



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

**Université Henri Poincaré, Nancy I**

**École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz**

*La place de la Sage-femme dans le suivi  
de grossesse des primipares âgées*

Mémoire présenté et soutenu par

Marie AUSSEDAT

Promotion 2011

Travail de recherche réalisé sous la direction de  
Mme Mardjane NADJAFIZADEH, cadre enseignante,  
et sous l'expertise de Mme Elisabeth HUMBERT,  
Sage-femme

## **SOMMAIRE**

<b>Sommaire.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Partie 1 .....</b>	<b>6</b>
<b>1.Primipares âgées et grossesses tardives.....</b>	<b>6</b>
<b>2.Suivi de grossesse et compétences de la sage-femme.....</b>	<b>14</b>
<b>3.Les risques liés à l'âge maternel.....</b>	<b>19</b>
<b>Partie 2 .....</b>	<b>30</b>
<b>1.Présentation de l'enquête .....</b>	<b>31</b>
<b>2. Résultats de l'étude.....</b>	<b>34</b>
<b>Partie 3 .....</b>	<b>57</b>
<b>1. Les biais de l'étude.....</b>	<b>59</b>
<b>2. Le profil des primipares âgées.....</b>	<b>59</b>
<b>3. Le profil des grossesses et les conditions du suivi.....</b>	<b>64</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>73</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>78</b>
<b>Annexe 1.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2.....</b>	<b>IV</b>

# *Introduction*

Les grossesses tardives sont un sujet d'actualité tant pour les femmes que pour les professionnels de santé périnatale par leur augmentation croissante. Ce « phénomène de société » est également relayé par les médias pour les différentes personnalités qui en font l'expérience.

Il est reconnu dans l'ensemble des données de la littérature que l'âge maternel avancé est un facteur de risque retrouvé dans les étiologies d'un certain nombre de pathologies gravidiques.

Se pose alors la question, pour les professionnels concernés, de l'impact de l'âge sur la grossesse d'une part, et de la nécessité éventuelle d'adapter le suivi classique de grossesse aux caractéristiques de cette population de femmes enceintes âgées d'autre part.

Cette adaptation du suivi concernerait le contenu de ce dernier mais aussi les professionnels impliqués dans la surveillance de la grossesse. Les grossesses tardives, du fait du caractère risqué qui leur est incombé, paraissent s'opposer au domaine de la physiologie, et donc à un suivi par une sage-femme.

Mais ces grossesses des primipares âgées sont-elles réellement toutes compliquées ? Et le simple fait d'un âge maternel avancé impose-t-il un suivi de grossesse par un obstétricien ?

Afin de ne prendre en compte que l'influence de l'âge maternel sur les complications obstétricales, ce mémoire porte sur l'analyse des premières grossesses tardives.

Pour répondre aux interrogations que soulèvent ce sujet, d'un point de vue professionnel, nous tenterons dans un premier temps de comprendre pourquoi les grossesses sont de plus en plus souvent décalées dans le temps, nous rappellerons les bases du suivi de grossesse ainsi que les compétences légales de la sage-femme, et enfin nous détaillerons les risques liés à l'âge maternel lors de la grossesse.

Dans un deuxième temps, nous dresserons un état des lieux du suivi des grossesses tardives des primipares, par la sage-femme en particulier, à la maternité régionale universitaire de Nancy, en le comparant au suivi de primipares plus jeunes.

Enfin, les résultats de notre description feront l'objet d'une confrontation entre les deux populations pour évaluer la place qu'occupe la sage-femme dans la surveillance des grossesses des primipares âgées.

## *Partie 1*

# ***GROSSESSES DES PRIMIPARES AGEES ET COMPETENCES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES.***

Trois grands points seront abordés dans cette première partie :

Tout d'abord nous essaierons de définir au plus juste le profil de ces patientes primipares âgées, de retracer l'évolution de ce type de grossesses au cours des années précédentes et à l'heure actuelle, et de comprendre les raisons qui amènent à avoir un premier enfant plus tardivement.

Ensuite, nous aborderons l'aspect professionnel du suivi de grossesse en rappelant le cadre législatif de celui-ci et les champs de compétence de la sage-femme qui s'y rapportent.

Enfin, il sera question des risques particuliers de la grossesse du fait de l'âge maternel avancé.

## **1. Primipares âgées et grossesses tardives**

### **1.1 Définitions**

#### **1.1.1 Primipares âgées**

Les **primipares âgées** sont définies comme étant des femmes ayant leur premier enfant à un âge supérieur ou égal à trente-cinq ans.

Cette limite inférieure d'âge n'est pas unanime dans la littérature mais est justifiée par la baisse physiologique de la fertilité à partir de trente-cinq ans, qui s'accélère fortement après quarante ans.

En effet, la physiologie féminine reste la même, et ce en dépit des progrès médicaux qui permettent désormais l'obtention plus tardive d'une grossesse (Assistance Médicale à la Procréation) : la femme a la possibilité de procréer de la puberté à la limite incontournable qu'est la ménopause qui a lieu entre quarante et cinquante-huit ans (moyenne à 50,1 ans.) (1).

Les chances de grossesse sont maximales entre 20 et 24 ans puis diminuent plus nettement à partir de 35 ans pour chuter à partir de 40 ans et devenir infimes à partir de 45 ans.

Mais certains professionnels, comme le Professeur Frydman, (2) mettent en avant l'augmentation de l'âge de la première maternité (30 ans en 2009) pour justifier une limite inférieure d'âge à 40 ans.



Ces deux points de vue sont évidemment justifiés, et mettent en évidence la difficulté de proposer une définition unique pour qualifier au mieux les primipares âgées.

Pour mon mémoire j'ai choisi de fixer la limite inférieure à l'âge de trente-cinq ans par rapport à l'âge le plus souvent choisi dans la littérature et en accord avec la baisse de la fertilité à cet âge.

### **1.1.2 Grossesses tardives**

On ne trouve pas non plus de définition stricte pour le terme de « grossesse tardive ». Pour la majorité, il s'applique dès 35 ans mais surtout après 40 ans.

En effet, il n'y a pas de seuil discriminant, les risques liés à l'âge sont croissants avec le temps. De plus, il n'est pas spécifique aux primipares puisqu'il est courant de voir des femmes multipares avoir un dernier enfant au-delà de 40 ans.

Cependant il existe une différence en terme de répercussions obstétricales entre primipares et multipares âgées : si les primipares âgées ne sont exposées qu'aux complications obstétricales liées à l'âge, les multipares, elles, conjuguent risques liés à l'âge et risques liés à la multiparité .

Les anglo-saxons scindent ce terme en deux sous parties puisqu'ils parlent d' *elderly gravidas* pour les grossesses menées à partir de trente-cinq ans voire quarante ans, et de *very advanced maternal age* pour celles au-delà de 45 ans.

Les chances de grossesses spontanées deviennent infimes avec le temps : une femme cherchant à avoir un enfant vers 30 ans a 75% de chances d'y parvenir en douze mois, contre 66% si elle commence à 35 ans et 44% si elle commence à 40 ans. (3)  
C'est pourquoi bien souvent les grossesses très tardives sont le fruit de l'aide médicale à la procréation .

Ce type de fécondation ne sera pas abordé dans ce travail puisque j'ai limité le critère d'inclusion aux grossesses spontanées.

## 1.2 Evolution démographique et épidémiologique

Le phénomène de première grossesse tardive est le propre des pays développés.

### 1.2.1 Augmentation de l'espérance de vie

L'espérance de vie a nettement augmenté depuis les années 1950, où elle était pour une femme de 69,2 ans contre 84,4 ans en 2007. (4) De nos jours, une femme de 35 voire 40 ans n'est donc qu'à la moitié de sa vie, ce qui peut expliquer une prolongation du désir d'enfant. L'homme quant à lui bénéficie d'une capacité de procréation plus longue physiologiquement et malgré l'écart d'espérance de vie avec la femme (77,4 ans en 2007), il y a donc moins de limites physiologiques à devenir père tardivement, bien que certaines pathologies notamment chromosomiques, pourraient être liées aussi à l'âge du père (altération de la spermatogénèse).

### 1.2.2 « Report de maternité » et évolution de la fécondité

#### *\*âge moyen de la mère à la première maternité*

L'âge moyen maternel à la première maternité a augmenté régulièrement au cours des trente dernières années : il était de 24,4 ans en 1977, de 27,4 ans en 2000, 29,6 ans en 2004. (5) Il atteint **30 ans en 2009**. (6) C'est la première fois depuis un siècle que ce seuil est atteint. En 2009 en France, la naissance d'enfants de mères âgées de 40 ans ou plus représente 4% des naissances totales. Ce sont les Pays-Bas qui présentent l'âge moyen de la première maternité le plus élevé en Europe à 31,1 ans.

#### *\*Fécondité et nouveau visage de la famille*

Les grossesses aux âges avancés existent depuis longtemps mais concernaient surtout les grandes multipares auparavant : elles avaient lieu principalement au sein des familles nombreuses encore dans les années 1980.

Aujourd'hui la comparaison du profil de fécondité par âge des femmes entre 1909 et 2009 montre que celle-ci reste globalement inchangée après l'âge de 30 ans. En 2009, on estimait le nombre d'enfant par femme (indicateur conjoncturel de fécondité ou ICF) à 1,98 en France. La différence réside dans le profil des familles : les familles nombreuses sont de plus en plus rares et la plupart des enfants nés après 30 ans sont les premiers, deuxième ou troisième de la fratrie.

Et cette évolution des mœurs se confirme même sur un laps de temps court et proche : Entre 2008 et 2009, la fécondité des femmes a augmenté après l'âge de 30 ans et diminué avant. Les statisticiens prévoient une tendance encore à l'augmentation pour ce type de grossesses tardives dans les années à venir, avec à priori en France un âge moyen de maternité qui rattrapera celui des Pays-Bas, mais qui n'ira probablement pas jusqu'à 35-40 ans. (7)

Comment expliquer alors ce changement du profil de la maternité? Quelles en sont les étiologies?

### **1.3 Etiologies de l'augmentation de l'âge d'engagement dans la maternité.**

La plupart des professionnels s'accorde à dire que le décalage de l'âge de la première grossesse est un phénomène de société dans le monde développé qui trouve ses racines dans : l'histoire, la mutation sociologique du travail, de la cellule familiale et du rapport hommes-femmes, et enfin du fait des progrès scientifiques et médicaux

#### **1.3.1 Les marques de l'histoire**

Les grossesses tardives concernaient principalement les grandes multipares dans la première moitié du vingtième-siècle en France.

C'était avant le contrôle des naissances qui fait suite à l'avènement de la contraception grâce à la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 qui légalise l'utilisation de la pilule contraceptive; et à l'autorisation de l'avortement par la loi de Simone Weil du 17 janvier 1975 .

Le droit de la femme à « disposer de son corps », l'avancée du droit des femmes est un projet porté par le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) dont les actions concernent la protection de la femme, la lutte pour ses droits et contre la violence, ainsi que pour l'avortement . (8)

« Un enfant, si je veux, quand je veux », tel va être le nouvel état d'esprit des femmes des années 1980, qui perdure plus que jamais.

La diffusion de la contraception moderne et ces évolutions ont contribué au recul de l'âge de la première maternité par la diminution de fréquence des grossesses non désirées, notamment aux âges jeunes.

Alors pourquoi les femmes décident-elles d'avoir des enfants dans la dernière partie de leur vie procréatrice ?

### **1.3.2 L'évolution de la place de la femme dans la société**

L'égalité hommes-femmes, un des phénomènes importants de notre époque, se traduit déjà par un accès égalitaire, dans la pratique, aux études supérieures. Il est aujourd'hui nécessaire pour travailler de posséder un minimum de qualifications.

La femme, dans la société actuelle, n'est plus limitée à son rôle de mère au foyer, et le nombre de femmes qui travaillent est en augmentation croissante: en 2005 en France, 47,6% des personnes actives de 15 ans et plus sont des femmes, contre 46,4% en 1999.(10)

Pour cela, elle va s'engager dans des études supérieures dont la durée s'est allongée au cours des années.( augmentation de deux années sur 10 ans depuis les années soixante) (11)

Ainsi le projet de grossesse est différé très souvent au minimum à la fin des études et de plus en plus après l'acquisition d'un emploi stable, d'un logement et d'une vie de couple stable elle aussi. (5)

Il faut faire ici la différence entre les primipares qui repoussent l'âge de leur première maternité volontairement, et celles qui le font involontairement car touchées par une infertilité traitée.

La législation du travail évolue dans le sens de l'égalité homme-femme elle aussi, avec des lois protégeant la femme enceinte et son emploi. Mais la réalité montre encore des difficultés dans certains secteurs, non pour l'application de ces lois, mais par rapport au fait que la femme enceinte peut être « mal vue » au sein d'une entreprise du fait de l'exigence de résultats et du climat compétitif du monde du travail d'aujourd'hui.

De ce fait ou du fait de la propre volonté de la femme, l'évolution de la carrière professionnelle peut être prioritaire sur le désir d'enfant, d'où une augmentation de l'âge

maternel de la première maternité. Ce phénomène apparaît comme étant une des causes principales des grossesses tardives. (5)

Et les femmes et leur horloge biologique dans tout ça ? Surestiment-elles les capacités médicales ? Y a-t-il un déficit de connaissance de la physiologie de la fertilité et de la procréation ?

### **1.3.3 Les progrès de l'Assistance Médicale à la Procréation : La médecine comme une « baguette magique » qui compense la chute de la fécondité ?**

Les spécialistes de l'Assistance Médicale à la Procréation notent une augmentation régulière des demandes de prise en charge par les couples. En 2006, toutes techniques cumulées, un enfant sur 20 est né par l'intermédiaire de l'AMP.

Ils attribuent cela à un phénomène de société mêlant une information plus large du grand public sur les techniques, l'augmentation importante de l'âge maternel à la première naissance, l'évolution des « statuts » des couples (couples recomposés ) et enfin les facteurs toxiques et environnementaux sur la qualité des gamètes masculins et féminins et du système endocrinien (exemple du bisphénol A).

Rappelons ici quelques notions de physiologie :

Pour un couple fertile âgé de 25 ans, la probabilité mensuelle d'obtenir naturellement une grossesse est de 25%. Cette probabilité baisse à partir de 35 ans, du fait notamment de la diminution de la réserve ovarienne au cours de la vie d'une femme, et de son épuisement lors de la ménopause (1).

Selon le Dr Belaisch-Allart (12), les femmes autour de la quarantaine et jusqu'à 45 ans qui consultent auprès d'un gynécologue expliquent souvent que « personne ne leur a parlé de la chute de la fertilité avec l'âge » et qu'elles sont souvent désemparées quand on leur dit que les résultats de l'assistance médicale à la procréation sont beaucoup plus mauvais à partir de 40 ans.

Or il est aisé de comprendre que la condition sine qua non d'une grossesse est une réserve ovarienne suffisamment satisfaisante, même pour une aide à la procréation.

Ainsi, l'AMP représente un immense espoir pour les parents ayant des difficultés à concevoir. Elle paraît donc souvent considérée comme la solution qui donne

l'assurance d'avoir un enfant par les femmes et couples qui retardent leurs grossesses, dans le cas où la fécondation naturelle ne fonctionnerait pas.

Cependant il est donc insuffisamment connu du grand public que l'AMP ne leur permettra pas toujours de devenir parents , que la médecine n'est pas toute puissante face aux mystères et aux incertitudes que conserve la fécondation .(12)

#### **1.3.4 Autres étiologies**

D'autres étiologies peuvent être citées pour expliquer le phénomène de grossesse tardive :

##### ***\* les nouveaux comportements matrimoniaux***

La cellule familiale traditionnelle avec le schéma archaïque mariage/enfants (famille nucléaire) est beaucoup moins retrouvée dans la société actuelle. Les mariages sont moins nombreux, le couple se veut stable avant d'envisager le projet d'un enfant.

Aussi la cohabitation devient-elle un mode de vie durable et a tendance à être une alternative au mariage. (5;9) Ces derniers sont aussi plus tardifs :en 2004, les hommes se marient en moyenne à 30 ans et 9 mois, les femmes à 28 ans et 8 mois. Cela peut alors décaler la survenue d'une grossesse.

Les hommes prennent leur temps avant de fonder une famille : On fait sa vie de garçon d'abord ; Souvent le désir d'enfant est plus marqué ou existe depuis plus longtemps chez la femme que chez l'homme dans un couple. (5)

##### ***\* la stabilité économique***

Les conditions économiques d'un couple sont souvent meilleures après l'âge de 35 ans du fait d'une durée de travail plus importante et donc de l'accumulation régulière de capital.

