HAL
open science

Impact médical et psychologique des grossesses après 35 ans

Mélanie Lottin

To cite this version:

Mélanie Lottin. Impact médical et psychologique des grossesses après 35 ans. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02269009

HAL Id: dumas-02269009

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269009v1

Submitted on 22 Aug 2019

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

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2019

IMPACT MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE DES GROSSESSES APRES 35 ANS

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Mélanie LOTTIN

Née le 22 juin 1995

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame Sophie BONNET

IMPACT MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE DES GROSSESSES APRES 35 ANS

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée et qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire Madame Sophie BONNET, psychologue au CHU de Rouen, pour ses conseils, axes de lectures qui ont amélioré ma réflexion sur ce sujet.

Je désire aussi remercier Madame Anne BOURDON, sage-femme enseignante référente des dernières années, guidante de mon mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

J'adresse mes remerciements aux différentes cadres des maternités, qui ont accepté la diffusion de mon questionnaire.

Je tiens également à remercier les patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire. Sans elles, mon travail n'aurait pu être réalisé.

Je tiens également à remercier toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Rouen, qui m'a fourni les outils nécessaires pour la réussite de mes études.

Enfin, je remercie les membres de ma famille pour leur encouragement et soutien, sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pas été la même.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

REVUE DE LA LITTERATURE.....3

1 Aspects sociodémographiques 3

1.1 Epidémiologie 3

1.1.1 Naissances chez les femmes de plus de 35 ans 3

1.1.2 Augmentation de l'espérance de vie 3

1.1.3 Age d'accès à la maternité.....4

1.1.4 La fécondité 4

1.2 Bouleversements sociétaux et progrès médicaux 5

1.2.1 L'évolution du statut des femmes.....5

1.2.2 Modèle familial 6

1.2.3 L'accès à la contraception et droit à l'avortement 7

1.2.4 L'assistance médicale à la procréation 8

2 Les risques médicaux et obstétricaux rencontrés lors de grossesses tardives 9

2.1 Pathologies générales 10

2.1.1 Les pathologies thrombo-emboliques 10

2.2 Pathologies obstétricales.....11

2.2.1 Les fausses couches.....11

2.2.2 L'hypertension artérielle et la Pré-éclampsie 11

2.2.3 Le diabète gestationnel.....12

2.2.4 Placenta prævia 13

2.3 Le mode d'accouchement 13

2.4 L'hémorragie du post-partum immédiat.....14

2.5 La mortalité maternelle 15

2.6 Pathologies fœtales au cours de la grossesse 15

2.6.1 Les anomalies chromosomiques.....15

2.6.2 Grossesses gémellaires 16
2.6.3 Le retard de croissance intra-utérin 16
2.7 Risque pour la naissance 17
2.7.1 La prématurité 17
2.7.2 Le poids de naissance 17
2.7.3 Le mode d'alimentation 17
2.7.4 Mortalité et morbidité périnatale 18
3 Aspect psychologique des grossesses tardives 18
3.1 Le mécanisme psychique de la femme enceinte 19
3.2 Contexte d'obtention de la grossesse 20
3.3 Les sources d'angoisses des grossesses tardives. 21
3.4 La découverte de pathologies 21
4 Recommandations professionnelles et place de la sage-femme 22
4.1 Suivi de grossesse et orientation des femmes 22
4.2 Place de la sage-femme 23
RECHERCHE 25
1 Méthode d'investigation 25
2 Objectif et hypothèses 26
3 Critères d'inclusion et d'exclusion 26
4 Mode de recueil 27
5 Les précautions éthiques 27
6 Limites et biais de l'étude 27
RESULTATS 29
1 Nombre de questionnaires récoltées 29
2 Informations générales 29
3 Informations concernant la grossesse 32
4 Informations concernant l'accouchement 37
5 Informations concernant le nouveau-né 39

6 Vécu de la grossesse et de l'accouchement 40
7 Tableaux des données que nous avons croisées 44
DISCUSSION.....47
1 Analyse des résultats. 47
1.1 La répartition des âges 47
1.2 La parité 47
1.3 Profil des femmes enceintes de plus de 35 ans 48
1.4 Informations concernant la grossesse 48
1.4.1 Suivi de grossesse 48
1.4.2 Entretien prénatal précoce et cours de préparation à la naissance 49
1.4.3 Dépistage des marqueurs sériques à la recherche de la trisomie 21 51
1.5 Survenue de pathologies maternelles et fœtales.....51
1.6 Informations concernant l'accouchement 52
1.7 Informations concernant le ressenti et le vécu de la grossesse.....53
2 Réponses aux hypothèses et axes d'amélioration 55
CONCLUSION 56

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 – Graphique des types de maternité 29
Figure 2 – Graphique de la répartition de l'âge des mères et des pères.....29
Figure 3 – Graphique de la répartition de l'âge des mères 30
Figure 4 - Graphique des catégories socio-professionnelles 30
Figure 5 - Graphique des niveaux d'études 31
Figure 6 - Graphique des situations familiales 31
Figure 7 - Graphique sur la parité 32
Figure 8 - Graphique sur le mode de grossesse 32
Figure 9 - Graphique sur le suivi de grossesse.....33
Figure 10 - Graphiques sur l'entretien prénatal précoce, les cours de préparation à la naissance et la préparation à la naissance 33
Figure 11 - Graphique sur le nombre d'échographies réalisées pendant la grossesse 34
Figure 12 - Graphique sur le nombre de consultations prénatales 34
Figure 13 - Graphique sur le dépistage des marqueurs sériques du 1er trimestre 35
Figure 14 - Graphiques sur l'inquiétude des résultats et les examens complémentaires après dépistage 35
Figure 15 - Graphiques sur les hospitalisations et les consultations en urgence 36
Figure 16 - Graphique sur les pathologies rencontrées pendant la grossesse .37
Figure 17 - Graphique sur le déclenchement de l'accouchement 37
Figure 18 - Graphiques sur le mode d'accouchement et le contexte de la césarienne 38
Figure 19 - Graphique sur le terme de l'accouchement 38
Figure 20 - Graphique sur le recours à l'APD 39
Figure 21 - Graphique sur l'alimentation du nouveau-né 39
Figure 22 - Graphique sur le poids des nouveau-nés à la naissance 39
Figure 23 - Graphique sur la peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant 40
Figure 24 - Graphique sur le choix d'avoir un enfant à cet âge.....40
Figure 25 - Graphiques sur l'acceptation de la grossesse, du soutien, du jugement et de la préoccupation de l'âge par l'entourage.....41
Figure 26 - Graphique sur les angoisses pendant la grossesse 41
Figure 27 - Graphique sur la recherche d'information sur internet.....42

Figure 28 - Graphique sur l'appréhension de la naissance 43
Figure 29 - Graphique sur le pourcentage de femmes ayant évoqué leur âge auprès d'un professionnel de santé 43
Figure 30 - Graphique sur la note sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement 44

Tableau 1 - 10 sources d'angoisses les plus rapportées par les femmes de plus de 35 ans 42
Tableau 2 - Informations recherchées par les femmes 43
Tableau 3 - Tableau croisé entre l'entretien prénatal précoce et les angoisses particulières pendant la grossesse.....44
Tableau 4 - Tableau croisé entre les cours de préparation et les angoisses particulières pendant la grossesse.....45

GLOSSAIRE

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

EPP : Entretien Prénatal Précoce

FIV : Fécondation In Vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LAG : Large pour l'Age Gestationnel

MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhées

INTRODUCTION

De nos jours, nombreuses sont les femmes qui mènent une grossesse à un âge de plus en plus tardif. Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), le terme de grossesse tardive s'applique lors d'une grossesse menée après 35 ans et plus particulièrement à 40 ans. A partir de 45 ans, les grossesses sont considérées comme très tardives(1). Ces grossesses constituent un phénomène en constante augmentation au sein de notre société, toutes classes sociales confondues. En effet, l'âge auquel une femme met au monde son premier enfant ne cesse d'augmenter depuis quelques années.

Plusieurs bouleversements socio-démographiques peuvent expliquer ce phénomène : l'évolution du mode de vie et du statut des femmes, le changement de modèle familial avec les unions stables de plus en plus tardives, l'augmentation des divorces et des familles recomposées, le développement de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'allongement des études supérieures ainsi que la poursuite d'une carrière professionnelle. Les progrès de la médecine concernant l'avènement de la planification des naissances, l'assistance médicale à la procréation et le don d'ovocyte ne font que renforcer cette dynamique. De cette manière, l'âge de la première grossesse peut être repoussé et peut avoir des conséquences sur le nombre d'enfant par femme.

D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2016 : « Le report des naissances à des âges maternels plus élevés, observés depuis quelques décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes »(2). Les données de la littérature s'accordent également pour confirmer cette tendance. En effet, l'âge maternel élevé représente un facteur de risque dans l'apparition de pathologies au cours de la grossesse, de l'accouchement et pour l'enfant.

Devenir mère à un âge avancé n'est pas un phénomène isolé. Au cours de notre activité, toute sage-femme est amenée à rencontrer ces patientes dans les différents services de soins. Nous pouvons également remarquer que bien qu'il s'agisse d'un sujet d'actualité, ces femmes peuvent encore être stigmatisées auprès de leur famille, de la société et parfois même par les professionnels de

santé. Mais comment se déroule la grossesse chez ces femmes et comment vivent-elles cette période de leur vie ?

L'objectif de ce travail de recherche est donc d'étudier l'impact médical et le vécu psychologique d'une grossesse à un âge maternel avancé dans le but d'améliorer l'expérience maternelle de ces grossesses. Les maternités tardives sont-elles plus à risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement ? Sont-elles plus à risques d'angoisses chez les patientes, notamment chez les nullipares ? L'anxiété pendant la grossesse est-elle liée à la suspicion de pathologie ?

Pour cela, nous étudierons dans une première partie le contexte épidémiologique et les changements sociétaux-économiques qui émergent depuis quelques années. Dans une seconde partie, nous évoquerons les risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement de ces grossesses tardives. Pour finir, nous analyserons les divers bouleversements psychiques ayant lieu au cours de la maternité et nous déterminerons quelle est la place de la sage-femme ainsi que les recommandations professionnelles sur ce sujet. Nous exposerons les résultats de notre étude puis nous les comparerons à ceux de la littérature afin d'en extraire une analyse pour prendre au mieux ces femmes en soin.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 Aspects sociodémographiques

1.1 Epidémiologie

Chaque année, près de 800 000 naissances ont lieu en France. Parmi ces naissances, d'après l'enquête périnatale de 2016, 17,2% des femmes ont plus de 35 ans au moment de l'accouchement et 4,1% ont plus de 40 ans pour la France métropolitaine(2).

1.1.1 Naissances chez les femmes de plus de 35 ans

Tout d'abord, il est important de noter que le nombre d'accouchements de femmes âgées de plus de 35 ans varie tout au long du 20e siècle. Au début du siècle, il était en diminution. Les années 1965-70 marquent une forte hausse de ces naissances. Puis, à partir des années 1970, nous pouvons constater une diminution des grossesses tardives. Cependant, depuis les années 2001, elles sont de nouveau en constante augmentation(3 ; 4).

1.1.2 Augmentation de l'espérance de vie

L'évolution de l'espérance de vie est l'un des premiers facteurs qui explique cette augmentation de grossesses tardives. En effet, celle-ci ne cesse de croître depuis la moitié du XXe siècle. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 1950, elle était de 69,2 ans et en 2015, elle était de 85,1 ans pour les femmes(5 ; 6). L'espérance de vie des hommes suit ce même schéma. Cette évolution peut s'expliquer par l'amélioration des conditions de vie sanitaires et par les progrès scientifiques notamment dans le domaine de la médecine. Mais cette augmentation de la durée de vie a des répercussions sur l'âge auquel une femme mène une grossesse. En effet, puisque les femmes vivent plus longtemps, cela leur laisse plus de temps pour concevoir et planifier leur vie de famille, même si la fertilité d'une femme ne durera pas toute sa vie, contrairement à un homme qui peut concevoir à un âge avancé.

1.1.3 Age d'accès à la maternité

Depuis quelques décennies, les grossesses menées à un âge tardif sont de plus en plus présentes dans notre société. L'âge auquel une femme met au monde son premier enfant ne cesse d'augmenter régulièrement(4 ; 6 ; 7). Il était de 22 ans en 1967, de 27,4 ans en 2000 et de 28,5 en 2015(7). L'augmentation de l'âge moyen à la première maternité aura forcément des conséquences sur l'âge à la conception des enfants suivants(4). En effet, si la femme n'a son premier enfant qu'après 35 ans, elle peut s'exposer également aux risques de grossesses rapprochées qui sont plus importants surtout après 35 ans avec notamment une augmentation de la morbi-mortalité maternelle(8).

Ces modifications peuvent s'expliquer par les bouleversements sociaux effectués dans cette même période. Ceux-ci seront détaillés plus loin dans cette première partie.

1.1.4 La fécondité

Le taux de fécondité correspond au nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à l'ensemble de la population des femmes en âge de procréer. La fécondité des femmes débute à la puberté et s'achève à la ménopause. Entre ces deux périodes, les femmes sont dites en âge de procréer. Par conséquent, les femmes âgées de 15 à 50 ans représentent les femmes en âge de concevoir(9). La fertilité est considérée à son maximum entre 20 et 30 ans(4 ; 10).

D'après les données recueillies par l'INSEE, nous pouvons constater que le nombre de femmes de plus de 35 ans au sein de la population a très peu augmenté. En revanche, la fécondité a évolué. En effet, la fécondité des femmes de 15-19 ans à tendance à diminuer et celle des 20-29 ans est stable. Par contre, la fécondité des 30-39 ans est en forte augmentation, de même que celle des plus de 40 ans qui connait une forte explosion des naissances ces dernières années(3 ; 4 ; 11).

Cette tendance évolutive de la fécondité peut être responsable du report de la naissance du premier enfant.

1.2 Bouleversements sociétaux et progrès médicaux

Le phénomène de grossesses tardives est principalement observé dans les pays développés.

L'âge de la femme constitue un paramètre démographique très sensible aux comportements sociétaux. En effet, la hausse de l'âge maternel est liée à plusieurs facteurs notamment sociaux tels que les modifications des normes sociales des femmes dans la société et des modèles familiaux. Elle est aussi liée aux progrès médicaux dans le domaine de la reproduction.

1.2.1 L'évolution du statut des femmes

Tout d'abord, au XXe siècle, la place des femmes a évolué au sein de la société. L'après-guerre marque une nouvelle période dans la vie des femmes. En 1945, elles obtiennent le droit de vote. Cette date marque le début des progrès dans l'acquisition des droits des femmes mais aussi dans la réduction des inégalités hommes-femmes.

Puis, l'activité des femmes évolue, elles s'émancipent. Elles travaillent et n'occupent plus uniquement le rôle de mère au foyer pour élever leurs enfants qui leur était réservé à l'époque. En effet, nous pouvons constater selon les chiffres de l'INSEE, une augmentation constante du nombre de femmes en activité. En 1990, la part des femmes ayant une activité professionnelle était de 58,2 % et en 2015 elle est de 67,6 %(12).

Nous pouvons remarquer également que les niveaux d'études et de qualifications des femmes augmentent. Elles sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures et se consacrent davantage à leur carrière professionnelle avant de fonder une famille(3 ; 12). Par ailleurs, de nos jours, il faut de plus en plus de qualifications pour trouver un emploi. La poursuite d'études supérieures devient nécessaire. En 2016, 54,7 % des femmes ont un niveau supérieur au baccalauréat selon l'INSEE(13). De plus, nous observons depuis quelques temps un allongement de la durée de réalisation des études supérieures(4 ; 13).

Cette émancipation des femmes est une des causes qui explique le recul de l'âge auquel une femme a son premier enfant. D'après l'INSEE, *« en 2012,*

les femmes les moins diplômées ont leur premier enfant quatre ans plus tôt que les plus diplômées »(11). Les femmes doivent donc arriver à concilier études, carrière professionnelle et vie de famille.

1.2.2 Modèle familial

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, nous pouvons remarquer une modification du schéma familial standard.

Tout d'abord, les unions stables sont de plus en plus tardives(4). En effet, les femmes tout comme les hommes profitent de leur jeunesse, attendent de trouver le bon partenaire et enfin profitent de leur vie de couple avant de se marier et de fonder une famille.

De plus, il y a moins de mariages et lorsque les femmes se marient c'est à un âge plus tardif qu'autrefois. L'âge moyen des femmes lors de leur mariage est aux alentours de 30,5 ans en 2013 alors qu'il était de 23 ans en 1980(14). C'est pourquoi, les enfants ne sont plus forcément conçus après le mariage. Effectivement, le pourcentage de naissances chez les femmes mariées diminue de façon constante. D'après les chiffres de l'enquête périnatale de 2016, la proportion de femmes mariées au moment de l'accouchement connaît une forte baisse entre 2010 et 2016 diminuant de 47,5% à 40,6%(2). Cette évolution sociétale est également due à un rapport à la religion catholique qui a changé.

Aussi, nous pouvons remarquer une augmentation du nombre de divorces et de rupture d'unions(14). Cela conduit à des secondes unions qui peuvent se solder par la venue d'un nouvel enfant plus tard pour souder le couple et forment ainsi des familles recomposées. Le nombre de familles recomposées ne cesse d'ailleurs d'augmenter(3 ; 6 ; 15).

La taille des familles en est donc modifiée. La fréquence des familles nombreuses traditionnelles est diminuée du fait notamment de l'avènement de la contraception(3 ; 15) alors que ces familles nombreuses étaient plus fréquentes jusqu'au milieu du XXe siècle(15). En revanche, l'augmentation des familles recomposées constitue un nouveau modèle de familles nombreuses(6).

L’analyse de la vie familiale actuelle montre donc beaucoup plus de périodes de vie de couple, puis rupture par divorce ou non et enfin recomposition familiale avec une seconde union.

1.2.3 L’accès à la contraception et droit à l’avortement

Deux événements concernant la régulation des naissances sont importants à prendre en compte.

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth est votée et légalise l’usage et la vente de contraceptifs qui étaient jusqu’alors interdits d’utilisation, de fabrication et d’importation en France sous peine de lourdes poursuites judiciaires(16).

Par la suite, le 17 janvier 1975, la loi Veil autorise l’avortement dans des conditions bien réglementées et définies.

