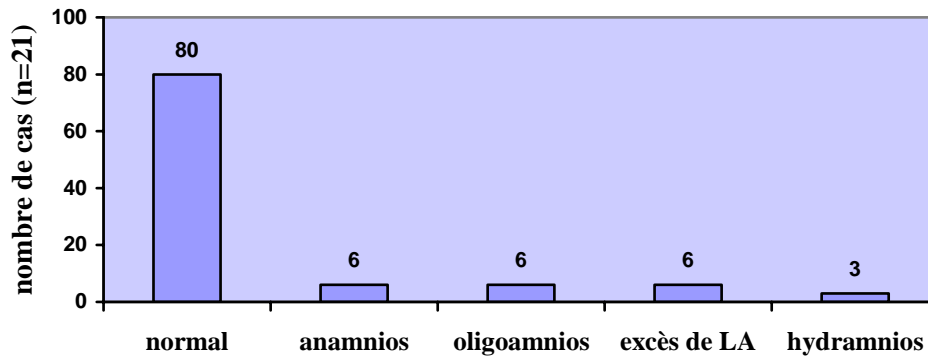
Parmi les femmes dépistées, 18 présentaient un diabète gestationnel soit 24 % des patientes, et 4 une intolérance aux hydrates de carbone soit 5,33%. Au total, 22 patientes ont une intolérance aux hydrates de carbone ou plus, IC 95% [19.0-39.6]. Le diabète concerne alors 14,3% des nullipares et 18.7% des multipares.

Cette insulino-résistance a été traitée par régime pour 13 des patientes, et par insulinothérapie pour 6 patientes.

4.3.5. Complications ovulaires

4.3.5.1. Les anomalies de quantité de liquide amniotique

Figure X : Quantité de liquide amniotique



Nous retenons donc 21 dossiers présentant une anomalie de la quantité de liquide amniotique.

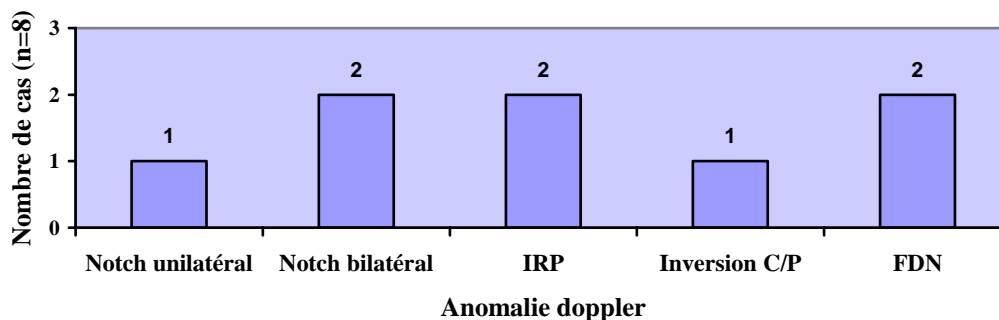
4.3.5.2. Les anomalies placentaires

Dans notre étude nous retrouvons 10 cas d'anomalies placentaires dont les principales sont : 3 placentas bas insérés, 1 placenta accreta, 4 cas de décollement placentaire au 1^{er} trimestre et 1 cas d'hématome au 2^{ème} trimestre.

4.3.5.3. Les anomalies des dopplers fœtaux-placentaires

Dans huit dossiers, nous retrouvons des anomalies des dopplers fœtaux.

Figure XI : Anomalies des dopplers foetaux



4.3.5.4. Métrorragies

Douze patientes ont consulté pour des métrorragies au cours de leur grossesse, principalement au 1^{er} trimestre (60%). Les étiologies étaient 4 décollements placentaires, 1 placenta accreta, 2 ectropions, 1 col cerclé, 3 hématomes, et 1 début de travail.

4.3.6. Complications fœtales

4.3.6.1. Anomalies chromosomiques

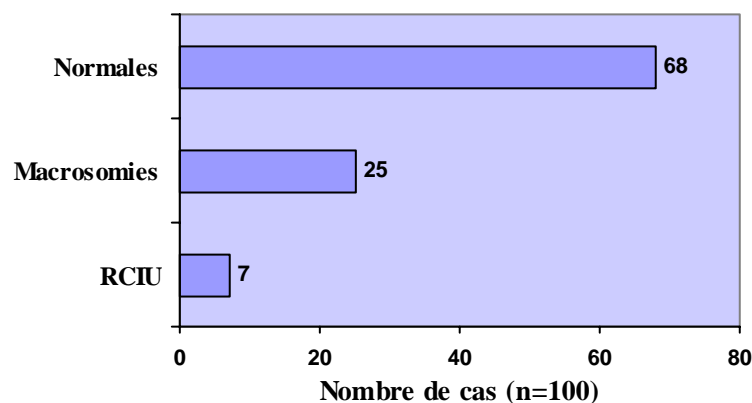
Dans notre étude, 66 femmes ont eu une amniocentèse.

Parmi celles-ci, 4 ont révélé un caryotype anormal. Dans 2 cas, il s'agissait d'une trisomie 18, dans 1 cas il s'agissait d'un caryotype (46, XY, 4p-), et dans 1 dernier cas il s'agissait d'un caryotype : (47, XYY).

Une des patientes, n'ayant pas souhaité réaliser d'amniocentèse, a donné naissance à un enfant atteint de trisomie 21 (le double test avait été refusé par la patiente, la clarté nucale était normale, mais une pyélectasie du rein droit avait été visualisée en anténatal).

4.3.6.2. Anomalies des biométries fœtales

Figure XII : Biométries fœtales



4.3.6.3. Anomalies morphologiques

Deux fœtus présentaient à l'échographie du 1^{er} trimestre une clarté nucale épaissie, c'est-à-dire supérieure à 3mm ; leur caryotype était normal.

Concernant les autres anomalies morphologiques suspectées échographiquement, elles étaient au nombre de dix : 2 pyélectasies, 2 trisomies 18, 1 hernie diaphragmatique, 1 fente labiale, 1 anasarque, 2 cardiopathies et 1 épaissement du septum inter-ventriculaire.

4.3.6.4. La menace d'accouchement prématuré

Dix patientes ont souffert d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), soit un taux de 10,3% de MAP, dont le terme moyen est de 30SA ± 4SA+2j, sachant que le terme minimum est de 23SA +5j et le maximum de 36SA +5j.

Trois femmes ont été hospitalisées pour ce motif.

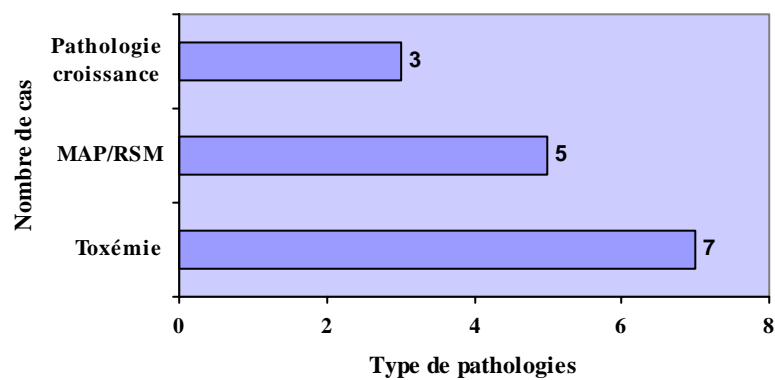
4.3.6.5. Corticothérapie

Dix patientes ont reçu au moins une dose de corticoïdes durant leur grossesse, dont 3 pour menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée de la poche des eaux, 1 pour hernie diaphragmatique, 5 pour sauvetage maternel, et 1 pour arrêt de la croissance fœtale, avant l'extraction.

4.3.7. Hospitalisation

Les hospitalisations ont concerné 21 femmes dans notre série. Les motifs sont multiples.

Figure XIII : Principales pathologies nécessitant une hospitalisation



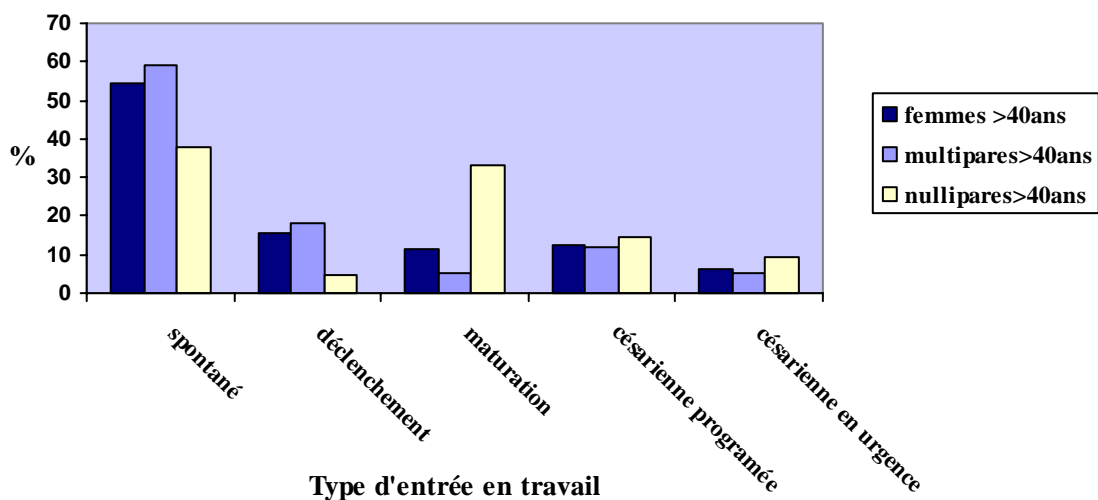
Le terme moyen d'hospitalisation est de 27.93 ± 7.33 SA.

4.4. Le déroulement de l'accouchement

4.4.1. Le travail

4.4.1.1. Le mode d'entrée en travail

Figure XIV : Mode d'entrée en travail



Notons que 4 grossesses de notre étude, que nous avons ici exclues, se sont soldées par une interruption médicale de grossesse.

Les femmes de 40 ans ou plus de notre étude sont entrées en travail spontanément dans 54.6% des cas. Dans 18.6% des cas, elles ont été césarisées dès le début du travail (césarienne programmée ou en urgence), les nullipares ayant eu davantage de césarienne en urgence (9.5%) que les multipares (5.3%), ($p=N.S.$). Dans 15.5% des cas, la mise en travail de ces femmes a été artificiellement déclenchée (majoritairement des multipares).

33.3% des nullipares de plus de 40 ans ont eu une maturation cervicale, versus 5.3% des multipares ($p<0.001$).

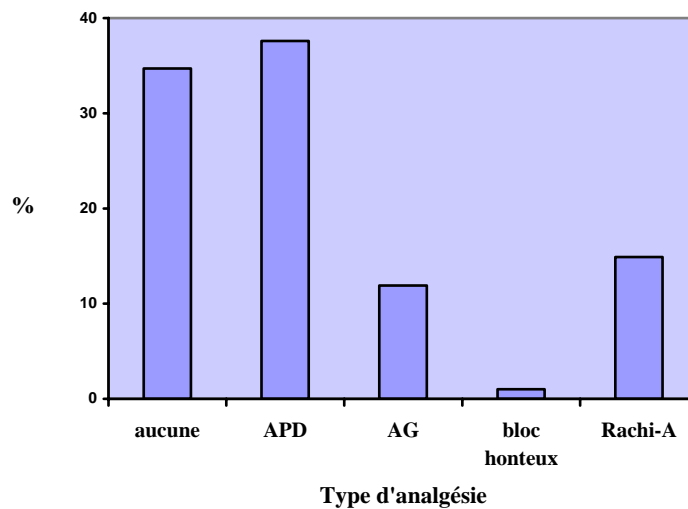
4.4.1.2. La présentation

Les fœtus se présentant par le sommet étaient 88, par le bregma : 2, en siège : 8.

Les trois grossesses gémellaires se caractérisaient par un premier fœtus en position céphalique et le deuxième en siège.

4.4.1.3. L'analgésie

Figure XV : Type d'analgésie pendant le travail



34.7% des femmes de plus de 40 ans n'ont eu aucune analgésie à aucun moment de la naissance ; 11.9% ont eu une anesthésie générale, pour une délivrance artificielle dans 18 % des cas ou pour une césarienne dans 82 % des cas.

37.6% des femmes ont eu une analgésie péridurale, dont 18.75% à une dilatation inférieure à 3cm ($n=6$).

Notons que la parité n'a pas influencé significativement le type d'analgésie.

Tableau III : Pose d'analgésie péridurale en fonction de la parité

		Parité	
		Nullipare	Multipare
APD	Oui (n=38)	8	30
	Non (n=35)	5	30

On peut donc noter que 50% des multipares de plus de 40 ans de notre population ont bénéficié d'une analgésie péridurale, versus 61,53 % des nullipares (p=N.S.).

4.4.1.4. Les gestes invasifs

Tableau IV : Gestes invasifs réalisés pendant le travail

Gestes invasifs	Nombre de cas (n=85)	%
pH au scalp	3	3,5
oxymétrie	1	1,2
Tocographie interne	4	4,7
Electrode de scalp	1	1,2
Aucun geste	76	89,4

4.4.1.5. La durée d'ouverture de l'œuf, du travail, et des efforts expulsifs

- Le nombre de patientes ayant eu une durée d'ouverture de l'œuf supérieure à 12 heures était de 13, soit 18.8%.
- La durée moyenne du travail était de 5 heures et 27 minutes \pm 2 heures et 49 minutes. Le nombre de patientes ayant eu une durée de travail \leq à 5h est de 40, soit 58 %. La

durée moyenne du travail de ces femmes était alors de 3.20 heures \pm 1.03. Pour les nullipares, la durée moyenne du travail était de 6.37 heures \pm 4.2, alors que pour les nullipares âgées, elle était de 5 heures \pm 2.63 (p =N.S.).