##### ***\* l'expérience de la vie***

Les femmes se sentent plus matures, et plus motivées avec l'avancée en âge pour avoir un enfant et assurer son éducation.

##### ***\*l'influence des médias***

La presse, notamment people, glorifie les femmes célèbres enceintes à un âge tardif, dont le nombre croît, donnant l'illusion qu'il est simple d'avoir un enfant à tout âge.

Aujourd'hui, attendre son premier enfant à un âge avancé, principalement au-delà de 40 ans, n'est plus un phénomène isolé. Les grossesses tardives sont l'expression d'un changement sociologique important et il paraît essentiel d'évaluer le besoin d'adaptation du suivi de grossesse « classique » à celles-ci, un peu particulières. Pour cela, il paraît important de rappeler les bases du suivi de grossesse ainsi que les compétences de la sage-femme dans ce domaine.

## **2. Suivi de grossesse et compétences de la sage-femme**

### **2.1. Le cadre du suivi de grossesse**

Le suivi de grossesse est défini par la loi et précisé par les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) .

#### **2.1.1 Ce que dit la loi**

C'est la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui définit le contenu et les limites du suivi d'une grossesse. (16)

Le contenu du suivi est basé sur le fait que toute femme enceinte doit bénéficier d'une surveillance médicale de la grossesse qui comporte, en particulier, des examens prénataux pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire et sont au nombre de sept . (Article L2122-1 modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009). Selon les facteurs de risques évalués lors de la première consultation, le nombre minimum des 7 examens peut être augmenté si une surveillance plus étroite est nécessaire, ce qui est le cas dans les grossesses à risque dont paraissent faire partie les grossesses des primipares âgées.

Ainsi, la première consultation prénatale est essentielle pour le pronostic de la grossesse, et va permettre d'adapter le suivi en fonction de ce pronostic, notamment en terme de professionnel référent : le suivi pourra se poursuivre avec une sage-femme en l'absence de pathologies décelées lors de cette première consultation.

Ceci rentre dans le cadre de l'orientation des patientes vers un professionnel et plus généralement du type de suivi des grossesses en fonction du déroulement de celles-ci.

### **2.1.2 Les recommandations professionnelles**

La Haute Autorité de Santé (HAS), est chargée, entre autres missions, de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé par le biais de recommandations professionnelles. C'est cette entité qui a défini le type de suivi de grossesse à adopter dans les différentes circonstances cliniques possibles: en mai 2007 ont été publiées les recommandations concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. (39)

Deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter. (37)

Le suivi A est mis en place pour une grossesse qui se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque. Dans cette situation, le suivi régulier de la grossesse peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la patiente.

Ce suivi de type A peut être complété par deux procédures : la demande d'avis *conseillée* à un gynécologue-obstétricien et/ou à un autre spécialiste dans le suivi A1; et la demande d'avis *nécessaire* à un gynécologue-obstétricien voire aussi à un spécialiste dans le suivi A2.

Le suivi de type B concerne les patientes pour lesquelles le suivi régulier de la grossesse doit être effectué par un gynécologue-obstétricien du fait d'un niveau de risque élevé .

Cette adaptation possible du suivi de la grossesse n'est pas figée dans le temps : chaque professionnel doit adapter son suivi à chaque évènement de la grossesse. Ainsi, une grossesse physiologique qui se complique doit passer à un suivi B et, à l'inverse, si



la pathologie qui a justifié un suivi de type A2 est jugulée, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (suivi A).

Il faut rappeler ici que la femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit.

Les recommandations de l'HAS soulignent l'importance d'une continuité des soins qui se traduit par un suivi par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne, ce qui sous-tend une coordination et une collaboration entre les professionnels. Ceci permet alors de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.

Afin de pouvoir définir la place de la sage-femme dans le suivi de grossesse, il est opportun de rappeler ici les compétences qui la définissent.

## **2.2 Les compétences de la sage-femme dans le suivi de grossesse**

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie c'est-à-dire que le code de la santé publique (CSP) a déterminé leur champ d'intervention, qui est consacré à la physiologie et comprend aussi la pratique des actes nécessaires au diagnostic de pathologie.

De ce fait, la sage-femme assure, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, de la déclaration à la consultation postnatale. (18 ; 43)

La limite juridique de la compétence de la sage-femme se situe donc au niveau de la dystocie. En effet, l'article L-4151-3 du CSP stipule qu'en cas de pathologie maternelle ou fœtale pendant la grossesse, la sage-femme doit faire appel à un médecin, et pourra alors exercer en collaboration avec celui-ci.

La sage-femme fait partie des acteurs de soins de santé primaire, au même titre que les médecins généralistes et les gynécologues médicaux, c'est pourquoi elle a la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires). (39)

Concernant les examens complémentaires, la sage-femme est autorisée à prescrire les ceux qui sont strictement nécessaires à l'exercice de sa profession (article L4151-4 du CSP) comme le frottis cervico-vaginal ou encore les échographies anténatales.

Un examen fait cependant exception dans la possibilité de prescription de la sage-femme : le dépistage de la trisomie 21 ne peut actuellement être prescrit que par un médecin même si la sage-femme, si elle effectue la première consultation postnatale, a pour mission de le proposer et de l'expliquer.

Le dépistage de la trisomie 21, tient une place importante dans la grossesse d'une primipare âgée puisque du fait de son âge celle-ci est particulièrement exposée à des risques d'anomalies chromosomiques comme expliqué auparavant. Ce dépistage fait actuellement l'objet de modifications importantes.

### **2.3 Le dépistage de la trisomie 21 et l'amniocentèse chez la primipare âgée**

La trisomie 21, ou syndrome de Down, est l'anomalie la plus fréquente des anomalies chromosomiques (1 sujet sur 750 dans la population générale en 2007).

Dans plus de 95% des cas de trisomie 21 libre (par opposition aux trisomies 21 par translocation robertsonnienne), le chromosome surnuméraire est apporté par la mère et il est connu que ce risque de trisomie 21 augmente de façon exponentielle avec l'âge.

Le dépistage prénatal vise à fournir aux femmes enceintes qui le souhaitent, les éléments d'information les plus fiables sur le niveau de risque de trisomie 21 fœtale de la grossesse en cours. Le contenu de ce dépistage évolue avec la pratique quotidienne des professionnels de santé périnatale.

En France depuis 1997 et jusqu'à l'arrêté de juillet 2009, le dépistage prénatal de la trisomie 21 reposait sur le dosage d'au moins deux marqueurs sériques maternels, réalisé entre la 15ème et la 18ème semaine d'aménorrhée auquel s'est ajoutée la mesure échographique de la clarté nucale au premier trimestre. La coexistence de ces différentes stratégies de dépistage menait à un taux d'amniocentèse de l'ordre de 11% mais les pertes fœtales et l'anxiété pour les femmes de cet examen diagnostique invasif ont conduit à faire évoluer les techniques afin de limiter les risques iatrogènes liés à l'amniocentèse et d'améliorer la performance du dépistage.

De ce fait, et grâce à une évaluation des différentes stratégies de dépistage dans la pratique, le dépistage se décline désormais en deux phases :

Un dépistage combiné du 1er trimestre de la grossesse, réalisé entre 11+ 0 et 13 + 6 SA, associant mesure de la clarté nucale (en fonction de la longueur crânio-caudale qui doit être comprise entre 45 et 84 mm au moment de la mesure) et dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre, à savoir la PAPP-A et fraction libre de la  $\beta$ -hCG.

Pour les patientes qui n'ont pu bénéficier de ce dépistage combiné (hors délais par exemple) il est possible d'effectuer un dépistage séquentiel intégré, basé sur la mesure de la clarté nucale et sur le dosage des marqueurs sériques maternels au deuxième trimestre (AlphaFoetoProtéine,  $\beta$ -hCG,  $\beta$ -hCG libre, Estriol libre), soit entre 14+0 SA et 17SA+6.

Le seuil en dessous duquel la patiente se voit proposer une amniocentèse pour réalisation d'un caryotype reste à 1/250. Cette nouvelle stratégie de dépistage permet d'avoir un seul risque pour résultat.

Concernant les primipares âgées, la HAS considère que la proposition de réalisation d'un diagnostic prénatal d'emblée pour les femmes de 38 ans et plus, sans offre de recours préalable au dépistage, n'est plus justifiée.

Les stratégies de dépistage permettent en effet d'obtenir, dans ces tranches d'âge, des taux de détection très élevés tout en assurant une diminution majeure des taux de prélèvements fœtaux. (44)

Le calcul du risque est basé sur plusieurs critères de base dont fait partie l'âge maternel, qui sont pondérés par des facteurs de correction tels que l'existence d'un tabagisme maternel ou encore d'antécédents de trisomie 21. Ainsi, à partir du moment où la femme enceinte a plus de 35 ans, le risque qu'elle appartienne à la population susceptible de présenter des anomalies chromosomiques augmente de façon importante.

Les intérêts de cette nouvelle stratégie de dépistage sont d'abord de pouvoir rassurer la majorité des couples dès 12SA et demie, de voir diminuer le nombre de

prélèvements ovulaires et enfin, lorsqu'une interruption médicale de grossesse est prévue, de la réaliser beaucoup plus tôt dans la grossesse. Ainsi, la majorité de femmes qui ne sera pas concernée par un risque d'anomalie chromosomique pourra poursuivre plus sereinement la grossesse, pour laquelle il existe cependant de nombreux risques liés à l'âge outre celui des pathologies chromosomiques.

### **3. Les risques liés à l'âge maternels**

La plupart des études antérieures aux années 1990 montraient des pronostics largement péjoratifs pour ce type de grossesse avec des risques accrus pour la mère et le fœtus. Aujourd'hui, il semblerait que les études soient plus optimistes en admettant que la grossesse d'une primipare âgée est généralement de bon pronostic, même si elle n'est pas équivalente à celle d'une patiente jeune. (2)

Cette divergence s'explique par l'amélioration de la surveillance prénatale, par certaines imprécisions dans les enquêtes les plus anciennes (prématurité et petit poids de naissance confondus), mais aussi par la différence des populations concernées : les grandes multipares de bas niveau socio-économique faisant désormais place à des primipares de meilleure situation ayant volontairement repoussé l'âge de leur première grossesse. (35) Dufour, Haentjens et Vinatier ont ainsi rapporté, en 1997, 62 % de haut niveau social chez les primipares dites âgées pour moins de 18 % chez les multipares (19).

De nos jours, la santé des femmes est globalement meilleure, du fait d'habitudes de santé et d'hygiène largement améliorées par rapport à ce qu'elles étaient encore au milieu du vingtième siècle. Mais dans le contexte de la procréation, il est largement prouvé que l'âge dit avancé est un facteur de risque important.

Laissant de côté la diminution de la fertilité et donc les difficultés de conception qu'il engendre, nous nous consacrerons exclusivement aux complications de la grossesse déjà débutée.

Les enjeux médicaux et obstétricaux des grossesses tardives peuvent concerner d'une part la santé maternelle, et d'autre part celle du fœtus. Ils ont également une influence sur le mode d'accouchement.

## 3.1 Les risques maternels

Parmi les risques maternels, on peut différencier les risques précoces et les risques tardifs au cours de la grossesse.

### 3.1 1 Les risques précoces

Ils sont dominés par les risques de fausses-couches spontanées et d'aberrations chromosomiques.

#### *\*Les fausses couches spontanées*

Le taux de fausses-couches spontanées fait plus que doubler avec l'âge : d'une valeur de 11,7% entre 30 et 34 ans, il passe à 33,8% au-delà de 40 ans (12).

**\_60 % de ces fausses-couches sont d'origine chromosomique** (12): aneuploïdies (nombre anormal de chromosomes) et dysgonosomies (anomalie des chromosomes sexuels) .

**\_la baisse de la qualité ovocytaire** du fait de l'âge maternel : les « bons » follicules riches en récepteurs à FSH (hormone folliculo-stimulante) auraient disparu avec le temps, ne laissant la place qu'aux follicules moins réceptifs à cette hormone qui seraient probablement de moins bonne qualité.

**\_ Le vieillissement utérin** : l'utérus subit lui aussi les effets néfastes de l'âge: les résistances artérielles augmentent, le flux artériel se modifie en qualité et en quantité. Cette altération de la vascularisation de l'endomètre peut être un facteur de risque supplémentaire entraînant un possible arrêt de croissance de l'embryon par hypoxie .Enfin, la moins bonne qualité du corps jaune caractérisée par une baisse de production de progestérone, entraîne un déséquilibre hormonal en faveur des œstrogènes, ce qui favorise l'apparition de fibromes. Ces tumeurs bénignes qui se développent au sein du muscle utérin constituent une difficulté supplémentaire pour la nidation de l'œuf. (7)

On peut bien comprendre que l'influence de l'âge sur le risque de fausse-couche est indépendante des histoires antérieures de fausse couche. (2)

En effet, la majorité des fausses-couches précoces est liée aux anomalies embryonnaires sévères : Dans ces cas, l'arrêt du développement est précoce, le plus souvent avant l'apparition de l'activité cardiaque (vingt-et-unième jour de développement).

L'activité cardiaque précoce ne garantit donc pas l'absence d'une anomalie chromosomique « moins sévère » ou d'une hypoxie qui pourrait entraîner plus tard une fausse-couche. Ceci laisse donc supposer que la qualité de l'œuf n'est pas l'unique cause de ce phénomène, contrairement à ce qui se passe chez les femmes plus jeunes, et donc que le facteur âge maternel est lui aussi important.

### **\* *Les aberrations chromosomiques***

L'élévation du taux d'anomalies chromosomiques avec l'âge maternel est bien connu, mais le mécanisme à l'origine de ces anomalies reste encore assez mystérieux. On sait simplement que les aneuploïdies ou les dysgonosomies seraient dues à des méioses défailtantes (première division méiotique surtout) et/ou des mutations inopportunes sur des follicules de qualité moindre.

Les aberrations chromosomiques les plus fréquentes liées à l'âge maternel sont :

-les trisomies : trisomie 13, trisomie 18 et la trisomie 21 (ou syndrome de Down) qui représentent à elle seule la moitié des étiologies d'anomalies chromosomiques. (7 ; 21)

Le risque de trisomie 21 augmente de façon exponentielle avec l'âge : 0,5% à 35 ans, 1% à 38 ans, 1,32% à 40 ans, 1,55% à 44 ans. (19). Son dépistage est, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, entièrement protocolisé.

-les dysgonosomies : à l'image du syndrome triple X (47, XXX) ou du syndrome de Klinefelter (47,XXY)

Le taux d'atteinte chromosomique à la naissance est estimé à 3% entre 40 et 45 ans. (19) Ce risque d'anomalie génère un stress important chez les patientes enceintes

### **\* *Les Grossesses Extra-Utérines (GEU) et les anomalies de migration de l'œuf***

Le risque est plus élevé pour les femmes après 40 ans : 7% contre 1,7 % pour les femmes entre 20 et 24 ans. (7 ;27)

Certaines maladies sexuellement transmissibles ou infections pelviennes comme la salpingite, peuvent intervenir dans le processus de fécondation (migration au niveau des trompes de Fallope) or ces pathologies sont plus susceptibles d'apparaître chez des femmes « âgées » dont la vie sexuelle est débutée depuis longtemps, avec la possible

rencontre de différents partenaires et donc une exposition plus importante à ces maladies .

#### **\* *Les malformations congénitales***

L'influence de la grossesse tardive sur les malformations congénitales est mal connue. Il pourrait y avoir plus de syndrome d'alcoolisation fœtale, d'atrésie œsophagienne et de nanisme thanatophore (dysplasie osseuse létale d'origine génétique) (2).

Selon une étude réalisée en 2000 par Lisa et Hollier (22), l'incidence des malformations congénitales à caryotype normal augmenterait avec l'âge maternel passant à 5% au delà de 40 ans contre 3,5% vers 20 ans. Le risque de pied-bot serait également accru, selon la même étude.

Ces malformations sont dépistées par échographie comme pour les autres tranches d'âge.

#### **\* *Les grossesses multiples***

Elles sont naturellement plus nombreuses avec l'âge, même sans considérer le facteur "assistance médicale à la procréation". (2) Les complications des grossesses gémellaires s'ajoutent à celles causées par l'âge. Mais l'impact de ce dernier passe au second plan par rapport à la complexité des grossesses multiples.