Ces deux lois ont eu un impact important dans la vie des femmes. Elles peuvent désormais choisir quel est le bon moment, la bonne période de leur vie pour avoir un enfant(3). Cela marque une avancée majeure dans les droits des femmes et la planification familiale.

La légalisation de la contraception et de l’avortement permet aux femmes de décider du nombre d’enfants qu’elles désirent et du moment de leur vie qui leur semble le plus propice. *« Un enfant si je veux, quand je veux »* tel était le slogan prôné par le mouvement de libération des femmes dans les années 1980(3).

Le développement des différentes méthodes contraceptives par la suite offre un véritable choix de planification des naissances et contribue au recul de l’âge d’accès à la maternité ainsi qu’à la diminution des grossesses non désirées et des avortements clandestins.

La diffusion des différentes méthodes de contraception a largement contribué au déclin des grossesses à un âge tardif à partir des années 70.

1.2.4 L'assistance médicale à la procréation

De nos jours, en cas de difficultés de conception, les couples peuvent avoir recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Chaque année, ce sont près de 22 000 naissances qui sont issues des différentes techniques d'AMP(17).

Différentes méthodes d'aide à la procréation peuvent être utilisées telles que des traitements hormonaux, la stimulation ovarienne ou encore la fécondation in vitro (FIV).

La réglementation concernant la réalisation de FIV, ou de don d'ovocytes varie en fonction des pays. Certains pays se fixent une limite d'âge pour avoir recours à ces techniques, ou n'autorisent ces techniques qu'au couples hétérosexuels, vivants en couple, mariés et ayant un projet parental.

Ces différentes techniques ne sont pas à 100 % efficaces et leur efficacité diminue rapidement au fur et à mesure que l'âge augmente à cause du vieillissement ovarien entrainant une baisse de la fertilité(4). En effet, dès 35 ans, le corps connait une baisse physiologique de la fertilité. Les chances de conception diminuent à chaque cycle. La fertilité naturelle de la femme est de 12% à 35 ans. A l'âge de 37-38 ans, elle est dans une zone charnière. Enfin, à 42 ans, elle n'est plus que de 6% et est quasi-nulle après 45 ans.

Le déclin de celle-ci s'explique par la moindre sensibilité à la stimulation ovarienne, par l'altération et à la diminution de la réserve ovarienne qui est plus ou moins rapide selon les femmes, par le vieillissement ovocytaire, par la modification de la réceptivité utérine et par l'augmentation des pathologies utérines à type de fibromes ou encore l'aggravation de pathologie telle que l'endométriose(10).

A la puberté, une femme a un capital folliculaire aux alentours de 350 000 follicules. Lors de chaque ovulation, un voire plusieurs follicules peuvent être émis. Après 35 ans, les ovocytes contenus dans les ovaires sont de moins bonne qualité et surtout en moindre quantité(18).

D'après les études de Belaîsch-Allart et Khoshnood, le concept de limite d'âge de reproduction avec la ménopause est connu des femmes. En revanche, la notion de diminution de la fertilité, donc de concevoir et mener une grossesse à terme, reste encore floue auprès de celles-ci(4 ; 6). Pour remédier à cela, la

Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a émis en 2011 des recommandations auprès des professionnelles de santé afin d'améliorer la sensibilisation au déclin naturel de la fertilité lié à l'âge auprès des patientes(19).

L'augmentation des maternités tardives est en partie liée à la diffusion de la FIV, même si les femmes qui y ont recours se heurtent à des difficultés comme la faible efficacité de la FIV ou encore un coût élevé car les cycles de FIV ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie après 43 ans. En France, l'AMP et le don d'ovocyte sont très règlementés et ne sont autorisés que jusqu'à l'âge de 43 ans pour les femmes(6 ; 20).

Bien que l'AMP constitue un espoir pour les couples infertiles, elle n'a pas de résolutions pour tous les problèmes d'infertilités liés à l'âge avancé. En effet, elle ne corrige que 30 à 50% des pertes de fertilité liées au retard à la conception et ne compense pas la chute de la fertilité liée à l'âge. C'est pourquoi, de nombreuses femmes de plus de 40 ans ont maintenant recours, si nécessaire, au don d'ovocytes qui représente un réel espoir de grossesse car compense cette perte de fertilité. Les femmes plus âgées désireuses d'une grossesse vont donc aller recourir au don d'ovocyte venant de femmes plus jeunes qu'elles à l'étranger où la limite d'âge est fixée plus tardivement(15 ; 20). C'est le cas de l'Espagne qui fixe sa limite à 50 ans. Les couples réaliseront alors leur parcours d'AMP à l'étranger et feront suivre la grossesse et l'accouchement en France. D'où l'intérêt pour les professionnels de pouvoir être en mesure de prendre en charge ces couples.

Face à cette augmentation de grossesses tardives, quels sont les risques encourus par les patientes pour leur santé, pour la grossesse et l'accouchement, et pour le fœtus ?

2 Les risques médicaux et obstétricaux rencontrés lors de grossesses tardives

D'après l'ensemble des données de la littérature, il semblerait que les grossesses tardives menées au-delà de 35 ans soient plus à risque de comorbidités maternelle et fœtale. Les études menées dans les années 90 exposaient des risques extrêmement péjoratifs tant pour la mère que pour le fœtus.

Or, actuellement les études se veulent plus beaucoup plus optimistes sur le pronostic de ces grossesses du fait de la meilleure qualité de vie et de l'amélioration de la prise en charge de ces femmes(3 ; 10).

Les grossesses tardives présentent néanmoins certaines complications possibles aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Nous allons maintenant détailler les principales pathologies rencontrées chez ces femmes lors de la grossesse. Nous distinguerons les pathologies générales des pathologies obstétricales ainsi que le mode d'accouchement et les risques pour le fœtus.

2.1 Pathologies générales

D'ordre général, l'âge avancé constitue un facteur de risque dans l'apparition de problèmes de santé qui peuvent parfois s'avérer chroniques. La grossesse ne fait que s'accumuler avec l'âge et peut aggraver une pathologie existante ou en révéler une.

Après 40 ans, les pathologies préexistantes à la grossesse sont plus fréquentes telles que les pathologies cardio-vasculaires, néphrotiques, auto-immunes ou thyroïdiennes(1 ; 10 ; 21 ; 22). D'après les recommandations sur les grossesses après 40 ans de 2010 du CNGOF ; l'âge maternel élevé présenterait également des risques en moindre mesure de pathologies thrombo-emboliques, de syndrome dépressif, d'obésité(1).

De plus, d'autres éventuels facteurs de risques comme les antécédents familiaux, la consommation de tabac, le surpoids et l'obésité peuvent s'associés à l'âge maternel avancé et contribuer à l'augmentation et à l'apparition de pathologies gravidiques(1 ; 22 ; 23).

2.1.1 Les pathologies thrombo-emboliques

L'âge maternel supérieur à 35 ans est associé à une augmentation des risques thromboemboliques. En effet, il y a une augmentation des risques thrombo-emboliques avec l'âge, indépendamment de la grossesse, et des pathologies plus nombreuses chez les femmes après 35 ans.

L'âge maternel supérieur à 35 ans multiplierait le risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) par 2, et par 3 le risque d'embolie pulmonaire(4).

2.2 Pathologies obstétricales

2.2.1 Les fausses couches

Lors de grossesses tardives, il y a une nette augmentation du nombre de fausses couches qui est liée à l'augmentation de la fréquence des anomalies chromosomiques et des malformations associées(2 ; 4 ; 10 ; 21 ; 23). A 30 ans, il est de 15 % et après 40 ans il est de 30 %.

2.2.2 L'hypertension artérielle et la Pré-éclampsie

Au cours de la grossesse, l'hypertension artérielle représente la première cause de morbidité et mortalité maternelle et néonatale. Celle-ci est une pathologie dont les conséquences sur le plan maternel et fœtal sont importantes. D'après la littérature et notamment les recommandations émises par le CNGOF, les femmes de plus de 35 ans présentent un risque trois à quatre fois plus élevé de développer une hypertension artérielle gravidique durant la grossesse(1 ; 4 ; 6 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25). En effet, avec l'âge, la compliance vasculaire diminue pouvant engendrer l'apparition de pathologies cardio-vasculaires telles que l'hypertension artérielle. D'ailleurs, le taux d'hypertension artérielle double après 40 ans, passant de 8,5% avant 35 ans à 15,3% après 40 ans(10). Chez les femmes de 40 ans, l'hypertension gravidique est augmentée de trois à douze fois, comparé aux femmes plus jeunes âgées de 20-34 ans et plus particulièrement chez les primipares(4).

Une hypertension artérielle apparaissant au cours de la grossesse doit faire rechercher des signes de pré-éclampsies car celle-ci est aussi plus souvent fréquente dans les grossesses tardives.

D'après l'ensemble de la littérature, les taux d'hypertension artérielle et de pré-éclampsies sont significativement supérieurs chez les femmes de 35 ans et plus, comparés à la classe des 25-35 ans(2 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25).

La fréquence des pré-éclampsies sévères et des hellp syndromes est augmentée quelle que soit la parité(2 ; 4 ; 10 ; 24).

En cas de grossesses obtenues par don d'ovocytes ou par fécondation in vitro (FIV), le risque de pré-éclampsie serait plus important également(20).

2.2.3 Le diabète gestationnel

L'ensemble de la littérature scientifique s'accorde sur l'augmentation de la fréquence du diabète gestationnel lors d'une grossesse tardive(1 ; 4 ; 6 ; 10 ; 21 ; 23 ; 26). En effet, les études révèlent une augmentation de la prévalence du diabète ; et ce, quelle que soit la préexistence de celui-ci. A partir de 35 ans, le risque de développer un diabète gestationnel est multiplié par trois, quel que soit la parité(4 ; 6). Après 50 ans, ce risque s'élève à 5,2%(21). Cette augmentation de risque s'explique par une diminution des fonctions sécrétrices et de la sensibilité à l'insuline avec l'âge(10).

Actuellement, le dépistage du diabète gestationnel s'effectue sur facteur de risque. L'âge maternel supérieur à 35 ans constitue l'un de ces facteurs de risque de développer un diabète gestationnel de même que l'indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25, des antécédents de diabète au premier degré, un antécédent de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome(26).

Pour cela, le dépistage par réalisation d'une glycémie à jeun au premier trimestre est proposé systématiquement chez les femmes de plus de 35 ans. En cas de résultat normal, inférieur à 0,92 g/L, un second dépistage par hyperglycémie provoquée par voie orale après ingestion de 75 g de glucose est alors prescrit entre 24 et 28 semaines d'aménorrhées (SA) afin de confirmer l'absence de diabète gestationnel(26).

Le diabète gestationnel mal équilibré peut avoir des répercussions sur le devenir de l'enfant tel que des risques de macrosomie, de malformations. Il en est de même pour la grossesse et l'accouchement, il peut y avoir des risques de pré-éclampsie ou de complications à type de dystocies des épaules, difficultés d'extractions liés à des fœtus larges pour l'âge gestationnel (LAG), césarienne(10 ; 26). Il est donc primordial de savoir quand le dépister et de connaitre les facteurs de risques.

Par ailleurs, le diabète gestationnel expose la patiente à des risques pour sa santé au long terme tel qu'un futur risque de survenue de diabète de type 2. C'est pourquoi, le test par hyperglycémie provoquée devra être réalisé deux à trois mois après l'accouchement. Au vu de ces données, il est donc primordial d'en informer les patientes et de le dépister. Cependant, bien que l'âge représente un facteur de risque, le risque de développer un diabète gestationnel reste influencé par l'IMC, les comportements alimentaires et par l'état de santé global de la femme(23 ; 26).

2.2.4 Placenta prævia

Les femmes âgées de plus de 40 ans auraient un risque de placenta prævia multiplié par neuf comparé aux femmes plus jeunes(4). Ce risque serait d'ailleurs plus important chez les primipares âgées(1 ; 10 ; 21 ; 23). L'âge semble être un facteur de risque indépendant et le risque de placenta prævia serait lié à la vascularisation de l'endomètre.

2.3 Le mode d'accouchement

Il semblerait que les grossesses après 35 ans soient plus à risque de césariennes comparées aux femmes plus jeunes. D'après l'enquête périnatale de 2016, 20,2% des naissances ont lieu par césarienne(2). Le taux de césarienne retenue est de 30% en moyenne chez les femmes de plus de 35 ans(10). D'après les différentes études, le risque de césarienne toutes situations confondues est multiplié par deux à trois lors d'une grossesse tardive et d'autant plus chez les primipares(4 ; 6 ; 10 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25). En effet, chez les parturientes de plus de 35 ans, nous constatons non seulement une augmentation du nombre de césariennes durant le travail mais aussi une augmentation des césariennes programmées(1 ; 6 ; 21 ; 22).

Les causes de cette augmentation du nombre de césariennes sont multiples.

Les césariennes programmées seraient dues à une augmentation des présentations dystociques, à des antécédents de chirurgies pelviennes à type de myomectomies, ou bien encore dues à des fœtus LAG souvent conséquentielles

d'un diabète gestationnel dont l'incidence est très forte(1 ; 2 ; 10 ; 21). De plus, la présence de pathologies à type de pré-éclampsie, retard de croissance intra-utérin, placenta prævia peuvent être des indications de césariennes.

Quant aux césariennes survenant en cours de travail, elles seraient la conséquence de la qualité de la contractilité myométriale qui serait altérée avec l'âge. Cela engendre donc une mauvaise contractilité du myomètre et peut donc causer des stagnations de dilatations au long cours. Cela pourrait avoir également des répercussions sur le rythme cardiaque fœtal. La durée du travail est également allongée notamment chez la primipare et principalement durant la phase de latence (10).

Aussi, le nombre de déclenchements du travail augmente avec l'âge et particulièrement pour des motifs de termes en voie de dépassement. Les échecs de déclenchements contribuent aussi à l'augmentation des césariennes en cours de travail(10 ; 21).

De plus, l'anxiété de la patiente et de l'obstétricien quant aux risques de ces grossesses jouent un rôle non négligeable dans la décision de programmation de césarienne prophylactique mais aussi dans le cas de césarienne en cours de travail(1 ; 10 ; 21 ; 24).

Il semblerait également que le recours à l'extraction instrumentale soit plus fréquent en cas de grossesse tardive et ce quelle que soit la parité(1 ; 6 ; 10 ; 24). Nous pouvons donc conclure que lors de l'accouchement, les parturientes de plus de 35 ans sont plus à risques d'interventions obstétricales.

2.4 L'hémorragie du post-partum immédiat

Certaines études montrent une augmentation avec l'âge avancé du risque d'hémorragie du post-partum immédiat, en particularité chez les primipares(1 ; 10 ; 21). La cause de l'hémorragie serait due à la mauvaise contractilité de l'utérus qui augmenterait les atonies et aux césariennes beaucoup plus fréquentes. Cependant, toutes les études ne s'accordent pas sur ce sujet, nous ne pouvons donc pas réellement conclure (1 ; 11 ; 22).

2.5 La mortalité maternelle

D'après le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), la mortalité maternelle désigne le décès d'une femme survenu au cours de sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue(27).

La fréquence de la mortalité augmente avec l'âge, il en est de même pendant la grossesse. La mortalité maternelle augmente fortement après 35 ans du fait de pathologies préexistantes avant la grossesse(4 ; 6 ; 10 ; 21 ; 22).

Selon le CNGOF, les principales causes retrouvées sont les hémorragies, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies liées à l'hypertension artérielle, les embolies amniotiques, les infections(1).

Il est important de préciser que cet évènement reste malgré tout encore très rare, surtout dans les pays développés. En France, entre 2010-2012, 256 femmes sont décédées soit 85 par an, ce qui correspond à 10 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes(28).

2.6 Pathologies fœtales au cours de la grossesse

Les différentes pathologies que nous venons d'étudier peuvent avoir des répercussions sur le développement du fœtus. Nous distinguerons les principaux risques rencontrés au cours de la grossesse puis à la naissance pour le nouveau-né.

2.6.1 Les anomalies chromosomiques

Avec l'âge maternel avancé, le taux d'anomalies chromosomiques augmente(21). Les plus fréquemment retrouvées concernent les trisomies 13,18 et 21(4 ; 6 ; 23 ; 24). En effet, cette dernière retient notre attention car il s'agit de l'anomalie chromosomique la plus retrouvée. Elle est dépistée en moyenne sur près de 27 grossesses sur 10 000(28). La fréquence de trisomies 21 augmente avec l'âge maternel. C'est pourquoi, l'HAS a élaboré un plan de dépistage prénatal facultatif systématiquement proposé auprès de toutes les femmes enceintes(29).

Le dépistage de la trisomie 21 consiste en un dépistage combiné au premier trimestre de la grossesse associant une mesure de la clarté nucale à l'échographie réalisée entre 11 SA et 13 SA et 6 jours, et un dosage sanguin des marqueurs sériques. Ces éléments, entre autres, l'âge maternel permettent de calculer le niveau de risque d'avoir un enfant atteint de trisomie 21. L'âge est un critère important qui est pris en compte dans ce calcul(29).

En fonction des résultats certains examens complémentaires peuvent être demandés afin d'écarter ce risque. Depuis 2017, l'HAS recommande de proposer le test ADN libre circulant de la trisomie 21 aux femmes ayant un risque supérieur à 1/1000 dans le but d'améliorer le taux de dépistage des trisomies 21.

L'intérêt de ces tests est de diminuer le nombre d'actes invasifs, de rassurer et dépister le plus précisément les trisomies 21 afin de pouvoir proposer une prise en charge et réaliser une interruption médicale de grossesse le plus rapidement possible si celle-ci est demandée par le couple(29).

2.6.2 Grossesses gémellaires

Avec l'âge avancé, elles deviennent plus nombreuses de façon spontanée(4 ; 21). De plus, l'assistance médicale à la procréation et le don d'ovocytes font augmenter considérablement le nombre de grossesses gémellaires(4). En France, seulement un à deux embryons maximums sont implantés. Or, à l'étranger, cette règlementation n'est pas la même, il n'y a pas de limite dans le nombre d'embryons implantés(17). Les femmes peuvent donc s'exposer à une implantation de plusieurs embryons et donc à un risque de grossesse multiple. La complexité des grossesses gémellaires s'ajoute alors aux complications liées à l'âge maternel(17).