- La durée moyenne des efforts expulsifs présentait une médiane à 8.5 minutes, avec un maximum à 48 minutes et un minimum à 1 minutes. 44 avaient réalisé des efforts expulsifs pendant moins de 10 minutes, soit 63.7%.

4.4.1.6. Les interruptions médicales de grossesses (IMG)

Quatre interruptions médicales de grossesses ont été réalisées dans notre série : 1 pour séroconversion Parvovirus B19, associé à un HELLP Syndrome chez la mère, 2 pour trisomie 18, et 1 pour cardiopathie sévère.

4.4.2. L'accouchement

4.4.2.1. Le mode d'accouchement

Tableau V : Mode d'accouchement

	Femmes > 40 ans (n=97)	Multipares > 40 ans (n=76)	Nullipares > 40 ans (n=21)	Multipares versus nullipares (p)
AVB normal	56.7% (n=55)	65.8% (n=50)	23.8% (n=5)	0.0006
Césarienne programmée	12.4% (n=12)	11.8 % (n=9)	14.3% (n=3)	N.S.
Césarienne en cours de travail	20.6% (n=20)	17.1% (n=13)	33.4% (n=7)	N.S
Extraction instrumentale	10.3% (n=10)	5.2% (n=4)	28.5% (n=6)	0.0018

Dans le tableau suivant, les indications de césarienne peuvent être multiples pour une même patiente.

Tableau VI : Principales indications de césarienne

	Nombre de cas
Utérus cicatriciel	13
Pathologies maternelles	17
Pathologies foetales	13

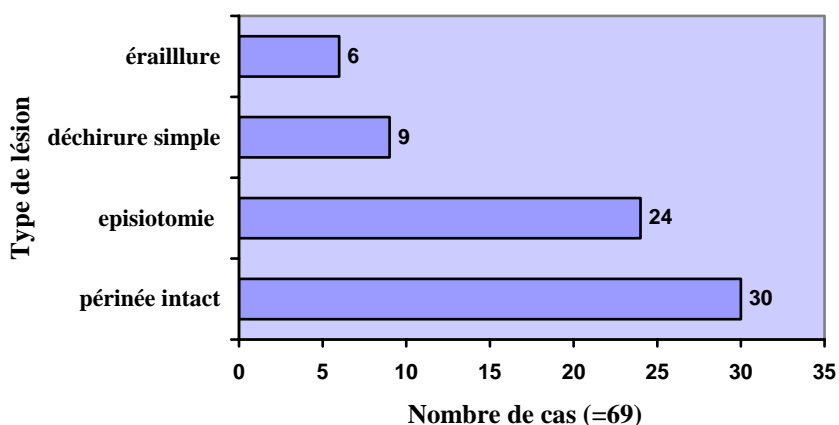
Parmi les 13 patientes ayant eu une césarienne notamment pour utérus cicatriciel, quatre avaient un utérus bi ou tricatriciel. Dans trois dossiers, on peut relever que l'âge ou un lourd passé d'infertilité est venu appuyer la décision de césarienne, de manière explicite.

4.4.2.2. Les extractions instrumentales

Les indications d'extraction instrumentale étaient foetales dans 70% des cas, et materno-foetales dans 30% des cas.

4.4.2.3. Lésions périnéales

Figure XVI : Types de lésions périnéales



4.4.3. La délivrance

Une hémorragie de la délivrance a été diagnostiquée chez 12 des 101 patientes, lors de l'accouchement.

Dix cas d'absence de décollement placentaire ont été relevés, de même que 4 insertions marginales du cordon, et 1 cotylédon manquant.

Les patientes peuvent avoir reçu plusieurs traitements successifs. Les traitements de ces anomalies sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau VII : Traitements des anomalies de la délivrance

Traitements	Nombre de cas
RU / DA-RU	13
DA-RU + Nalador®	3
Embolisation	1
Hystérectomie	1
Aspiration endo-utérine à J7	1

4.5. Le nouveau-né

4.5.1. Terme de naissance

Le terme moyen des grossesses est de 38 SA+5j \pm 3j

La médiane est de 39 SA +4 j, sachant que le terme minimum est de 26SA +2 j, et le maximum de 41 SA + 6 j.

9% des enfants nés vivants sont nés avant 35 SA, et 14% avant 37 SA.

4.5.2. Poids de naissance

Le poids moyen des enfants nés vivants de ces mères de plus de 40 ans est de 3121.5 \pm 764.2g, sachant que le poids minimum est de 825g et le maximum de 4340g. Il y a 2 macrosomes et 2 hypotrophes.

Treize nouveau-nés vivants pesaient moins de 2500g à la naissance.

4.5.3. Le score d'APGAR

L' APGAR moyen à 1minute de vie est de 9.47 \pm 1.53, avec un minimum à 2. Le nombre de nouveau-nés vivants ayant alors un APGAR<7 est de 8 sur 97, soit 8.24%.

L' APGAR moyen à 5minute de vie est de 9.87 \pm 0.67 ; la médiane étant à 10 avec un minimum à 4. Le nombre de nouveau-nés vivants ayant un APGAR<7 est alors de 1, soit environ 1%

4.5.4. Morbidité

4.5.3.1. Les malformations congénitales

Parmi tous les enfants de cette étude 18 présentaient une malformation soit 18.6% des enfants nés vivants IC 95% [10.8-26.3] : 4 pathologies cardiaques, 2 trisomies 18, 1 trisomie 21, 5 malformations mineures des organes génito-externes, 1 hernie diaphragmatique, 3 malformations des voies urinaires, 1 fente labio-palatine.

4.5.3.2. Autres complications néonatales

- 18 enfants ont souffert de détresse respiratoire.

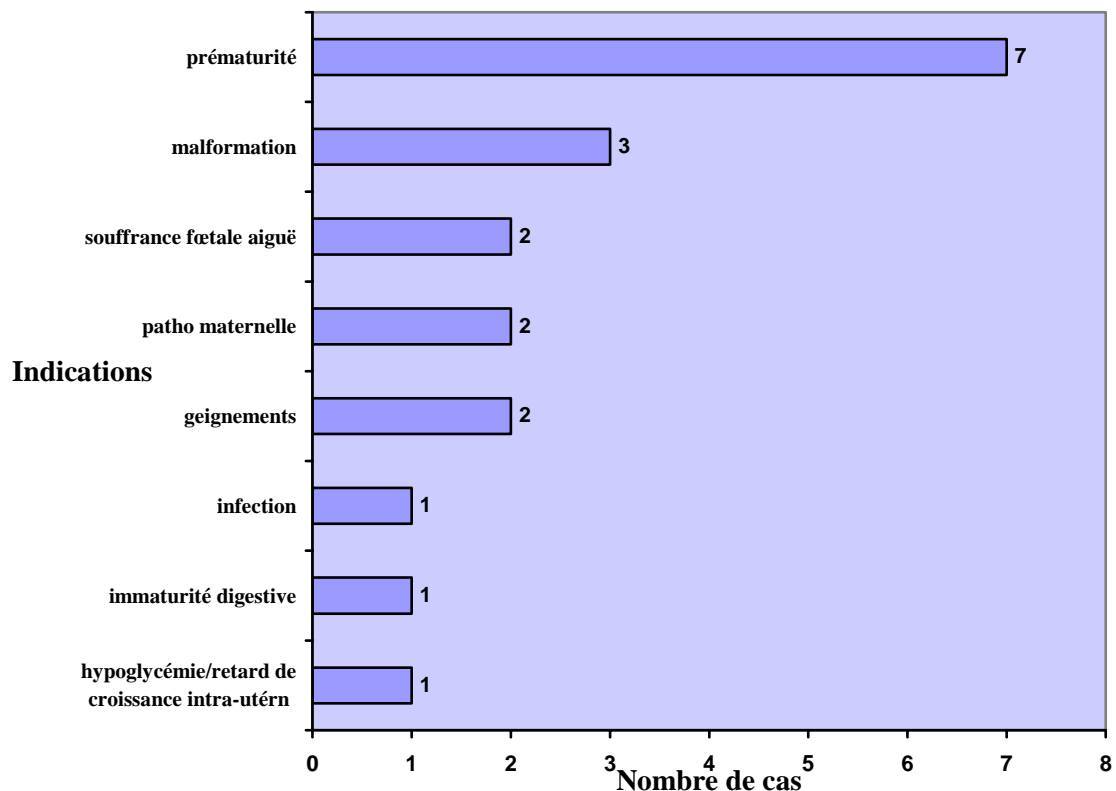
Au total, 21 enfants ont eu des gestes invasifs à la naissance allant de la désobstruction simple à l'intubation, soit 21.6 % des enfants nés vivants, IC 95% [13.4-29.8].

- Les bilans gazeux

Le pH moyen veineux ombilical est de 7.29 ± 0.07 , avec des valeurs minimale de 7.06 et maximale de 7.43, et le pH artériel ombilical moyen est de 7.22 ± 0.09 , avec des valeurs minimale de 6.97 et maximale de 7.39.

4.5.3.3. Transferts

Figure XVII : Indication du transfert



Dix-neuf enfants ont été transférés, soit 19.6% des enfants nés vivants, IC95% [11.6-27.4].

Dix sept concernaient des grossesses monozygotes.

Le principal diagnostic ayant justifié un transfert dans un service néonatalogie, de soins intensifs, ou de réanimation était la prématurité.

4.6. Le post-partum

4.6.1. Les pathologies du post-partum

22 patientes ont présenté une pathologie durant la période post-natale, dont principalement 1 cas de thrombopénie, 1 cas d'endométrie, 1 cas de galactophorite, 1 cas de phlébite.

8 patientes ont déclaré des troubles psychologiques de type baby blues principalement.

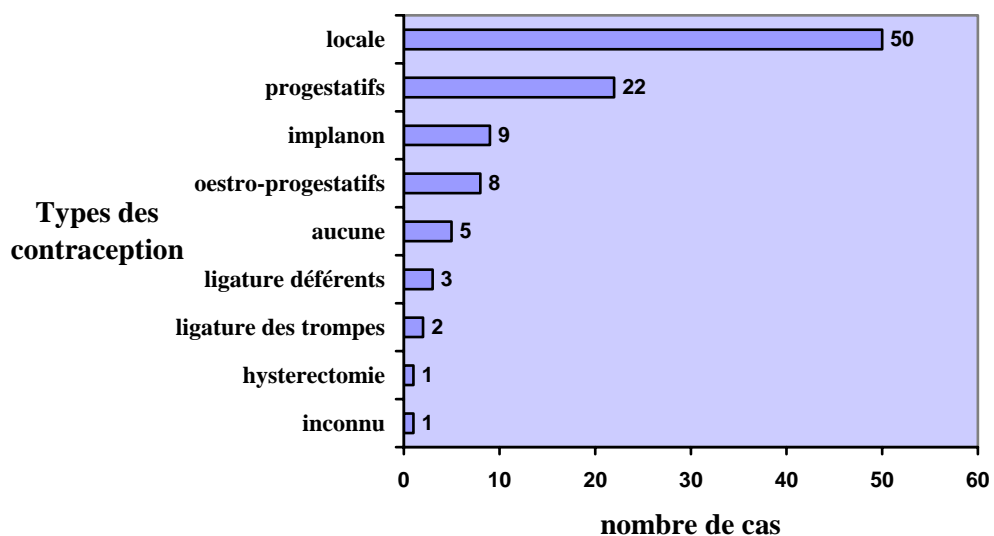
4.6.2. L'alimentation du nouveau-né

Dans notre étude, 61.9 % des femmes de plus de 40 ans ayant accouché d'un enfant vivant, allaitaient à la sortie de la maternité, IC 95% [52.1-71.5], notamment 81% des nullipares , IC 95% [73.7-89.1], et 56.6% des multipares. La différence selon la parité est significative (O.R.=3.44 [0.98-15.20], p=0.032).

4.6.3. La contraception

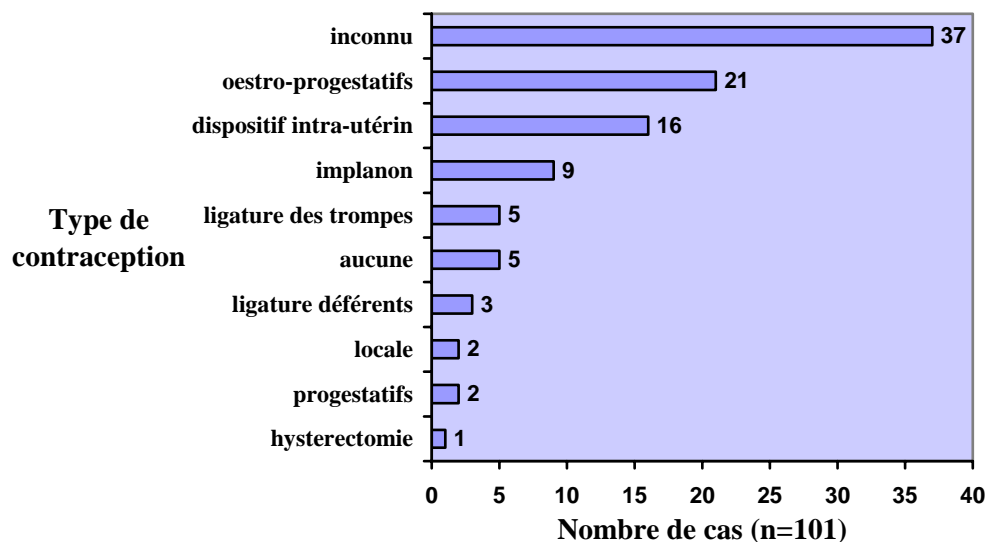
4.6.3.1. A la sortie de la maternité

Figure XVIII : Contraception à la sortie de la maternité



4.6.3.2. A la visite post-natale

Figure XIX: Types de contraception à la visite post-natale



Quatre femmes ont eu une nouvelle grossesse depuis la fin de notre étude. Une de ces grossesses a mené à une IMG, en raison d'une trisomie 21.