### **3.1.2 Les risques tardifs**

Les professionnels de santé et les patientes s'accordent à dire que l'âge maternel élevé est lié à des grossesses souvent plus compliquées (23) et à une morbidité et mortalité maternelle accrues.

Les risques tardifs peuvent être scindés en deux sous-groupes de risque : les pathologies générales et les pathologies obstétricales.

#### ***3.1.2.1 Les pathologies générales***

Elles sont liées à l'accumulation naturelle de facteurs médicaux et chirurgicaux au fil des années : cardio-vasculaires, auto-immuns, rénaux...d'où une incidence des pathologies chroniques plus élevée parmi les femmes de 35 ans et plus, et un risque global d'hospitalisation deux à trois fois plus important par rapport aux plus jeunes. (23)

La plupart des auteurs admettent que le diabète et l'hypertension artérielle sont les principaux risques médicaux des grossesses tardives. Le tabagisme tient lui aussi une place importante dans les complications gravidiques probablement du fait de son ancienneté mais son retentissement est surtout fœtal et sera développé par la suite.

### ***\*Le diabète***

La prévalence du diabète, qu'il soit préexistant ou non, augmente avec l'âge. La totalité des études met en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel chez les grossesses tardives. Après 35 ans, les patientes toutes parités confondues, présentent trois fois plus de risques de développer cette pathologie au cours de leur grossesse. (27)

Aussi on retrouve l'âge supérieur à 30 ans dans les critères d'O'Sullivan des populations à risque de diabète (28)

Les avis sont moins unanimes par rapport à l'incidence de la parité sur le diabète : Pour Grimes, il n'y a pas d'augmentation significative chez les primipares mais seulement chez les multipares dont l'âge excède 38 ans. Le professeur Nisand quant à lui est en faveur de l'hypothèse d'une augmentation chez la primipare dès 35 ans, mais cette augmentation reste inférieure au risque pour les multipares du même âge. (20) Enfin, Bianco, lui, pense qu'il n'y a pas de différence selon la parité et que seul l'âge est en cause. (29)

Face à ces avis divergent, on peut retenir uniquement l'effet de l'âge sur la prévalence du diabète gestationnel, sans pouvoir conclure sur le rapport de celle-ci avec la parité.

Une étude faite par AUDIPOG (1999-2003) a montré également une augmentation du taux de Diabète Non Insulino-Dépendant (DNID ou diabète de type 2) chez les primipares de 40 ans (10%) comparée aux jeunes de 20-35 ans (2,9%). (31) La survenue de ce type de diabète et du diabète gestationnel est étroitement liée au surpoids et à l'obésité dont on a vu qu'ils augmentaient également avec l'âge. (32)

Le diabète gestationnel a un retentissement sur la santé maternelle mais les conséquences fœtales doivent être également envisagées et dépistées puisque le diabète majore le risque de malformations et peut entraîner des complications obstétricales.



Certains auteurs préconiseraient un dépistage des patientes obèses au premier trimestre de la grossesse, en plus de celui réalisé au sixième mois. (2)

### ***\* L'hypertension artérielle et ses complications***

L'hypertension représente une problématique importante chez les patientes "âgées" principalement du fait des conséquences maternelles et fœtales qu'elle provoque. L'hypertension artérielle chronique est plus fréquente avec l'âge (5,2% contre 2,7% pour une population plus jeune). (15)

Pour les femmes indemnes de cette pathologie avant la grossesse, l'âge a aussi des conséquences : La primiparité et l'âge supérieur à 40 ans sont, indépendamment l'un de l'autre, deux facteurs de risque de pathologie vasculo-rénale maternelle. (24) L'étude finlandaise de Lampinen (23) rapporte que l'âge seul n'est pas responsable de l'apparition d'hypertension gravidique, bien que l'hypertension chronique soit plus fréquente chez les femmes d'âge avancé .

La pré-éclampsie est elle aussi plus fréquente . Habituellement située entre 3 et 4 %, elle atteint 5 à 10 % chez les femmes de plus de 40 ans.

Ainsi, la majorité des études met en exergue l'âge comme premier facteur de risque de la pré-éclampsie. Et il apparaît que l'augmentation de cette pathologie est plus nette lors des premières grossesses : la primiparité est donc elle aussi un facteur de risque prépondérant, et les primipares âgées cumulent donc deux risques.

Le tabac et l'obésité doivent également être pris en compte dans l'évaluation du risque de pathologie hypertensive : En l'absence de tabagisme ou d'excès pondéral, le risque est modéré, malgré l'âge. (20)

### ***\* La mortalité maternelle***

La mortalité maternelle définit le décès d'une femme pendant sa grossesse, lors de l'accouchement ou dans les semaines qui suivent celui-ci.

L'augmentation continue de l'âge de la première maternité a un retentissement certain sur le taux de mortalité maternelle en France : elle passe de 6 à 91 décès pour 100 000 naissances. (25)

En effet, elle est trois à quatre fois plus importante à partir de 35 ans (2 ; 21) ; à 45 ans et plus, le risque est douze fois supérieur à celui d'une femme de 20-25 ans .

Cependant il convient de garder à l'esprit que la mortalité maternelle reste rare, même dans ces circonstances.

#### ***\*Autres pathologies***

D'autres pathologies peuvent être majorées par l'âge maternel avancé : (15)

- des dysfonctionnements thyroïdiens : prévalence de 3% au-delà de 40 ans contre 1,5% chez les 25-29 ans.
- des pathologies cardiaques (4% versus 2%) : exemple de la cardiomyopathie du peripartum ou de l'infarctus du myocarde qui est cité comme plus important pour ces femmes âgées mais il fait néanmoins l'objet de peu d'études dans ce contexte. (26)
- de l'obésité (7% versus 3,5%), de l'asthme (1,3% versus 0,5%), des maladies auto-immunes,
- des pathologies thrombo-emboliques : l'âge supérieur à 35 ans est considéré comme risque modéré dans la classification du niveau de risque de maladie thromboembolique veineuse maternelle associée à la grossesse.
- des syndromes dépressifs

L'âge avancé chez une femme se traduit au niveau de la santé par de nombreux facteurs de risques pour diverses pathologies. Qu'en est-il au niveau obstétrical?

#### ***3.1.2.2 Les pathologies obstétricales***

##### ***\*Placenta praevia et placenta accreta***

Le risque de placenta praevia, même s'il reste globalement faible (0,25%) est huit à dix fois plus important chez les primipares âgées que chez les plus jeunes.(30 ; 2)  
Le placenta accreta paraît plus fréquent avec l'âge mais sa survenue est liée principalement à la multiparité et aux antécédents de césarienne.

##### ***\*Hématome Rétro-placentaire (HRP)***

Les avis sont beaucoup plus divergents concernant les décollements placentaires. Pour certains l'âge ne serait pas un facteur de risque, mais ce seraient plutôt la parité et l'hypertension qui lui sont associés qui poseraient problème. D'autres concluent qu'il n'y a pas de corrélation entre l'âge et la survenue de ce type de pathologie. (30)

Il est toutefois difficile d'établir une conclusion réelle du fait de la faible incidence des HRP (entre 0 et 1%) (7)

### **3.2 Les risques fœtaux et l'issue néonatale des grossesses tardives**

Il existe de nombreux risques fœtaux dans ce contexte de grossesses tardives, en plus de ceux d'anomalies chromosomiques et de fausse-couches spontanées décrits auparavant.

#### ***\*La prématurité***

La majorité des études s'accorde sur le fait que le nombre de mises en travail prématuré est plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus. (7 ; 15 ; 34 )

Le risque de prématurité (naissance avant 37 SA) chez la primipare de 40 ans serait quatre fois plus important que chez des primipares plus jeunes. Ceci justifie donc une surveillance accrue en deuxième partie de grossesse chez ces patientes.

Il faut penser ici que le tabac est un facteur de surrisque.

#### ***\*La mortalité et la morbidité périnatale***

La mortalité périnatale est marquée par le risque de mort fœtale in utero (MFIU), qui est particulièrement plus important après 37 SA, et semble encore accru après 40 SA.

Il semble donc que les femmes plus âgées soient “post-terme” plus tôt que les femmes plus jeunes (2).

La morbidité périnatale, quant à elle, est environ 1,5 fois plus importante chez ces patientes, principalement du fait du retard de croissance intra-utérin (conséquence de l'hypertension artérielle et/ou du tabac et/ou d'une perfusion utéro-placentaire de qualité moindre) et de l'accouchement prématuré. (2)

#### ***\*Le poids de naissance***

L'âge maternel avancé serait impliqué dans une fréquence plus importante des *petits* poids de naissances ou, à l'inverse des macrosomes. Ceci peut s'expliquer par la mauvaise perfusion placentaire de l'utérus âgé et/ou par une pathologie vasculo-rénale gravidique pour les hypotrophies, et par le diabète pour les macrosomies.

*\*Les complications fœtales et néonatales du diabète maternel*

Malformations (cardiopathies, maladies métaboliques), macrosomie (poids de naissance supérieur à 4500g), risque d'hypoglycémies néonatales.

Les complications du diabète sont nombreuses et nécessitent une prise en charge pédiatrique spécifique.

*\*Le retentissement des addictions maternelles*

À un âge avancé, les addictions si elles existent sont susceptibles d'être plus ancrées dans les habitudes de vie de la patiente et donc d'ajouter un risque en plus de l'âge. Comme cité précédemment, les syndromes d'alcoolisation fœtale seraient plus nombreux. Le tabac quant à lui augmente le risque de restriction de croissance intra utérine, d'hypotrophie, de pathologie vasculaire et de menace d'accouchement prématuré.

### **3.3 Les modes d'accouchement**

*\*La césarienne*

Chez les parturientes âgées, tous les auteurs s'accordent à dire que le mode d'accouchement est marqué par un taux de césarienne deux fois plus important. (40% chez la primipare de 40 ans ou plus contre 19% chez les 20-35 ans) Ce fait touche surtout les primipares mais aussi les multipares, et il est retrouvé pour toutes les indications : césarienne programmée et césarienne en cours de travail. (21 ; 30)

Les étiologies de cette augmentation sont nombreuses :

- Le siège chez une primipare âgée est une indication de césarienne prophylactique
- Les fibromes utérins, plus fréquents avec l'âge, entraînent davantage de présentations fœtales dystociques (siège, présentation transverse) .
- les macrosomies sont plus fréquentes du fait de la prévalence élevée du diabète dans cette population.
- ces femmes peuvent présenter des antécédents de myomectomies.

-la pré-éclampsie, la restriction de croissance intra utérine, les placentas bas insérés ou encore les malformations fœtales : toutes ces pathologies qui sont plus fréquentes avec l'âge peuvent être l'indication d'une césarienne.

Enfin d'un point de vue psychologique, certains auteurs considèrent que les praticiens ont la césarienne “plus facile” et que les patientes sont plus “demandeuses” de ce type d'accouchement.(2)

### ***\*les pathologies du travail***

Pendant le travail, les césariennes en urgence sont plus nombreuses en raison d'un taux plus important de déclenchements (notamment pour terme dépassé), d'un allongement de la première phase du travail surtout chez les primipares, et des souffrances fœtales aiguës plus fréquentes. (15 ; 36)

Les fibromes utérins provoquent une altération de la fonction myométriale d'où une utilisation accrue d'ocytociques.

Le risque de rupture utérine et d'échec d'épreuve du travail sur utérus cicatriciel serait également croissant avec l'âge.

### ***\*les extractions instrumentales***

Le taux d'extraction instrumentale est plus important dans toutes les études, et quelque soit la parité : 25% chez les primipares de plus de 35 ans ayant accouché par voie basse contre 17% chez les primipares de 25-29 ans. (15)

### ***\* les hémorragies de la délivrance***

Les auteurs ne sont pas unanimes sur ce point. Certains comme Jolly et al. (36) évoque une fréquence plus importante des hémorragies de la délivrance graves (pertes sanguines supérieures à 1 litre) et des atonies utérines.

Les modifications de la population maternelle de nos jours sont certaines et d'origine multifactorielle. Selon les données de la littérature, les grossesses des primipares âgées paraissent plus souvent compliquées que celles des femmes plus jeunes.

La sage-femme garde-t-elle alors encore une place dans la prise en charge des grossesses tardives chez les primipares âgées ? Qu'en est-il au niveau de la maternité de Nancy?

## *Partie 2*

***ETUDE RETROSPECTIVE DES PRIMIPARES  
AGEES,  
PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI  
DE LEUR GROSSESSE.***

L'âge maternel avancé et la primiparité sont des facteurs de risque pour la grossesse. Même si, à l'échelle d'un individu le risque reste faible, les primipares âgées de ce fait, sont rapidement stigmatisées.

La sage-femme est compétente pour suivre des grossesses physiologiques et déceler toute pathologie.

En théorie, nous avons pu constater auparavant que l'âge maternel élevé seul n'est pas un facteur suffisant pour qualifier une grossesse comme « à risque ».

## **1. PRESENTATION DE L'ENQUETE**

### **1.1 Justification de l'étude**

Plusieurs questions motivent cette étude :

- > En pratique, ces grossesses sont-elles considérées comme particulières dans leur prise en charge ? Et faut-il les considérer comme telles?
- > Faut-il définir un suivi particulier qui comporterait des investigations supplémentaires par exemple ?
- > Arrive-t-il que ces gestantes soit directement adressées à un obstétricien en prévention du seul fait de l'âge et des risques engendrés par ce paramètre ?

Quelle est la place de la sage-femme dans le suivi des grossesses tardives chez la primipare, en considérant ses compétences professionnelles ?

Le fait qu'elle ne soit pas autorisée à suivre des grossesses pathologiques limite-t-il son implication dans ces grossesses dites à risque ?

### **1.2.Objectifs et hypothèses**

#### **1.2.1. Objectifs de l'étude**

Le but de cette étude est d'apprécier dans un premier temps l'aspect socio-démographique d'une première grossesse après 35 ans et de décrire le déroulement de la grossesse, les pathologies qui l'ont incidentée, en nous attachant à étudier les modalités du suivi et les professionnels concernés.



Ainsi nous établirons tout d'abord un portrait des primipares âgées et de leurs éventuelles caractéristiques par rapport à des primipares plus jeunes.

Les données recueillies chez les primipares âgées seront comparées à celles d'un échantillon de primipares de moins de 35 ans, sélectionnées sur les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion, détaillés par la suite, excepté l'âge.

Ceci nous permettra de mettre en exergue la réalité d'un suivi différent pour les deux populations et d'évaluer la place de la sage-femme dans le suivi des primipares âgées.

### **1.2.2 Hypothèses de l'étude**

Mes hypothèses sont les suivantes:

\*Les grossesses des primipares âgées ne bénéficient pas d'une prise en charge particulière, et le suivi de ces grossesses est le même que celui pratiqué pour les grossesses des patientes plus jeunes.

\*La sage-femme est moins présente dans le suivi des grossesses tardives que dans le suivi des grossesses chez des patientes plus jeunes, du fait des pathologies plus fréquentes qui compliquent les grossesses des primipares âgées, et de l'augmentation des risques de complication pour ces grossesses.

\*La sage-femme peut intervenir dans le suivi des grossesses tardives tout en respectant la règle d'orientation vers un obstétricien en cas de pathologie :

\_ suivi exclusif par la sage-femme en cas de grossesse non compliquée (suivi A et A1 selon les recommandations professionnelles de l' HAS),

\_ suivi en binôme avec un obstétricien s'il existe une pathologie obstétricale (suivi A2 selon les mêmes recommandations),

\_ suivi en binôme avec un spécialiste tel que l'endocrinologue par exemple (suivi A1).

### **1.3. Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur l'année 2009-2010 à la maternité régionale universitaire de Nancy. Cette étude descriptive est basée sur la comparaison de deux populations :

Une première population composée de primipares de 35 ans et plus, et une deuxième population comprenant des primipares de moins de 35 ans.

Nos populations d'étude ont été sélectionnées à partir des archives numériques des lettres de sortie d'hospitalisation sur les critères suivants :

**Critères d'inclusion :**

- \* Les primipares ayant accouché à la maternité de Nancy à partir du 1er janvier 2010.
- \* Les primipares âgées de 35 ans ou plus au début de leur grossesse pour le premier échantillon ; Les primipares de strictement moins de 35 ans et plus de 18 ans pour le second échantillon (afin d'éviter un biais dans l'étude en rapport avec les risques des grossesses chez les patientes jeunes.)
- \* Les grossesses spontanées uniquement
- \* Les grossesses uniques.