2.6.3 Le retard de croissance intra-utérin

La prévalence des retards de croissance intra-utérin (RCIU) serait liée à la modification de la vascularisation utérine avec l'âge du fait de pathologies à types de myomes, hypertension artérielle, pré-éclampsie engendrant une diminution de la perfusion placentaire(10 ; 21 ; 22 ; 25). Le RCIU est donc assez souvent une conséquence des comorbidités maternelles rencontrées au cours

de la grossesse. En effet, parce que l'utérus et le placenta vont être moins bien vascularisés, la vascularisation sera également moins bonne pour le fœtus, ce qui aura des conséquences sur sa croissance et son développement. Il y aura donc une prise en charge particulière pendant la grossesse.

2.7 Risque pour la naissance

2.7.1 La prématurité

La prématurité désigne toute naissance d'enfant survenant avant 37 SA. La plupart des études révèlent une mise en travail prématurée plus élevée lors d'une grossesse tardive notamment chez les primipares âgées(4 ; 10). Cette prématurité peut être induite par les complications obstétricales rencontrées au cours de la grossesse engendrant une induction du travail ou bien une césarienne(6 ; 22 ; 23 ; 24).

2.7.2 Le poids de naissance

D'après Belaîsch-Allart, les poids moyens de naissance seraient identiques indépendamment de l'âge de la mère(6 ; 10). Cependant, la proportion de nouveau-nés de petits poids de naissance inférieurs à 2500 g ou au contraire de macrosomes supérieurs à 4000 g serait augmentée lors de grossesses tardives(10 ; 21 ; 23). Ce risque est augmenté par 2,5 pour les petits poids de naissance(10). Les petits poids de naissances seraient dus à l'hypertension artérielle, à la pré-éclampsie et à la prématurité. En revanche, l'augmentation de la fréquence des macrosomes s'expliquerait par l'incidence élevée des diabètes gestationnels après quarante ans(6).

Cela a pour conséquence plus d'hospitalisations en néonatalogie pour risques de complications métaboliques après la naissance.

2.7.3 Le mode d'alimentation

Il semblerait que l'allaitement maternel soit plus fréquent chez les femmes plus âgées notamment après 30 ans. Le taux d'allaitement est de 67% en 2013 pour les femmes ayant 30 ans ou plus. Il y a significativement moins de femmes

très jeunes qui allaitent leur enfant, même en tenant compte d'autres critères(30). Mais l'âge n'est pas le seul facteur qui influence sur le mode d'alimentation ; il y a notamment le niveau d'études, le tabagisme, la catégorie socio-professionnelle.

2.7.4 Mortalité et morbidité périnatale

Il semblerait selon le CNGOF que la mortalité fœtale in utero soit augmentée avec un risque multiplié par deux(1). Elle serait la conséquence des pathologies maternelles et fœtales, et du tabagisme et serait plus fréquente chez les multipares(10 ; 20).

La morbidité périnatale est plus importante dans les grossesses tardives du fait des différentes pathologies précitées chez les patientes de plus de 35 ans(6 ; 10 ; 21 ; 24).

C'est pourquoi un dépistage de ces comorbidités maternelles et fœtales en pré-conceptionnel ou dès la première consultation ainsi qu'un suivi régulier s'avèrent fondamentaux pour la prise en charge de ces grossesses tardives. Cela nécessite une collaboration pluridisciplinaire entre sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et spécialistes.

Ces grossesses tardives sont donc à risques de certaines complications.

Mais quel est le vécu de la grossesse pour ces femmes de plus de 35 ans ?

3 Aspect psychologique des grossesses tardives

La grossesse est une période de grands remaniements psychiques chez la femme enceinte, et ce quel que soit l'âge. Cependant, à un âge maternel plus avancé, le contexte dans lequel a été obtenu la grossesse n'est pas forcément le même qu'à un âge plus jeune. Cela peut avoir des conséquences sur le vécu de la grossesse. C'est ce que nous verrons au cours de cette partie. Intéressons-nous d'abord aux bouleversements psychiques de la femme enceinte.

3.1 Le mécanisme psychique de la femme enceinte

Accéder à la parentalité est le résultat d'un cheminement psychique dans lequel interviennent de multiples facteurs notamment la propre histoire des parents. La grossesse provoque chez la femme une vague émotionnelle intriquant à la fois le bonheur, l'espoir, mais aussi la peur et l'angoisse. Elle représente une période de fragilité identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui accède ainsi à la maternité(31 ; 32).

Plusieurs caractéristiques sont alors présentes pendant la grossesse :

- La transparence psychique : pendant la grossesse, la femme revit sa propre enfance, son passé. Elle revoit le fil de sa vie, son évolution (31).

- Les remaniements identitaires : la grossesse engendre des modifications hormonales, des transformations à la fois corporelles, et psychiques bouleversant l'identité de la femme. Cela peut lui sembler être une menace vis-à-vis de sa sécurité identitaire, de sa stabilité psychique, de la perception de soi. En accédant à la maternité, la femme accède à un nouveau statut : celui de mère. C'est pourquoi la grossesse est parfois comparée à une « seconde période adolescente » chez la femme(31 ; 32).

- La reviviscence de la relation à la mère : l'histoire personnelle de la femme, son passé, sa propre enfance, sa place dans la fratrie, son inconscient, et sa créativité imaginaire portent une influence dans la relation que la femme tente d'établir avec son fœtus. Ces différents facteurs peuvent avoir des effets positifs comme négatifs dans la future relation. De plus, l'accès à la maternité remémore les relations que la femme entretenait elle-même avec sa propre mère(31).

- Le renforcement du narcissisme : Pendant la grossesse, le narcissisme de la femme est conforté. Le vécu de la femme est axé principalement sur le vécu de sa grossesse ; la représentation de l'enfant reste imaginaire voire absente. Puis à partir du 7e mois, la place de l'enfant devient plus importante dans le psychisme de la femme(31).

- L'ambivalence : pendant la grossesse les représentations sont floues. Cela est dû à l'inconscient et au narcissisme de la femme qui se trouvent menacés par l'enfant imaginaire. Plusieurs sentiments sont alors ressentis par la

femme : la joie, la rivalité, la crainte, la colère, l'amour. C'est une grande période de questionnement. Ces changements d'humeurs, de sentiments sont normaux et sont provoqués par les hormones de la grossesse(31 ; 32).

Nous pouvons donc classer les différents remaniements psychiques au cours de la grossesse selon le schéma suivant :

- Au 1er trimestre, le mode narcissique est présent. La femme est centrée sur elle-même. Elle est heureuse d'être enceinte mais a peur de la grossesse. Il y a donc une ambivalence qui peut s'exprimer à différents niveaux selon le vécu de la femme.
- Au 2e trimestre, le corps de modifie, laisse apparaitre la grossesse. Les représentations de l'enfant s'enrichissent à partir du 4e mois permettant l'élaboration de la parentalité.
- Au 3e trimestre, l'ambivalence est très présente. La femme est très vulnérable. Elle est très centrée sur son enfant, sur l'arrivée de celui-ci, elle est à son écoute.

3.2 Contexte d'obtention de la grossesse

Le contexte dans lequel est obtenue une grossesse après 35 ans n'est pas forcément vécu de la même manière pour toutes les femmes de cette tranche d'âge. En effet, parfois il s'agit d'une grossesse obtenue après plusieurs échecs, de longs parcours d'assistance médicale à la procréation, recours au don d'ovocytes, ou encore des grossesses inopinées. Ce sont des parcours éprouvant pour les couples mais aussi pour l'entourage. Justement, parfois l'environnement familial peut ajouter une pression supplémentaire à la femme(33).

De même, il arrive que les femmes qui mènent une grossesse tardivement soient stigmatisées auprès de la société et même de leur famille. Leur grossesse tardive peut susciter l'incompréhension, jugements du fait des risques qu'elle comporte et de l'image qu'elle renvoie. Les relations avec l'entourage influencent donc le degré d'anxiété des femmes. Cela contribue à augmenter celle-ci(3 ; 10 ; 33).

3.3 Les sources d'angoisses des grossesses tardives.

Au cours de la grossesse plusieurs angoisses apparaissent. Celles-ci fluctuent en fonction de l'avancement de la grossesse, de la parité et de l'âge de la femme(33).

En effet, la parité de la femme joue sur le vécu de sa grossesse. Pour les primipares dites âgées, la grossesse et l'accouchement sont des expériences inconnues contrairement aux multipares âgées qui ont déjà vécues cette expérience.

L'âge contribue également aux angoisses. A un jeune âge, il s'agit plutôt de questions quant à l'organisation matérielle et financière de la grossesse. En revanche, à un âge maternel plus avancé, ce sont plutôt des questions concernant les capacités énergiques à élever un enfant et les risques pour la santé(3 ; 33).

Lors du premier trimestre, il s'agit de troubles à type d'irritabilité et de labilité émotionnelle, d'angoisses de fausses couches et la crainte de développer une pathologie durant la grossesse(34).

Lors du deuxième trimestre, il s'agit de craintes de malformations concernant l'enfant à venir(34).

Enfin, au troisième trimestre, ce sont des angoisses relatives à l'arrivée et l'état de santé de l'enfant, le déroulement de l'accouchement et des questions pratiques quant à l'accessibilité à la maternité(34).

3.4 La découverte de pathologies

La place des dépistages et des examens complémentaires pendant la grossesse est une source de stress pour les patientes(31 ; 32). Les femmes de plus de 35 ans étant plus à risque de développer certaines pathologies en sont davantage angoissées. L'idée de découvrir une pathologie ou des signes suspects d'anomalies comme une nuque épaisse par exemple, peut avoir des répercussions psychiques sur le déroulement de la grossesse et la mise en place des relations parents-enfant(6 ; 31). Les inquiétudes vis-à-vis du maintien de la grossesse vont alors parfois faire mettre entre parenthèse la grossesse le temps des explorations complémentaires(31).

L'annonce d'une suspicion de maladie ou de malformation plonge les parents dans l'angoisse modifiant le processus de parentalisation. Les situations où l'évolution de la grossesse est compromise sont difficiles et peuvent conduire à un désinvestissement du fœtus(31 ; 34).

Selon Freud, il y a deux formes d'angoisses : l'angoisse automatique qui est ressentie lors d'un danger et l'angoisse signal qui agit comme alarme. Dans l'annonce de pathologie, l'angoisse automatique coupe les représentations de l'enfant engendrant des difficultés de mise en place du lien parent-enfant(31).

De même, après la naissance de l'enfant, les femmes sont plus à risques de décompensation psychologique en post-partum(33 ; 34).

La sage-femme a donc un rôle important pour le dépistage des signes de vulnérabilités et pour répondre aux questions des patientes afin de pouvoir limiter les angoisses de celles-ci. Quel est le rôle de la sage-femme dans le suivi de ces femmes ?

4 Recommandations professionnelles et place de la sage-femme

4.1 Suivi de grossesse et orientation des femmes

Dans les recommandations de la HAS parues en 2007, mises à jour en mai 2016, elle a notamment défini le type de suivi de grossesses et l'orientation des femmes enceintes selon les risques identifiés(35).

Deux types de suivi et deux types d'orientation sont alors proposés

- Suivi A : la grossesse est jugée sans risque ou à bas risque. Le suivi peut alors être effectué par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, généraliste ou obstétricien)(35).
- Suivi B : la grossesse présente un risque identifié comme pouvant s'avérer élevé. Le suivi doit alors être effectué par un gynécologue obstétricien(35).

- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé(35).
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. Celui-ci peut être nécessité l'avis d'un autre spécialiste également(35).

Le suivi des grossesses tardives s'effectue selon le schéma classique à savoir sept consultations prénatales à partir du troisième mois de grossesse accompagnées de trois échographies obstétricales ; une échographie à chaque trimestre. D'après les recommandations de l'HAS, les femmes d'âge extrême doivent avoir un suivi A1. L'avis d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre spécialiste est recommandé en période pré conceptionnelle ou lors de la première consultation prénatale(35).

4.2 Place de la sage-femme

Le métier de sage-femme est une profession médicale dont les compétences sont définies au travers du code de déontologie de la profession et dans le code de la santé publique. Celui-ci détermine leur champ de compétences en physiologie et au dépistage de la pathologie(36).

La sage-femme a pour mission d'accompagner les couples, les rassurer et réaliser le suivi de la grossesse physiologique depuis la déclaration de grossesse à la visite post-natale. En effet, lorsque la femme ne présente aucune pathologie pendant sa grossesse, elle peut être suivie par une sage-femme. En cas de dépistage ou de suspicion de pathologie, il est alors du rôle et de la responsabilité de la sage-femme de diriger la patiente vers le gynécologue-obstétricien. Elle a donc un rôle central dans l'évaluation du niveau de risque de la grossesse(36).

La sage-femme a également pour mission de proposer et animer des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que l'entretien prénatal précoce réalisé vers le 4e mois de grossesse(32 ; 37). Ces cours et cet entretien sont facultatifs mais proposés à toutes les femmes enceintes. Ces cours contribuent à l'état de santé global de la femme enceinte et du futur nouveau-né puisqu'ils permettent dépister des difficultés somatiques, psychologiques, sociales qui pourraient ou sont survenues au cours de la grossesse, de rassurer les patientes et de répondre à leurs questions afin de limiter les angoisses au cours de la grossesse. Le but de cette préparation est également de transmettre des informations sur les facteurs et comportements à risques rencontrés pendant la grossesse, d'accompagner le couple à l'accueil du nouveau-né, de repérer des situations de vulnérabilité ou à risques afin d'orienter les couples(37).

Une orientation vers des professionnels adéquats peut être alors proposée aux patientes suivant les situations retrouvées(31 ; 37).

La sage-femme est donc un acteur central de la prise en soin de ces patientes.

RECHERCHE

1 Méthode d'investigation

Nous avons ciblé notre étude sur les patientes âgées de plus de 35 ans à la date présumée de leur début de grossesse.

Pour étudier ce thème, nous avons donc réaliser une étude rétrospective multicentrique en distribuant des questionnaires anonymes auprès de patientes âgées de plus de 35 ans à la date présumée de leur début de grossesse, ayant accouchées en Normandie, dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure.

Les questionnaires ont été distribués dans trois maternités de ces deux départements : Vernon (niveau 1), Elbeuf (niveau 2) et Rouen (niveau 3).

Les questionnaires ont été diffusés sur les périodes suivantes :

- à l'hôpital de Vernon, CH Eure-Seine, du 24 octobre 2018 au 18 mars 2019
- au CHI d'Elbeuf du 11 février au 18 mars 2019
- au CHU de Rouen du 20 octobre 2018 au 18 mars 2019

Les questionnaires ont été distribués dans les services de suites de couches des différentes maternités afin d'obtenir également le ressenti des patientes sur le vécu de leur grossesse tout en exploitant des données médicales. Au total, 130 questionnaires ont été récupérés remplissant notre objectif d'une centaine de questionnaire. Seules quelques patientes ont refusé de répondre à notre questionnaire.

Le questionnaire élaboré comporte quatre parties.

- Une première partie qui porte sur des informations d'ordre général : l'âge des deux parents, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude, le statut marital, la parité.
- Une seconde partie qui recherche des informations concernant la grossesse : le contexte d'obtention de la grossesse, le mode de la grossesse, le suivi de celle-ci, le nombre d'échographies et de consultations prénatales réalisées, la participation ou non au cours de préparation à la naissance et à l'entretien prénatal précoce, la réalisation du dépistage des marqueurs sériques du 1er trimestre, la

réalisation d'hospitalisation et de consultations d'urgence, la présence de pathologie au cours de la grossesse.

- La troisième partie évoque l'accouchement : la réalisation d'un éventuel déclenchement, le recours à l'analgésie péridurale, le type d'accouchement, le terme.
- La quatrième partie concerne le nouveau-né : son poids de naissance, le mode d'alimentation initialement choisi.
- Enfin, la dernière partie concerne le ressenti et le vécu de la grossesse et de l'accouchement par les femmes, les raisons, le soutient pendant la grossesse, la présence d'angoisses.

Le questionnaire se trouve en annexe I.

2 Objectif et hypothèses

L'objectif de ce travail de recherche est d'évaluer quel est l'impact médical et psychologique des grossesses tardives chez les femmes de plus de 35 ans.

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les grossesses tardives sont plus à risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement
- Les grossesses tardives sont plus à risques d'angoisses pendant la grossesse, principalement chez les primipares
- L'angoisse pendant la grossesse est-elle liée à la suspicion de pathologie ?

3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient être une femme âgée de plus de 35 ans au début de la grossesse c'est-à-dire être née avant 1983, avoir accouché dans les termes de la viabilité (âge gestationnel supérieur ou égal à 25 SA), un enfant unique, né vivant.

Les critères d'exclusion étaient avoir une mauvaise compréhension du français, les termes hors viabilité, les morts fœtales in utéro, les enfants mort-nés, les patientes transférées d'un autre établissement après l'accouchement, les grossesses multiples.

4 Mode de recueil

Les questionnaires étaient distribués de manière anonyme aux patientes en suites de couches par nous-même. Pour cela, les patientes devaient remplir les critères d'inclusion précédemment cités et devaient nous donner leur consentement pour remplir le questionnaire. Nous leur proposions de remplir le questionnaire seule ou en notre présence, selon leur préférence.

Les questionnaires récupérés ont été retranscrit dans un tableur Excel afin de pouvoir réaliser des statistiques. Les données étaient totalement anonymisées et sécurisées. Nous avons ensuite utilisé le logiciel Biostat tgv pour réaliser celles-ci.

5 Les précautions éthiques

Afin de pouvoir distribuer les questionnaires, une demande auprès du CHU de Rouen a été réalisée par la directrice de l'école de sage-femme de Rouen, Madame Fabienne Darcet. Les questionnaires étaient anonymes. L'accord des cadres supérieurs de chaque établissement a également été demandé avant la diffusion des questionnaires auprès des patientes.

6 Limites et biais de l'étude

Afin d'avoir une meilleure analyse de l'impact médical et du vécu psychologique des grossesses tardives et donc une meilleure représentation de la population, nous avons donc distribués nos questionnaires dans les trois niveaux de maternités.

Les limites de notre étude sont donc la distance qui nous sépare du CH Eure-Seine de Vernon, le peu de questionnaires obtenus au CHI d'Elbeuf et donc la sur-représentativité du CHU de Rouen.