Notons que la stérilisation masculine comme féminine représente la contraception de 7.92 % (n=8) des couples.

4.7. Versant psychologique

4.7.1. Le ressenti des femmes vis-à-vis de cette grossesse

Parmi les 56 réponses obtenues, 29 femmes ont qualifié leur grossesse d'épanouissante, et 26 l'ont ressentie comme un accomplissement. 21 ont souligné la fatigue qui l'avait accompagnée, et 15 l'ont qualifiée d'angoissante.

Pour les multipares, nous avons cherché à savoir si cette grossesse avait été vécue différemment des précédentes : 8 d'entre elles l'ont trouvée plus difficile psychologiquement, alors que 27 n'ont pas remarqué de différence. Physiquement, la différence par rapport à la grossesse précédente est plus marquée puisque 16 l'ont trouvée plus difficile, et 19 n'ont pas souligné de différence.

Par ailleurs, 45 des femmes de notre enquête se sont dit rassurées par le suivi médical mais 4 femmes se sont senties culpabilisées du fait de leur âge. La majorité des patientes n'a pas perçu de différence dans le suivi, due à leur âge.

4.7.2. Le comportement de l'entourage

9 des 56 femmes affirment avoir été confrontées à des comportements désagréables de la part de l'entourage, que ce soit vis-à-vis de leur âge ou de leur parité.

4.7.3. Les connaissances des femmes

2 femmes sur les 56 ayant répondu, n'avaient pas la notion d'une diminution de la fertilité avec l'âge.

4.7.4. L'amniocentèse

50 femmes de l'enquête ont réalisé une amniocentèse : 21 ont vécu l'attente des résultats dans l'angoisse, et 16 plutôt sereinement.

30 de ces femmes avaient décidé d'interrompre la grossesse en cas de trisomie 21 ; 9 avaient décidé de la poursuivre, et 11 n'avaient pas pris de décision lors de l'acte lui-même.

40 disent avoir eu peur pour leur enfant, et 10 déclarent ne pas avoir eu d'angoisse.

4.7.5. Le ressenti des femmes vis-à-vis de l'accouchement

En dépit des complications obstétricales, 39 des 56 femmes ayant répondu, considèrent que leur accouchement s'est bien passé, 4 se plaignent d'un accouchement trop médicalisé, et 4 d'un accouchement trop rapide.

10 considèrent qu'elles auraient eu moins de craintes avant 40 ans, alors que 43 pensent que l'âge n'a pas eu d'impact sur leurs angoisses.

17 considèrent que l'âge peut influencer le déroulement de l'accouchement, contre 36. Elles mettent ainsi, en avant, l'âge comme source d'expérience, d'assurance, de sérénité. L'âge leur permet alors d'être davantage actrice de leur accouchement, grâce à l'information acquise ; mais elles évoquent également une augmentation de la fatigue, des difficultés et des risques obstétricaux.

4.7.6. Après la naissance

Sur les 56 réponses obtenues, 42 femmes ont repris leur emploi (75%), dont 22 à temps plein, et 20 à temps partiel, après en moyenne 5 mois.

Parmi les multipares, la moitié considère la reprise plus difficile que les précédentes. Elles ont le sentiment d'être moins impliquées dans leur travail, d'être plus fatigables, mais aussi moins stressées par leur activité professionnelle.

Les suites de la naissance ont été vécues comme difficiles pour 27 des femmes, avançant la fatigue comme argument principal, un problème d'organisation avec les aînés spécifiques aux multipares, et pour les primipares le bouleversement d'un premier enfant après 40 ans.

Les femmes ont mis en moyenne 8 mois pour se remettre physiquement et psychologiquement de cette naissance, ce qui semble aux multipares, plus long que pour les grossesses antérieures. La majorité des réponses soulignent une récupération physique et esthétique plus lente après 40 ans.

4.7.7. L'éducation de leur enfant

39 des femmes interrogées pensent que leur manière d'éduquer leur enfant est différente de celle qu'elles auraient pu avoir auparavant.

La majorité des femmes ayant répondu à notre questionnaire disent avoir davantage de temps, se sentant prête à privilégier leur enfant à leur ambition professionnelle ; elles se trouvent plus organisées, plus disponibles, elles pensent avoir davantage d'expérience, de maturité, et plusieurs d'entre elles disent recevoir l'aide des aînés, parfois beaucoup plus âgés.

Ces mères sont également « plus attentives, plus patientes, plus sereines », et leurs connaissances ainsi que leur expérience pratique leur permettent d'être « moins inquiètes ».

Une minorité de femmes parle d'un excès de fatigue, se sent « moins patiente et parfois dépassée » par le travail et les autres enfants. On peut cependant supposer que ces femmes aient moins répondu à notre questionnaire que les autres, par probable manque de temps, ce qui constituerait un biais dans notre analyse.

4.7.8. L'avenir

Certains couples mettent en avant de futures difficultés financières, puisque leur enfant entamera ses études supérieures, alors qu'ils seront retraités, mais ils disent apprécier chaque instant sans aucun regret. En choisissant de mener cette grossesse tardivement, ces femmes savent que « plus jamais ce grand bonheur ne renaîtra dans leur ventre ». Cette grossesse qui leur demande plus d'énergie qu'à 20 ans, les maintiendra jeunes plus longtemps, affirment-elles.

Ces femmes primipares pensent que leur âge leur permet de mieux apprécier ce bonheur, et qu'« une grossesse aurait auparavant entravé leur liberté ». Elles soulignent néanmoins, qu'un premier enfant à 40 ans les oblige à modifier leurs habitudes.

Les multipares, quant à elles, avancent que la présence d'aînés ayant une différence d'âge notable avec le nouveau-né leur apporte un réel confort, et que cette expérience redonne une certaine « cohésion à la famille, la crise d'adolescence passant mieux ». Enfin, certaines trouvent difficile la gestion simultanée du bébé, de la maison, ainsi que des aînés, et se sentent surmenées.

5. DISCUSSION ET COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

5.1. Biais possibles

Les principaux biais rencontrés dans cette étude sont les suivants :

- Biais de sélection : tout d'abord, on ne tient compte que des grossesses s'étant terminées en salle d'accouchement. Ainsi, les interruptions volontaires de grossesse, les interruptions médicales précoces, les accouchements à domicile, les grossesses extra-utérines, ne sont pas pris en compte. De plus, la population rencontrée dans un CHU diffère sur les plans médicaux et sociaux de la population générale. Enfin, la taille de notre échantillon nous empêche parfois de conclure.
- Biais de mesure : en effet, la notion de changement de partenaires n'est pas clairement demandée dans les dossiers médicaux, d'où une sous-estimation probable.
- Les autres biais seront détaillés au cours de la discussion.

5.2 Données épidémiologiques et démographiques

5.2.1. Fréquence des grossesses tardives

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2003, on observe une augmentation continue de l'âge maternel depuis 1976, dans la population française. L'âge moyen des mères parmi les naissances vivantes est en effet passé de 26.5 ans en 1977 à 29.5 ans en 2002. La proportion de mères de plus de 40 ans a augmenté, passant de 2.3% en 1998 à 2.7% en 2003 [56*].

Au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2004, on dénombrait 103 accouchements de femmes de 40 ans ou plus, soit 3.18% des accouchements, ce qui ne présente pas de supériorité significative par rapport à la proportion nationale.

Malgré l'augmentation actuelle en proportion, le niveau de fertilité masculine comme féminine est très bas, et ce, du fait de la diminution du nombre des familles nombreuses et d'une remise à plus tard de la maternité. Les contraintes biologiques et les normes sociales jouent probablement un rôle dans la stagnation de cet âge avancé des maternités [35*].

5.2.2. Milieu social et niveau d'étude

Dans notre étude, la majorité des femmes se déclarent, pendant la grossesse sans emploi (38 %), ce qui correspond aux données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 (34%). De plus, seulement 1% est ouvrière versus 7.5 % dans l'enquête INSERM 2003. Par ailleurs, nos données ne renseignant pas sur la profession du conjoint, il est donc difficile d'évaluer le niveau social de la femme au simple vue de sa catégorie socio professionnelle propre. Il existe enfin, un biais de confusion, puisque les dossiers obstétricaux ne précisent pas si la question concerne la période antérieure à la grossesse, ou bien celle de la grossesse elle même. Aucune catégorie socioprofessionnelle ne semble caractériser le CHU de Nantes.

Dufour rapporte 62% de haut niveau social chez les primipares âgées pour moins de 18% chez les multipares [15*]. De même, l'Enquête Nationale périnatale nous informe que la proportion de femmes ouvrières a fortement diminuée en France entre 1998 (9.7%) et 2003 (7.5%) [56*]. Les mères de plus de 40 ans sont aussi plus diplômées qu'autrefois, d'une part, parce que les femmes diplômées sont plus nombreuses dans la population générale, et d'autre part, parce qu'elles arrivent plus souvent en couple sans enfant à cet âge.

Enfin, de plus en plus de femmes ont un emploi au moment de la naissance : 58.1% en 1998 versus 61% en 2003, suivant ainsi la même évolution que l'exercice d'une profession pendant la grossesse [56*].

5.2.3. Origine géographique

Au CHU de Nantes, 80% des femmes sont originaires de France ou d'Europe du Nord, 3% d'Afrique du Nord, et 10% d'autres pays de l'Afrique. On remarque donc une proportion importante de femmes venues d'Afrique noire, puisque le taux est très supérieur à la moyenne nationale : 2.5% dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 [56*].

5.3. Les antécédents

5.3.1. Antécédents médicaux : les pathologies chroniques associées

5.3.1.1. Hypertension artérielle et diabète

L'étude de Gilbert est l'une des plus importantes études concernant le sujet. Il s'agit d'une étude de cohorte menée entre 1992 et 1993 ; elle concerne 1 160 000 naissances, dont 24 032 femmes âgées de plus de 40 ans. La population témoin est constituée de femmes de 20-29 ans ayant accouché pendant la même période [22*].

D'après cette étude, un certain nombre de pathologies médicales apparaissent plus élevées dans le groupe des femmes âgées de 40 ans et plus, en particulier le diabète maternel et l'hypertension artérielle (HTA) chronique. Ces pathologies ont bien entendu une incidence sur l'avenir gravidique.

Tableau VIII : Pathologies anténatales d'après Gilbert et al.

	Nullipares (%)			Multipares (%)		
	>=40 ans	20-29 ans	O.R. [(95%CI)]	>=40 ans	20-29ans	O.R. [95%CI]
HTA chronique	1.6	0.3	4.7 [3.7-6.0]	1.8	0.2	8.9 [7.8-10.2]
Diabète maternel	1.4	0.5	3.3 [2.5-4.2]	2.7	0.5	6.4 [5.8-7.1]

Nous ne retrouvons pas dans notre population de tels résultats concernant le diabète, mais la proportion de femmes hypertendues avant la grossesse est également élevée et même significativement supérieure aux résultats obtenus par Gilbert (8%, $p < 0.00001$). Cependant, la population rencontrée dans un CHU est vraisemblablement plus à risque de développer une pathologie que la population générale étudiée par l'étude de Gilbert, ce qui constitue donc un biais de sélection.

5.3.1.2. Tabagisme

Le pourcentage de femmes de 40 ans ou plus fumant est seulement de 12.87%, au CHU de Nantes alors que le pourcentage de femmes fumant pendant leur grossesse, tout âge confondu, est significativement supérieur selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 : 21.8%, $p=0.03$, OR= 1.89 [1.03-3.55].

Les femmes âgées semblent donc moins fumer, ce qui est confirmé par la plupart des études, l'expérience d'une grossesse faisant certainement diminuer ce tabagisme [56*, 51*].

Selon Cnattingius, les effets du tabac, sur les faibles poids de naissance et la prématurité, sont plus prononcés chez les multipares âgées que chez les nullipares âgées. L'âge maternel avancé signifie habituellement une durée d'exposition plus longue au tabac, ce qui peut interagir sur les effets toxiques directs de la fumée de cigarette, d'où des effets du tabac sur la croissance fœtale augmentant avec l'âge maternel, et une augmentation de 40%

du risque de mort foetale in utero tardive dans les groupes de femmes âgées. Dans cette série, les nullipares âgées arrêtaient la consommation de tabac, en plus grand nombre que les multipares âgées, ce qui n'est pas mis en évidence dans notre étude [11*].

5.3.1.3. Obésité

On constate dans notre série que 15% des femmes sont obèses. Ces résultats sont largement influencés par l'origine des patientes, ainsi que par leur niveau social, d'où des écarts parfois notables avec les données de la littérature. Ainsi, Ziadeh relève 7% d'obésité chez les femmes de plus de 40 ans versus 2.7% chez les femmes plus jeunes [48*].

De plus, selon Jolly, le diabète de type 2 apparaissant avec l'âge et étant favorisé par l'obésité, le risque de débiter une grossesse avec cette pathologie surajoutée est augmenté : 1% de diabète de type 2 près 40 ans versus 0.4% entre 18 et 34 ans [27*].