**Critères d'exclusion :**

- \* Les multipares
- \* Les primipares de moins de 35 ans pour le premier échantillon et de plus de 35 ans pour le second échantillon.
- \* Les primipares atteintes de pathologies qui nécessitent l'orientation dans une maternité pouvant prendre en charge une grossesse à haut risque, à savoir, selon l' HAS :
  - \_ les anomalies héréditaires de l'hémostase (hémophilie A et B, Maladie de Willebrand, déficit en facteurs de coagulation ),
  - \_ les cardiopathies maternelles acquises ou congénitales,
  - \_ les diabètes de type 1 et 2 pré-existants,
  - \_ les hémoglobinopathies
  - \_ l'hypertension artérielle chronique (définie par une hypertension existante avant 20SA),
  - \_ les maladies rares,
  - \_ les néphropathies chroniques antérieures à la grossesse,
  - \_ les pathologies auto-immunes, respiratoires, neurochirurgicales, thrombo-emboliques ,
  - \_ les antécédents de transplantation,
  - \_ les troubles neurologiques.

Ces pathologies nécessitent le plus souvent un suivi par un obstétricien, conjointement ou non avec le spécialiste concerné.

\* Les transferts materno-fœtaux : il s'agit de grossesses à risque pour la mère et/ou pour l'enfant orientés vers une maternité de niveau III du fait d'une pathologie avérée.

Ainsi, le suivi de ces grossesses ne relève pas de la compétence de la sage-femme d'une part, hormis en secteur anté-natal sous la responsabilité des obstétriciens, et d'autre part, la place de la sage-femme dans la prise en charge des patientes hospitalisées ne fait pas partie des objectifs de cette étude.

\* Les grossesses obtenues par Assistance Médicale à la Procréation : Elles impliquent des difficultés à procréer et donc l'exclusion d'un choix délibéré d'une maternité tardive.

\* Les grossesses multiples : elles sont écartées de l'étude car il s'agit de « grossesses à haut risque », où la prévalence de pathologies telles que la Restriction de Croissance In Utero, la toxémie gravidique ou encore le syndrome transfuseur-transfusé (grossesses monochoriales) augmente et elle justifie donc un suivi par un obstétricien.

#### Nombre de dossiers étudiés

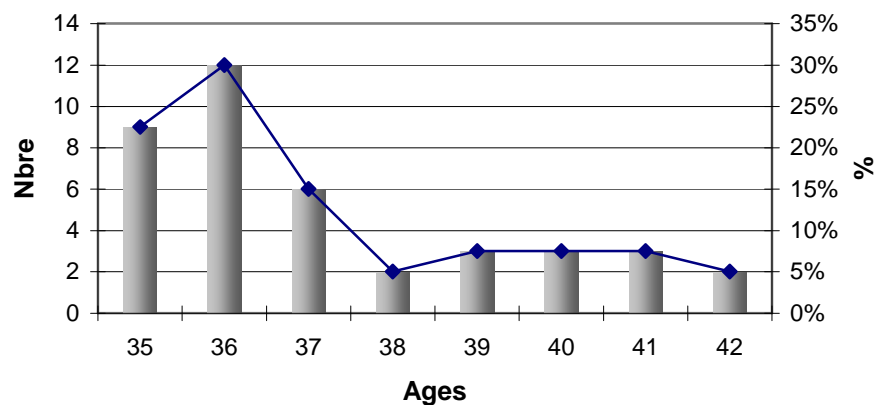
Pour chaque échantillon 40 dossiers ont pu être étudiés. Au moment de l'analyse, un dossier a été exclu dans l'échantillon des femmes jeunes en raison du manque de données sur le début de la grossesse (suivi en Mongolie) .

## **2. RESULTATS DE L'ETUDE**

### **2.1 Comparaison des profils socio-démographiques des deux populations**

#### **2.1.1 Répartition des âges de la première maternité des primipares âgées**

### Répartition des âges des primipares âgées

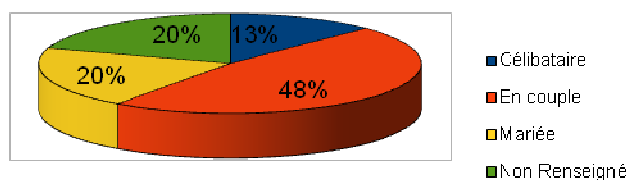


La moyenne d'âge des primipares âgées de notre étude est de 37,2 ans. On peut remarquer que les femmes de 36 ans sont largement majoritaires (représentant 30% de notre population). Les âges extrêmes de cet échantillon sont respectivement de 35 et 42 ans.

#### 2.1.2 Situation familiale

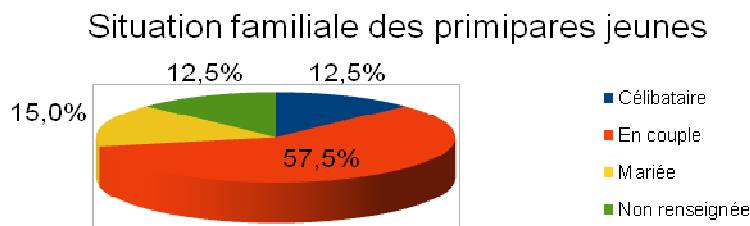
> *Primipares âgées*

#### Situation familiale des primipares âgées



Pour cet item, huit situations familiales n'ont pas été renseignées dans les dossiers. Malgré cela, nous pouvons noter que les primipares âgées vivent en couple pour la majorité d'entre elles.

> *Primipares de moins de 35 ans*



Cinq dossiers n'ont pas été renseignés pour ce critère. Il apparaît cependant que la majorité des primipares de moins de 35 ans vivent en couple (57,5%).

### 2.1.3 Niveau d'études

> *Primipares âgées*

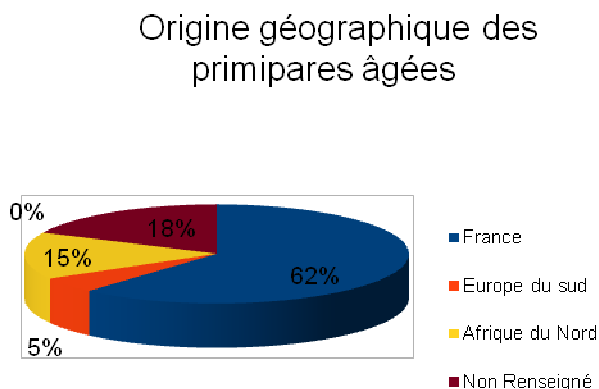
Malgré un grand nombre de dossiers non renseignés (45% de données pour cet échantillon), nous pouvons noter que l'ensemble des primipares âgées a effectué des études supérieures puisque ces patientes représentent 55% de l'échantillon (soit N=22).

> *Primipares de moins de 35 ans*

Parmi les jeunes primipares, 51,3% ont effectué des études supérieures (soit N=20) et 10,3% ont arrêté leur scolarité au niveau collège (N=1) ou lycée (N=3).

### 2.1.4 Origine géographique

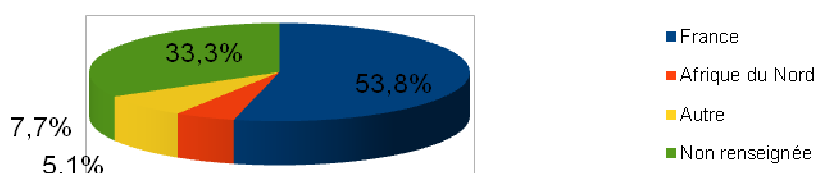
> *Primipares âgées*



La majorité de la population de primipares âgées étudiée est d'origine française.

> *Primipares de moins de 35 ans*

Origine géographique des primipares de moins de 35 ans

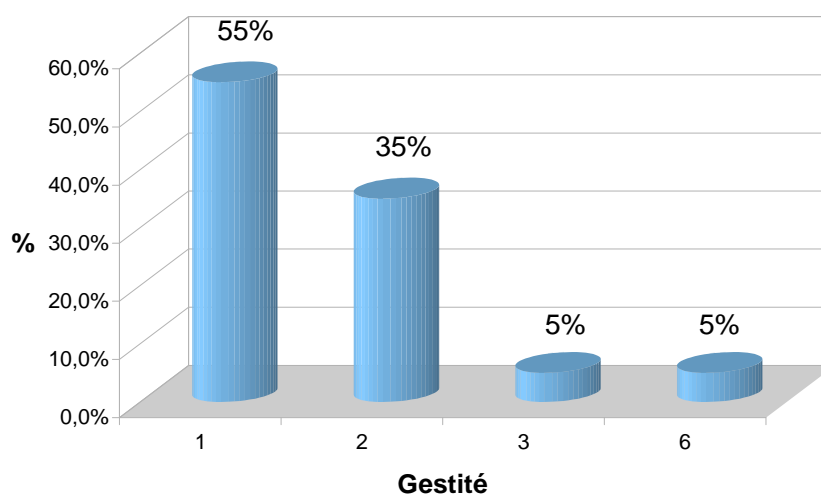


Comme pour les primipares âgées, l'origine française est majoritaire parmi les primipares de moins de 35 ans.

### 2.1.5 Antécédents obstétricaux

> *Primipares âgées*

Gestité des primipares âgées



La majorité des primipares âgées de l'échantillon est primigeste. (N=22). Parmi les 45% restant, les antécédents obstétricaux sont les suivants :

\_ L' Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est retrouvée chez 22,5% des patientes de cet échantillon, (soit N=9) . L'âge moyen de survenue de l' IVG est de 30,6 ans parmi les primipares âgées, soit un âge relativement tardif. Une seule patiente a déclaré deux IVG , pour les autres l'IVG n'a été pratiquée qu'une seule fois.

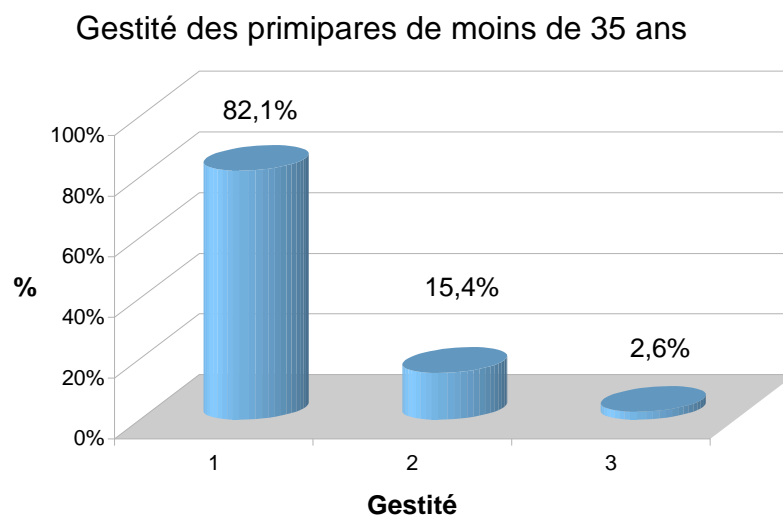
\_ L'antécédent de Fausse-Couche Spontanée (FCS) est retrouvé chez 22,5% les primipares de plus de 35 ans qui composent l'échantillon (soit N=9).

De façon détaillée :

Ont déclaré 1 FCS	6 patientes
Ont déclaré 2 FCS	1 patiente
Ont déclaré 3 FCS	1 patiente
Ont déclaré 5 FCS	1 patiente

\_ La grossesse extra utérine n'est retrouvée que chez une seule patiente ,âgée de 40 ans au moment de survenue, et une seule fois dans cet échantillon (soit 2,5% de l'échantillon total) .

> *Primipares de moins de 35 ans*



Dans cet échantillon, 32 patientes sont primigestes (soit 82%). Parmi les patientes qui sont deuxième ou troisième gestes, nous retrouvons les antécédents obstétricaux suivants : 4 d'entre elles ont vécu une fausse-couche spontanée (soit 10%) et 3 autres présentent un antécédent d'IVG (soit 8% environ de l'échantillon total ) . Une seule primipare de moins de 35 ans est troisième geste avec pour antécédents obstétricaux deux FCS.

### 2.1.6 Antécédents gynécologiques

> *Primipares âgées*

Des antécédents gynécologiques sont retrouvés chez 20% des primipares de plus de 35 ans (N=8) : un fibrome (N=3), un antécédent de fibroadénome mammaire (N=1), une sténose cervicale opérée (N=1), et une exposition au Distilbène In utéro (N=1). Enfin, deux primipares présentent des antécédents gynécologiques d'origine infectieuse tels qu'un Papillomavirus (CIN II) qui a justifié un traitement par laser (N=1) et une primo-infection herpétique génitale en début de grossesse (N=1).

#### > Primipares de moins de 35 ans

Les jeunes primipares sont 17,9% à présenter des antécédents gynécologiques (N=7). Quatre patientes de ce groupe ont été atteintes d'un cancer du col de l'utérus par HPV ; Les autres antécédents sont les suivants : une Bartholinite (N=1), un abcès du sein (N=1) et un kyste hémorragique de l'ovaire (N=1).

### 2.1.7 L'Indice de Masse Corporelle

L'indice de Masse Corporelle (IMC) ou Indice de Quetelet est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le standard pour évaluer les risques liés au surpoids chez l'adulte.

Poids [kg]

Il est calculé selon la formule  $IMC = \frac{\text{Poids [kg]}}{(\text{Taille [m]})^2}$  et exprimé en kg/m<sup>2</sup>.

(Taille [m])<sup>2</sup>

#### > Primipares âgées

	Primipares âgées	Primipares jeunes
Maigre ( $16,5 < IMC \leq 18,5$ )	N=1	N=4 (10,3%)
Corpulence normale ( $18,5 \leq IMC < 25$ )	N=23 (57,5%)	N=24 (61,5%)
Surpoids ( $25 < IMC \leq 30$ )	N=3 (9,3%)	N=10 (25,6%)
Obésité modérée ( $30 < IMC \leq 35$ )	N=2 (6,25%)	
Obésité sévère ( $35 < IMC \leq 40$ )	N=2 (6,25%)	



Obésité morbide (IMC $\geq 40$ )	N=1	
----------------------------------	-----	--

Pour ce critère, 8 dossiers n'ont pas été renseignés parmi le groupe des primipares âgées.

Sur les 32 patientes restantes, l'IMC moyen est de 24 kg/m<sup>2</sup> ce qui correspond à une corpulence normale selon l'OMS ( $18,5 \leq \text{IMC} < 25$ ). Les valeurs minimales et maximales de l'IMC dans cet échantillon sont respectivement de 18,3 kg/m<sup>2</sup> et 44 kg/m<sup>2</sup>.

#### > *Primipares de moins de 35 ans*

Un seul dossier de l'échantillon n'est pas renseigné pour cet item. Pour les 38 patientes restantes nous pouvons noter un IMC moyen de 21,6 kg/m<sup>2</sup> qui correspond donc à une corpulence normale. Les valeurs minimales et maximales de l'IMC dans cette population sont respectivement de 17,6 et 28,5 kg/m<sup>2</sup>.

### **2.1.8 Tabagisme et autres addictions**

#### > *Primipares âgées*

Dans la population de primipares âgées de notre étude, 37,5% sont fumeuses actives avant la grossesse. Parmi elles, 27,5% ont une consommation inférieure à 10 cigarettes par jour, et 10% indiquent une consommation plus importante, à plus de 10 cigarettes par jour.

Durant la grossesse, l'évolution de leur addiction va se dérouler comme suit :

- \_ 17,5% des patientes initialement tabagiques vont stopper leur consommation,
- \_ 10% (soit N=4) ont poursuivi leur consommation à plus de 10 cigarettes par jour,
- \_ 10% (N=4) ont continué à fumer mais en réduisant le nombre de cigarettes à moins de 10 par jour.

Dans cet échantillon, nous ne remarquons pas de dépendances pour l'alcool et les drogues.

#### > *Primipares de moins de 35 ans*

Les primipares jeunes sont fumeuses actives pour une proportion de 41% (soit N=16), et une de ces patientes est fumeuse passive sur son lieu de travail.

En considérant la consommation personnelle de chaque patiente on remarque que , parmi les 41% cités ci-dessus, 31 % des fumeuses ont une consommation de moins de 10 cigarettes par jour (N=12) , et 10% consomment plus de 10 cigarettes par jour.