En effet, la distance avec le CH de Vernon ne nous a permis de distribuer des questionnaires qu'une seule fois par semaine alors qu'au CHU de Rouen nous avons distribué notre questionnaire deux à trois fois par semaines afin de pouvoir cibler un maximum de patientes. De plus, nous avons distribuer notre questionnaire, sur une plus courte durée au CHI d'Elbeuf, en raison de l'attente d'un autre lieu de diffusion du questionnaire, ce qui ne nous a permis de

récupérer que très peu de questionnaires. Par conséquent, nous n'avons pas obtenu un échantillon assez représentatif de chaque niveau de maternité pour pouvoir comparer nos résultats et faire des statistiques en fonction des niveaux de maternités, ce qui est regrettable.

Aussi, en fonction des moments où nous avons pu nous déplacer, certaines patientes ont échappé à la possible distribution du questionnaire. Nous n'avons donc pas pu comptabiliser toutes les patientes de plus de 35 ans sur les dates de diffusion du questionnaire.

Nous avons également une sur-représentation du CHU de Rouen, niveau 3, où nous avons obtenus 78% de questionnaires. La maternité du CHU de Rouen étant un niveau 3, centre de référence de la Seine-Maritime et de l'Eure, les patientes présentant une pathologie vont y être transférées. Cela peut donc augmenter et donc fausser nos résultats sur la survenue d'hospitalisation, ou de pathologies au cours de la grossesse et également sur le degré d'anxiété des patientes. Certaines patientes peuvent être rassurées par ce transfert et d'autres au contraire angoissées.

De plus, nous proposions aux patientes de répondre au questionnaire en notre présence selon leur souhait. Cela a pu induire un effet blouse blanche lors de la réalisation du questionnaire et la peur d'être jugée par le professionnel en question.

Enfin, à l'issue de la distribution des questionnaires et après analyse, nous pouvons nous rendre compte que nous aurions pu compléter certaines questions de notre questionnaire afin que celui-ci soit encore plus complet.

Nous pouvons également nous demander si l'utilisation de certains mots comme angoisse, jugement n'étaient pas des mots trop forts de sens auprès des patientes.

RESULTATS

1 Nombre de questionnaires récoltées

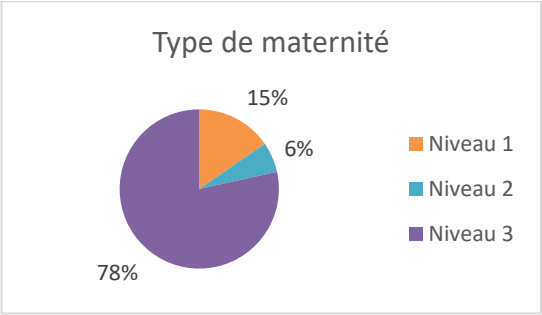


Figure 1 – Graphique des types de maternité

Pour effectuer notre étude, nous avons distribué notre questionnaire dans trois niveaux de maternité. Au total, nous avons récupérés 130 questionnaires. Nous avons obtenu 20 questionnaires au CH Eure-Seine de Vernon (Niveau 1) soit 15%, 8 questionnaires au CHI d'Elbeuf (Niveau 2) soit 6%, et 108 questionnaires au CHU de Rouen (Niveau 3) soit 78%.

2 Informations générales

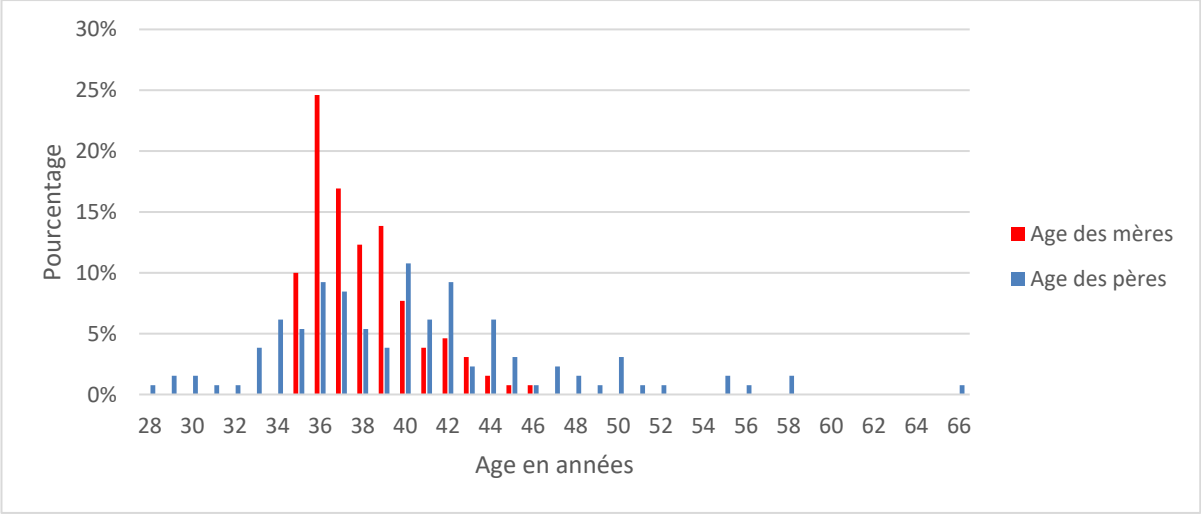


Figure 2 – Graphique de la répartition de l'âge des mères et des pères

Notre questionnaire étant basé sur l'âge maternel, nous avons donc demandé aux patientes leur âge ainsi que l'âge du père de leur nouveau-né. La moyenne d'âge obtenue pour les femmes est de 38 ans contre 40,2 ans pour les hommes. L'âge des pères est très disparate puisque la tranche d'âges s'étant entre 28 et 66 ans pour les hommes et entre 35 et 46 ans pour les femmes.

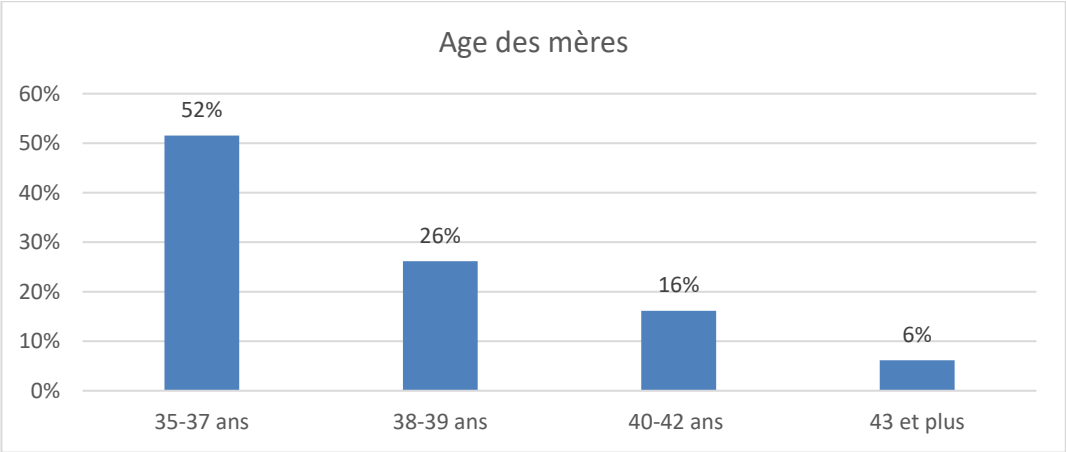


Figure 3 – Graphique de la répartition de l'âge des mères

La moitié des femmes ayant répondu à notre questionnaire a entre 35 et 37 ans. 22% des femmes ont plus 40 ans ou plus.

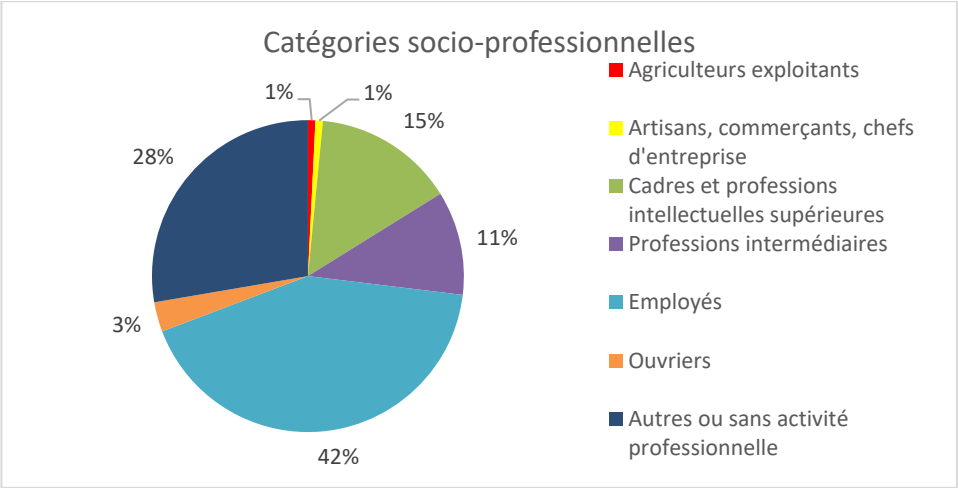


Figure 4 - Graphique des catégories socio-professionnelles

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, nous pouvons constater que 42% sont des employées, 28% sont des femmes sans activités professionnelles ou autres, 15% sont des cadres ou professions intellectuelles supérieures, 11% font parties des professions intermédiaires.

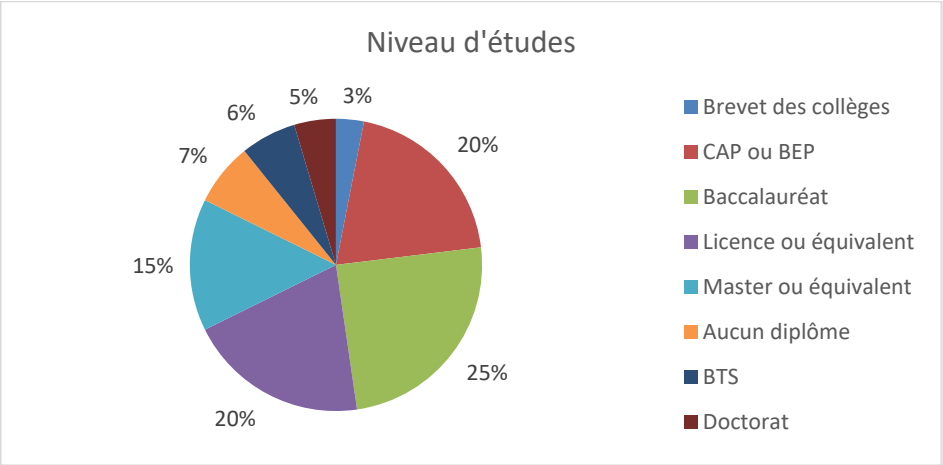


Figure 5 - Graphique des niveaux d'études

Lorsque l'on regarde le niveau d'études, nous nous apercevons que 25% des femmes ont le baccalauréat, 20% ont un CAP/BEP, licence ou équivalent, et 15% ont un niveau master ou équivalent. Seules 7% des femmes interrogées n'ont aucun diplôme.

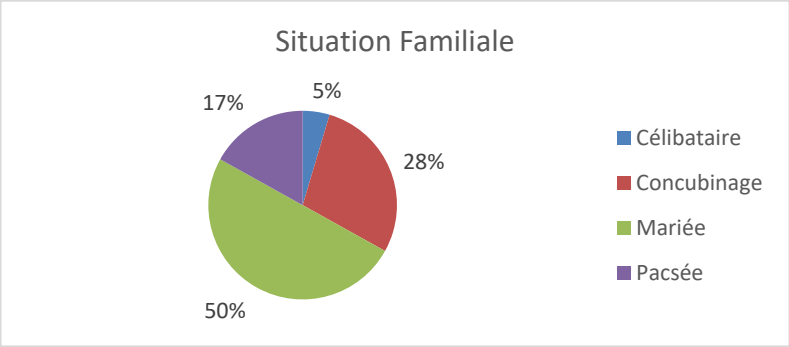


Figure 6 - Graphique des situations familiales

Pour ce qui est de la situation familiale, nous constatons que 50% des femmes interrogées sont mariées, 28% sont en concubinage, 17 % sont pacsées et 5 % sont célibataires.

De plus, parmi ces femmes, 34% ont une famille recomposée.

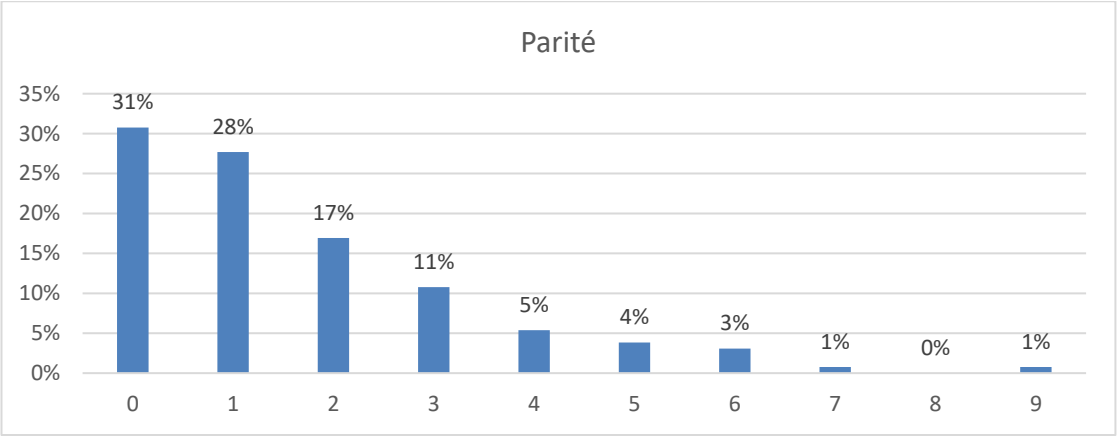


Figure 7 - Graphique sur la parité

Enfin, en ce qui concerne la parité, un tiers des patientes interrogées sont des nullipares. 28% des patientes sont des primipares. 42% sont de grandes multipares (ont 2 enfants ou plus).

3 Informations concernant la grossesse

Nous avons voulu savoir si la grossesse était prévue. Pour 78% des femmes, il s'agit d'une grossesse programmée.

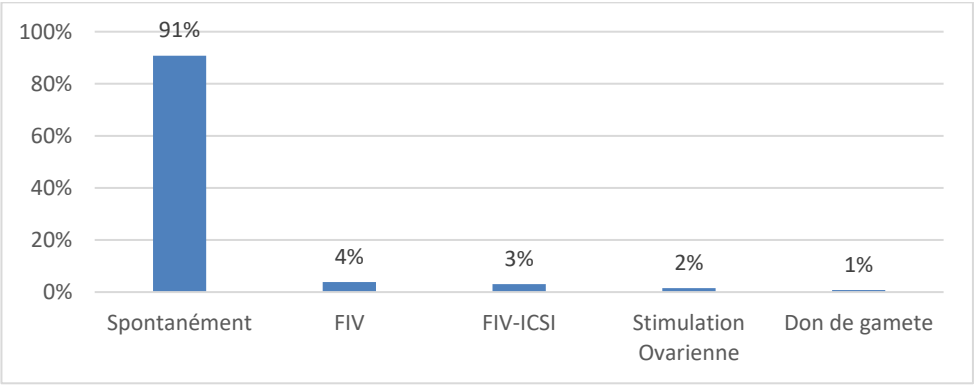


Figure 8 - Graphique sur le mode de grossesse

Ensuite, nous leur avons demandé quel était le mode d'obtention de cette grossesse. Pour 91% d'entre elles, la grossesse a été obtenue spontanément. En revanche, pour 7%, la grossesse a été obtenue par FIV ou FIV ICSI. Nous n'avons recueilli qu'un unique questionnaire où la grossesse était issue d'un don d'ovocyte.

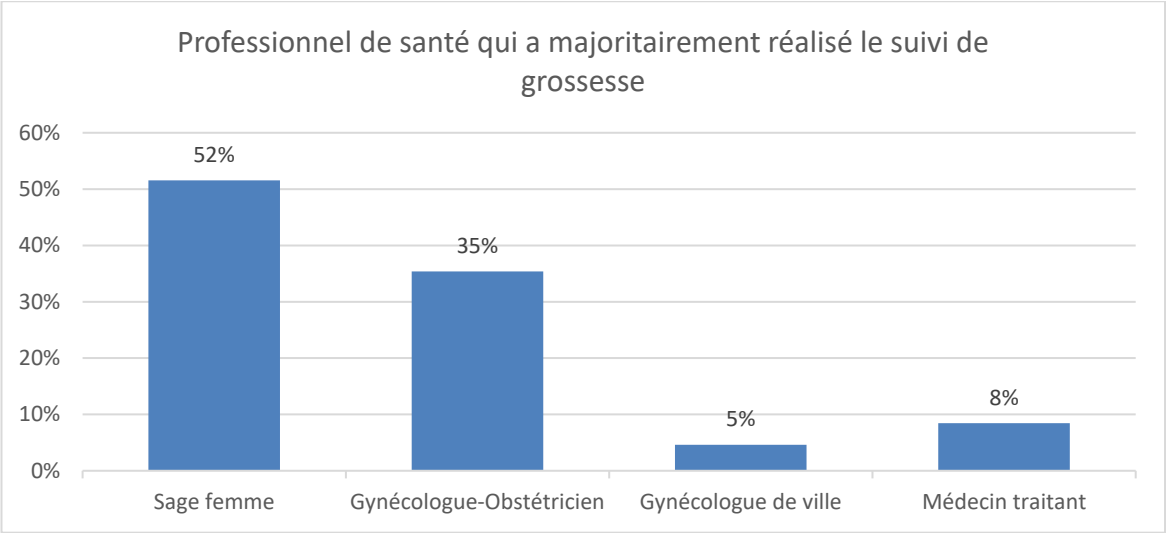


Figure 9 - Graphique sur le suivi de grossesse

La moitié des patientes ont fait suivre majoritairement leur grossesse auprès d'une sage-femme. Un peu plus d'un tiers ont été suivies par un gynécologue obstétricien. 8% ont fait suivre leur grossesse par leur médecin traitant.