5.3.1.4. Autres antécédents médicaux

Dans notre étude comme dans celle de Loizeau, nous constatons dans la population des femmes de 40 ans ou plus, une augmentation des dysfonctionnements thyroïdiens (3% versus 1.5% chez les 25-29 ans). Ce dernier retrouve également davantage de pathologies cardiaques (4% versus 2%), et d'asthme (1.3% versus 0.5%) [32*].

5.3.2. Antécédents gynécologiques

5.3.2.1. Infertilité

La proportion des femmes de 40 ans et plus, en FIV comme en ICSI, n'a cessé d'augmenter pour atteindre 12% en 2003. Avec l'âge, la proportion d'infertilité tubaire et inexplicite augmente. Selon Belaisch, la chute des taux de succès avec l'âge devrait être mieux connue des patientes et des médecins, afin d'amener plus précocement les femmes à une prise en charge de leur infertilité [5*]. Le dernier rapport FIVNAT consacré à l'âge de la femme remonte à 2002. Les résultats globaux confirment, en FIV comme en ICSI, une première chute des taux de succès dès 35 ans, laquelle s'accroît à 38 ans [18*].

Dulitzki montre également un taux de grossesse spontanée inférieur chez les femmes de plus de 44 ans, par ailleurs, 26.6% des femmes âgées de leur étude ont bénéficié d'assistance médicale à la procréation versus 6.5% des femmes de 20-29 ans [16*]. Dans l'étude de Séoud, 21% des femmes de plus de 40 ans y avaient eu recours versus 2.1% des

femmes plus jeunes [40*]. Les résultats obtenus au CHU de Nantes ne sont pas aussi éloquents, cependant, environ 6% des femmes n'avaient pas obtenu spontanément cette grossesse, versus 4.9% dans la population générale, selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2003.

Tableau IX : Bilan provisoire 2002 : Description de la population FIV (données FIVNAT)
[18*]

Caractéristiques	1998	2002	Comparaison 2001-2002
Age des femmes (ans)	34.11 ±4.6	34.7 ±4.6	NS
Plus de 35 ans (%)	46.4	50.8	P<0.001
Plus de 40 ans (%)	13.7	17.1	P<0.05
Age des hommes (ans)	36.11 ± 5.9	36.6 ± 6	NS
Durée d'infertilité (ans)	4.91 ± 2.8	4.5 ±3	NS

5.3.2.2. Autres antécédents gynécologiques

En ce qui concerne les fibromes, la femme âgée est la plus exposée selon de nombreux auteurs, ce que nous retrouvons dans notre série. On retrouve également dans la littérature mais de manière moins importante, une augmentation chez la femme de 40 ans de polypes utérins, de pathologies de l'ovaire, et notamment de kystes. On peut constater également un nombre plus important de pathologies du sein (mastoses, fibroses, adénomes), de condylomes et d'infections génitales. Ces pathologies, directement liées à l'âge, doivent, si possible, être traitées avant la grossesse, afin d'éviter des répercussions fœtales [53*].

Séoud retrouve également plus de myomes utérins dans la population de femmes de plus de 40 ans, notamment chez les nullipares [40*].

Concernant la contraception, il existe vraisemblablement un biais dans notre étude, puisque les dossiers ne précisent pas si le type de contraceptif concerne la période de désir de grossesse, ou bien la période antérieure.

5.3.3. Antécédents obstétricaux

Nous n'avons pu approfondir notre analyse concernant les fausses-couches, les grossesses extra-utérines, et les interruptions volontaires de grossesses, du fait même d'un biais de recrutement, nos dossiers étant obtenus d'après le registre des naissances.

5.3.3.1. Les fausses couches spontanées

Le premier écueil des grossesses après 40 ans est leur taux élevé de fausses couches spontanées (FCS). D'après Belaisch-Allart, le taux de FCS atteindrait 11.7% entre 30 et 34 ans, 17.7% entre 35 et 39 ans, 33.8% à partir de 40 ans et 53.2% après 45 ans [5*]. Ces valeurs après 40 ans apparemment très élevées, sont confirmées par les résultats obtenus en procréation médicalement assistée où, entre 25 et 29 ans le taux de FCS n'est que de 13.6%, alors qu'il atteint 30% à 40 ans, et 40% à partir de 42 ans ($p < 0.01$, bilan FIVNAT 2004 [18*]). On admet généralement qu'au moins 60% de ces avortements précoces soient liés à des anomalies chromosomiques.

Il se peut que l'âge et la parité affectent la perfusion utéro-placentaire, ce qui expliquerait l'augmentation des FC observées dans les grossesses tardives [11*].

5.3.3.2. Les grossesses extra-utérines

Le risque de développer une grossesse extra-utérine (GEU) augmente de façon exponentielle avec l'âge : en effet, l'étude française de Loizeau montre que le risque de développer une GEU à 44 ans est de 7%, versus 1.4% à 21 ans. Les explications avancées sont notamment les antécédents d'infertilité, de maladies inflammatoires ou infectieuses du pelvis, plus fréquentes à cet âge [32*].

5.3.3.4. Gestité et parité

Les naissances tardives sont cependant aujourd'hui souvent des premières naissances : 20.79% de nullipares dans notre étude. Tous les auteurs s'accordent en effet sur le fait que, dans les pays industrialisés, les primipares âgées sont de plus en plus nombreuses, alors que les grandes multipares âgées sont de plus en plus rares.

5.4. Le déroulement de la grossesse

5.4.1. La conception

D'après les dossiers médicaux de notre étude, 8.91% des grossesses n'étaient pas désirées, alors que les réponses aux questionnaires envoyés révélaient un taux de 4.59%. On peut supposer que les femmes ayant répondu au questionnaire étaient celles qui avaient davantage investi leur grossesse, et donc représentaient principalement des femmes ayant désiré ce bébé. De plus, le temps passant, il semble difficile de déclarer ne pas avoir voulu un enfant qui fait dorénavant partie intégrante de la famille.

5.4.2. Le diagnostic anténatal

Dans le cadre du diagnostic anténatal génétique, le choix arbitraire du seuil de 38 ans est fondé sur le calcul bénéfice / risque, visant à équilibrer le risque iatrogène de l'examen d'une part, et la probabilité de trisomie 21 d'autre part, autour de 1%. L'avènement des marqueurs sériques, puis du dépistage par la clarté nucale au premier trimestre, sont intégrés dans ce calcul. Tenir compte du seul âge maternel sans proposer d'autres possibilités de dépistage des anomalies chromosomiques revient à une perte de chances en induisant de nombreuses pertes foetales évitables [54*].

Darbois et Boulanger rapportent un taux d'amniocentèse de 60.65%, ce qui est sensiblement identique aux résultats de notre série, où l'on retrouve 65.3% d'amniocentèses [13*].

Le double test réalisé dans le cadre du diagnostic anténatal renseigne également sur le dosage d'HCG, lequel est peu informatif dans notre étude, puisque seule 1 des 18 patientes ayant développé une pathologie hypertensive, avait un dosage d'HCG > 2.5 MOM.

5.4.3. Les risques maternels

D'une façon générale, Séoud avance que les grossesses tardives présentent 2 fois plus de complications que les grossesses à un plus jeune âge [40*].

5.4.3.1. Les syndromes vasculo-rénaux

Un taux élevé d'hypertension artérielle gravidique et de prééclampsie après 40 ans est relevé dans notre série (17.82%). L'influence de la parité de notre étude (19.04% des nullipares versus 17.5% des multipares) suit la tendance décrite par la littérature, mais de manière non significative.

A l'inverse, le nombre moyen d'enfants par femmes est significativement plus élevé dans la population des femmes atteintes que dans la population des femmes indemnes, et ce, vraisemblablement, du fait de l'existence de quelques patientes grandes multipares ayant développé une pathologie hypertensive.

Les données de la littérature retrouvent une augmentation des syndromes vasculo-rénaux avec l'âge, mais ne corroborent pas nos résultats concernant la corrélation avec le nombre d'enfants. En effet, Gilbert retrouve 5.4% des nullipares de plus de 40 ans présentant une prééclampsie, versus 3.4% des nullipares de 20-29 ans (OR=1.8 [1.6-2.1]), et 2.7% des multipares de plus de 40 ans qui en sont atteintes versus 1.0% des multipares de 20-29 ans (OR=3.1 [2.8-3.4]) [22*]. Ziadeh, Chan et Lao, ainsi que Bianco retrouvent une augmentation de l'hypertension artérielle et de la prééclampsie après 40 ans, toujours plus élevée chez les nullipares, mais de manière non significative [48*, 10*, 7*].

Les principaux facteurs de risque avancés seraient l'hypertension artérielle chronique, les antécédents thrombo-emboliques, un antécédent de retard de croissance intra-utérin, la primiparité, mais aussi un âge maternel supérieur à 35 ans, un délai supérieur à 4 ans par rapport à la grossesse antérieure (OR=2.0 [1.7-2.3]), ou un changement de partenaire (OR=1.2 [1.1-1.4]) [36*].

➤ Impact du changement de partenaire, comme facteur de risque d'hypertension artérielle gravidique et de prééclampsie

D'après les données de la littérature, les femmes multipares ayant changé de partenaires se comporteraient comme des primipares, phénomène qui n'est pas significativement retrouvé dans la population du CHU de Nantes.

Dans l'étude de Tubbergen, les effets protecteurs de la multiparité contre la prééclampsie s'effacent lorsqu'il y a un changement de partenaire [44*]. Certaines études décrivent l'effet protecteur des expositions répétées avec le sperme, et une adaptation immunitaire sur l'interface materno-fœtale contre les antigènes spécifiques d'un même partenaire [37*]. En 1998, dans une étude norvégienne, Lie retrouvait aussi une différence

significative avec 1.9% de risque de prééclampsie lorsque la femmes avait changé de partenaire versus 1.7% lorsqu'elle n'avait pas changé ($p < 0.001$) [31*].

➤ **Impact du délai entre les grossesses comme facteur de risque d'hypertension artérielle gravidique et de prééclampsie**

Selon certains auteurs, l'augmentation de l'incidence pourrait être expliquée par un intervalle long entre deux grossesses [41*].

Le taux de désordre hypertensif, que nous obtenons au CHU de Nantes, est en effet supérieur en cas de délai entre deux grossesses supérieur à 10 ans, mais la différence n'est pas significative. De plus, moyenne et médiane donnent des résultats discordants, ce qui souligne l'hétérogénéité de notre série. D'après Skjaerven, au cours des deuxième et troisième grossesses, le risque de prééclampsie serait directement lié au temps entre les grossesses. Lorsque l'intervalle est supérieur à 10 ans, le risque des 2èmes et 3èmes grossesses est alors le même que celui d'une première. Dans sa série, l'odds ratio pour le risque de prééclampsie est alors de 1.12 par année supplémentaire entre deux grossesses, qu'il y ait changement ou non de partenaire [41*]. L'odds ratio retrouvé dans notre étude est similaire (1.02), mais la répartition trop hétérogène nous empêche de conclure, probablement par défaut d'effectif.

L'effet protecteur des grossesses antérieures serait donc illusoire, et la théorie immunologique remise en cause. L'association entre une augmentation de l'intervalle entre les grossesses et un changement de partenaire pourrait être expliqué par le fait qu'un délai important entre les grossesses est plus fréquemment rencontré chez les femmes ayant changé de conjoint [41*], ce qui est significativement retrouvé au CHU de Nantes. Il s'agirait donc d'un facteur de confusion.

Ainsi, les FCS que l'on présentaient comme facteur protecteur, ne le seraient que parce qu'elles précèdent une grossesse ultérieure, avec un délai moindre qu'une grossesse menée à terme. De même, les dons de sperme ou d'ovocytes longtemps incriminés, n'augmenteraient le risque de prééclampsie, que parce que les femmes qui en bénéficient, attendent souvent depuis de nombreuses années une grossesse [41*].

5.4.3.2. Métrorragies

Nos résultats concordent avec les données de la littérature, puisque 11.9% des femmes de notre étude ont présenté des métrorragies. En effet, la majorité des études relèvent une plus grande fréquence des métrorragies après 40 ans [48*].

L'étude de Chan et Lao souligne notamment que 17.6% de la population de femmes de plus de 40 ans a eu des saignements au-delà de 28 SA, versus 4.1% des femmes de moins de 40 ans, ($p < 0.0001$). Les causes principales relevées sont un décollement placentaire, un placenta praevia, des causes extra-utérines ou inconnues [10*]. Abu-Heija relève également 32.4% d'hémorragies anténatales ayant nécessité une césarienne dans la population des plus de 45 ans versus 1.6 % dans le groupe contrôle ($p < 0.009$) [1*].

5.4.3.3. Placenta praevia

Notre effectif trop réduit ne nous permet pas de tirer de conclusion sur ce phénomène, pourtant, certains auteurs montrent clairement un risque très augmenté après 40 ans, quelle que soit la parité [[7*,48*].

L'étude de Gilbert relève également une incidence accrue après 40 ans, mais ceci surtout chez les nullipares âgées, lesquelles présentent 8 fois plus de risque de présenter un placenta praevia que les nullipares du groupe contrôle (0.25% versus 0.03%, OR=10.5). Chez les multipares, l'étude retrouve que les femmes de 40 ans ou plus ont plus de risque que les femmes de 20-29 ans (0.13% versus 0.05%, OR= 2.7). Ce taux si élevé chez les nullipares âgées est unique dans la littérature, et ne trouve pas d'explication, puisque le risque de placenta praevia est habituellement corrélé à la multiparité [22*]. L'unique placenta praevia de notre étude concerne effectivement une patiente 9^{ème} pare.