Au cours de la grossesse, 23% des patientes (N=9) ont cessé leur consommation, 2,5% ont poursuivi avec plus de 10 cigarettes quotidiennes et enfin 18% ont continué à fumer mais en diminuant à moins de 10 cigarettes par jour.

Une seule primipare de moins de 35 ans a signalé consommer occasionnellement de l'alcool et du THC en début de grossesse, avant de stopper sa consommation.

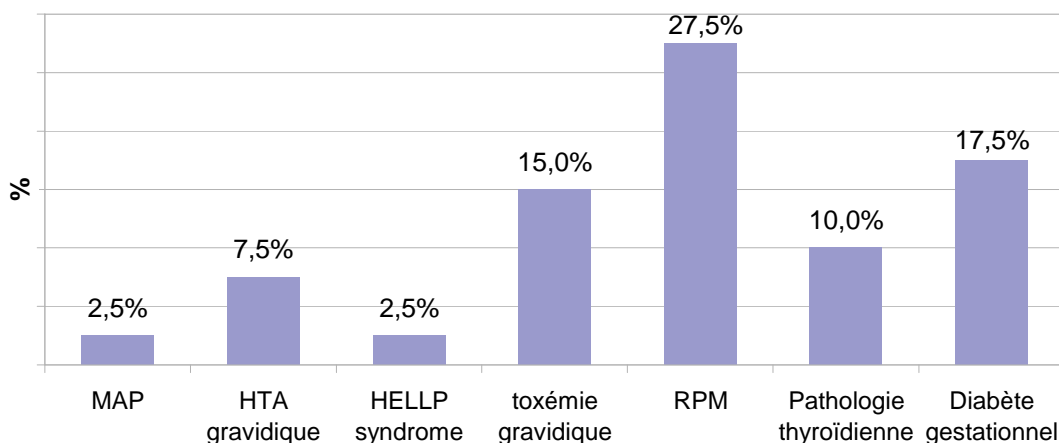
## 2.2 Le déroulement de la grossesse

### 2.2.1 Pathologies gravidiques maternelles

> *Primipares âgées*

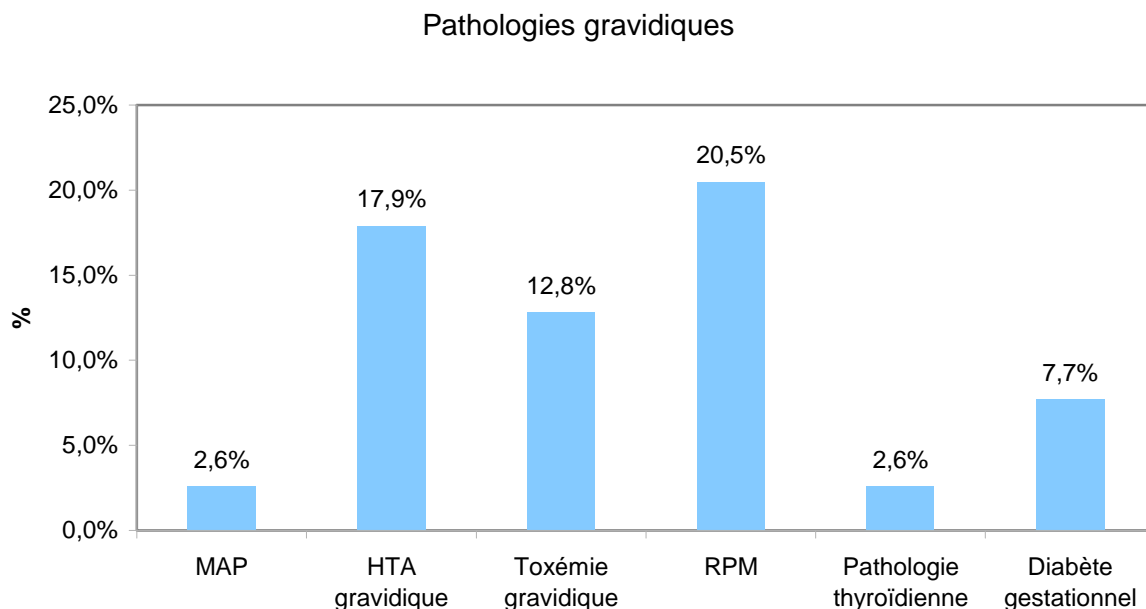
Les grossesses ont été incidentées pour 77,5% des primipares âgées. Le graphique ci-dessous représente l'incidence des pathologies gravidiques maternelles les plus fréquentes dans l'échantillon des primipares de plus de 35 ans de l'étude .

Pathologies gravidiques des primipares âgées



*> Primipares de moins de 35 ans*

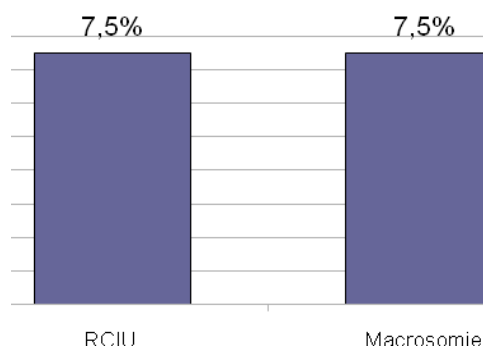
Des pathologies ont incidenté 64,1% des grossesses des primipares jeunes. Le graphique ci-après représente ces pathologies de façon détaillée :



### **2.2.2 Pathologies fœtales**

*> Primipares âgées*

Pathologies fœtales dans la population de primipares âgées



Parmi les patientes primipares de 35 ans et plus, environ 15% des grossesses ont été incidentées par des pathologies d'origine fœtale. Seules les deux pathologies représentées ci-dessus ont été retrouvées dans cet échantillon.

### **\* *RCIU***

La restriction de croissance in utero (RCIU) concerne 3 fœtus (soit 7,5% de la population). Dans cette même population, deux foetus présentaient une biométrie au dixième percentile, soit la limite inférieure de la croissance standard décrite par les courbes de référence échographiques.

### **\* *Macrosomie***

La macrosomie, définie par un poids de naissance supérieur à 4000g, est retrouvée chez trois nouveaux-nés dans cette population (soit 7,5% de la population étudiée). Parmi les trois mères de ces enfants, une patiente a présenté une sévère intolérance au glucose pendant sa grossesse, qui a été traitée par régime alimentaire, une autre patiente a développé une intolérance au glucose traitée également par régime et enfin la dernière patiente ne montrait pas de troubles glucidiques pouvant expliquer la macrosomie.

### **\* *Autres pathologies***

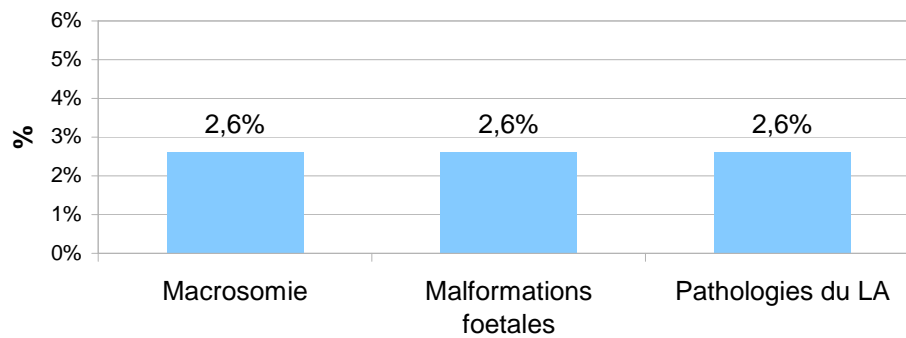
Les autres pathologies fœtales recherchées dans l'étude étaient les suivantes :

- \_ Les malformations fœtales, en se basant sur les échographies anté-natales et sur les examens pédiatriques à la naissance,
- \_ Les anomalies chromosomiques, en s'aidant à la fois d'éventuels signes d'appel échographiques, du résultat de l'amniocentèse si celle-ci a été effectuée, et des examens pédiatriques de la naissance et de sortie de maternité,
- \_ La mort fœtale in Utero (MFIU).
- \_ Enfin, les anomalies du liquide amniotique (hydramnios et oligoamnios) étaient également recherchées selon les comptes-rendus échographiques.

Aucune de ces pathologies n'a été retrouvée chez les fœtus dans la population de primipares de plus de 35 ans étudiée.

*>Primipares de moins de 35 ans*

### Pathologies fœtales dans la population



Des pathologies fœtales ont été recensées dans 7,7% des grossesses des primipares jeunes.

#### **\* *Macrosomie***

Elle implique un seul nouveau-né dans cet échantillon et elle n'est pas liée à un trouble glucidique (screening test négatif) ou thyroïdien (bilan normal).

#### **\* *Malformations fœtales***

Un souffle systolique a été dépisté aux échographies ante-natales chez un fœtus et a donné lieu à une surveillance postnatale de l'enfant.

#### **\* *Pathologies du Liquide Amniotique***

Dans cet échantillon, une patiente présente un hydramnios au cours de la grossesse.

### **2.2.3 Marqueurs sériques de la trisomie 21 et réalisation d'une amniocentèse**

#### **> *Primipares âgées***

Le dépistage combiné du premier trimestre qui permet d'évaluer le risque de trisomie 21 chez le fœtus a été accepté par 29 patientes de l'échantillon (soit 72,5%). Parmi les 11 patientes restantes, 4 d'entre elles ont refusé ce dépistage (soit 10%), une n'a pas pu en bénéficier du fait d'une grossesse de découverte tardive, et les 6 dernières données étaient manquantes dans les dossiers.

En se rapportant au seuil de risque de 1/250, les résultats ont montrés que sur les 29 patientes ayant accepté le dépistage, seulement 8 femmes sont classées dans une population à risque accru de trisomie 21 et d'anomalies de fermeture du tube neural, soit 27,6% de patientes testées.

Parmi les 29 patientes qui ont effectué ce dépistage nous pouvons noter que sur les 8 patientes classées dans une population à risque, 7 femmes ont fait l'objet d'une ponction de liquide amniotique. En effet le calcul du risque intégré pour la patiente restante a révélé un risque inférieur au seuil de 1/250, d'où l'absence de nécessité d'une amniocentèse.

Sur l'ensemble de l'échantillon, soit 40 patientes, 35% ont eu une ponction de liquide amniotique (N=14). De façon détaillée, les indications de la PLA se répartissaient comme suit :

- \_ 7 patientes (soit 50%) sur signes d'appels biologiques et échographique (résultat du dépistage combiné),
- \_ 5 patientes (soit 36%) pour âge maternel élevé, pour lesquelles les résultats du dépistage combiné étaient normaux, ou non renseignés.
- \_ 2 patientes (soit 14%) ont demandé à bénéficier d'une amniocentèse du fait de leur âge et d'une anxiété par rapport au risque de malformation de leur enfant.

Aucune de ces amniocentèses n'a révélé d'anomalies du caryotype.

#### > *Primipares jeunes*

Pour cet item, un seul dossier n'a pas été renseigné. Les primipares de moins de 35 ans sont 87% à avoir accepté le dépistage (soit N=34), cependant, des 34 patientes qui ont donné leur accord, seules 28 patientes ont réalisé le dépistage (soit 72%). Pour les 6 autres, les dates recommandées étaient dépassées.

L'ensemble des marqueurs sériques était en dessous du seuil de 1/250. De ce fait, 97,5% des patientes (N=38) n'ont pas nécessité d'amniocentèse. Il convient ici de compléter ces résultats en considérant un cas particulier de l'échantillon : une patiente a souhaité bénéficier d'un prélèvement de liquide amniotique du fait de l'atteinte du frère de son conjoint par la T21, antécédent familial très anxiogène chez cette femme malgré des marqueurs sériques interprétés comme normaux (1/700).

## **2.2.4 Incidents de la grossesse**

### ***2.2.4.1 Hospitalisation***

L'item « hospitalisation » inclut les séjours de longue durée et l'hospitalisation de jour pour la surveillance des complications maternelles et fœtales. Les hospitalisations ponctuelles pour la réalisation de l'amniocentèse ou de l' HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale) ainsi que les admissions en pré-travail sont exclues.

#### *> Primipares âgées*

La moitié des primipares âgées de l'échantillon ont été hospitalisées, soit N=20.

Les indications d'hospitalisation les plus nombreuses étaient une Rupture Prématuration des Membranes pour 50% des patientes et la nécessité d'un bilan complet et d'une surveillance pour un RCIU (15% des primipares âgées soit N=3).

#### *> Primipares de moins de 35 ans*

28% de patientes ont été hospitalisées à un moment de la grossesse, soit 11 patientes concernées. L'indication majoritaire de cette hospitalisation était la RPM pour environ 73% des primipares jeunes hospitalisées (soit N=8). Les autres indications sont la correction d'une anémie par Veinoferrin (N=1), l'équilibration d'un diabète (N=1) et enfin le traitement de condylomes par laser à 31SA et 5 jours (N=1).

### ***2.2.4.2 Mise en place d'une surveillance de la grossesse par une sage-femme libérale***

#### *> Primipares âgées*

Dans cet échantillon, nous ne retrouvons l'intervention d'une sage-femme libérale que pour 3 patientes (soit 7,5% de la population étudiée). Les indications en sont : l'évaluation régulière du rythme cardiaque fœtal à raison de trois fois par semaine pour la baisse des mouvements actifs fœtaux chez une patiente et un RCIU chez une autre patiente. Enfin, une surveillance tensionnelle à domicile pour la dernière des trois primipares pour un contexte d'hypertension de fin de grossesse.

#### *> Primipares de moins de 35 ans*

Parmi les primipares de moins de 35 ans, 7 patientes (soit 17,9% ) ont bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale, pour une surveillance tensionnelle en fin de grossesse chez 4 d'entre elles (soit 57,1%) et pour surveillance du RCF chez les 3 autres patientes (soit 42,9%).

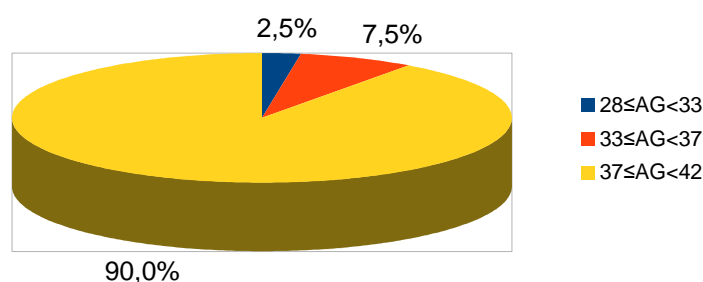
#### ***2.2.4.3 Activité pendant la grossesse, arrêts de travail et congés pathologiques***

Dans les deux échantillons, les critères d'activité pendant la grossesse, de prescription d'arrêts de travail et de congés pathologiques sont insuffisamment renseignés dans les dossiers pour obtenir des données exploitables et significatives.

#### **2.2.5 Le terme de l'accouchement et la fréquence de la prématurité**

*>Primipares âgées*

Age gestationnel à l'accouchement



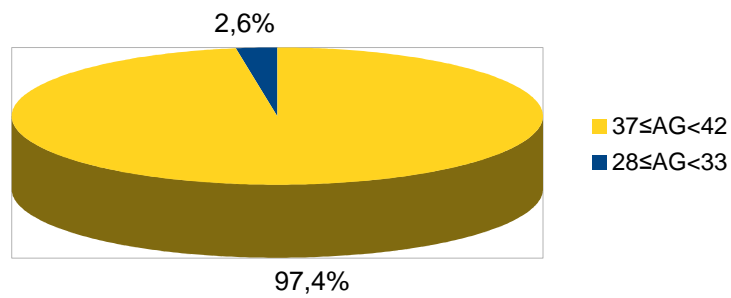
Le terme moyen des grossesses de notre échantillon de primipares de plus de 35 ans et de 39 SA et 1 jour.

Le taux de prématurité (enfants nés avant 37 SA) chez les enfants des primipares âgées est de 10% (soit N=4) dont 2,5% de grande prématurité, un enfant né entre 28 et 33 SA.