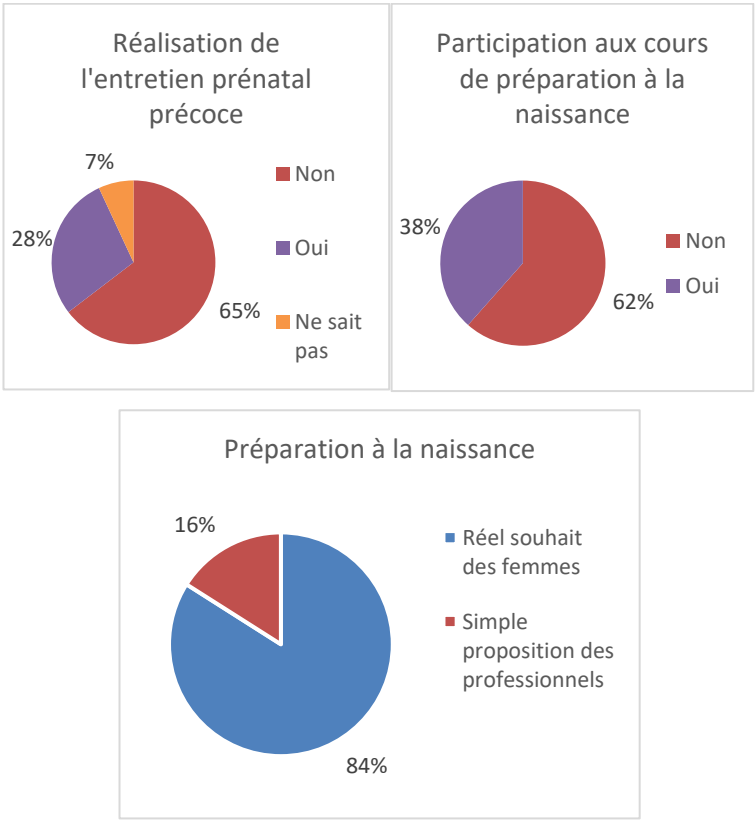


Figure 10 - Graphiques sur l'entretien prénatal précoce, les cours de préparation à la naissance et la préparation à la naissance

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce, seules 28 % des femmes ont effectué cet entretien. Il convient également de noter que 6% d'entre elles ne savent pas si elles l'ont réalisé.

Il en est de même pour les cours de préparation à la naissance : seulement 38% ont réalisé des cours de préparation à la naissance. Parmi celles qui ont suivi ces cours, nous pouvons constater qu'il s'agit d'un réel souhait de leur part pour 84%.

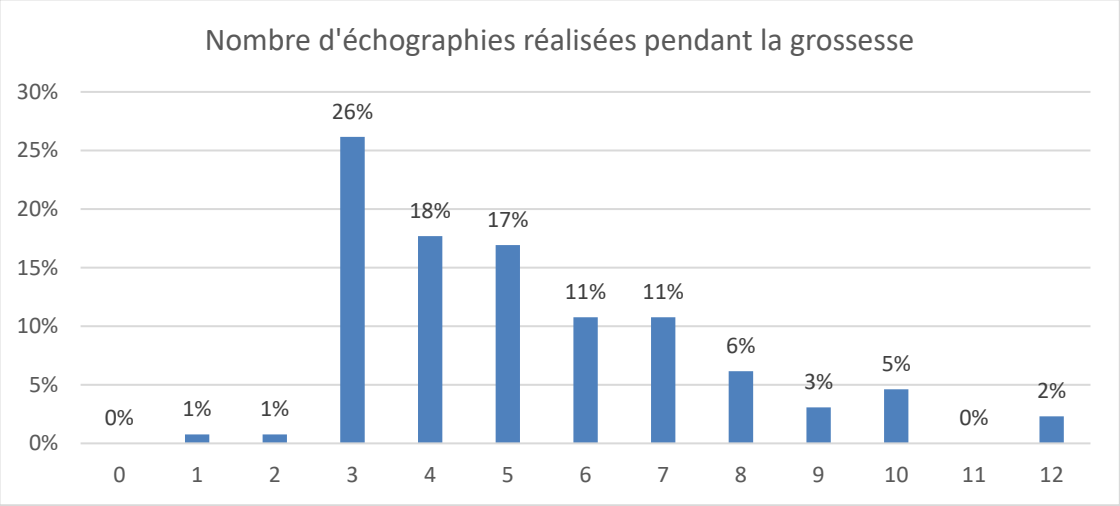


Figure 11 - Graphique sur le nombre d'échographies réalisées pendant la grossesse

Nous nous sommes ensuite intéressés au nombre d'échographies réalisées pendant la grossesse. En moyenne, les femmes ont réalisé 5 échographies. 2% d'entre elles ont réalisé moins de 3 échographies. 26 % ont réalisé les 3 échographies obligatoires pendant la grossesse. 35% des femmes ont eu entre 4 et 5 échographies. 38% ont eu 6 échographies ou plus.

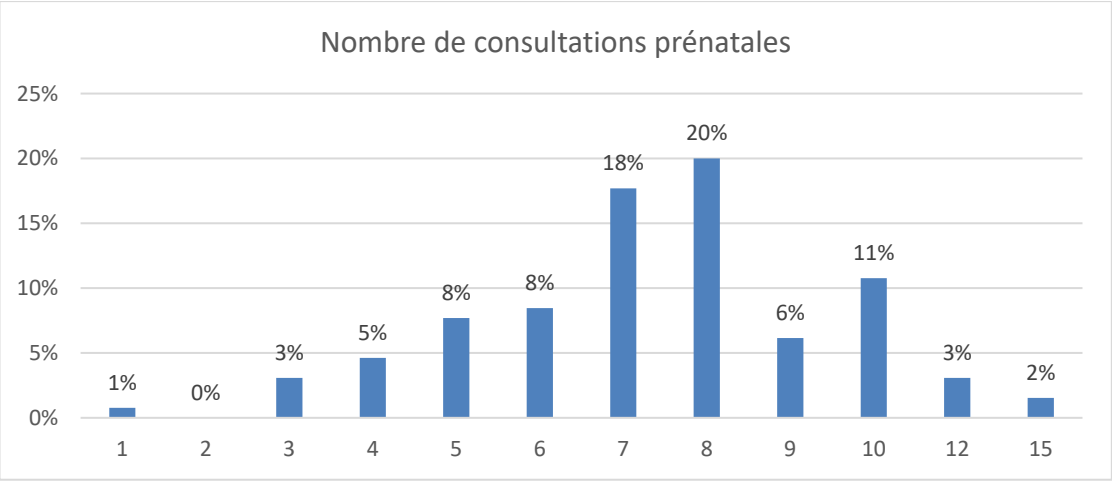


Figure 12 - Graphique sur le nombre de consultations prénatales

Pour ce qui est du nombre de consultations prénatales, 42% des femmes ont eu 7 à 8 consultations prénatales. 22% des femmes interrogées ont eu plus de 8 consultations prénatales et 25 % ont eu moins de 7 consultations prénatales.

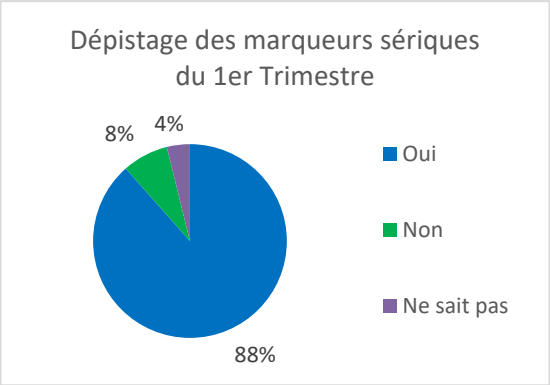


Figure 13 - Graphique sur le dépistage des marqueurs sériques du 1er trimestre

Nous nous sommes intéressés de savoir si toutes les femmes de plus de 35 ans réalisaient le dépistage des marqueurs sériques au 1er trimestre de la grossesse à la recherche de la Trisomie 21. 88 % des femmes ont réalisé ce dépistage. 4% d'entre elles ne savent pas s'il a été réalisé.

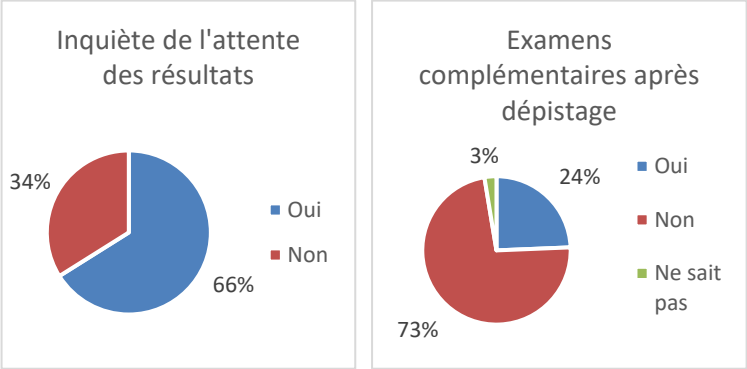
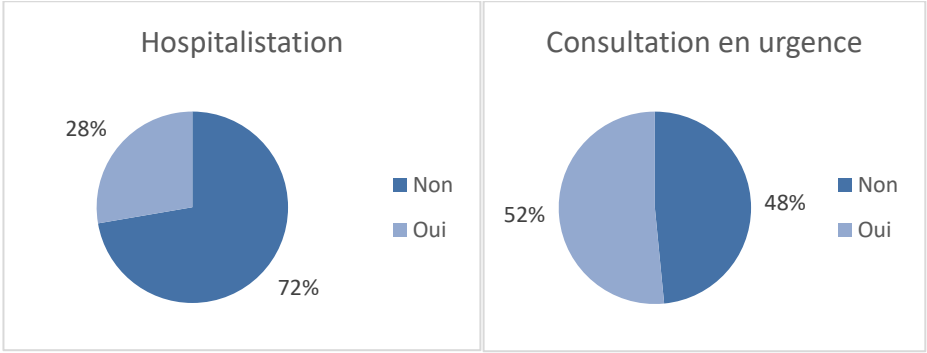


Figure 14 - Graphiques sur l'inquiétude des résultats et les examens complémentaires après dépistage

Ensuite, nous avons cherché à savoir, si elles avaient été inquiètes en attendant les résultats. Pour 66 % d'entre elles, l'attente des résultats est une source d'inquiétude.

Enfin, nous avons demandé à celles qui ont réalisé le dépistage si elles ont dû effectuer des examens complémentaires à la suite des résultats. 24% d'entre elles déclarent avoir dû réaliser des examens complémentaires. 3% ne savent pas si des examens complémentaires étaient nécessaires après avoir obtenu les résultats du dépistage des marqueurs sériques.



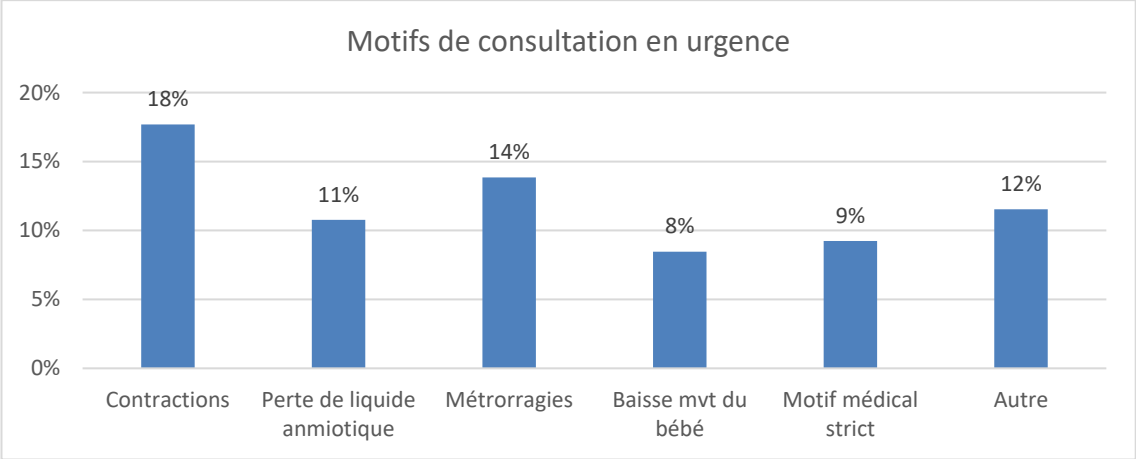


Figure 15 - Graphiques sur les hospitalisations et les consultations en urgence

28% des femmes ont été hospitalisées au moins une fois pendant la grossesse. 9% ont également eu une seconde hospitalisation. Nous nous sommes ensuite intéressés aux différents motifs d'hospitalisation.

Les motifs d'hospitalisation les plus souvent cités par les patientes sont le diabète gestationnel, la menace d'accouchement prématurée, ainsi que la rupture de la poche des eaux.

Près de 52 % des femmes ont consulté en urgence pendant la grossesse. Les contractions 18%, les métrorragies 14%, autre motif médical sont les trois raisons qui ont été le plus retrouvées.

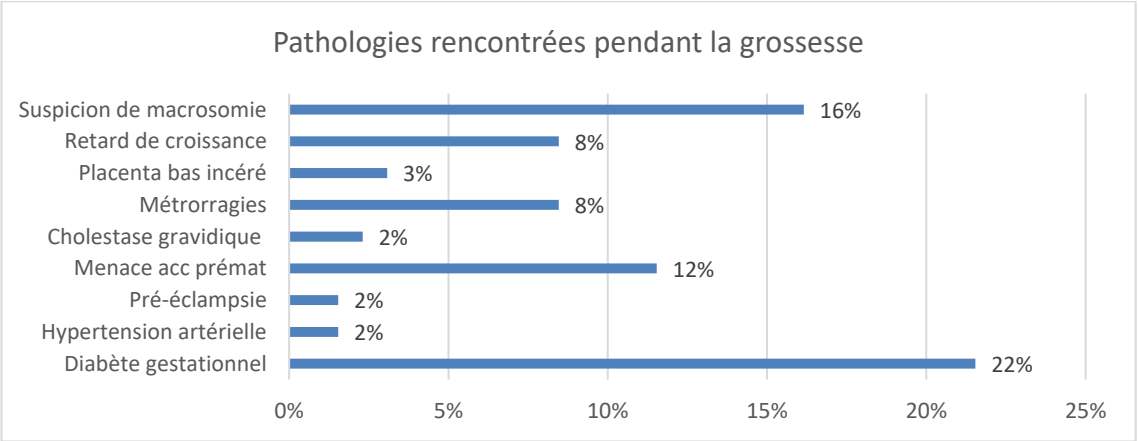


Figure 16 - Graphique sur les pathologies rencontrées pendant la grossesse

Il convient de noter que 22% des femmes déclarent avoir développé un diabète gestationnel au cours de leur grossesse. 16% ont eu une suspicion de macrosomie, 12% ont eu une menace d'accouchement prématurée et 8% ont eu un retard de croissance intra-utérin ou des métrorragies.

4 Informations concernant l'accouchement

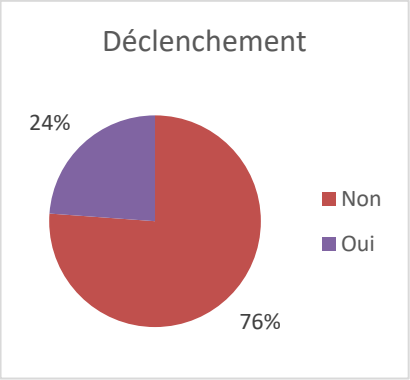
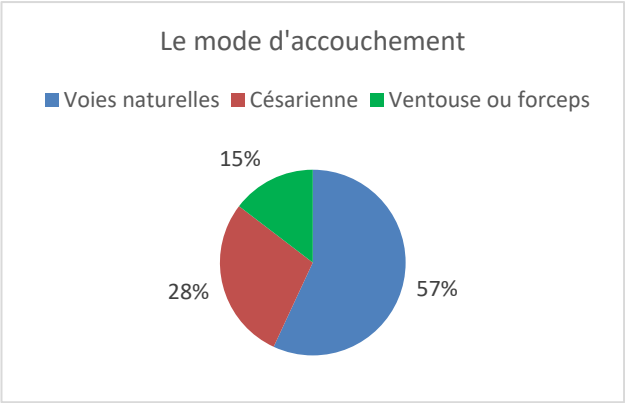


Figure 17 - Graphique sur le déclenchement de l'accouchement

Nous constatons que 24% des patientes ont été déclenchées.

Les motifs de déclenchements les plus retrouvés sont le terme en voie de dépassement pour 23% (soit 7 patientes) et suspicion de macrosomie pour 16% (soit 5 patientes).



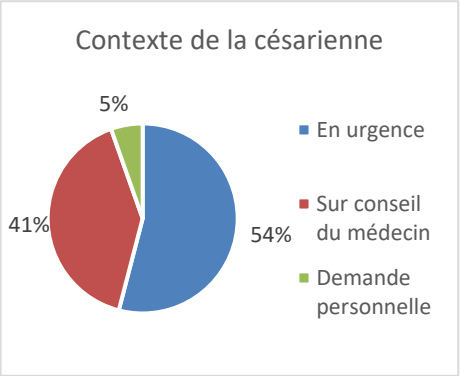


Figure 18 - Graphiques sur le mode d'accouchement et le contexte de la césarienne

Pour ce qui est du mode d'accouchement, 57 % des patientes ont accouché par voie basse non instrumentale, 28% ont eu une césarienne et 15% ont été aidé par une extraction instrumentale.

En cas de césarienne, dans 54% des cas, il s'agissait d'une urgence. Pour 41% des cas, elle était réalisée sur conseil du médecin. Enfin, pour 5% des césariennes, il s'agissait d'une demande personnelle de la femme.

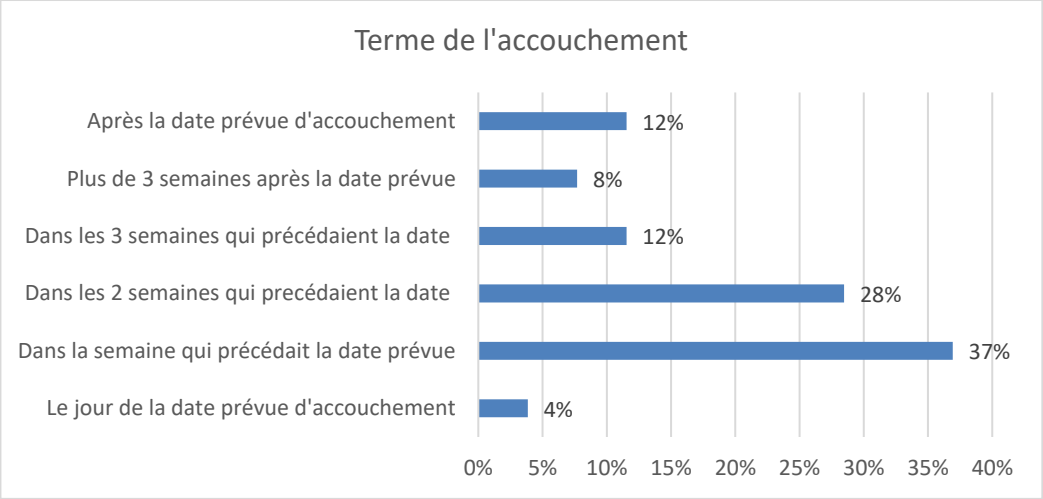


Figure 19 - Graphique sur le terme de l'accouchement

Pour ce qui est du terme de l'accouchement, 81% des femmes ayant répondu à notre questionnaire déclarent avoir accouchée à terme. 12% ont accouché après la date prévue d'accouchement. 8% ont accouché avant terme.