5.4.3.4. Diabète gestationnel

L'élévation importante du risque de diabète gestationnel a été mise en évidence dans la plupart des études, que ce soit chez les multipares ou les nullipares [40*, 48*]. Notre fréquence de diabète gestationnel chez les femmes de plus de 40 ans est même supérieure aux données de la littérature (24%).

En effet, selon Gilbert [22*], Chan et Lao [10*], Jolly [27*], de même que Roman [38*], le groupe de femmes de 40 ans ou plus a environ 4 fois plus de risque de développer un diabète gestationnel que celles de moins de 40 ans, qu'il s'agisse de multipares comme de nullipares (7.8% versus 1.6% ($p < 0.0001$)) [22*].

Abu-Heija présente également 9.6% de diabète gestationnel chez les femmes de plus de 45 ans versus 1.6% dans le groupe témoin ($p < 0.006$) [1*].

Cette augmentation s'explique par une baisse du fonctionnement et de la sensibilité des cellules β pancréatiques à l'insuline, augmentant avec l'âge.

5.4.3.5. Mortalité maternelle

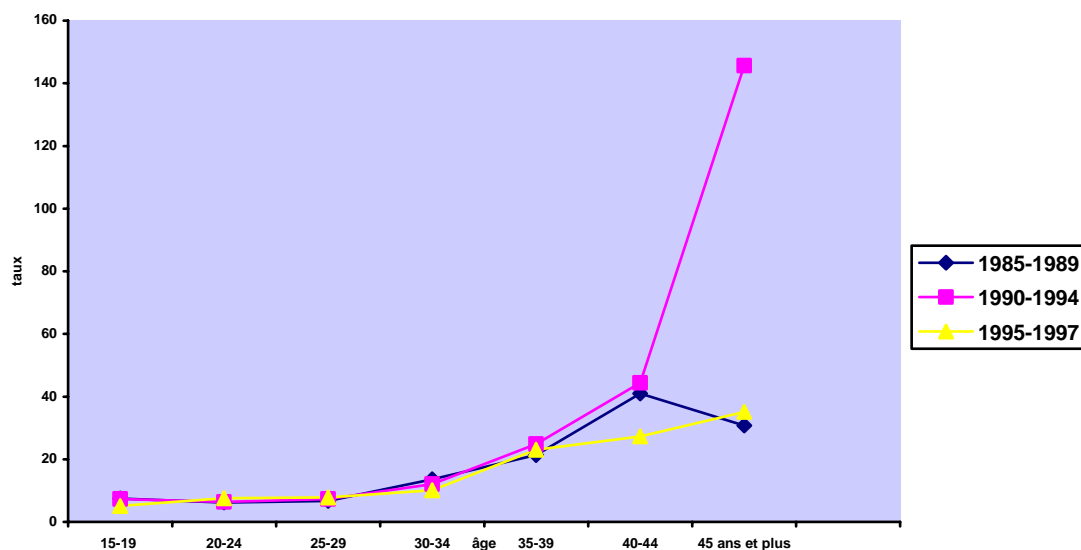
Dans notre population, aucun cas de décès maternel n'est à déplorer, mais la taille de notre échantillon ne nous permet pas de conclure sur ce sujet.

La mort maternelle est, selon la définition de la Classification Internationale des Maladies : « le 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 ».

La fréquence de la mortalité maternelle a longtemps été sous-estimée. Les hémorragies de la délivrance constituent la première cause de mortalité maternelle, et la moitié des décès enregistrés par Bouvier et Colle résulte directement de la césarienne [9*].

Le risque de décès maternel est fortement corrélé à l'âge.

Figure XX : Taux de décès pour 100 000 naissances vivantes



Selon Bouvier et Colle, les fluctuations des morts maternelles reflètent indirectement certaines caractéristiques de la fécondité, entre autre l'augmentation régulière du nombre des naissances parmi les femmes âgées de 40 ans et plus [9*].

Selon Naeye, le rôle de l'âge est primordial dans la survenue des lésions d'athérosclérose des artères intra-myométriales, et donc par ce biais d'accidents vasculaires obstétricaux (11% de lésions d'athérome des artères utérines ont été retrouvées sur des défuntées de 17-19 ans versus 83% sur des défuntées de plus de 39 ans) [33*].

5.4.4. Les risques fœtaux

5.4.4.1. Le retard de croissance intra-utérin

Nous retrouvons 7% de retard de croissance intra-utérin dans notre série, ce qui est supérieur aux données de la littérature. Ceci s'explique par un système vasculaire placentaire moins performant, mais ces hypotrophies sont extrêmement liées aux syndromes vasculo-rénaux, très fréquents dans cette population. La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il y a effectivement une augmentation significative de cette pathologie, et ceci dès 35 ans. Gilbert relève, en effet, une augmentation de 40 à 80% de RCIU dans le groupe des femmes âgées comparativement au groupe témoin, avec 2% environ de RCIU dans le groupe âgés [22*].

5.4.4.2. La macrosomie

Le taux de macrosomes dans notre série est de 25%, alors que celui de Jolly n'est que de 12%. Cette différence peut s'expliquer, en partie, par le taux de diabète gestationnel élevé de notre étude.

Concernant les macrosomes, Jolly rapporte qu'ils sont rencontrés plus fréquemment chez les mères obèses non diabétiques, que chez les mères maigres et diabétiques pendant leur grossesse. D'après cette même étude, le pourcentage de macrosomes diffère significativement entre les mères de plus de 40 ans et celles de 18-34 ans (OR=1.29, IC[1.14-1.45]) [27*] ; Bianco trouve des résultats concordants, de même que Ziadeh, mais uniquement chez les multipares [7*,48*].

Les taux de macrosomes ne trouvent pas de différence significative selon Chan et Lao (10*).

5.4.4.3. La mort fœtale in utero

Dans notre étude, aucune mort fœtale in utero spontanée n'est relevée, cependant, les IMG pour trisomie 18, cardiopathie sévère, et séroconversion parvovirus peuvent être considérées comme des morts in utero « potentielles », ce qui en rend l'analyse difficile.

Pour la majorité des auteurs, il existe, cependant, une augmentation des morts in utero dans les grossesses tardives. Jolly, de même que Fretts confirment l'effet néfaste de l'âge maternel (risque de MIU multiplié par 1.8 dans le groupe de femmes âgées), quelle que soit la parité, et révèlent principalement des décès idiopathiques [27*, 20*]. Roman retrouve même jusqu'à 4 fois plus de mortalité fœtale in utero chez les multipares âgées que chez les multipares de 20-34 ans ($p=0.007$), et 11 fois plus chez les nullipares âgées que chez les nullipares témoin ($p<0.001$) [38*].

Tarin avance à ce sujet une hypothèse : les grossesses tardives, par certains mécanismes, dont l'exposition prolongée des gamètes à un stress oxydatif, auraient des effets à long terme sur la descendance, dont une augmentation des morts in utero [42*].

Pour d'autres auteurs, comme Edge ou Berkowitz, aucune différence significative n'est relevée selon l'âge maternel [6*, 17*].

5.4.4.4. Les aberrations chromosomiques

Dans notre étude, environ 3% des naissances vivantes présentent une atteinte chromosomique, ce qui correspond aux données de la littérature. L'élévation du taux d'aberrations chromosomiques avec l'âge est depuis longtemps mis en évidence.

En effet, Roman, dans sa population réunionnaise relève 6 fois plus d'anomalies chromosomiques chez les multipares âgées (1.1%) que chez les multipares de 20-34 ans (0.2%) ($p=0.05$) [38*].

De plus, la prévalence des anomalies chromosomiques est bien sûr plus grande au terme du diagnostic prénatal qu'à terme, et d'autant plus grande qu'il est réalisé précocement, un fœtus trisomique risquant beaucoup plus la mort in utero qu'un fœtus non atteint. La trisomie 21 représente la moitié des atteintes chromosomiques imputables à l'âge. Les trisomies 13 et 18 augmentent également avec l'âge maternel, de même que les anomalies des chromosomes sexuels.

Enfin, après le 2^{ème} trimestre, les anomalies retrouvées correspondent davantage à celles des enfants vivants (T21, T13, T18, monosomie X, anomalies des chromosomes sexuels).

5.5. Le déroulement de l'accouchement

5.5.1. Le travail

5.5.1.1 Particularités du travail, liées à l'âge

Les complications obstétricales sont 2 fois plus fréquentes après 40 ans, et 7 fois plus fréquentes en cas de pathologies médicales associées (HTA, anémie, dysthyroïdie, cardiopathie, diabète, néphropathie) selon Séoud [46*].

Selon Gilbert et Ziadeh, toutes les complications du travail sont augmentées chez les nullipares de plus de 40 ans [22*, 48*].

Tableau X: Pathologies du travail d'après Gilbert et al.

	Nullipares			Multipares		
	20-29 ans	40 ans ou plus	O.R. [IC95%]	20-29 ans	40 ans ou plus	O.R. [IC95%]
Présentation dystocique	6	11	1.7 [1.6-1.9]	3.7	6.9	1.4 [1.3-1.5]
Disproportion foeto-pelvienne	6.8	10.6	1.5 [1.4-1.7]	1.8	2.9	1.6 [1.4-1.7]
Travail dystocique	10.8	12.6	1.3 [1.2-1.4]	6.3	7.8	1.4 [1.3-1.5]
Travail prolongé	2.5	3.6	1.3 [1.1-1.6]	0.6	0.9	1.5 [1.3-1.8]

Nos résultats (26.8% d'induction du travail après 40 ans) concordent avec ceux de Chan et Lao ; lesquels retrouvent 33.3% d'induction du travail chez les femmes de plus de 40 ans (33% chez les primipares et 14% chez les multipares) versus 18.2% chez les femmes de moins de 40 ans (p=0.0045) [10*]. Séoud relève également un taux très élevé de déclenchements chez les mères de plus de 40 ans (65.3% versus 41.9%) [40*].

Ziadeh avance une hypothèse concernant les difficultés liées au travail chez les femmes nullipares de plus de 40 ans : elles seraient peut-être liées à une inefficacité relative de la capacité de conjonction du myomètre, dû à l'absence de travail antérieur, lequel aurait induit la formation de gap-junctions [48*].

5.5.1.2. Les présentations

Des présentations dystociques augmentées avec l'âge maternel ont été décrites par plusieurs auteurs : selon Boucicaut, le taux de présentations céphaliques est significativement abaissé après 40 ans (82.3% versus 95.6%, $p < 0.001$), ce qui pourrait en partie expliquer l'augmentation du taux de césariennes [4*]. Nos résultats intermédiaires (89%) ne nous permettent donc pas de conclure vis-à-vis de la littérature.

5.5.1.3. L'analgésie péridurale

Dans notre série, le taux d'analgésie péridurale (37.6%) est très inférieur au taux retrouvé par l'Enquête Nationale Périnatale tout âge confondu (62.6%) [56*]. On peut donc supposer l'existence soit d'un effet centre, soit d'une influence de l'âge maternel.

Rosenthal relève, quant à lui, une augmentation significative du taux d'analgésie péridurale chez les femmes entrées spontanément en travail, avec l'âge ($p = 0.005$) [39*].

5.5.1.4. La durée du travail

La différence, concernant la durée du travail selon l'âge maternel reste controversée. Certains n'obtiennent pas de différence significative selon l'âge maternel, alors que d'autres, comme Gilbert, relèvent un travail plus long, essentiellement chez la nullipare [5*], en particulier au niveau de la deuxième phase du travail [6*, 22*, 17*].

Le travail est par ailleurs, nettement plus rapide au CHU de Nantes, chez toutes les multipares quel que soit leur âge. Nous remarquons également une tendance de distinction du temps de travail selon la parité, mais la différence n'est pas significative.

5.5.2. L'accouchement

5.5.2.1. Le mode d'accouchement

Tableau XI: Pathologies de l'accouchement d'après Gilbert et al.

Mode d'accouchement (%)	Nullipares			Multipares		
	40 ans ou plus (n=4777)	20-29 ans (n=258900)	O.R. [IC95%]	40 ans ou plus (n=19255)	20-29 ans n=383625	O.R. [IC95%]
Césarienne	47	22.5	2.08 [2.00-2.22]	29.6	17.8	1.66 [1.66-1.72] ^o
Forceps	4.5	3.1		1.2	0.8	
Ventouse	9.7	9.8*		5.1	3.8	

*différence non significative. Pour les autres comparaisons : $p < 0.05$

Ziadeh évalue la fréquence des accouchements spontanément par voie basse : 85.7% chez les jeunes nullipares versus 74% chez les nullipares âgées ; et 89% chez les jeunes multipares versus 80% chez les multipares âgées [48*]. Nos résultats sont très largement inférieurs puisque seules 23.8% des nullipares âgées accouchent spontanément par voie basse, et 65.8% des multipares âgées.

- Les extractions instrumentales

Le taux d'extractions instrumentales de l'étude de Gilbert (22*) est inférieur à celui du CHU de Nantes, cependant dans les deux cas, une différence significative selon de la parité est mise en évidence, dans le groupe des femmes âgées.

Le taux d'extraction instrumentale est, effectivement, retrouvé plus élevé après 40 ans, quelle que soit la parité, dans l'ensemble des études [48*, 22*, 39*]. Roman rapporte notamment à ce sujet, un taux d'extractions instrumentales 2.7 fois plus élevé chez les multipares âgées que chez les multipares de 20-34 ans ($P < 0.001$) [38*]. Dulitzki retrouve même un risque 7.5 fois plus élevé d'extractions instrumentales chez les plus de 44 ans [16*].