*> Primipares de moins de 35 ans*



### Age gestationnel à l'accouchement

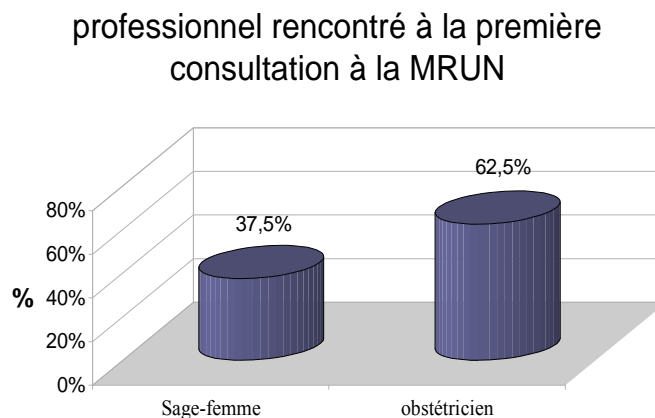


Pour les primipares de moins de 35 ans, le terme moyen à l'accouchement est de 39 SA et 2 jours. Un seul enfant est né prématurément dans cet échantillon (soit 2,6%), à 32 SA. Enfin, 15,4% des patientes ont accouché après 41SA (soit N=6).

## 2.3 Le suivi de la grossesse

### 2.3.1 Le premier contact à la MRUN

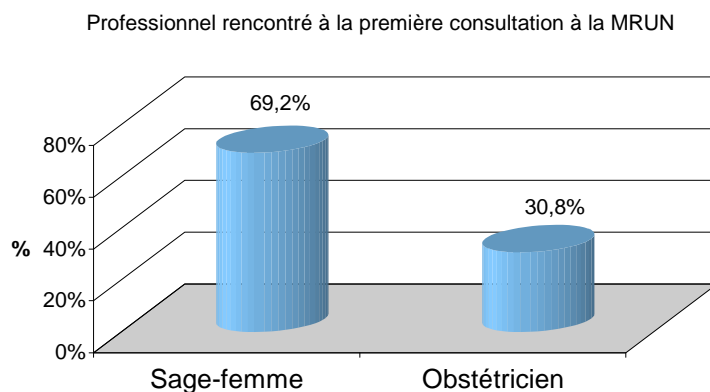
> *Primipares âgées*



Les primipares âgées ont consulté majoritairement un obstétricien lors de la première consultation à la maternité. Cependant 30% d'entre elles, soit 12 patientes, ont effectué une partie plus ou moins importante de leur suivi à l'extérieur de la maternité : l'âge gestationnel moyen de première consultation à la MRUN pour ces patientes est de

26,5 SA .Il n'a pas été possible de connaître précisément le type de suivi du début de grossesse.

#### > Primipares de moins de 35 ans



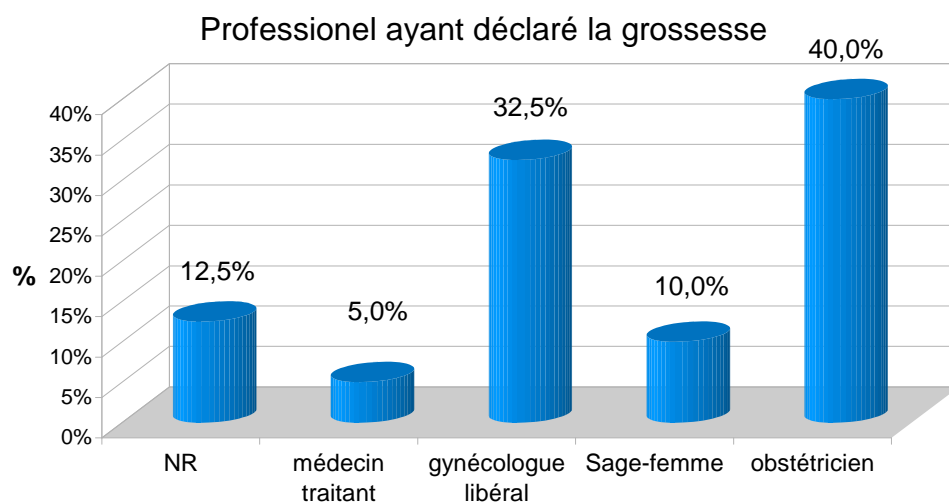
La sage-femme est la première professionnelle de santé rencontrée à la MRUN, **pour 69%** des primipares de moins de 35 ans (soit N=27).

Dans cet échantillon, 12 patientes (soit 31%) ont été suivies en dehors de la MRUN avec un terme moyen de première consultation à la maternité de 26SA et 2 jours. (valeurs extrêmes : 18 SA et 34 SA)

Le suivi extérieur a été assuré par une sage-femme libérale dans 25% des cas et par un gynécologue libéral dans 75% des cas (soit N=9).

### 2.3.2 La rédaction de la déclaration de grossesse

#### > Primipares âgées



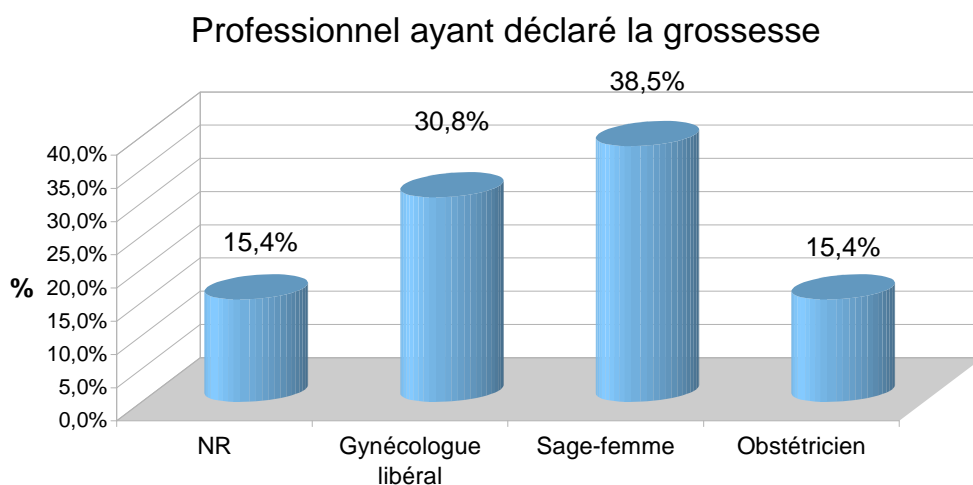
Les grossesses des primipares âgées ont été déclarées majoritairement par un gynécologue obstétricien de la maternité (N=16), et par leur gynécologue libéral pour 13 d'entre elles. La sage-femme tient une place moins importante dans la déclaration des grossesses de ces patientes puisque seules 10% des déclarations de grossesses peuvent lui être attribuées (soit N=4).

Dans la mesure où les rendez-vous sont donnés de façon aléatoire au niveau du centre d'appel, la différence significative entre la part de la sage-femme et celle de l'obstétricien dans la déclaration de grossesse est étonnante. Ce point sera développé davantage lors de la discussion.

En considérant uniquement les femmes ayant déclaré leurs grossesses à la MRUN, soit 20 patientes (50% de l'échantillon), nous pouvons constater que les grossesses ont été déclarées à 80% par un obstétricien, (N=16) et à 20% seulement par une sage-femme (N=4).

#### >Primipares de moins de 35 ans

Pour cet item, 6 dossiers ne sont pas renseignés.



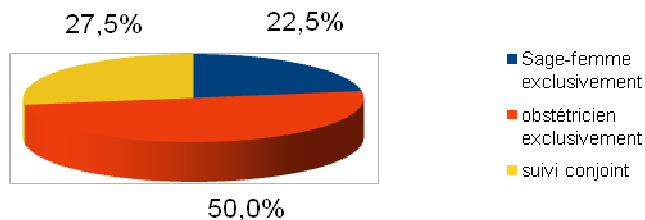
Les grossesses des primipares de moins de 35 ans ont été déclarées, par une sage-femme (38,5% soit N=15), par un gynécologue libéral dans 31% des cas (soit N=12) et enfin dans 15% des cas par un obstétricien de la maternité (N=6).

Parmi les 21 patientes qui ont vu leur grossesse déclarée à la maternité, 15 grossesses sont déclarées par une sage-femme soit 71,4% et 6 grossesses par un obstétricien soit 28,6%.

### 2.3.3 Le suivi obstétrical : quel professionnel de santé?

#### > Primipares âgées

#### Le suivi obstétrical des primipares âgées



Dans l'échantillon des primipares âgées, la place de l'obstétricien est prépondérante en ce qui concerne le suivi à la MRUN puisqu'elle représente la moitié des suivis de grossesses chez ces patientes soit N=20.

Pour 4 des primipares âgées (soit 20%), le suivi de leur grossesse a été effectué par leur gynécologue habituel qui exerce à la MRUN.

Parmi les primipares âgées **suivies par un obstétricien**, 50% (soit N=10) ont vu leur grossesse non incidentée et sur ces 10 patientes, seules 3 d'entre elles présentaient des antécédents gynécologiques pouvant perturber le déroulement de la grossesse et nécessitant un suivi par un médecin.

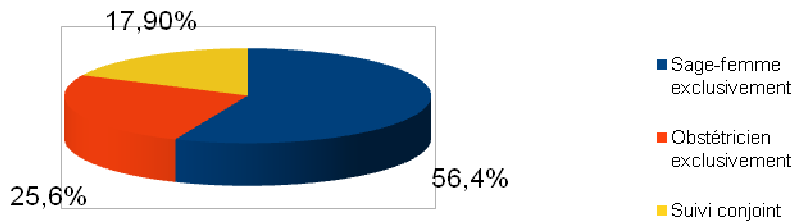
Parmi les 50% de grossesses incidentées suivies par un obstétricien, 20% des pathologies surviennent chez des patientes avec des antécédents gynécologiques notables, tels que l'exposition au distilbène In utéro, ou encore une primo-infection herpétique en début de grossesse.

Le **suivi exclusif par une sage-femme** concerne seulement 9 patientes soit 22,5% de l'échantillon des primipares âgées. Parmi elles, 5 présentaient des grossesses non compliquées soit 55,5%, et 4 ont développé des pathologies, soit 44,5%, telles qu'une hypothyroïdie gravidique traitée par Levothyrox 25mg (N=1), un diabète gestationnel (N=2), une toxémie gravidique (N=1) et enfin une croissance fœtale au 10e percentile (N=2).

Le **suivi conjoint** de la grossesse par une sage-femme et un obstétricien représente 27,5% de l'échantillon des primipares de plus de 35 ans (soit N=11).

> *Primipares de moins de 35 ans*

Le suivi obstétrical des primipares jeunes



La majorité des primipares de moins de 35 ans ont été **suivies exclusivement** par une **sage-femme** à la MRUN (N=22), malgré la survenue de certaines pathologies dans 27% des cas.

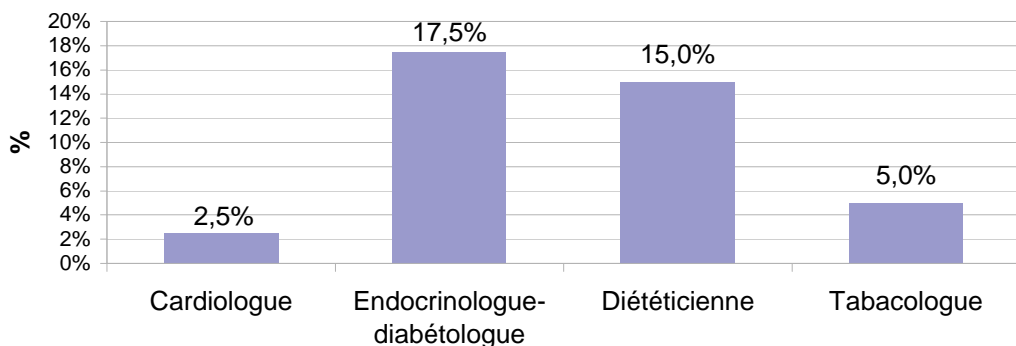
Le **suivi exclusif par un obstétricien** concerne quant à lui 25,5% des patientes (N=10) parmi lesquelles 3 patientes ont été suivies par leur gynécologue habituel qui exerce à la MRUN.

Le **suivi conjoint** par une sage-femme et un obstétricien a eu lieu pour 7 patientes (soit 18%).

**2.3.4 Le suivi spécialisé**

> *Primipares âgées*

Le suivi spécialisé des primipares âgées



Dans l'échantillon des primipares âgées, 42,5 % des patientes (soit N=17) ont été adressées à des médecins spécialistes selon la répartition suivante :

Une patiente a été amenée à consulter le cardiologue, à sept reprises, pour équilibrer et suivre une hypertension artérielle labile décrite comme « effet blouses blanches » au début de la grossesse chez une patiente obèse (IMC=44) âgée de 37 ans .

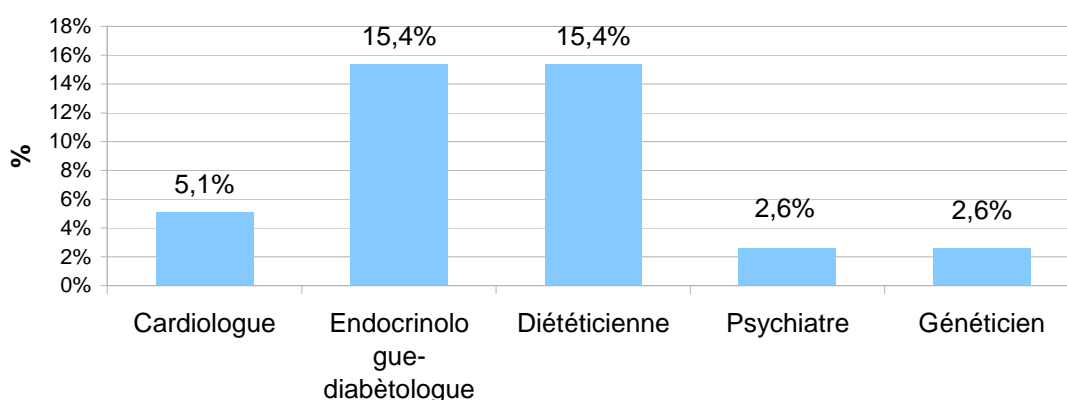
L'endocrinologue et la diététicienne fonctionnent en binôme lorsqu'ils sont sollicités pour prendre en charge des troubles glucidiques qui ont concerné 4 patientes (soit 57%) ayant développé un diabète gestationnel.

Parmi les 7 patientes qui ont consulté l'endocrinologue, l'une présentait une hypothyroïdie et un diabète gestationnel traités respectivement par Levothyrox 100 et une injection d'insuline quotidienne. Pour les deux patientes restantes, aucune pathologie n'a été retrouvée.

Parmi les primipares âgées fumeuses actives, 2 ont consulté un tabacologue au cours de la grossesse (soit 5%). L'une d'elle, qui avait une consommation importante, a pu la diminuer mais aucune des deux n'a stoppé le tabac.

> *Primipares de moins de 35 ans*

### Le suivi spécialisé des primipares jeunes



Les consultations chez un cardiologue ont concerné 2 des 39 patientes de l'échantillon (soit 5%). Les indications étaient une TA limite et des troubles du rythme cardiaque maternel à l'échographie pour une patiente, et pour l'autre l'indication n'est pas retrouvée.

L'endocrinologue et la diététicienne sont intervenus auprès de 6 patientes (soit 15%). Il s'agissait pour 3 d'entre elles de troubles glucidiques (soit 50%) dont une intolérance au glucose traitée par régime (N=1) , et d'un diabète gestationnel (N=2) traité pour l'un par régime seul et pour l'autre par 2 injections d'insuline quotidiennes.

Deux autres patientes présentaient des dysthyroïdies à l'image d'une hyperthyroïdie gravidique (N=1) et d'une hypothyroïdie traitée par Levothyrox 100. Enfin, une patiente a consulté l'endocrinologue pour signes d'appel cliniques et échographiques de macrosomie, pathologie non confirmée par la suite.

Une patiente a consulté un psychiatre en raison d'un syndrome dépressif pour lequel elle était traitée jusqu'au deuxième mois de grossesse. La consultation de génétique représentée dans le graphique concerne la patiente dont le beau-frère est porteur d'une trisomie 21 et avait pour objectif de déterminer les risques que son enfant soit porteur lui aussi.

### 2.3.5 L'Entretien Prénatal Individuel

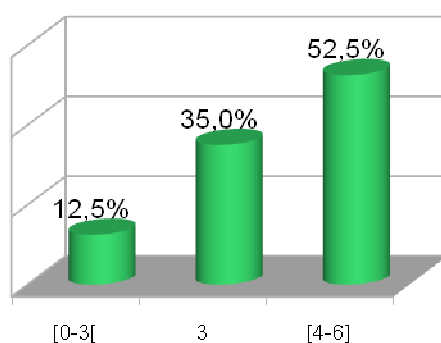
L'EPI est un critère très peu renseigné dans les dossiers, de ce fait il devient un critère inexploitable.