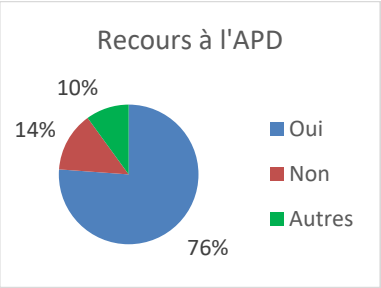


Figure 20 - Graphique sur le recours à l'APD

14% des femmes n'ont pas eu recours à l'analgésie péridurale.

5 Informations concernant le nouveau-né

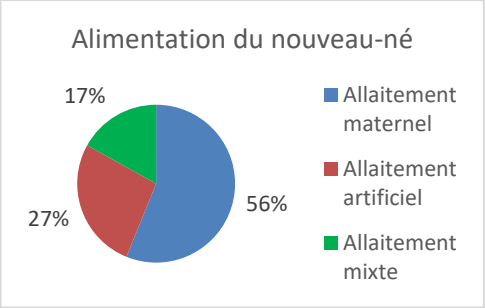


Figure 21 - Graphique sur l'alimentation du nouveau-né

Concernant le mode d'alimentation du nouveau-né, 56% des femmes allaitaient leur nouveau-né, 27% pratiquaient un allaitement artificiel et 17% réalisaient un allaitement mixte.

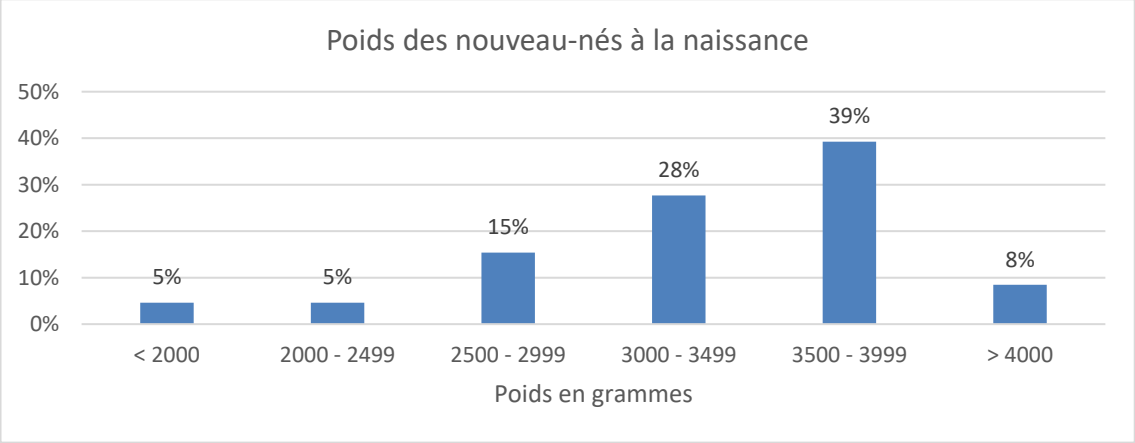


Figure 22 - Graphique sur le poids des nouveau-nés à la naissance

Concernant les poids des nouveau-nés, nous avons un poids moyen de 3332 g. Le poids minimum est de 1570 g et le poids maximum de naissance est de 4460 g.

8% des nouveau-nés ont un poids supérieur à 4000 g. 67% des nouveau-nés ont un poids de naissance compris entre 3000 et 3999 g. 25% des nouveau-nés ont un poids de naissance strictement inférieur à 3000 g.

6 Vécu de la grossesse et de l'accouchement

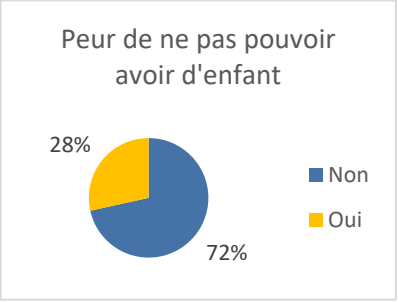


Figure 23 - Graphique sur la peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant

Près de 28% des femmes de plus de 35 ans interrogées avaient peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant du fait de leur âge.

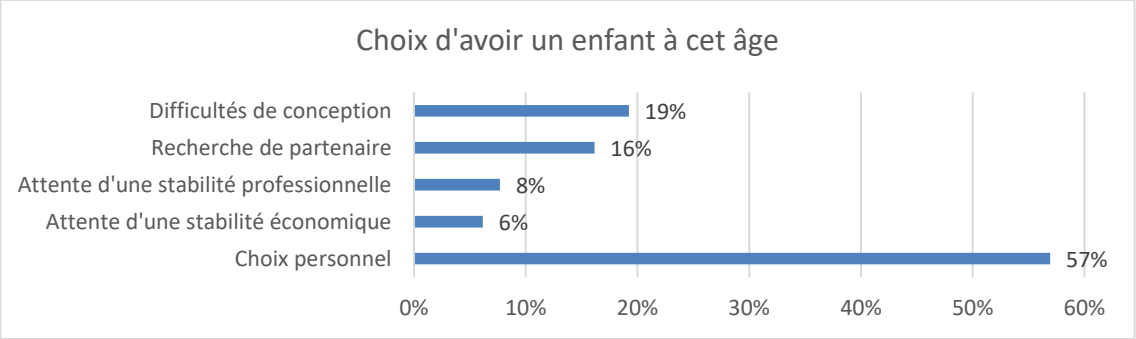


Figure 24 - Graphique sur le choix d'avoir un enfant à cet âge

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différentes raisons qui ont amenés ces femmes à avoir un enfant à cet âge. Parmi les différentes raisons proposées, 57% estiment qu'il s'agit d'un choix personnel, 19% ont eu des difficultés de conception, 16% estiment que ceci est lié à la recherche d'un partenaire.

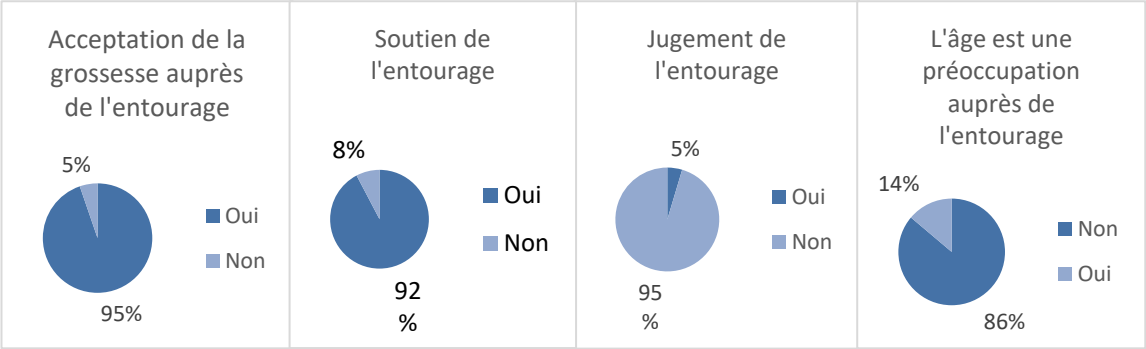


Figure 25 - Graphiques sur l'acceptation de la grossesse, du soutien, du jugement et de la préoccupation de l'âge par l'entourage

Pour 95% des femmes, la grossesse a été bien acceptée par l'entourage. 5% des femmes se sont senties jugées par celui-ci. 8% des femmes ont le ressenti de ne pas avoir été soutenu par leur entourage.

Enfin, pour 14% des femmes, leur âge a été une préoccupation chez leur entourage. Les raisons qui ont été le plus évoquées sont

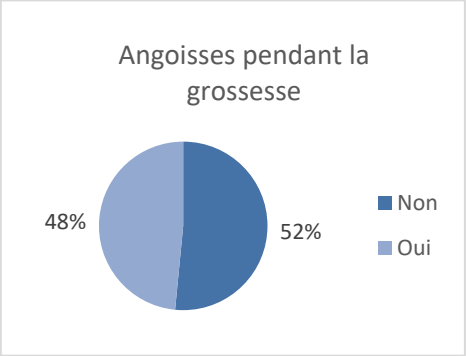


Figure 26 - Graphique sur les angoisses pendant la grossesse

Nous constatons que près de la moitié des femmes de plus de 35 ans étaient angoissées pendant la grossesse.

Nous leur avons demandé quelles étaient leurs sources d'angoisses.

10 sources d'angoisses les plus rapportées par les femmes de plus de 35 ans	Nombre de femmes ayant mentionné l'item
Un problème de santé chez le fœtus	11
Le risque de Trisomie 21	9
Le risque de fausse couche	7
Malformations	6
Peur de l'accouchement prématuré	6
Perdre le fœtus	5
L'accouchement	4
Raisons personnelles	4
Age maternel	4
Le Diabète	4

Tableau 1 - 10 sources d'angoisses les plus rapportées par les femmes de plus de 35 ans

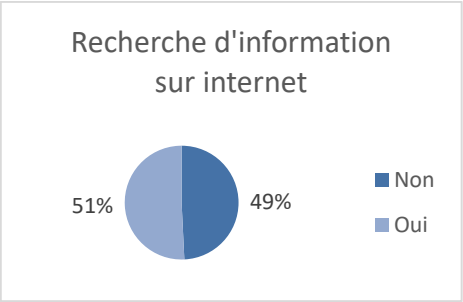


Figure 27 - Graphique sur la recherche d'information sur internet

Nous avons souhaité demander aux femmes si elles avaient recherché des informations sur internet. La moitié des femmes a effectivement recherché des informations sur internet concernant la grossesse.

Informations recherchées par les femmes	Nombre de femmes ayant réalisé cette recherche
Développement du fœtus	17
Mode d'accouchement	13
Suivi de la grossesse	9
Pathologie pendant la grossesse	7
Déroulement de la grossesse	6
Diabète	6
Résultat d'examen de laboratoire	5
Risque de Trisomie 21/Malformation	5
Allaitement maternel	4
Risques liés à l'âge maternel	4

Tableau 2 - Informations recherchées par les femmes

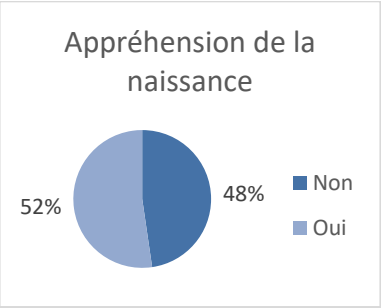


Figure 28 - Graphique sur l'appréhension de la naissance

Près de la moitié appréhendait la naissance de leur nouveau-né.

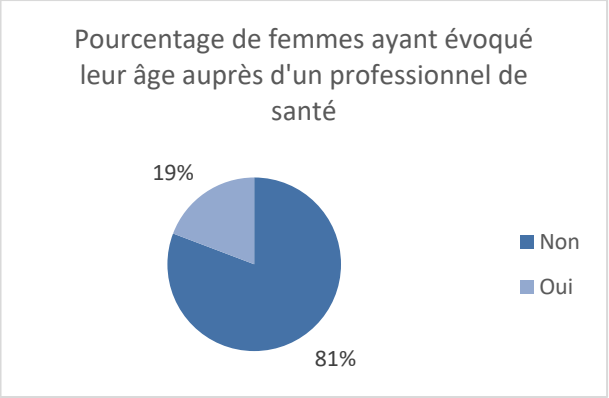


Figure 29 - Graphique sur le pourcentage de femmes ayant évoqué leur âge auprès d'un professionnel de santé

Nous constatons que 19% des femmes ont consulté un professionnel de santé pour leur faire part de leurs angoisses concernant l'âge et les conséquences sur la grossesse.

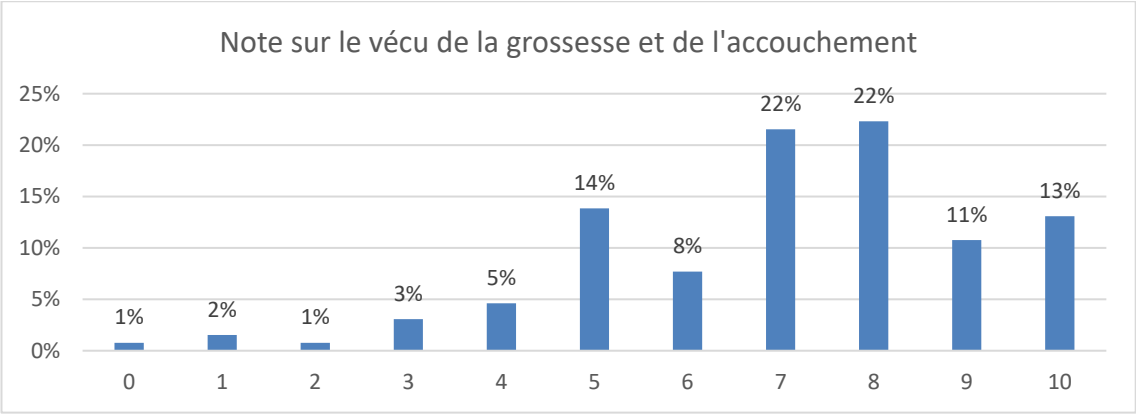


Figure 30 - Graphique sur la note sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement

Pour clôturer notre questionnaire, nous demandions aux femmes de donner une note globale sur le vécu de leur grossesse (0 étant très difficile et 10 étant très positif). Il en ressort que 7% des femmes mettent une très mauvaise note sur le vécu de leur grossesse (note comprise entre 0 et 3). 27% des femmes émettent une note moyenne (note comprise entre 4 et 6). Enfin, pour 68% des femmes donnent une très bonne note sur le vécu de leur grossesse et d'accouchement (note comprise entre 7 et 10).

7 Tableaux des données que nous avons croisées

	Angoisses particulières pendant la grossesse		
Entretien prénatal précoce	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	21	16	37
Non	40	44	84
Ne sait pas	2	7	9
Total	63	67	130

Tableau 3 - Tableau croisé entre l'entretien prénatal précoce et les angoisses particulières pendant la grossesse

Nous avons décidé de croiser les données concernant la réalisation de l'entretien prénatal précoce avec les données concernant les angoisses pendant la grossesse afin de savoir si les femmes de plus de 35 ans qui réalisent cet entretien sont celles qui sont angoissées. Pour cela, nous avons donc réalisé un test de Fisher avec l'aide du logiciel biostat tgv. Nous avons obtenu un p= 0,18. Par conséquent, il ne semble pas y avoir de lien significatif entre la réalisation de l'entretien prénatal précoce et le fait d'avoir des angoisses pendant la grossesse.

	Angoisses particulières pendant la grossesse		
Cours de préparation	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	32	18	50
Non	31	49	80
Total	63	67	130

Tableau 4 - Tableau croisé entre les cours de préparation et les angoisses particulières pendant la grossesse

Ensuite, nous avons voulu savoir également s'il y avait un lien cette fois-ci entre la réalisation de cours de préparation à la naissance et à la parentalité, et le fait d'avoir des angoisses pendant la grossesse. Nous avons alors réalisé un test de Chi2 à l'aide de biostat tgv et nous avons obtenu un p= 0,056. Il semble donc qu'il y est un lien significatif pour ce qui est de la préparation à la naissance et le fait d'être angoissée pendant la grossesse.

	Angoisses particulières pendant la grossesse		
Parité	**Oui**	**Non**	**Total**
0	23	17	40
1	22	14	36
2 et plus	18	36	54
Total	63	67	130

Tableau 5 - Tableau croisé entre la parité et les angoisses particulières pendant la grossesse

Puis, nous avons voulu évaluer si la parité avait de l'influence sur le fait d'avoir des angoisses pendant la grossesse. Nous avons donc réalisé un test du Chi2 et avons obtenu un p= 0,01. Il semble donc qu'il y est un lien significatif entre la parité et le fait d'être angoissée pendant la grossesse.

	Vécu de la grossesse			
Type d'accouchement	**0 à 3**	**4 à 6**	**7 à 10**	**Total**
AVB	6	17	51	74
Césarienne	2	15	20	37
Instrument	0	2	17	19
Total	8	34	88	130

Tableau 6 - Tableau croisé entre le type d'accouchement et le vécu de la grossesse

Pour finir, nous avons voulu savoir s'il y a un lien entre la voie d'accouchement et vécu de grossesse auprès des femmes de plus de 35 ans. Pour cela, nous avons réalisé un test de Fisher. Nous avons obtenu un p=0,07. Cela ne nous permet pas d'émettre de lien significatif mais cela nous montre tout de même une tendance.

DISCUSSION

1 Analyse des résultats.

A travers cette enquête, nous avons pu mettre en évidence certaines tendances concernant les femmes enceintes de 35 ans et plus qui ont répondu à notre questionnaire.

1.1 La répartition des âges

L'âge moyen de notre population est de 38 ans. Dans notre étude, nous avons deux tendances d'âges. Nous avons un premier groupe 35-37 ans qui comprend plus de la moitié des femmes inclues dans notre étude et un second groupe dont la proportion de femmes diminue nettement avec l'âge qui augmente. Cela reflète bien les données décrites dans la littérature concernant la baisse de la fécondité féminine après 35 ans(3 ; 4 ; 11).

1.2 La parité

Lorsque nous nous intéressons à la parité des femmes de plus de 35 ans, nous remarquons que ce sont pour la majorité des femmes interrogées, leur premier ou deuxième enfant. En effet, ici aussi, nous pouvons observer deux tendances : un premier groupe majoritaire pour lequel il s'agit du premier et deuxième enfant et enfin un second groupe dont la proportion de femmes diminue nettement en fonction du nombre d'enfant.