- Les césariennes

A partir de 40 ans, un taux plus élevé de césariennes est retrouvé par tous les auteurs; cette augmentation est plus importante chez les nullipares, mais reste cependant manifeste chez les multipares. Cette augmentation de la fréquence concerne aussi bien les césariennes de principe, que les césariennes réalisées en urgence, et est retrouvée pour toutes les indications, y compris la souffrance fœtale [40*].

Tableau XII: Taux de césariennes après 40 ans et dans les groupes témoins (%)

	Nullipares			Multipares		
	<40 ans (%)	40 ans ou plus (%)	O.R. [IC95%], p	<40 ans (%)	40 ans ou plus (%)	O.R. [IC95%], p
Bianco et al. (1996) [7*]	18.3	38.9		8.9	24.7	
Gilbert et al. (1999) [22*]	22.5	47		17.8	29.6	
Chan et lao (1999) [10*]	15.6	58.8	7.72 [4.41-13.54] p<0.0001	12.4	20.8	
Roman et al. (2004) [38*]	19.8	53		14.4	24.2	
Seoud et al. (2002) [40*]	9.8	32.1	2.5 p=0.005	14.2	31.2	2.5 p<0.001
Ziadeh et al. (2001) [48*]	8	18		6	14	
CHU Nantes(2004)		47.62			28.94	

Selon Peipert, il semble que l'âge maternel soit un facteur de risque d'accouchement par césarienne indépendant des antécédents d'infertilité, de

complications maternelles pendant la grossesse, le travail, et d'autres variables confondantes (32.4% chez les femmes de plus de 35 ans versus 16.8% ($p < 0.001$)) [34*]. Séoud retrouve des résultats similaires, avec 2.7 fois plus de césariennes chez les femmes de plus de 40 ans [40*].

Le recours plus fréquent à une césarienne programmée chez les femmes âgées est une réalité constatée par tous les auteurs [51*, 48*, 21*, 39*]. Edge retrouve 2 fois plus de césariennes en cours de travail, et 3.5 fois plus de césariennes programmées dans le groupe de femmes âgées comparativement aux femmes plus jeunes [17*].

▪ Etiologies avancées

Une des explications serait la détérioration par athérosclérose des fonctions myométriales avec l'âge, examinée par Crawford [12*]. Ceci pourrait justifier l'augmentation du taux de césariennes, mais également celle du taux élevé de présentations pelviennes retrouvé chez les femmes âgées (OR=1.72, IC [1.50-1.98]), ainsi que celle des hémorragies de la délivrance (OR=1.27, IC [1.15-1.39]), dont l'atonie utérine est la cause la plus fréquente [27*].

De plus, à 40 ans, la vie reproductive de la femme tend vers sa fin, en conséquence, les complications ultérieures liées à un utérus cicatriciel pèsent moins dans la décision de la voie d'accouchement, ainsi les indications de césariennes deviennent plus larges [38*].

Selon Gilbert, Gordon, Chan et Lao, cette augmentation des gestes invasifs lors de la naissance peut, en grande partie, être expliquée par les complications du travail, plus fréquentes à cet âge, mais d'autres facteurs non mesurés doivent également être pris en compte [22*, 23*, 10*]. Ainsi, les femmes nullipares de cet âge ont fréquemment un lourd passé d'infertilité. L'anxiété concernant la naissance pourrait inciter à une extraction plus précoce de ces enfants. Le terme de naissance inférieur des enfants de ces femmes le confirme en effet. Le degré d'impact de l'angoisse des praticiens et des parturientes sur cette augmentation reste, cependant, non mesurable. Ceci peut être illustré par l'étude de Séoud, où le taux d'anomalies du rythme cardiaque fœtal justifiant une césarienne est plus élevé dans le groupe de femmes âgées, alors que les APGAR restent similaires dans les 2 groupes, ce qu'il explique par un seuil de tolérance abaissé, avant de réaliser une césarienne, dans le cas où la grossesse est dite « précieuse » [40*].

Chez les primipares, Gordon retrouve une augmentation significative du taux de césarienne avec l'âge, uniquement lorsque la femme ne présente pas de complication médicale ou obstétricale [23*]. Nous pouvons donc nous interroger sur le bien fondé d'une telle pratique, qui entraîne une augmentation de la morbidité maternelle post-opératoire, d'autant plus que ces femmes présentent des facteurs de risques supplémentaires.

5.5.3. La délivrance

Selon l'étude de Ziadeh, la fréquence des hémorragies de la délivrance est significativement augmentée dans le groupe des multipares âgées par rapport aux jeunes multipares [48*]. Jolly note 18% d'hémorragies après 40 ans versus 11.24% entre 18 et 34 ans, ce qui est supérieur aux résultats obtenus dans notre étude : 11.88%. La délivrance dirigée prophylactique et systématique réalisée à Nantes influe peut être sur cette différence. En outre, les hémorragies graves sont 2 fois plus fréquentes après 40 ans dans l'étude de Jolly [27*].

5.6. L'enfant à la naissance

La littérature récente suggère que la prise en compte des pathologies maternelles sous-jacentes permette à ces femmes d'entrer dans la catégorie des femmes à bas risque de morbidité, et de ce fait, le devenir néonatal pourrait ne plus en être affecté significativement [7*].

5.6.1. L'âge gestationnel à la naissance

Les 14% d'enfants nés prématurément dans notre étude concordent parfaitement avec les résultats obtenus par Gilbert, dont l'étude comporte l'effectif le plus important sur ce sujet: 24 032 femmes de plus de 40 ans. Il confirme en effet cette augmentation par rapport au groupe contrôle aussi bien chez les primipares (14.1% versus 9.1%, O.R.=1.7 [1.6-1.9]) que chez les multipares (13.7% versus 10.3%, O.R.=1.4 [1.3-1.5]). De plus, le terme de naissance est significativement diminué de 4-5 jours dans le groupe des femmes âgées [22*].

A l'hôpital Bécélère, primipares et multipares confondues, la proportion de prématurité passe de 5.7% avant 35 ans à 8.2% après 40 ans ($p < 0.001$), cette prématurité étant en partie

d'indication médicale (2.9% de prématurité consentie avant 35 ans versus 4.8% après 40 ans) [4*].

Séoud et Tuck annoncent également 2 à 4 fois plus de naissances prématurées après 40 ans [40*, 45*].

Enfin, Jolly montre que les femmes âgées, plus que les femmes de 20-34 ans, accouchent avant 37SA (OR=1.42 [1.26-1.60]), et davantage encore avant 32SA (OR=1.64 [1.25-2.14]) [27*].

5.6.2. Le poids de naissance

Nous retrouvons un nombre équivalent de macrosomes et d'hypotrophes, mais la taille de notre échantillon ne nous permet pas de tirer de conclusions plus approfondies.

La plupart des études observent des poids moyens des nouveau-nés identiques quel que soit l'âge de la mère, mais avec une proportion élevée après 40 ans d'enfants de petits poids de naissance et d'enfants de plus de 4000g, dûs pour les uns à l'hypertension artérielle, et au diabète pour les autres [10*].

Certaines études s'opposent cependant à cette vision. Sur des patientes primipares de plus de 35 ans, Berkowitz annonce des enfants de plus petits poids que chez les primipares plus jeunes, mais sans hypotrophie réelle [6*]. A parité égale, Lee annonce une diminution progressive du poids avec l'âge des mères [29*]. Gilbert et Ziadeh retrouvent, quant à eux, un poids abaissé chez les nullipares âgées et inchangé chez les multipares âgées par rapport aux femmes de 20-29 ans. [22*,48*].

Mais cela est peut être davantage dû à la prématurité qu'à de réels retards de croissance.

Par ailleurs, dans notre population, on retrouve 13.40% d'enfants de faible poids (<2500g) parmi les naissances vivantes, alors que dans l'enquête périnatale de 2003, on retrouve, tout âge maternel confondu, un taux de 7.1%. On ne peut cependant pas distinguer l'effet centre, des classes d'âges, pour justifier cette différence.

5.6.3. Le score d'APGAR et les transferts en soins intensifs

Les publications divergent totalement sur ces points ou ne les mentionnent pas. Nos résultats sont, de ce fait, peu exploitables.

L'étude de l'hôpital Bécclère observe une augmentation parallèle du taux d'enfants avec APGAR <7 à la naissance, de l'âge de la mère, et des transferts en unité de soins intensifs, ce qui n'est pas observé à Boucicaut [4*].

Pour Ziadeh et Bianco, l'APGAR à 5 minutes de vie, qui est un meilleur critère prédictif de l'évolution de l'état néonatal, ne présente pas de différence significative [7*,48*]. Chan et Lao ne retrouvent encore aucune différence significative concernant le score d'APGAR, ou l'admission en unité de soins intensifs néonataux [10*].

Dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2003, le taux d'enfants uniques transférés est de 6.7% quel que soit l'âge de la mère. Les 17% de transfert du CHU de Nantes sont donc significativement supérieur à ceux de l'INSERM 2003 ($p < 0.0001$; O.R.=3.04 [1.79-5.10]). Cependant, les résultats d'APGAR ne nous permettent pas de conclure de façon significative en faveur de tel ou tel auteur.

5.6.4. La morbidité

L'étude de Gilbert montre une augmentation de 50% des asphyxies néonatales dans le groupe des mères âgées comparativement aux mères du groupe contrôle (6% chez les nullipares âgées versus 4% chez les jeunes nullipares), ainsi qu'une augmentation de 40 à 80% de retard de croissance intra-utérin, et une augmentation de 70 à 100% d'hémorragies intraventriculaires, bien que ces pathologies restent extrêmement rares [22*].

Selon Bianco, Dulitzki, et Ziadeh, bien qu'il y ait une augmentation des complications du péripartum chez les femmes de plus de 40 ans, le devenir néonatal ne serait pas affecté par l'âge maternel [7*, 16*, 48*].

De même, l'étude de Lagrew ne montre pas de différence significative entre les deux groupes concernant la morbidité néonatale (hors anomalies chromosomiques et IMG pour anomalie congénitale létale) [28*].

Concernant les malformations congénitales, Ziadeh ne trouve pas de différence significative [48*] alors que Séoud note 1.9% de malformations congénitales chez les primipares âgées contre 0% entre 20 et 29 ans [40*], ce qui est bien moins élevé que ce qui est retrouvé dans notre étude, où 18 enfants présentent une malformation congénitale.

Concernant la morbidité, le pronostic des nouveau-nés de mères âgées semble donc relativement bon pour la majorité des études, mise à part celle de Gilbert [22*].

5.6.5. La mortalité

Les études divergent à ce sujet, certaines montrent une augmentation significative de la mortalité néonatale, alors que d'autres ne retrouvent pas d'augmentation [11*, 17*]. Les séries les plus puissantes, telles que celle de Gilbert, montrent que le taux de décès périnataux est significativement augmenté chez les multipares de plus de 40 ans en comparaison à celles de 20-29 ans (1.56 versus 1.10, O.R =1.6 [1.3-1.8]) [22*]. Fretts retrouve également l'âge maternel comme facteur de risque indépendant de mortalité périnatale [20*]. Ceci est observé même dans les études les plus récentes qui se veulent optimistes. Darbois et Boulanger rapportent après 40 ans, une mortalité périnatale 2.5 fois plus élevée que dans l'ensemble des accouchées [13*]. Ces taux ne sont pas retrouvés dans notre population, puisque aucun décès néonatal n'est relevé, mais le manque d'effectif, et l'absence fréquente de données concernant le devenir ultérieur de l'enfant dans les dossiers obstétricaux, justifient ces résultats.

Cependant, les progrès récents en obstétrique et néonatalogie et malgré le risque relatif élevé qui persiste, le risque d'accoucher d'un enfant mort a diminué 3 fois entre 1960 (16.5 ‰) et 1990 (5.8 ‰) pour les femmes de plus de 35 ans [16*].

5.7. Les suites de couches

Les items caractérisant la morbidité maternelle du post-partum manquent dans la plupart des études : infections post-opératoires, endométrites, phlébites, ...

Jolly retrouve des prolongations du séjour postnatal significativement plus fréquentes chez les femmes de plus de 40 ans que chez les femmes de 18-34 ans (OR= 2.1 [1.87-2.36]) [27*].

5.7.1. Les risques thrombo-emboliques

Selon certains auteurs, il semblerait que le risque de phlébite soit plus fréquent dans cette population, dont le mauvais état veineux est souvent souligné. Nous retrouvons effectivement 6 cas d'insuffisance veineuse ainsi qu'un cas de phlébite dans notre étude, mais le manque d'effectif ne nous permet pas de conclure. Un risque augmenté d'embolie pulmonaire est également cité par certains auteurs.

5.7.2. L'allaitement

Selon Jolly, les femmes de plus de 40 ans allaitent davantage que les femmes plus jeunes (OR=1.63 [1.52-1.75]) [27*], ce qui reflète selon les auteurs « l'augmentation des attitudes positives avec l'âge » [19*].

Nous retrouvons effectivement 61.9 % d'allaitement maternel dans notre population de femmes de plus de 40 ans, alors que la moyenne tous âges confondus est de 56.5% (p= N.S.) [56*].

5.7.3. La contraception

Si la fertilité chute après 40 ans, les risques de grossesses spontanées ne sont toutefois pas négligeables et la contraception de ces femmes reste une nécessité

Cette période de la quarantaine se caractérise par l'apparition d'un déséquilibre hormonal avec une hyperestrogénie, à laquelle succède volontiers une véritable anarchie hormonale avec épisodes d'hyper et d'hypoestrogénie. Tous ces troubles nécessitent une prise en charge spécifique, et une contraception hormonale adaptée, peut aussi restaurer une certaine qualité de vie.