### 2.3.6 Les échographies

#### 2.3.6.1 Nombre d'échographies anténatales

> *Primipares âgées*

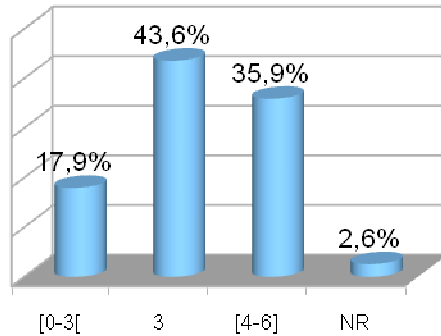
Nombre d'échographies réalisées



Au moins 87,5% des primipares âgées a bénéficié des trois échographies recommandées pour la surveillance de la grossesse. Pour les 12,5% restant, le manque de données ne permet pas de donner plus de précision.

> *Primipares de moins de 35 ans*

Nombre d'échographies réalisées



Comme pour les primipares âgées, Les trois échographies recommandées ont été effectuées chez la majorité des primipares de moins de 35 ans (79,5%).

### **2.3.6.2 Le doppler des artères utérines**

> *Primipares âgées*

La part de doppler des artères utérines effectuées parmi les primipares âgées est de 35%, soit 14 patientes de plus de 35 ans concernées par cet examen.

La moitié des dopplers effectués, soit N=7, sont motivés par la nécessité d'une surveillance fœtale dans le cadre de contrôle de la croissance ou de RCIU (N=3), ou par un contexte d'hypertension artérielle maternelle (N=2), de traitement maternel par anti-agrégant plaquettaire (N=1) ou encore d'antécédent maternel d'exposition au distilbène In Utero (N=1).

Aucune étiologie particulière ne paraît justifier les dopplers effectués chez les 7 autres patientes, et l'indication de l'âge maternel n'apparaît pas sur les comptes rendus échographiques.

> *Primipares de moins de 35 ans*

Parmi les primipares de moins de 35 ans, 20,5% des patientes ont bénéficié d'un doppler des artères utérines (soit N=8). Pour la moitié de ces examens l'indication était



un contrôle de croissance fœtale. Pour les autres patientes, aucune indication précise n'a été retrouvée.

## *Partie 3*

### *ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS*

Les grossesses tardives ont été considérées dans les premières études des années 1990 comme des grossesses à haut risque. Avec les études plus récentes, le pronostic des grossesses chez des femmes âgées a été revu et qualifié de moins péjoratif que ce qui était considéré auparavant, même s'il reste admis que le niveau de risque est plus élevé par rapport à une grossesse chez une patiente plus jeune.

De ce fait, il ne semble pas aisé de déterminer si le suivi doit se faire d'emblée par un médecin ou s'il peut également être assuré par une sage-femme.

Les femmes enceintes qui prennent rendez-vous pour leur première consultation pré-natale ne sont pas, à ce moment là, orientées vers l'un ou l'autre professionnel. A la MRUN, les prises de rendez-vous s'effectuent au niveau d'un centre d'appel indépendant dont le personnel n'est pas spécialisé dans le domaine médical. L'orientation des patientes se fait à partir d'un arbre décisionnel établi à l'aide des professionnels de santé, mais l'âge des patientes n'est pas un critère retenu pour le choix du professionnel avec lequel aura lieu le rendez-vous.

Ainsi le rendez-vous pour la première consultation à la MRUN est prévu avec un obstétricien ou une sage-femme le plus souvent par rapport aux possibilités horaires de la patiente et du professionnel.

Le choix du professionnel peut aussi être fait sur la demande personnelle de la patiente, ou encore sur indication du gynécologue ou du médecin traitant de cette dernière, si ceux-ci l'ont orienté vers un professionnel en particulier.

La comparaison des primipares âgées de 35 ans et plus avec l'échantillon de primipares plus jeunes va permettre :

- \* D'évaluer si les premières grossesses tardives sont des grossesses plus souvent incidentées ou non,

- \* D'établir un « état des lieux » du suivi de grossesse par la sage-femme quelque soit l'âge des patientes,

- \* De comparer la place de la sage-femme dans le suivi de grossesses des primipares âgées par rapport à la place qu'elle occupe dans le suivi de grossesses des primipares de moins de 35 ans;

- \* D'évaluer si les grossesses tardives nécessitent une adaptation du suivi classique.

# **1.LES BIAIS DE L'ETUDE**

Les principaux biais rencontrés dans notre étude sont liés à des manques de données concernant deux points :

Le renseignement des dossiers est plus ou moins détaillé selon les professionnels, notamment en ce qui concerne les informations sur le profil des primipares âgées (origine géographique, activité pendant la grossesse, ...) et sur certaines données du déroulement de la grossesse (prescription des arrêts de travail, entretien prénatal individuel, professionnel ayant déclaré la grossesse).

Lorsque les patientes ont été suivies à l'extérieur de la MRUN en début de grossesse, les données du suivi antérieur à l'arrivée à la maternité ne sont pas toujours disponibles dans les dossiers (contenu des consultations pré-natales) .Les comptes-rendus échographiques n'ont pas toujours été édités en double exemplaire, et généralement la pochette contenant les échographies est rendue à la patiente à sa sortie de maternité aussi certaines données peuvent là aussi être manquantes.

Enfin, la taille de nos échantillons nous empêche parfois de conclure. Les résultats avancés sont à pondérer car nos effectifs sont faibles par rapport à ceux de la littérature et donc moins significatifs.

## **2. LE PROFIL DES PRIMIPARES AGEES**

Les primipares de plus de 35 ans constituent une population particulière du fait du lien entre leur âge et le fait qu'elles soient enceintes. Cette population présente-t-elle des caractéristiques spécifiques dans ses antécédents et son mode de vie qui pourraient justifier une adaptation du suivi de leur grossesse ?

### **2.1 La répartition des âges des primipares âgées**

L'âge moyen des primipares âgées de notre échantillon est de 37,2 ans. Dans notre étude, la proportion de femmes de plus de 35 ans semble se scinder en deux tendances : les patientes de 35 à 37 ans inclus sont largement majoritaires, puis la proportion de primipares après 37 ans baisse nettement.

Ceci reflète bien l'évolution de la fécondité féminine décrite dans la littérature, à savoir une régression progressive à partir de 35 ans, d'autant plus que le caractère spontané de la grossesse des primipares de l'étude est un des critères d'inclusion. La patiente la plus âgée de l'échantillon a 42 ans, nous ne pouvons donc pas illustrer ici la poursuite de la diminution de la fertilité avec l'âge qui, selon la littérature, devient quasi-nulle à 45 ans.

## **2.2 La situation familiale**

Les primipares âgées de notre étude sont en grande majorité en couple ou mariées (68%). Cette tendance est retrouvée également dans l'échantillon de référence des primipares jeunes (72,5%) avec cependant un pourcentage de femmes mariées plus important pour les femmes de plus de 35 ans (20% contre 15% pour les jeunes). La notion de couple semble donc être importante dans la conception d'un enfant au sein des deux populations, sans que l'on puisse conclure sur « l'importance » de l'engagement au sein du couple puisque le PACS et le concubinage sont dans l'étude un critère commun en opposition avec le mariage ou encore le célibat.

La proportion de femmes célibataires est sensiblement la même dans les deux populations (12,5% et 13%), et elle est supérieure à la population générale (7,3% de femmes célibataires selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2003).(40)

## **2.3 Le niveau d'études**

La totalité des primipares âgées de l'échantillon pour lesquelles ce critère était renseigné a effectué des études au delà du baccalauréat (55%). Parmi elles, une patiente était sans profession et la majorité ont exercé leur métier pendant la grossesse.

Parmi les primipares jeunes, les résultats sont moins unanimes avec une grande part de patientes ayant fait des études supérieures (51%) mais aussi 10% d'entre elles qui ont cessé leur scolarité en secondaire. Cinq d'entre elles étaient sans profession au moment de la grossesse (soit 13% de l'échantillon contre 2,5% pour les primipares âgées).

**Les études et leur durée ainsi que l'exercice d'une profession paraissent donc être susceptibles d'influencer le décalage des grossesses dans le temps.**

Les données sur l'exercice de la profession pendant la grossesse et la prescription des arrêts de travail et congés pathologiques auraient été intéressant ici, pour évaluer l'impact de l'activité professionnelle sur les primipares âgées pendant leur grossesse. Malheureusement ces items étaient insuffisamment renseignés dans les dossiers pour pouvoir conclure à ce sujet.

## 2.4 L'origine géographique

A la Maternité Régionale de Nancy, 60% des primipares de plus de 35 ans sont d'origine française contre 54% des primipares de moins de 35 ans. Les primipares âgées d'origine étrangère représentent 20% de l'échantillon, taux supérieur à la moyenne nationale de 11,8 % dans l'Enquête Périnatale de 2003 (40). Parmi elles, l'origine la plus retrouvée est l'Afrique du Nord (15%), tandis que chez les jeunes primipares d'autres origines sont plus représentées.

## 2.5 Les antécédents obstétricaux

Les antécédents obstétricaux sont plus nombreux parmi les primipares âgées que dans la population de référence de primipares jeunes (55% de primigestes parmi les patientes âgées, 82% chez les plus jeunes).

L'interruption volontaire de grossesse, qui représente 22,5% des antécédents des primipares âgées, a été pratiquée à un âge moyen de 30,6 ans. **Ainsi, les primipares de plus de 35 ans concernées par l'IVG ont eu l'opportunité d'être mère plus tôt et nous pouvons affirmer ici que la grossesse tardive est leur choix** sans pouvoir conclure sur les motivations de ce choix du fait de données peu disponibles.

Les Fausses-Couches Spontanées après 35 ans sont l'un des témoins de la diminution de la fertilité et de la difficulté à maintenir une grossesse avec l'âge. Dans notre échantillon de primipares âgées, 22,5% de patientes sont concernées par cet antécédent contre 10% chez les patientes de moins de 35 ans. Ces chiffres concordent avec les données de la littérature selon lesquelles le taux de fausses-couches, 12% entre 30 et 34 ans, atteint 18% entre 35 et 39 ans pour arriver à 34% au-delà de 40 ans.(17)

## 2.6 Les antécédents gynécologiques

La proportion d'antécédents gynécologiques est un peu plus importante chez les primipares âgées (20%) que dans notre population de référence (17,9%).

Chez les primipares de plus de 35 ans, **les fibromes utérins** sont l'antécédent gynécologique le plus représenté, ils concernent 7,5% de patientes. Ce taux reste inférieur à celui de 20% donné dans la littérature pour les femmes de plus de 35 ans. (41). Concernant le déroulement de la grossesse, le Conseil National des Gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF) affirme dans les recommandations pour la pratique clinique que dans la grande majorité des cas, l'association fibrome/grossesse n'entraîne aucune complication, ni pour l'un ni pour l'autre (42). Dans notre étude, deux des trois fibromes avaient été opérés avant la grossesse et n'ont pas eu de répercussions sur celle-ci. Mais la troisième patiente concernée, qui présentait un fibrome sous séreux volumineux a vu sa grossesse se compliquer d'un retard de croissance in utero chez le fœtus.

**L'exposition au Diéthylstilboestrol (Distilbène)** in utero a été prescrit jusqu'en 1977 aux femmes à risque de fausse-couche ou qui présentaient des fausse-couches à répétition ; cet incident concerne 80 000 femmes nées à cette période. De ce fait, les malformations utérines (utérus en « T ») et les problèmes de fertilité concernent encore les femmes de 33 ans et plus. Une primipare de l'étude âgée de 36 ans a été exposée à ce produit in utero, elle a présenté une menace d'accouchement prématuré à 33SA et 5 jours sans que l'on puisse affirmer, selon les données disponibles dans le dossier, que ce soit en lien avec cette exposition (aucune malformation utérine n'était à déplorer).

Ainsi, il est important chez une primipare âgée et au moment de l'anamnèse de bien mettre en lumière les éventuels antécédents gynécologiques qu'elle peut présenter en rapport avec son âge : fibrome utérin, exposition in utero au Distilbène, ... afin d'évaluer sciemment les risques spécifiques liés à l'âge pour la grossesse.

## **2.7 L'indice de masse corporelle**

Les primipares âgées de notre étude sont globalement de corpulence normale avec un IMC de 24kg/m<sup>2</sup>. Dans l'étude nationale Obépi de 2009, la prévalence de l'obésité des femmes de 35 à 44 ans en France est supérieure à 14% (43).

On constate dans notre série que 9,3% des femmes présentent un excès pondéral avant la grossesse et que 15% de patientes sont obèses, contrairement à la population de référence dans laquelle aucune femme n'entre dans la catégorie de l'obésité.

L'obésité ou la prise de poids excessive avant ou pendant la grossesse constituent un facteur de risque des complications rencontrées chez les femmes de 35 ans et plus, notamment le diabète gestationnel.

L'association âge maternel et obésité, a été évoqué par certains auteurs pour justifier un dépistage très précoce d'un diabète non connu avant la grossesse et la réalisation de glycémies capillaires dès le premier trimestre. Cependant ceci n'a pas donné lieu à des recommandations professionnelles, du fait sûrement d'un écart trop grand entre la difficulté de mise en place du diagnostic et la prévalence de cette pathologie.

Aussi, dans le suivi classique de grossesse, il est important de fournir des conseils hygiéno-diététiques à l'ensemble des primipares âgées, d'autant plus si elles présentent un surpoids ou une obésité.

## **2.8 Le tabagisme et autres addictions**

La prévalence d'une addiction au tabac est un peu moins importante chez les primipares âgées que chez les plus jeunes, et la différence est retrouvée au niveau des consommations de moins de 10 cigarettes par jour.

Dans les deux populations, nous pouvons remarquer que rares sont les patientes qui n'ont pas diminué leur consommation en cours de grossesse, avec ou sans l'aide de sage-femme ou médecin tabacologue.

Les données disponibles dans les dossiers ne nous permettent pas d'apprécier la durée de l'addiction tabagique chez les patientes, nous ne pouvons donc pas conclure sur l'idée d'un tabagisme plus ancien chez les primipares âgées énoncée dans la littérature.



### **3. LE PROFIL DES GROSSESSES ET LES CONDITIONS DU SUIVI**

#### **3.1 Le premier contact à la MRUN, la déclaration de grossesse**

Lors de la première consultation à la maternité, 62,5% des primipares âgées ont rencontré un obstétricien et seulement 37,5% ont rencontré une sage-femme. Les pourcentages s'inversent pour les primipares jeunes : environ 69% ont eu rendez-vous avec une sage-femme la première fois contre 31% de rendez-vous avec un obstétricien.

La déclaration de grossesse a été rédigée par un obstétricien de la maternité pour 40% des primipares âgées et 15,4% des jeunes. La sage-femme quant à elle a déclaré 10% des grossesses des patientes âgées et 38,5% des grossesses chez les primipares jeunes.

**Ainsi, dès le début de la grossesse la primipare âgée se dirige vers l'obstétricien et la primipare jeune vers une sage-femme.**

Cette dernière constatation ne peut être en lien avec l'existence d'une pathologie gravidique mais elle pourrait peut-être s'expliquer par l'existence d'antécédents. Le choix délibéré par la patiente du professionnel qu'elle souhaite rencontrer peut expliquer une autre part de ce résultat.

En effet, chaque femme possède ses propres représentations de la grossesse et de son suivi. De plus, les risques liés à l'âge maternel sont clairement énoncés dans la plupart des écrits populaires sur ces grossesses tardives, et l'avis de l'entourage de la primipare âgée peut lui aussi avoir une influence sur le choix délibéré du professionnel par la patiente, qui lorsqu'elle annonce une grossesse à un âge avancé peut se heurter à des avis négatifs sur celle-ci de la part de ses proches.

#### **3.2 Les antécédents gynécologiques**

Les patientes incluses dans cette étude n'ont pas de pathologies générales antérieures à la grossesse (critères d'exclusions). Certains antécédents gynécologiques des patientes peuvent quant à eux influencer l'orientation des femmes vers un médecin.

Dans notre population de primipares âgées, la sage-femme a pu suivre seule uniquement des patientes comptant parmi leurs antécédents des fibromes opérés. Pour

les plus jeunes, la sage-femme a suivi des patientes ayant présenté une bartholinite, un kyste hémorragique des ovaires, et des infections à HPV traitées par laser.