Cela reflète également les données actuelles de la littérature à savoir qu'il semblerait que les naissances chez les femmes de plus de 35 ans soient surtout des premiers et deuxièmes enfants. Par ailleurs, cette constatation peut également être la conséquence de l'évolution de la situation des femmes au sein de la société et de l'âge d'accès à la maternité qui ne fait que reculer(4 ; 6 ; 7 ; 10). En effet, dans le passé, très peu de femmes avaient leur premier ou second enfant à 40 ans ou plus. La plupart des femmes de 40 ans et plus donnaient plutôt naissance à leur quatrième ou cinquième enfant(15).

1.3 Profil des femmes enceintes de plus de 35 ans

Pour ce qui est de la catégorie socio-professionnelle, les employées, les cadres et les professions intermédiaires sont les plus représentées. Il convient de noter que ce sont les catégories socio-professionnelles qui offrent une plus large gamme de métiers(3). C'est pourquoi, elles peuvent être sur-représentées. Ce sont également les catégories socio-professionnelles qui sont les plus représentées dans la population générale de femmes enceintes(2).

En ce qui concerne le niveau d'études, nous constatons que seul 10% des femmes interrogées dans notre questionnaire n'ont aucun diplôme ou un brevet des collèges. En revanche, 71% des femmes ont un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat ; ce qui est concordant avec les données actuelles de la littérature concernant la réalisation d'études supérieures chez les femmes et le bouleversement de leur situation dans la société(3 ; 4 ; 6).

Concernant la situation sociale des femmes, la moitié de notre population est mariée. Or, d'après la littérature, il y a de moins en moins de mariages(14). Ces résultats obtenus sont donc contradictoires avec la tendance actuelle. Cependant, ces chiffres peuvent s'expliquer par des remariages des secondes unions. En effet, 38% des femmes interrogées dans notre questionnaire ont une famille recomposée.

1.4 Informations concernant la grossesse

1.4.1 Suivi de grossesse

Tout d'abord, si nous nous intéressons au suivi de la grossesse, nous pouvons constater, dans notre étude, que la moitié des patientes interrogées ont fait suivre majoritairement leur grossesse par une sage-femme. Seul 40% des femmes ont fait suivre leur grossesse par un gynécologue-obstétricien toutes spécialités confondues. De manière générale, le gynécologue-obstétricien est le professionnel de santé le plus consulté pour la surveillance prénatale(2). Or, ici, les données sont contradictoires. De plus, comme nous avons pu le voir précédemment, les patientes aux âges extrêmes devraient avoir un suivi A1 avec un avis A1(35). Il aurait donc été intéressant de savoir si les femmes ayant été suivi majoritairement par une sage-femme, avaient rencontré au moins une fois

en consultations prénatales un gynécologue-obstétricien comme il l'est recommandé par la HAS. Cependant, il convient de prendre en compte que notre population est majoritairement issue du CHU de Rouen. L'organisation et la réalisation des consultations prénatales dans cet établissement est importante chez les sages-femmes, et est en collaboration avec le gynécologue-obstétricien.

Par ailleurs, nous aurions pu également demander aux femmes interrogées si elles avaient reçu des informations pendant les consultations prénatales sur les risques des grossesses tardives, sur la fertilité, ou encore si elles avaient réalisé une consultation pré-conceptionnelle au vu de leur âge.

De plus, si nous nous intéressons à la surveillance instaurée pendant la grossesse, nous pouvons faire deux remarques. Tout d'abord, nous remarquons que les femmes de plus de 35 ans ont en moyenne 5 échographies. Elles ont donc plus d'échographies qu'il n'est recommandé par la HAS, c'est-à-dire trois échographies, une par trimestre(35). Moins d'un tiers des femmes interrogées avaient eu le nombre d'échographies recommandé. Près de 73% ont plus de trois échographies. Ce chiffre est largement supérieur aux recommandations. De même, nous pouvons également remarquer que seul 42% des femmes interrogées ont eu le nombre de consultations prénatales recommandé c'est-à-dire entre 7 et 8. En moyenne, elles ont réalisé 10 consultations prénatales.

Le fait d'avoir ces examens supplémentaires est-il lié aux risques de pathologies qui peuvent-être plus important ? Ces examens supplémentaires peuvent être le reflet de la survenue de pathologie au cours de la grossesse.

1.4.2 Entretien prénatal précoce et cours de préparation à la naissance

Pour ce qui est de l'accompagnement pendant la grossesse, nous avons jugé utile de voir si les femmes de 35 ans et plus, réalisaient l'EPP. Nous obtenons les mêmes chiffres que pour la population générale de femmes enceintes, tous âges confondus, soit 28% des femmes qui réalisent cet entretien(2). Ce chiffre est également en accord avec d'autres études réalisées à ce sujet(38 ; 39). Rappelons que celui-ci a pour but de repérer précocement les difficultés médico-psychosociales et permet aux couples qui le réalisent d'exprimer leurs souhaits, craintes, attentes concernant la grossesse et

l'accouchement(2 ; 37). Nous avons donc trouvé intéressant de savoir si les femmes de 35 ans qui expriment avoir des angoisses pendant la grossesse sont celles qui réalisent cet entretien.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse est une période de grands bouleversements psychiques. Les femmes peuvent donc être davantage angoissées. Nous avons souhaité savoir si les femmes qui ont répondu à notre questionnaire étaient angoissées pendant la grossesse. 48% des femmes de plus de 35 ans ont déclaré avoir été angoissées durant la grossesse.

Nous avons donc croisé les données obtenues concernant les angoisses et l'EPP et réalisé un test de Fisher. Nous avons obtenu un p= 0,18. Par conséquent, il ne semble pas qu'il y ai de lien significatif entre le fait d'être angoissé pendant la grossesse et le fait de réaliser l'entretien prénatal précoce.

Nous pouvons remarquer cependant que parmi les femmes qui n'ont pas réaliser cet entretien qu'il y a autant de femmes angoissées que non angoissées. Nous pouvons nous demander alors si cet entretien est bien proposé à toutes les femmes ou si l'objectif de celui-ci a bien été expliquer aux patientes, car c'est un moment privilégié où les patientes peuvent exprimer leurs angoisses.

Si nous regardons également les mêmes données mais cette fois-ci pour la réalisation de cours de préparation à la naissance, nous n'obtenons pas les mêmes résultats. En effet, nous avons également croisé les données et avons réalisé un test du chi2. Nous avons obtenu un p= 0,005. Les patientes qui suivent des cours de préparation à la naissance semblent donc être celles qui ont des angoisses pendant la grossesse. Les cours de préparation à la naissance semblent donc être un moment privilégié où les femmes de 35 ans et plus, qui sont angoissées, pourraient évoquer leurs angoisses afin que la sage-femme puisse les rassurer, répondre à leur attentes et interrogations. La sage-femme réalisant les cours de préparation à la naissance a donc un rôle primordial à jouer dans le suivi de ces patientes(37).

1.4.3 Dépistage des marqueurs sériques à la recherche de la trisomie 21

Les risques d'anomalies chromosomiques augmentent avec l'âge maternel avancé(23 ; 29 ; 31). Nous avons donc cherché à savoir si les femmes de plus de 35 ans réalisaient bien ce dépistage. Celui-ci a été réalisé chez 88% des patientes interrogées. Ce qui est concordant avec les données actuelles pour la population générale de femmes enceintes puisque nous obtenons le même chiffre(2). Malgré tout, nous pouvons nous étonner que le dépistage ne soit pas réalisé davantage chez les femmes de 35 ans et plus, étant donné qu'elles sont plus à risques de fœtus susceptibles de développer une trisomie 21(23 ; 29). C'est d'ailleurs pour cela que l'âge maternel est intégré dans le calcul du risque. Il aurait donc pu être judicieux de demander aux 8% de femmes n'ayant pas réalisé ce dépistage, qu'elles en étaient les raisons.

De plus, nous avons pu constater que 4 % ne savaient pas si elles avaient réalisé ce dépistage. Là aussi, ce pose la question de la diffusion de l'information auprès des patientes. En effet, il aurait été intéressant de savoir si les patientes pensaient avoir reçu l'information sur le risque de trisomie 21 qui augmente avec l'âge, et de l'intérêt de réaliser le dépistage des marqueurs sériques. D'autant plus que 66% des patientes interrogées se disent inquiètes en l'attente des résultats. C'est donc un moment assez angoissant pour les patientes. Par ailleurs, le risque de trisomie 21 est l'un des motifs qui revient le plus concernant les sources d'angoisses et les informations recherchées sur internet par les patientes.

1.5 Survenue de pathologies maternelles et fœtales

Les données actuelles de la littérature expriment des risques de survenues de pathologies au cours de la grossesse plus importants chez les femmes de 35 ans et plus(1 ; 4 ; 6 ; 8 ;10 ;15 ;21 ;22 ; 23 ; 24 ; 25). En effet, si l'on compare nos résultats avec ceux de l'enquête périnatale, nous pouvons remarquer qu'il y a davantage de diabète gestationnel (22% ici contre 10,8%), macrosomie (16% ici contre 4,9%), MAP (12% ici contre 5,4), RCIU (8% ici, contre 5,4%), placenta prævia (3% ici contre 1,1%). En revanche, dans notre étude, nous avons peu de femmes qui ont déclaré avoir eu de l'hypertension

artérielle gravidique ou une pré-éclampsie (HTA 2% contre 4,3%). Or, d'après la littérature, il semblerait que ce soient des pathologies pour laquelle les femmes de plus de 35 ans soient plus exposées(4 ; 6 ; 10 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24). Ces résultats sont donc contradictoires avec les données actuelles.

De même, si l'on s'intéresse aux hospitalisations, nous pouvons remarquer que les femmes de 35 ans et plus sont davantage hospitalisées comparé à la population générale, d'après les résultats obtenus dans l'enquête périnatale(2). Il en est de même pour la réalisation de consultation d'urgence(2). Ces chiffres augmentés peuvent s'expliquer par la survenue de pathologies au cours de la grossesse plus fréquentes chez les femmes de plus de 35 ans. Par ailleurs, nous avons vu que la moitié des patientes ayant répondu à notre enquête disent avoir eu des angoisses pendant la grossesse. Le fait d'être angoissée peut également intervenir sur le nombre de consultations d'urgence. En effet, les femmes angoissées peuvent consulter davantage afin d'être rassurées.

1.6 Informations concernant l'accouchement

D'après les connaissances actuelles, il semblerait que les parturientes de plus de 35 ans soient plus à risques de césariennes pendant l'accouchement. Nous avons donc cherché à savoir si notre population présentait les mêmes tendances. Il s'avère que 28% des femmes interrogées ont eu une césarienne. Ce chiffre est similaire à celui de la littérature 30%(10). Les données sont donc concordantes. Il en est de même pour le taux de déclenchement pour lequel nous retrouvons le même chiffre que la population générale de femmes enceintes de l'enquête périnatale(2).

Enfin, si l'on s'intéresse au contexte dans laquelle a été obtenue la césarienne, il semblerait que ce soit principalement dans un contexte d'urgence. Seul 5% des césariennes étaient une demande personnelle de la patiente. Or, d'après les données de la littérature, il semblerait que le nombre de césarienne sur demande personnelle de la patiente ne fasse qu'augmenter(1 ; 6 ; 21 ; 22). Cela ne semble pas être le cas dans notre étude puisque cela ne représente qu'une minorité de patiente, 5%.

Nous avons décidé d'analyser le vécu de la grossesse en fonction de l'issue de l'accouchement. Nous avons donc croisé les données et fait un test de

Fisher. Nous obtenons un p= 0,07. Il semble donc qu'il n'y ai pas de lien significatif entre le mode d'accouchement et le vécu de la grossesse. Cependant, cela nous montre tout de même une tendance plutôt positive. La majorité des femmes émettent une bonne note toutes voies d'accouchement confondues. Cependant si l'on s'intéresse aux patientes ayant eu une césarienne, nous pouvons constater que presque la moitié d'entre elle ont une note de vécu de grossesse moyenne. Cela mérite donc notre attention.

1.7 Informations concernant le ressenti et le vécu de la grossesse

Nombreux sont les articles qui exploitent les données médicales sur les grossesses tardives. Mais qu'en est-il du ressenti des patientes ? C'est ce que nous avons essayé d'évaluer dans notre travail de recherche.

Nous nous sommes tout d'abord demandé si les patientes avaient peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant à leur âge, ce qui est le cas pour un tiers d'entre elles. Or, il pourrait être judicieux d'informer davantage les patientes sur la diminution de la fertilité à partir de 35 ans. Par exemple, au Canada, il est recommandé d'informer les patientes lors des consultations de suivi gynécologique ou en tout début de grossesse(19). Certains établissements y ont d'ailleurs établi des protocoles de soin concernant les femmes enceintes à un âge maternel avancé(23). En France, la sage-femme pourrait avoir un rôle dans ces remontées d'informations. L'intégration d'un protocole similaire pourrait être bénéfique à l'amélioration de la prise en soin des patientes de plus de 35 ans.

Nous avons voulu savoir comment elles avaient vécu leur grossesse. Pour la grande majorité d'entre elles, la grossesse a bien été acceptée par leur entourage, elles se sont senties soutenues, non jugées. Cela nous montre que seule une minorité de femmes ne sont pas soutenues dans leur choix de mener une grossesse à leur âge. En revanche, il est intéressant de voir que chez 14% des femmes, leur âge a été une préoccupation pour leur entourage.

Enfin, nous pouvons remarquer que près de la moitié des patientes déclarent avoir eu des angoisses pendant la grossesse. Si l'on s'intéresse aux différentes sources d'angoisses qu'elles déclarent, il semblerait que ce soit les mêmes que celles de la population générale et celles reconnues de la littérature ; à savoir le risque de fausse couche, les craintes de développer une pathologie,

les malformations, l'accouchement, les résultats de laboratoire, le risque de trisomie 21…(31 ; 32 ; 33 ; 34). Ce sont également ces mêmes motifs qui sont recherchés sur internet par les femmes. La peur de découvrir une pathologie, un problème de santé, une anomalie à un examen angoisse les patientes. Cela peut potentiellement avoir des répercussions sur la suite de la grossesse et sur le vécu de celle-ci(31 ; 32 ; 33). Il est donc important pour les professionnels de santé (médecin, sage-femme, psychologue) de faire évoquer ces angoisses et de rechercher celles-ci, afin de ne pas modifier le processus de parentalisation, d'autant plus que ces femmes sont plus à risques de complications.

Nous pouvons également noter que la grande majorité des femmes, 68%, donnent plutôt une très bonne note concernant le vécu de leur grossesse. Seule une minorité, moins de 10%, émettent une mauvaise note concernant leur grossesse. Par conséquent, nous pouvons en déduire qu'en général, les femmes de plus de 35 ans ont un assez bon vécu de leur grossesse lorsqu'on leur demande en suite de couches. Peut-être serait-il judicieux de leur poser la question également au cours de la grossesse au 9e mois par exemple afin d'avoir un aperçu de leur vécu, enceinte, et après l'accouchement, en suite de couches, pour voir le degré de différence. En effet, dans notre étude, près de la moitié des femmes disent appréhender la naissance de leur enfant. Le fait d'avoir accoucher, d'avoir leur enfant et d'être sous le flux des hormones peut peut-être influencer leur ressenti.

Nous avons également voulu savoir si la parité avait une influence sur la survenue d'angoisse pendant la grossesse. Nous avons croisé les données obtenues à l'issue de la diffusion du questionnaire et nous avons réalisé un test du chi2. Nous avons obtenu un p= 0,01. Il semble donc que la parité ai une influence significative sur le fait d'être angoissée pendant la grossesse. Il semblerait que les multipares de 35 ans et plus soient moins angoissées que les nullipares de 35 ans et plus. En effet, la parité est un facteur indépendant. Les multipares ont l'expérience de leurs précédentes grossesses, tandis que pour les nullipares la grossesse est une première expérience qui leur est inconnue. Ceci peut donc expliquer ces chiffres.

2 Réponses aux hypothèses et axes d'amélioration

Au terme de ce travail, nous avons pu conforter les connaissances actuelles, à savoir que les grossesses tardives sont plus à risques de pathologies pendant la grossesse et l'accouchement. En effet, les femmes s'exposent à des possibilités de survenue de pathologies et ont plus de risques d'avoir une césarienne au cours du travail(4 ; 6 ; 8 ; 10 ; 15 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 ; 25).. Ce qui confirme notre hypothèse de départ.

La suspicion de pathologie est l'une des principales sources de stress auprès des patientes(31 ; 32 ; 33 ; 34). C'est pourquoi, un suivi régulier, la prise en compte des facteurs de risques, la recherche d'angoisses, de sources de stress s'avèrent nécessaire auprès de ces patientes afin de les rassurer au mieux et de pouvoir les orienter vers les professionnels adéquats si besoin.

Nous avons également montré que ce sont principalement les nullipares qui éprouvent des angoisses pendant la grossesse. Là aussi, une écoute attentive des angoisses ainsi qu'un suivi régulier de ces patientes s'impose auprès de professionnels de santé. Une orientation auprès d'une psychologue pourrait être proposée aux femmes qui le souhaitent afin de les rassurer, d'écouter leurs craintes.

De plus, il semblerait que les cours de préparation à la naissance puissent être un lieu privilégié où les patientes pourraient évoquer leurs angoisses. La sage-femme a donc un rôle particulièrement important à jouer. A contrario, nous avons pu voir que seul 28% des femmes réalisent l'EPP alors qu'il a été mis en place dans le but d'aider les femmes, répondre à leurs attentes. Il semblerait judicieux de proposer davantage cet entretien auprès des femmes car il s'agit d'un moment privilégié lors duquel les femmes pourraient se confier sur leur peurs et inquiétudes.

CONCLUSION

Les grossesses après 35 ans sont et seront de plus en plus nombreuses dans notre société. En effet, celle-ci ne fait que renforcer cette dynamique. Plusieurs bouleversements sociaux-démographiques ont contribué à l'émergence de ce phénomène : l'évolution de la situation sociale, familiale et professionnelle des femmes, l'avènement de la contraception et du droit à l'avortement, les progrès de la médecine avec notamment l'assistance médicale à la procréation.