- Les pilules progestatives pures microdosées ne sont pas indiquées à long terme car elles peuvent être à l'origine de manifestations d'hyperestrogénie.
- Les DIU ont une efficacité meilleure à cet âge, et le risque infectieux est théoriquement moindre.
- La stérilisation trouve là tout son intérêt, et permet d'éviter les contre-indications aux autres contraceptifs, de plus en plus fréquentes avec l'âge.
- Les pilules estroprogestatives permettent la régularisation des cycles et des règles, la réduction de la perte osseuse, le traitement du syndrome prémenstruel et des troubles climatiques, ainsi que de certaines affections gynécologiques.

Cependant le risque vasculaire (accident thrombo-embolique veineux et accident artériel) demeure augmenté avec l'âge et le poids, quel que soit le type de pilule estroprogestative utilisé. Après 40 ans, on sera encore plus attentif à l'histoire personnelle ou familiale de thrombopathie, et un bilan de coagulation sera demandé au moindre doute. Notons que 8 couples du CHU de Nantes ont décidé d'une stérilisation, et que 21 femmes de notre étude absorbent des oestroprogestatifs, alors que certaines d'entre elles présentent des contre-indications majeures.

5.8. Comparaison nullipares-multipares

Les conclusions de l'étude de Berkowitz sur des primipares de plus de 35 ans de bon niveau socioéconomique laissent penser qu'une première grossesse à 40 ans se déroulait mieux qu'une deuxième ou troisième grossesse [6*]. Les rares études comparant multipares et nullipares ne corroborent pas cette hypothèse. [4*,7*,22*,47*]. L'étude de Yasin, sur des femmes de 40 ans et plus, montre que même chez les primipares, il y a une augmentation des pathologies de la grossesse [47*]. Chan et Lao observent chez les primipares de plus de 40 ans plus d'hypertension artérielle gravidique, de métrorragies après 28SA, et de césariennes que chez les multipares âgées, mais quasiment aucune différence concernant le diabète gestationnel, les taux de prématurité, et l'état néonatal [10*]. L'étude de Gilbert, portant sur 24 032 femmes, dont 64% de multipares, retrouve des résultats similaires [22*].

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant l'hypertension artérielle gravidique, ni les césariennes, mais davantage d'extractions instrumentales, et d'allaitement maternel chez les primipares ($p=0.04$).

5.9. L'âge du père

Nous n'avons pu étudier ce critère, du fait de l'absence fréquente de renseignement à ce sujet dans les dossiers obstétricaux. On parle rarement de l'âge du père, pourtant celui-ci intervient notamment sur le taux de grossesse obtenues [18*].

Selon Wagner, l'impact de l'âge paternel est le plus significatif pour la prématurité, et surtout à partir de 40 ans où comparativement aux pères de 20-29 ans on relève un $OR=1.4$ [1.33-1.47]. En reproduction naturelle, les autres facteurs de fertilité du couple (âge de la conjointe, évolution de la fréquence des rapports sexuels ...) sont des facteurs de confusions et peuvent apporter des biais dans l'analyse. Or nous sommes confrontés, sur le plan épidémiologique, à une forte corrélation entre l'âge des partenaires.

La dégradation de la fertilité masculine avec l'âge s'associe à une augmentation du risque d'aberrations chromosomiques et des mutations autosomiques dominantes, à l'origine de différentes malformations ou perturbations fonctionnelles, et de celui de certaines mutations récessives liées au sexe [46*].

Certains travaux indiquent une diminution des chances de conception et une augmentation des risques de fausses couches spontanées lorsque l'âge paternel est supérieur à 40 ans.

La question d'un lien entre âge paternel et trisomie 21 a plus spécifiquement été débattue, et reste non tranchée même si une étude sur 11 535 grossesses obtenues par insémination avec sperme de donneur (IAD), retrouve une augmentation du risque de trisomie 21, chez les enfants issues des inséminations avec sperme de donneur âgé de plus de 38 ans. Un pourcentage important de syndrome de Klinefelter pourrait également être lié au vieillissement masculin [46].

5.10. Les aspects psychologiques

5.10.1. Les facteurs psychologiques

Il existe une pression sociale très forte sur les couples sans enfants. Socialement parlant, il y a, en effet, « un âge pour être mère ». A l'approche de la quarantaine, s'associe l'idée de la stérilité de la ménopause, et donc quelque part le vieillissement et la mort. La femme réagit parfois en désirant un enfant, comme gage d'immortalité. Poiraud, écrivait à ce sujet en 1990, qu'en ayant un enfant après 40 ans, « la femme transgresse à la fois la loi biologique de la succession des générations, et aussi la loi sociale : la femme de 40 ans lésant soi-disant son enfant d'un temps éducatif », soulignant tout de même, l'allongement de l'espérance de vie et le recul de l'âge de la ménopause. (52*)

Aujourd'hui, la vision des mères de 40 ans a considérablement évolué. Autrefois, les grossesses tardives signaient souvent la douloureuse absence de technique contraceptive efficace, et l'interdiction des interruptions volontaires de grossesses. Hier honteuses, les femmes affichent désormais fièrement leur ventre rond, comme le montrent les questionnaires analysés dans ce mémoire, même si elles font encore parfois l'objet d'une certaine réprobation sociale [54*]. L'absence de données récentes concernant le taux d'IVG après 40 ans nous empêche cependant, d'analyser cette évolution dans sa globalité.

Selon Michel Tournaire, chef de service à l'hôpital St Vincent de Paul, « il est vrai que ces femmes nécessitent un suivi particulier mais les femmes qui abordent la quarantaine sont aussi souvent plus mûres et mieux organisées. Elles suivent les conseils médicaux et se plient aux examens avec plus de sérieux que les femmes plus jeunes » [54*].

5.10.2. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement

Certaines mères ont le sentiment de vivre leur grossesse comme une maladie, alors que d'autres la vivent comme un accomplissement, mais c'est davantage l'histoire personnelle, que l'âge, qui a ici un réel impact.

Cependant, l'angoisse la plus importante de ces femmes demeure l'amniocentèse, qui les oblige à mettre leur grossesse, quelques temps, entre parenthèses. Cette étape leur fait prendre conscience que leur âge peut être la source de complications. Le diagnostic prénatal confronte les parents au deuil. Il faut également noter que les progrès scientifiques induisent l'idée d'une médecine toute puissante, ainsi la découverte de la moindre imperfection de l'enfant semble intolérable. Le dysfonctionnement précoce de la relation mère-bébé, séquelle d'un diagnostic anténatal qui a ombragé la grossesse, est de plus en plus fréquemment rencontré dans les consultations de psychopathologie du très jeune enfant. Les situations anténatales réveillent ou actualisent chez la mère le conflit psychique dû à l'ambivalence, lié à la présence d'un fœtus. La femme s'inquiète donc pour son bébé dans l'attente de quelque chose de grave. L'annonce d'une probable malformation ou anomalie chromosomique amplifie les pulsions agressives, et amène au désinvestissement du fœtus [57*].

5.11. Le rôle de la sage-femme

Bien évidemment, les grossesses physiologiques des mères de 40 ans ou plus peuvent être suivies par des sages-femmes, tout comme par des médecins. Un certain nombre de complications survenant plus fréquemment à cet âge, il est nécessaire d'être vigilant dans le suivi de ces patientes, et dans la recherche de ces pathologies potentielles.

Ainsi les échographies doivent être tout particulièrement conseillées aux femmes de cet âge, en respectant au maximum les dates, notamment celle de 12 SA qui doit mesurer avec précision la clarté nucale, afin de dépister précocement un risque augmenté de trisomie 21.

La surveillance des signes de pathologies vasculaires doit également être attentive, et devant tout signe singulier, la sage-femme doit réaliser un bilan biologique complémentaire, et orienter la femme vers un obstétricien.

Elle s'attardera également sur l'indice de masse corporelle, sur la prise de poids, et conseillera vivement le dépistage biologique du diabète. Il est également du rôle de la sage-femme de donner des conseils hygiéno-diététiques, et le cas échéant de faire appel à une diététicienne. Dans le cadre d'un diabète, elle orientera la patiente vers des consultations d'endocrinologie, ainsi qu'un suivi intensif de grossesse dans un service approprié.

Le dosage des marqueurs sériques sera également vivement conseillé afin d'éviter des amniocentèses inutiles.

Les échographies suivantes de 22 et 32 SA seront prescrites, également avec insistance auprès de la patiente, afin de rechercher des anomalies de croissance, morphologiques, mais aussi une insertion placentaire basse.

La préparation à la naissance est également à recommander à ces patientes, notamment nullipares, dont les angoisses sont parfois plus vives que celles des femmes plus jeunes, et on s'attachera à sensibiliser les femmes aux diminutions des mouvements actifs fœtaux, du fait d'un risque accru de mort in utero.

A la naissance, une délivrance dirigée sera systématique, en raison d'un risque élevé d'hémorragie.

En suites de couches, la sage-femme devra comme pour toute autre femme réaliser un lever précoce, mais restera particulièrement attentive aux signes d'anomalies thromboemboliques, plus fréquentes à 40 ans. Elle conseillera également la réalisation de séances de rééducation périnéale à ces femmes.

En cas de vécu difficile du diagnostic anténatal, il est également important que les professionnels puissent apporter une aide à cette distorsion précoce de la relation mère/enfant, sans laquelle un sentiment d'incompétence pourrait envahir la mère et faire persister les troubles de son nourrisson. Encourager ces mères à mettre en récit l'histoire anténatale vécue douloureusement, et à faire le lien entre les symptômes de l'enfant et leurs angoisses, semble primordial.

CONCLUSION

Les grossesses après 40 ans étant de plus en plus fréquentes, le regard porté par la société sur cette maternité évolue considérablement, et influence ainsi le vécu des femmes.

De nombreuses patientes ne sont, cependant, pas correctement informées des réalités biologiques afférant à leur fertilité : « Globalement il faudrait que chacun sache que 35% des femmes, qui veulent un enfant à 40 ans, ne verront jamais leur souhait exaucé » [50*].

Cette étude, comme la littérature, met en évidence un risque obstétrical globalement accru chez les femmes de plus de 40 ans. Une partie des pathologies gravidiques est liée à la fréquence plus élevée des pathologies médicales chroniques (HTA, diabète, ...), mais aussi à d'autres facteurs, tels que des délais plus longs entre les grossesses, dans cette population. Il est cependant, souvent difficile d'établir, si indépendamment des pathologies associées, l'âge est un facteur de risque de complications. Par ailleurs, l'âge maternel est également un facteur de risque mal expliqué d'accouchement par césarienne. Ce risque paraît, pour certains, lié à l'inquiétude de l'obstétricien et de la parturiente.

Lorsqu'une patiente souhaite une grossesse après 40 ans, il est donc nécessaire de l'informer d'une probable augmentation du risque pour elle et son enfant, et de réaliser un suivi de grossesse adapté, dans lequel la sage-femme a un rôle à jouer.

Il faut cependant garder à l'esprit que la prévalence de ces complications reste relativement faible, et que la majorité des publications concluent malgré tout à un pronostic obstétrical et néonatal globalement favorable.

Enfin, les risques de malformations de l'enfant augmentent avec l'âge des parents. De plus, pour diminuer la probabilité d'échec de grossesse, le recours aux techniques d'AMP est plus fréquent, avec souvent une implantation de 2 embryons, exposant ces patientes âgées aux risques des grossesses multiples. Dans ce contexte, les grossesses tardives peuvent majorer les dépenses de santé, et constituer un problème de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

[1*] ABU-HEIJA A, JALLAD M, ABUTKTEISH F

Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26 : 27-30

[2*] ASTOLFI P, DE PASQUALE A, ZONTA L

Late childbearing and its impact on adverse pregnancy outcome: stillbirth, preterm delivery and low birth weight. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53: 2S97-2S105

[3*] AUDIBERT F, MAIROVITZ V, FRYDMAN R

Les alternatives à l'amniocentèse pour age maternel. *Gynecol obstet fertilité* 2002 ; 30 : 562-566

[4*] BELAISCH-ALLART J, LAFRAY-PILLET MC, TAURELLE R

Les grossesses après 40 ans. *Reprod Human Horm* 1991 ; 322 : 659-64

[5*] BELAISCH-ALLART J

Grossesse et accouchement après 40 ans. *Encycl Med Chir. Edition Elsevier ; Gynécologie / Obstétrique, 5-016-B-10, 2000*

[6*] BERKOWITZ G, SKOWRON ML, LAPINSKI R, BERKOWITZ R

Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990; 322: 659-664

[7*] BIANCO A, STONE J, LYNCH L, LAPINSKI R, BERKOWITZ RL

Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87 : 917-922

[8*] BOOG G

Consultation pré-conceptionnelle après un accident obstétrical vasculaire in CARBONNE B Mises à jour en gynécologie et obstétrique, Diffusion VIGOT, PARIS. 2004 ; 35-50

[9*] BOUVIER-COLLE MH, PEQUIGNOT F, JOUGLA E

Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence tendances et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 768-775

[10*] CHAN BC, LAO TTL

Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above. *Hum Reprod* 1999; 14: 833-837

[11*] CNATTINGIUS S, FORMAN MR, BERENDES HW, et al.