Au travers de notre étude multicentrique, nous avons donc vu que les grossesses tardives présentaient certains risques pendant la grossesse et l'accouchement. En effet, nous avons pu confirmer les données actuelles de la littérature à savoir que les femmes de plus de 35 ans étaient plus à risque de développer des pathologies pendant la grossesse comme le diabète gestationnel, la menace d'accouchement prématuré, la macrosomie ou le retard de croissance intra-utérin. Il en est de même pour l'accouchement où les taux de césariennes sont plus importants également. Ces grossesses représentent donc un réel enjeu de santé publique. C'est pourquoi, un suivi régulier adéquat est alors nécessaire. Celui-ci peut être multidisciplinaire alliant à la fois les compétences des médecins, des sages-femmes ou encore des psychologues.

En effet, nous avons également pu constater que la moitié des patientes de plus de 35 ans étaient angoissées pendant la grossesse, d'autant plus chez les primipares. Il semblerait que les cours de préparation à la naissance soit l'un des lieux privilégiés où aborder ces angoisses. La sage-femme a donc un rôle central dans l'aiguillage, le repérage des anomalies et le soutient auprès des femmes.

Malgré tout, les connaissances actuelles se veulent moins péjoratives quant au devenir de ces grossesses, grâce à l'amélioration de la prise en soin, mais ne négligent pas le fait qu'elles soient plus à risques comparé aux femmes qui mènent une grossesse à un âge plus jeune. Enfin, lorsque nous nous intéressons au vécu de la grossesse auprès des patientes, nous pouvons nous rendre compte que celles-ci la vivent plutôt de manière positive et assument pleinement leur choix.

Les grossesses tardives sont un sujet d'actualité tant pour les femmes que pour les professionnels de santé. En effet, lors des projets de lois de bioéthiques de 2019, il a été mis en avant la possibilité pour les femmes n'ayant aucune pathologie, de congeler leurs ovocytes dans le but de réaliser une grossesse plus rapidement. Cela augmentera-t-il encore le nombre de ces grossesses ? L'avenir nous le dira.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) CNGOF, Collège national des gynécologues obstétriciens de France. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Les grossesses après 40 ans. Tome XXIX, 2005. [En ligne] Disponible sur : http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2005_GO_049_goffinet.pdf. Consulté le 20 novembre 2017.

(2) Inserm, Dress. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017. [En ligne] Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales Consulté le 02 décembre 2017.

(3) Moguérou L, Bajos N, Ferrand M et al. Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ?. Nouvelles Questions Féministes. 2011;30:12-27. [En ligne] Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2011-1-page-12.htm Consulté le 22 janvier 2018.

(4) Khoshnood B, Bouvier-Colle M-H, Leridon H et al. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;37:733-747. [En ligne] Disponible sur https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036823150800272X Consulté le 25 janvier 2018

(5) INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Espérance de vie - mortalité. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743. Consulté le 22 janvier 2018.

(6) Belaïsch-Allart J. Pourquoi tant de grossesses tardives, à quel prix ? La lettre du gynécologue. Février 2008;328-329. [En ligne] Disponible sur : http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13969.pdf Consulté le 15 novembre 2017.

(7) INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Un premier enfant à 28,5 ans : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. [En ligne] Disponible

sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280#graphique-figure1. Consulté le 20 novembre 2017.

(8) Margent P. Danger des grossesses rapprochées : voir l'âge de la mère. Sage-femme Pratique. 2018. [En ligne] Disponible sur https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/004731-danger-grossesses-rapprochees-voir-lage-mere Consulté le 8 décembre 2018.

(9) INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Taux de fécondité/Quotient de fécondité. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1872 Consulté le 25 janvier 2018.

(10) Trastour C, Fayad S, Bongain A. Accoucher après 40 ans. La lettre du gynécologue. Février 2003;279:7-19 [En ligne] Disponible sur http://www.edimark.fr/lettre-gynecologue/grossesse-apres-40-ans# Consulté le 15 Novembre 2017.

(11) INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Fécondité. Bilan démographique de 2017. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926 Consulté le 25 janvier 2018

(12) INSEE, Institut National de la statistique et des études économiques. Population active. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569336?sommaire=2587886 Consulté le 03 février 2018.

(13) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableau de l'économie Française. 2018. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303378?sommaire=3353488&q=bac+femmes Consulté le 27 février 2018.

(14) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. La nuptialité la plus basse depuis 1950. [En ligne] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379729#inter2 Consulté le 05 février 2018.

(15) Beaujouan E, Sobotka T. Les maternités tardives : de plus en plus présentes dans les pays développés. Population et sociétés. Janvier 2019. 562. [En ligne]

Disponible sur https://www.cnsf.asso.fr/grossesses-apres-40-ans-de-plus-en-plus-frequentes-dans-les-pays-developpes/ Consulté le 15 avril 2019.

(16) Leguen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M et al. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion médicalisation, féminisation. Population et société. 2017;549:4. [En ligne] Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/ Consulté le 05 février 2018.

(17) Assistance médicale à la procréation. [En ligne]. https://www.procreation-medicale.fr/lamp-en-pratique/s%E2%80%99informer-avant-une-amp-a-l%E2%80%99etranger/. Consulté le 8 décembre.

(18) Roberts A, Geddes L, Walker R, Parker S, Davies J, Price D et al. Le grand guide visuel du corps humain. 2e Edition. Pearson ; 2016,527 p

(19) Liu K, Case A et al. Age génésique avancé et fertilité. Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada. 2011;33(11):1176-1177[En ligne] Disponible sur : https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui269CPG1111F.pdf Consulté le 27 janvier 2018.

(20) PMA fertilité. Bénéficier d'un don d'ovocyte : procédure à suivre pour la receveuse. [En ligne]. https://pmafertilite.com/don-ovocytes/#age-limite-pour-avoir-recours-a-un-don-dovocytes. Consulté le 10 décembre 2017.

(21) Vincent-Rohfritsch A, Tsatsaris V, Le Ray C. Les grossesses après 45 ans. 2014.419-423.[En ligne]. Disponible sur : http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/obstetrique/Grossesse_apres_40_ans.pdf. Consulté le 2 décembre 2017.

(22) Vincent-Rohfritsch A, Le Ray C, Anselem O, et al. Grossesse à 43 ans et plus : risques maternels et périnataux. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction. 2012,41:468-475. [En ligne]. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/744157 . Consulté le 15 novembre 2017.

(23) Morin L. Complications de la grossesse. Age maternel avancé. CHU Sainte Justine. 2011. [En ligne] Disponible sur : https://www.chusj.org/CORPO/files/f1/f1946e6f-3aac-4460-bca7-0a2a51d79a53.pdf Consulté le 20 janvier 2019.

(24) Roman H, Robillard P-Y, Julien C. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. 2004 ;33(7):615-622 [En ligne] Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/115144 Consulté le 15 février 2018.

(25) Lesage S, Mercier F-J. Parturiente âgée. Le praticien en anesthésie réanimation. 2014;18:164-169 [En ligne] Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279796014000448?via%3Dihub Consulté le 20 février 2018.

(26) CNGOF, Collège national des gynécologues obstétriciens de France. Recommandation dans la pratique clinique : le diabète gestationnel. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 2010;39(8):671-684 [En ligne] Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf Consulté le 1 février 2018.

(27) InVS, Institut de Veille Sanitaire. La mortalité maternelle. [En ligne] Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4061 Consulté le 27 janvier 2018.

(28) Santé publique France. Mortalité maternelle : la baisse amorcée des décès par hémorragie se confirme mais des inégalités demeurent. 2017. [En ligne] Disponible sur https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Mortalite-maternelle-la-baisse-amorcee-des-deces-par-hemorragie-se-confirme-mais-des-inegalites-demeurent Consulté le 15 avril 2019.

(29) Haute autorité de santé. Trisomie 21-Integrer les tests ADN libres circulants dans le dépistage. 2017. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2762345/fr/trisomie-21-integrer-les-tests-adn-libre-circulant-dans-le-depistage Consulté le 15 février 2018.

(30) DRESS Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités dès la naissance. 2016. [En ligne] Disponible sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf Consulté le 16 février 2019.

(31) Soubieux M-J. Impact psychologique du diagnostic anténatal de nuque épaisse sur le vécu de la grossesse et les relations précoces parents-enfant. 2005;24(suppl. au n°1):103-109 [En ligne] Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/138548 Consulté le 28 janvier 2018.

(32) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le vécu de la grossesse par les femmes. [En ligne] Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf Consulté le 18 Février 2018.

(33) Thévenot A. Parents après 40 ans. Bessin M, Levillain H. Autrement. 2012; 189 p. Recherche Familliales. 2014;1(11):177-179 [En ligne] Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2014-1-page-177.htm?1=1&DocId=158381&hits=1425+1424+1423+1422+1421+1420+32+31+24+23+22+21+6+5+4+3+2+1+ Consulté le 29 janvier 2018.

(34) CNGOF, Collège National des gynécologues obstétriciens de France. Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 2011. 12 p [En ligne] Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item19/site/html/cours.pdf Consulté le 2 février 2018.

(35) HAS, Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifies. 2016: 42 p [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf Consulté le 20 février 2018.

(36) Légifrance. Code de déontologie des sages-femmes. [En ligne] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072635&dateTexte=20040807 Consulté le 12 février 2018.

(37) HAS, Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005. [En ligne] Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_269939 Consulté le 29 janvier 2018.

(38) Branger B, Réseau de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristique de l'entretien prénatal précoce : Résultat d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, 2012. 2014 [En ligne] Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/pdf/2015_6-7_5.pdf Consulté le 01 avril 2019.

(39) DREES. Disparité sociale et surveillance de grossesse. 2007. [En ligne] Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf Consulté le 01 avril 2019.

ANNEXE I

LES GROSSESSES APRES 35 ANS

Bonjour,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Rouen, je réalise mon mémoire de fin d'études.

Celui-ci concerne les grossesses après 35 ans et a pour but d'étudier l'impact médical et psychologique de ces grossesses.

Afin d'étudier ce thème, j'ai donc réalisé un questionnaire. Toutes les données recueillies ne serviront qu'à mener à bien cette étude.

Ce questionnaire est anonyme et ne prend qu'une dizaine de minutes pour être rempli.

Je vous remercie pour votre aide et votre participation à cette étude.

Mélanie Lottin

Informations générales

1. Quel est votre âge ? ☐ ans

2. L'âge du père du bébé : ☐ ans

3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

☐ Agriculteurs exploitants

☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures

☐ Professions intermédiaires

☐ Employés

☐ Ouvriers

☐ Autres ou sans activité professionnelle

4. Quel est votre niveau d'études :

☐ Brevet des collèges

☐ CAP ou BEP

☐ Baccalauréat

☐ Licence ou équivalent

☐ Master ou équivalent

☐ Aucun diplôme

☐ Autres : ☐

5. Quelle est votre situation familiale :

☐ Célibataire

☐ Concubinage

☐ Mariée

☐ Pacsée

☐ Divorcée

☐ Veuve

6. Votre famille est-elle recomposée ?

☐ OUI ☐ NON

7. Aviez-vous déjà des enfants ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui combien ? ☐

Informations concernant la grossesse

8. Votre grossesse était-elle prévue ?

☐ OUI ☐ NON

9. Votre grossesse a été obtenue :

☐ Spontanément

☐ FIV

☐ FIV-ICSI

☐ Stimulation ovarienne

☐ Don de gamètes

10. Votre grossesse a été suivie majoritairement par : (1 réponse possible)

☐ Une sage-femme

☐ Un gynécologue-obstétricien

☐ Un gynécologue de ville

☐ Votre médecin traitant

11. Avez-vous effectué l'entretien prénatal précoce proposé au 4e mois de grossesse ?

☐ OUI ☐ NON

12. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

☐ OUI ☐ NON

- Si oui, était-ce :

☐ Un réel souhait de votre part

☐ Simplement proposé par le professionnel de santé

13.Combien avez-vous effectué d'échographies en tout ? ☐

14. Combien avez-vous effectué de consultations prénatales en tout ? ☐

15. Avez-vous souhaité réaliser la prise de sang de dépistage des marqueurs sériques au 1er trimestre de la grossesse à la recherche de la Trisomie 21 qui est prescrite après avoir réalisé la 1ère échographie ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

- Si oui, avez-vous été inquiète de l'attente de ces résultats ?

☐ OUI ☐ NON

- Si vous avez réalisé cette prise de sang, à la suite de ces résultats, avez-vous dû réaliser des examens complémentaires ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

16. Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? ☐ OUI ☐ NON

- Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

	Motif(s)	Durée d'hospitalisation
1ere Hospitalisation	…… …… …… ……	☐ Inférieure à 48h ☐ Inférieure à 1 semaine ☐ Compris entre 1 et 2 semaines ☐ Supérieure à 2 semaines
2nde hospitalisation	…… …… …… ……	☐ Inférieure à 48h ☐ Inférieure à 1 semaine ☐ Compris entre 1 et 2 semaines ☐ Supérieure à 2 semaines
3e Hospitalisation	…… …… …… ……	☐ Inférieure à 48h ☐ Inférieure à 1 semaine ☐ Compris entre 1 et 2 semaines ☐ Supérieure à 2 semaines

17. Avez-vous consulté en urgence pendant cette grossesse ? ☐ OUI ☐ NON

- Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Contractions	☐ OUI ☐ NON	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois
Perte de liquide amniotique	☐ OUI ☐ NON	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois
Perte de sang abondantes (métrorragies)	☐ OUI ☐ NON	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois
Baisse des mouvements du bébé	☐ OUI ☐ NON	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois
Motif médical strict	☐ OUI ☐ NON	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois
Autre	…… …… ……	☐ Dans les 3 premiers mois ☐ Au milieu de la grossesse ☐ Dans les 3 derniers mois

18. Votre grossesse a-t-elle été marquée par :

Un diabète gestationnel	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
De l'hypertension artérielle	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Une pré-éclampsie	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Une menace d'accouchement prématuré	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Une cholestase gravidique	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Des métrorragies (pertes de sang abondantes)	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Un placenta bas inséré	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Un retard de croissance intra-utérin (bébé de petit poids)	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS
Une suspicion de macrosomie (très gros bébé)	☐ OUI	☐ NON	☐ JE NE SAIS PAS

Informations concernant l'accouchement

19. Le travail a-t-il été déclenché ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

- Si oui, pour quel motif ?

20. Avez-vous eu une analgésie péridurale ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Autre

21. Vous avez accouché par :

☐ Voies naturelles

☐ Césarienne

☐ Ventouse ou forceps

- Si césarienne était-ce :

☐ En urgence

☐ Sur les conseils de votre médecin

☐ Une demande personnelle de votre part

22. Vous avez accouché :

☐ Dans la semaine qui précédait la date prévue d'accouchement

☐ 15 jours avant la date prévue d'accouchement

☐ 3 semaines avant la date prévue d'accouchement

☐ Plus de 3 semaines avant la date prévue

☐ Le jour de la date prévue de votre accouchement

☐ Après la date prévue d'accouchement

Informations concernant le nouveau-né :

23. Quel est le mode d'alimentation de votre enfant ?

☐ Le sein

☐ Le biberon

☐ Un allaitement mixte

24. Quel est le poids de naissance de votre bébé ?

☐ ☐ ☐ ☐ grammes

Informations concernant le vécu de la grossesse :

25. Aviez-vous peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant du fait de votre âge ?

☐ OUI ☐ NON

26. Quelles sont les raisons qui vous ont amené à avoir un enfant à cet âge ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Choix personnel

☐ Attente d'une stabilité économique

☐ Attente d'une stabilité professionnelle

☐ Recherche de partenaire

☐ Difficultés de conception

☐ Autre :

27. L'annonce de votre grossesse a- t-elle été bien acceptée par votre entourage ?

☐ OUI ☐ NON

28. Vous êtes-vous sentie jugée par votre entourage du fait de votre âge au moment de l'annonce de votre grossesse ?

☐ OUI ☐ NON

29. Votre grossesse a-t-elle été soutenue par votre entourage ?

☐ OUI ☐ NON

30. Votre âge a-t-il été une préoccupation pour votre entourage ?

☐ OUI ☐ NON

- Si oui pour quel(les) raisons ?

31. Pendant la grossesse aviez-vous des angoisses particulières ?

☐ OUI ☐ NON

- Si oui, lesquelles :

32. Avez-vous recherché des informations sur internet sur la grossesse ?

☐ OUI ☐ NON

- Si oui, lesquelles :

33. Appréhendiez-vous la naissance de votre enfant ?

☐ OUI ☐ NON

34. Avez-vous consulté un professionnel pour lui faire part de vos angoisses concernant votre âge et les conséquences sur la grossesse ?

☐ OUI ☐ NON

---

35. Finalement, si vous deviez mettre une note sur le vécu de votre grossesse, quelle note mettriez-vous ?

0= très difficile 10= très positif

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

IMPACT MEDICAL ET PSYCHOLOGIQUE DES GROSSESSES APRES 35 ANS

Madame Mélanie LOTTIN

Sujet : Les grossesses après 35 ans sont de plus en plus fréquentes dans notre société. En effet, plusieurs bouleversements socio-démographiques ont contribué à l'émergence de ce phénomène : l'évolution du statut social, familial et professionnel des femmes, l'allongement des études supérieures, l'arrivée de la contraception et du droit à l'avortement et l'assistance médicale à la procréation. Mais quel est l'impact médical et psychologique de ces grossesses menées à un âge maternel avancé auprès des femmes ?

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique. Pour cela, nous avons distribué des questionnaires en suites de couches, auprès de patientes âgées de plus de 35 ans à la date de leur début de grossesse. Nous avons obtenu 130 questionnaires.

Résultats et discussion : A l'issu de ce travail, nous pouvons confirmer les données actuelles de la littérature concernant la possibilité de survenue de pathologies durant la grossesse et l'accouchement chez ces patientes. Nous remarquons un nombre plus important de pathologies intervenant au cours de la grossesse tel que le diabète gestationnel ainsi qu'un nombre plus important de césariennes. De plus, la moitié des patientes étaient angoissées pendant leur grossesse, principalement les primipares. La survenue de pathologies semble être l'une des principales sources d'angoisses chez les patientes de plus de 35 ans. Malgré tout, les patientes ont dans l'ensemble un assez bon vécu de leur grossesse.

Conclusion : Ces grossesses sont donc un sujet d'actualité qui représentent un enjeu de santé public de par leur impact médical et psychologique. Un suivi multidisciplinaire intriquant médecin, sage-femme et psychologue peut s'avérer nécessaire.

MOTS CLES : Age maternel avancé, grossesses tardives, parturientes âgées.