Effect of age, parity and smoking on pregnancy outcome: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 16-21

- [12*] CRAWFORD BS, DAVIS J, HARRIGILL K
Uterine artery atherosclerotic disease: histologic features and clinical correlation. *Obstet Gynaecol* 1997; 90: 210-215
- [13*] DARBOIS Y, BOULANGER MC
Les grossesses survenant après 40 ans sont-elles à haut risque? *Rev fr Gynécol Obstét* 1990 ; 85 : 158-160
- [14*] DE VIGAN C, VODOVAR V, VERITE V, et al.
Current french practices for prenatal diagnosis of trisomy 21: a population based study in Paris 1992-1997. *Prenat Diagn* 1999; 19 : 1113-1118
- [15*] DUFOUR P, HAENTJENS K, VINATIER D
La grossesse chez les femmes de plus de 40 ans. *Contracept fertil Sex* 1997 ; 25 : 415-422
- [16*] DULITZKI M, SORIANO D, SCHIFF E, et al.
Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 935-939
- [17*] EDGE V, LAROS RK
Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881-5
- [18*] FIVNAT, BELAISCH-ALLART J, DEVAUX A, et al.
La femmes de 40 ans et plus en FIV et en ICSI : données FIVNAT. *Gynecol obstet fertilité ;* 2004; 32 : 730-736
- [19*] FONTEYN V, ISADA N
Nongenetic implications of childbearing after 35. *Obstet Gynecol Surv* 1988; 43: 709-720
- [20*] FRETTS RC, SCHMITTDIEL J, McLEAN FH, et al.
Increased maternal age and the risk of fetal death . *N Engl J Med* 1995 ; 333 : 952-7
- [21*] GAREEN IF, MORGENSTERN H, GREENLAND S, et al.
Explaining the association of maternal age with ceserean delivery for nulliparous and parous women. *J Clin Epidemiol* 2003; 56:1100-10
- [22*] GILBERT W, NESBITT T, DANIELSEN B
Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24032 cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 9-14
- [23*] GORDON D, MILBERG J, DALING J, HICKOK D et al.
Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 493-7
- [24*] GOURBIN C.
Foetal mortality, infant mortality, and age of parents. An overview. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53: 2S81-2S86

[25*] HANSEN J

Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1986; 41: 726-742

[26*] HOOK EB

Rates of chromosome abnormalities at different maternal ages. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 282-5

[27*] JOLLY M, SEBIRE N, HARRIS J, et al.

The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reprod* 2000; 15: 2433-7

[28*] LAGREW D.C. Jr, MARGAN MA, NAKAMOTO K et al.

Advanced maternal age: perinatal outcome when controlling for physician selection; *J perinatol* 1996; 16: 256-260

[29*] LEE KSS, FERGUSON R, CORPUZ M, et al.

Maternal age and incidence of low birth weight at term: a population study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158 : 84-89

[30*] LERIDON H

Des naissances de plus en plus tardives. *Lettre gynécol* 1996; 210:5-7

[31*] LIE RT, RASMUSSEN S, BRUNBORG H, et al.

Fetal and maternal contributions to risk preeclampsia: population based study. *Br Med J* 1998; 316:1343-1347

[32*] LOIZEAU S, DESPREZ B, GILLY V

La grossesse après 40 ans. *La lettre du gynécologue*. 2003 ; 279 : 12-6

[33*] NAEYE RL

Maternal age, obstetric complications, and the outcome of pregnancy; *Obstet Gynecol* 1983; 61: 210-216

[34*] PEIPERT J, BRACKEN MB

Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 81: 200-5

[35*] PRIOUX F

Late fertility in Europe: some comparative and historical data. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005;53: 2S3-2S11

[36*] RASMUSSEN S, IRGENS LM, ALBRECHTSEN S, DALAKER K

Predicting preeclampsia in the second pregnancy from low birth weight in the first pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 696-700

[37*] ROBILLARD PY, HULSEY TC, ALEXANDER GR, et al.

Paternity patterns and risk of prééclampsie in the last pregnancy in multiparae. *J Reprod Immunol* 1993; 24: 1-12

- [38*] ROMAN H, ROBILLARD P-Y, JULIEN C, KAUFFMANN et al.
Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 615-622
- [39*] ROSENTHAL AN, PATERSON BROWN S
Is there an incremental rise in the risk of obstetric intervention with increasing maternal age? *Br J Obstet Gynecol* 1998; 105: 1064-1069
- [40*] SEOUD M, NASSAR A, USTA I, et al.
Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Am J Perinatol* 2002; 19: 1-8
- [41*] SKJAERVEN R, WILCOX AJ, LIE RT
The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 2002; 346: 33-38
- [42*] TARIN JJ, BRINES J, CANO
A long-term effects of delayed parenthood. *Hum Reprod* 1998; 13:2371-2376
- [43*] TOULEMON L.
Who are the late mothers? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53: 2S13-2S24
- [44*] TUBBERGEN P, LACHMEIJER AM, ALTHUISIUS SM, VLACK ME, et al.
Change in paternity: a risk factor for preeclampsia in multiparous women? *J Reprod Immunol* 1999; 45: 81-88
- [45*] TUCK R, YUDKING P, TURNBUL L
Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility. *Br Obstet Gynaecol* 1988; 95 :230-237
- [46*] WAGNER L.
Fertilité de l'homme vieillissant. *Progrès en Urologie* 2004 ; 14 : 577-582
- [47*] YASIN S, BEYDOUN S.
Pregnancy outcome at 20 weeks gestation in women in their 40'S. A case control study. *J Reprod Med* 1988; 33: 209-213
- [48*] ZIADEH S, YAHAYA A.
Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet* 2001 Mar; 265 (1): 30-33
- [49*] ZHU BP, ROLFS RT, NANGLE BE, HORAN JM
Effects of the interval between pregnancies on perinatal outcomes; *N Engl J Med* 1999; 340: 589-94

Sites internet

- [50*] BRIN H, LERIDON H, BELAISCH-ALLART J
Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfant des familles : conférence de la famille 2005. Rapport des propositions remis à Ph. DOUSTE-BLASY, ministre des solidarités, de la santé, et de la famille : 61-61
Disponible sur : <http://les.rapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000311/0000.pdf>

[51*] D'ERCOLE C, BRETTELLE F, DESBRIERE R, et al.
La grossesse après 40 ans. 2003
Disponible sur : <http://www.sfmp.net/index1.php>

Mémoire d'élèves sages-femmes

[52*] POIRAUD N
La maternité à 38 ans ou plus dans la population française à l'hôpital de Nantes. *Mémoire sage-femme : Nantes : 1990, 32 p.*

[53*] VERONNEAU M
Attendre un enfant après 38 ans. *Mémoire sage-femme : 2004, 47 p.*

Revues

[54*] LEGROS C
Etre maman à 40 ans. *La vie*, 2005. N° 3139 : 18-25

[65*] SULLEROT E, GODET M
Un premier enfant de plus en plus tard. *Population et avenir*, 2005. N°674, 14-16

Enquêtes

[56*] BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G
Enquête Nationale Périnatale 2003
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>

Congrès

[57*] Journée post-universitaire de l'association professionnelle des sages-femmes de la faculté de médecine de Paris (APSFMP). SIROL F, Conséquence du diagnostic anténatal sur la relation mère - bébé. *Paris 23-24 septembre 2004*

ANNEXE

ANNE LAVIGNASSE
Ecole de sages-femmes
Maternité - CHU NANTES

Nantes, le 25 novembre 2005

Madame,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sages-femmes, je réalise un mémoire, dont le thème est la grossesse et l'accouchement après 40 ans. Je travaille notamment sur le vécu que peuvent en avoir les mères, et c'est pourquoi je vous sollicite.

Sur demande du Docteur T. LINET, gynécologue obstétricien au CHU, j'ai réalisé un questionnaire afin de collecter les informations concernant votre regard sur la **grossesse que vous avez eue en 2004**, et tout ce qui l'entoure.

Cette étude étant anonyme, je vous serais reconnaissante de bien vouloir nous informer, sans vous offenser, des données qui habituellement se trouvent dans un dossier médical.

Je tiens à vous remercier par avance du temps que vous voudrez bien accorder à cette étude. S'agissant du vécu tant de votre grossesse, que de votre accouchement, il est possible que vous trouviez certaines questions intimes. **Il ne s'agit en aucun cas de porter un jugement**, mais d'apprécier au mieux vos émotions. Chaque réponse est primordiale et, en répondant à cette lettre, vous nous permettrez peut-être de faire évoluer la prise en charge médicale et psychologique de ces grossesses après 40 ans, à l'hôpital.

Je vous fais également parvenir une enveloppe timbrée, afin que vous n'ayez pas à engager de frais pour me répondre.

Nous serions, par ailleurs, très sensibles au fait que vous nous renvoyiez ce courrier **avant le 19 décembre**.

Avec nos remerciements les plus sincères,

Docteur T. LINET

A. LAVIGNASSE

- Quel âge aviez-vous lors de votre accouchement en 2004 ? _____ ans
- Combien d'enfants avez-vous ? _____ enfants
- Quelle est votre situation familiale ?
 - célibataire
 - mariée
 - concubinage
 - autre : _____

VOTRE GROSSESSE

- Médicalement, votre dernière grossesse s'est-elle bien passée ? Sinon, quels événements majeurs l'ont marquée ? _____

- Pourquoi cette grossesse après 40 ans ? (plusieurs choix possibles)
 - volonté profonde
 - infécondité ayant retardé la grossesse
 - fausse(s)-couche(s) ayant retardé la grossesse
 - échec de contraception
 - raisons familiales :
 - famille recomposée
 - divorce
 - union tardive
 - autre :
 - raisons financières
 - choix de carrière
 - difficulté d'ordre psychologique ne permettant pas d'envisager une grossesse avant
 - autre : _____

- Cette grossesse était-elle désirée ? **oui** / **non**
(rayez la mention inutile)
- Personnellement, comment qualifieriez vous cette grossesse ? (plusieurs choix possibles)
 - épanouissement
 - accomplissement
 - fatigue
 - angoisse, stress, questionnements multiples
 - douleur
 - autre : _____

- Est-ce une première grossesse amenée à son terme **oui** / **non**
 - Sinon,
 - l'avez-vous trouvée plus difficile psychologiquement que la précédente ?
oui / **non**

- l'avez-vous trouvée plus difficile physiquement que la précédente ?
oui / **non**

- Votre entourage a-t-il montré à l'égard de cette grossesse des marques de :
 - admiration, encouragement
 - culpabilisation, pessimisme
 - indifférence

- La manière dont le suivi a été fait, vous a-t-elle convenu ? _____

- Le suivi médical particulier lié à votre grossesse après 40 ans,
 - vous a plutôt rassuré
 - vous a plutôt angoissé
 - vous a plutôt culpabilisé

- Etiez-vous informée, avant de débiter cette grossesse, de la diminution de la fertilité avec l'âge ?
oui / **non**

- Vous avait-on proposé une amniocentèse ? **oui** / **non**
 - Si oui, l'avez-vous réalisée ? **oui** / **non**Comment avez-vous vécu l'attente des résultats ? _____

- Vous avait-on informé du risque de fausse-couche lié à cet examen ?
oui / **non**
- Aviez-vous décidé d'interrompre la grossesse en cas de diagnostic de trisomie 21 ?
oui / **non**
- Aviez-vous peur pour votre enfant ?
oui / **non**

VOTRE ACCOUCHEMENT

- Selon vous, comment s'est passé votre accouchement? _____

- Concernant votre accouchement,
 - Auriez-vous eu moins de craintes si vous aviez eu moins de 40 ans ?
oui / **non**
 - pensez-vous que votre âge ait pu influencer le déroulement de votre accouchement ?
oui / **non**

Si oui, en quoi _____

VOTRE ENFANT

- Comment se porte votre enfant depuis sa naissance ? _____

- Pensez-vous que la manière, dont vous vous occupez de votre enfant, soit différente de celle que vous auriez pu avoir quelques années auparavant ? _____

APRES LA NAISSANCE,...

- Avez-vous repris le travail ? **oui** / **non**
 - Combien de temps après la naissance ? _____
 - **A temps plein** / **à temps partiel**
 - Si ce n'est pas votre premier enfant, avez-vous trouvé cette reprise différente des précédentes ? **oui** / **non**
Si oui, en quoi ? _____

- Comment avez-vous vécu les suites de la naissance ? _____

- Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous remettre de cette grossesse ? _____

- Avez-vous été enceinte depuis cette grossesse ? **oui** / **non**
- Si oui, comment vivez-vous ou avez-vous vécu la grossesse suivante :
 - Plus sereinement
 - De la même manière
 - Plus angoissée
- ESPACE LIBRE : toutes vos remarques seront les bienvenues, ou toute autre précision concernant votre vécu : _____

NOM : LAVIGNASSE

PRENOM : Anne

Titre du mémoire :

LA GROSSESSE APRES 40 ANS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE NANTES : ASPECTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

RESUME

L'objectif de cette étude est de décrire la grossesse, l'accouchement, et les suites de l'accouchement des femmes de 40 ans ou plus, sur les plans médicaux et psychologiques. Nous avons d'abord analysé 101 dossiers obstétricaux de patientes ayant accouché au CHU de Nantes, au cours de l'année 2004. Puis, nous avons considéré certains paramètres concernant le vécu de 56 d'entre elles ayant répondu à un questionnaire. Enfin, nous avons comparé nos résultats aux données de la littérature. Ces femmes présentent ainsi davantage de complications médicales et obstétricales, de plus, elles sont plus exposées aux risques d'anomalies chromosomiques, de mort in utero, de prématurité, et de transfert néonatal. Néanmoins, la prévalence des complications reste globalement faible. Une prise en charge rigoureuse permet donc à ces femmes de vivre avec sérénité leur grossesse et leur accouchement.

MOTS-CLES

Grossesse tardive
Césarienne
Hypertension artérielle
Délai entre les grossesses
Complications obstétricales
Etat néonatal
Psychologie
Sociologie