### **3.3 Les grossesses prises en charge par les sages-femmes**

Certaines primipares âgées qui ont été suivies par un gynécologue libéral ont été adressées à une sage-femme à leur arrivée à la maternité (61,5%). Ce suivi exclusif a duré jusqu'à la fin de la grossesse malgré la survenue de pathologies dans 50% des cas telles que des hypothyroïdies de grossesse traitées par Levothyrox, un diabète gestationnel, des toxémies gravidiques, et enfin un retard de croissance fœtale avec des biométries au 10e percentile.

Les autres primipares âgées suivies entièrement à la MRUN par une sage-femme, soit 27% de l'échantillon, étaient pour la moitié également des grossesses pathologiques compliquées par une toxémie gravidique, un diabète gestationnel, ou encore un RCIU.

Dans tous ces cas, la sage-femme a orienté vers un spécialiste (cardiologue, endocrinologue-diabétologue et diététicienne), a demandé l'avis de l'obstétricien et dans un certain nombre de cas s'est mis en place un suivi conjoint obstétricien / sage-femme.

Les hospitalisations ont été indiquées par les médecins et par la sage-femme en cas de RPM.

Les suivis à domicile par les sages-femmes libérales pour surveillance du rythme cardiaque fœtal ou encore surveillance tensionnelle sont prescrites majoritairement par les obstétriciens.

Dans la population de primipares de moins de 35 ans, les résultats chez les femmes suivies exclusivement par une sage-femme sont les mêmes que pour les primipares âgées (50% de grossesses pathologiques) et la prise en charge est identique elle aussi (orientation vers un spécialiste, intervention d'une sage-femme libérale, hospitalisation).

Le suivi conjoint sage-femme/obstétricien, motivé par une pathologie, a été mis en place dans 17,5% des cas.

### **3.4 Le dépistage de la trisomie 21**

Les risques d'anomalies chromosomiques liées à l'âge maternel sont un sujet bien connu de la population générale.

Le dépistage de la trisomie du premier trimestre est largement proposé pour les femmes de plus de 35 ans, et il est accepté dans la majorité des cas (72,5%) mais moins cependant que dans la population de référence (87%).

Parmi les primipares âgées se dessinent donc deux tendances: d'une part les femmes qui ne désirent pas du tout bénéficier de ce dépistage, avec des raisons non connues ou en tous les cas propres à chaque patiente, et d'autre part, les femmes pour qui le risque de voir leur enfant atteint de cette pathologie crée une anxiété importante qui peut parfois même les mener à demander d'emblée une amniocentèse sans effectuer le dépistage.

Ces tendances n'apparaissent pas parmi les primipares plus jeunes de l'étude. La seule amniocentèse effectuée dans cette population était justifiée par des antécédents familiaux de trisomie 21.

Dans le groupe des primipares âgées, les patientes incluses dans un groupe à risque de trisomie 21 représentent seulement un quart de l'échantillon, malgré l'importance de l'âge maternel comme critère de risque dans le dépistage.

La quasi-totalité de ces patientes ont bénéficié d'une ponction de liquide amniotique pour établir le caryotype de leur fœtus, et parmi les indications des amniocentèses de ces patientes, nous retrouvons souvent l'indication seule de l'âge maternel élevé.

Ceci vient du fait que la mise en place des nouvelles recommandations pour le dépistage de la trisomie 21 est en cours à l'heure actuelle et qu'au moment où les patientes de l'étude étaient concernées par ce dépistage, l'indication d'une amniocentèse systématique pour les femmes de plus de 38 ans était encore en vigueur.

Enfin, ni anomalie du caryotype ni signes cliniques de trisomie 21 chez le nouveau-né n'ont été détectés dans les deux populations, ce qui nous permet de dire que pour les patientes de l'étude la qualité du dépistage de la trisomie 21 est bonne.

### 3.5 Le doppler et l'échographie

Les primipares de plus de 35 ans ont bénéficié pour la majorité d'entre elles (87,5%) des trois échographies recommandées pour la grossesse, comme pour la population de référence. (79,5%)

Les échographies supplémentaires dont ont bénéficié les primipares âgées étaient, comme pour les plus jeunes, des échographies en rapport avec une pathologie (exemple du contrôle de croissance) ou encore des échographies de datation de la grossesse.

Dans les deux populations et chacun pour la moitié des patientes, les dopplers des artères utérines ont pour objectif, un contrôle de la perfusion utéro-placentaire à la recherche d'une suspicion de pathologie vasculaire.

Chez les primipares âgées, pour l'autre moitié des dopplers effectués, aucune indication n'apparaît justifier cet examen supplémentaire et l'âge maternel avancé n'est jamais cité comme indication sur les comptes-rendus échographiques.

Parmi les primipares jeunes la moitié des dopplers prescrits ne semble pas être justifiés à travers les comptes-rendus.

**Ainsi nous pouvons remarquer que le vieillissement utérin et les autres répercussions liés à l'âge maternel ne constituent actuellement pas une indication systématique de doppler des artères utérines.**

Les examens qui ont été réalisés sans raisons apparentes peuvent être expliqués par le choix de certains (toutes professions confondues : sage-femme, radiologue, obstétriciens ) de réaliser au moins un doppler pendant la grossesse quelque soit l'âge de la patiente.

### 3.6 Le terme de la grossesse

L'âge gestationnel au moment de l'accouchement est le même pour les primipares âgées et la population de référence soit 39SA +1 jour (+/- 1 jour).

La prématurité (naissance avant 37 SA) est peu représentée dans les deux populations étudiées, puisque seuls cinq nouveaux-nés sont concernés sur les 79 dossiers étudiés.

Aussi nous ne pouvons conclure sur l'incidence de la prématurité chez la primipare âgée de façon générale.

### **En conclusion :**

Les grossesses des primipares âgées ne bénéficient pas d'une prise en charge particulière, et le suivi de ces grossesses est le même que celui pratiqué pour les patientes plus jeunes.

Cependant le professionnel qui suit les grossesses des primipares âgées peut adapter son suivi aux particularités de cette population en considérant attentivement, au moment de l'anamnèse surtout, les points suivants :

Il est important de déceler les antécédents gynécologiques plus fréquents avec l'âge comme le fibrome ou encore l'exposition au DES in utero ;

L'association obésité ou surpoids et âge doit faire redouter l'apparition d'un diabète gestationnel ultérieur d'où la nécessité de conseils hygiéno-diététiques, d'une surveillance étroite de la prise de poids et de la réalisation systématique du Screening test à partir de 26 SA, sans d'autres examens spécifiques plus précoces.

En présence d'une addiction au tabac, selon son importance et surtout son ancienneté (en théorie plus importante chez les primipares âgées), le professionnel peut proposer précocement la rencontre avec un tabacologue si la patiente souhaite effectuer un sevrage.

Enfin, les échographies doivent être particulièrement conseillées aux femmes de plus de 35 ans. Une attention particulière sera donnée à l'échographie de 12SA, qui doit permettre la mesure de la clarté nucale avec précision en association avec le dosage des marqueurs sériques maternels afin de dépister précocement un risque augmenté de trisomie 21. Ce dépistage combiné du premier trimestre permettra d'éviter au maximum les amniocentèses inutiles.

Dans notre étude les grossesses tardives des primipares âgées sont un peu plus incidentées que celles des primipares plus jeunes. Les complications retrouvées sont les mêmes dans les deux populations et l'orientation par la sage-femme vers un médecin (obstétricien ou spécialiste) a été effectuée de la même façon quelque soit l'âge des patientes.

**La sage-femme est donc compétente pour suivre les grossesses tardives, en respectant l'envoi des patientes qui présentent une complication vers un médecin.**

Cependant, nous avons pu remarquer que la sage-femme **est beaucoup moins impliquée pour le suivi des grossesses des primipares âgées** que pour celles des plus jeunes.

Selon nos résultats d'étude, la différence réside au niveau du choix initial du professionnel de santé, par la patiente le plus souvent puisque l'attribution de rendez-vous au niveau du centre d'appel de la MRUN est aléatoire.

Peut-être faudrait-il alors inclure dans l'arbre décisionnel la notion de l'âge maternel pour la prise de rendez-vous et demander, lorsque la patiente désire un rendez-vous avec un médecin, la raison de cette demande. Est-ce l'existence d'une pathologie ou d'antécédents particuliers ? La représentation personnelle d'une grossesse tardive comme grossesse compliquée qui nécessite le suivi par un médecin ? La méconnaissance du métier de sage-femme ? La recommandation d'un suivi par un médecin par le gynécologue libéral ou le médecin traitant ?

En effet, le suivi par un obstétricien entraîne des dépenses plus importantes que s'il était effectué par une sage-femme. Cette notion prend une importance particulière dans une réflexion en terme de maîtrise des dépenses de santé dans une époque où l'aspect économique du système de santé français est entièrement remis en cause.

## *CONCLUSION*

Autrefois une exception parmi les femmes enceintes et stigmatisées de ce fait, les primipares âgées sont désormais une population qui fait partie intégrante de l'exercice quotidien des professionnels de santé périnatale. Cette tendance est croissante et contemporaine de modifications sociétales, notamment du statut de la femme, et de la confiance des patientes dans la médecine pour contrer les effets de l'âge sur la fertilité.

Les grossesses tardives sont globalement plus incidentées que celles des patientes plus jeunes. De ce fait et par leur importance croissante, elles deviennent un problème de santé publique puisque la société doit prendre en charge des complications plus nombreuses. Cependant, à l'échelle d'un individu le risque reste faible et la plupart des femmes âgées de 35 ans et plus peuvent espérer une grossesse normale.

C'est pourquoi la sage-femme a sa place dans le suivi de ces grossesses seule pour les grossesses physiologiques, en binôme ou en équipe pluridisciplinaire pour les grossesses compliquées, toujours dans le respect des compétences qui lui sont conférées.

La sage-femme est pourtant peu présente dans le suivi des grossesses tardives à la MRUN, fait lié principalement aux choix de la patiente. Ce choix est en lien avec ses antécédents ou encore avec ses propres représentations d'une grossesse tardive, l'influence que peut exercer sur elle les avis de son entourage et de la société en général sur ce type de grossesses, et enfin une méconnaissance certaine de la compétence d'une sage-femme à suivre une grossesse tardive.

Pourtant, en considérant d'une part, le coût d'un suivi de grossesse qui est moins élevé pour une sage-femme que pour un obstétricien, et d'autre part la baisse progressive du nombre de médecins gynécologues-obstétriciens, il serait opportun de faire connaître davantage dans la population les compétences des sages-femmes en général, et notamment dans des grossesses considérées comme à risque.

Le chemin à parcourir pour cela paraît encore long.

En effet, les médias comme Internet ou encore des magazines non professionnels sont des supports largement consultés par les femmes aujourd'hui et dont le contenu n'est pas systématiquement vérifié par des professionnels. Or ces médias exposent le plus souvent une grossesse tardive comme très risquée, d'où l'association probablement fréquente dans l'esprit des femmes avec un suivi par un médecin et avec une grossesse dotée immédiatement d'un pronostic péjoratif.



Outre les médias, l'idée de la première grossesse tardive comme grossesse difficile et risquée est ancrée dans l'esprit de la population en France.

Ainsi, il paraît être d'actualité de faire redécouvrir les compétences de la sage-femme. La (re)connaissance de la place de celle-ci dans le suivi de grossesse des primipares âgées par la population générale semble actuellement encore moins atteignable que pour les grossesses en général.

# Bibliographie

- (1) J.COHEN, P.MADELENAT, *La demande de soin, ménopause*, Site Internet : [www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)
- (2) T.LINET, *Les grossesses tardives*, Profession Sage femme n°79, février 2010, p.13-19, ISSN 1634-0760
- (3) *La baisse de la fertilité avec l'âge*, Fiche d'actualité, tout savoir sur la population, 2009, Site Internet : [www.ined.fr](http://www.ined.fr) ; consulté le 17 novembre
- (4) INED, *L'espérance de vie*, Fiche d'actualité, tout savoir sur la population, 2010  
Site Internet : [www.ined.fr](http://www.ined.fr) ; consulté le 17 novembre
- (5) TOURNAIRE Michel, *Le bonheur d'être mère, la grossesse après 35 ans*, Editions Odile Jacob, 2005, 297 pages, ISBN 2-7381-0811-3
- (6) PISON Gilles, *l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans*, Bulletin mensuel d'information de l'INED, magazine Population et Société n°465, mars 2010  
Site Internet : [www.ined.fr](http://www.ined.fr) consulté le 17 novembre 2010
- (7) MEYER Audrey, *Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la grossesse et l'accouchement*, mémoire, 2007, école de sages-femmes de METZ, 70 pages
- (8) *L'histoire du droit des femmes*, Site Internet : [www.linternaute.com](http://www.linternaute.com) consulté le 24 septembre
- (9) INED, *L'âge moyen des mères et pères à la naissance des enfants selon la qualité juridique des enfants à la naissance* ; tableau 10.3 Site Internet : [www.ined.fr](http://www.ined.fr) consulté le 17 novembre

- (10) *Des femmes plus diplômées et plus actives en midi pyrénées*, Insee n°112, octobre 2008, Site internet : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- (11) BISCOURP P., *Durée des études, trajectoire scolaire et insertion sur le marché du travail*, Insee, données sociales édition 2006, site internet : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- (12) BELAISCH-ALLART J., *Grossesses tardives : après 35 ans, les femmes doivent consulter*, Le quotidien du médecin, n°8419, 16 septembre 2008
- (13) *L'assistance médicale à la procréation*, Site de l'agence de la biomédecine, consulté le 26 septembre, Site Internet : [www.agence-biomedecine.fr](http://www.agence-biomedecine.fr)
- (14) AGENCE DE BIOMEDECINE, *Le guide de l'assistance médicale à la procréation*, fascicule d'information.
- (15) BURGUNDER Adeline, *Grossesse et accouchement chez les primipares après 40 ans : étude retrospective à la maternité de Nancy*, mémoire, 2007 école de sages-femmes NANCY
- (16) *Loi du 9 août 2004*, Site Internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), consulté le 27 septembre 2010
- (17) *Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile, Titre II : Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents*, Code de Santé Publique, Legifrance, Site Internet : [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)
- (18) *Code de déontologie, rubrique compétences*, site de l'ordre national des sages-femmes; Site internet : [www.ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr) ; consulté le 27 septembre 2010
- (19) P.DUFOUR, K. HAENTJENS, D.VINATIER, *La grossesse chez la femme de plus de 40 ans*, *Contracept Fertil Sex* 1997; 25:415-22.

- (20) E. BAULON, I.NISAND, *La patiente de plus de 35 ans*, support pédagogique, pôle de gynécologie-obstétrique, hôpitaux universitaires de Strasbourg.
- (21) HANSEN JP, *Older maternal age and pregnancy outcome : a review of literature* Obstet Gynecol Surv. 1986 Nov ; 41 (11): 726-42
- (22) HOLLIER, LISA, LEVENEKO et al., *Maternal age and malformations in singleton births*, Obstet.gynecol 2000, 96: 701-6
- (23) LAMPINEN et al., *A review of pregnancy in Women over 35 years of age*, juin 2009, site internet : [www.pubmed.fr](http://www.pubmed.fr)
- (24) LANSAC, C.BERGER, G MAGNIN, *Obstétrique*, éditions Masson, 4e édition, Paris, 2003, p151, ISBN 2-294-00346-2
- (25) *La mortalité maternelle en France*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), Institut national de veille sanitaire, 12/12/2006, n°50
- (26) S.FENNIRA et al., *La cardiomyopathie du post partum*, Elsevier Masson, Site internet : [www.em-consult.com](http://www.em-consult.com) consulté le 06 octobre 2010
- (27) S.LOIZEAU, B.DESPRESZ, V.GILLY, *La grossesse après 40 ans*, La lettre du gynécologue n°279, 2003 P.12-16
- (28) J.LANSAC, C.BERGER, G.MAGNIN, *Obstétrique*, éditions Masson, 4e édition, Paris, 2003, p.24, ISBN 2-294-00346-2
- (29) A.BIANCO, J.STONE, L.LYNCH, *Pregnancy outcome at age 40 and older* Bianco A. Obstet Gynecol n°87, 1996; p.917-922
- (30) W.GILBERT, TS NESBITT, B.DANIELSON, *Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24032 cases*, Obstet Gynecol n°93, 1999; p. 9-14

- (31) *Indicateurs de santé périnatale de 1994 à 2003*, Audipog, site Internet : <http://audipog.inserm.fr>
- (32) *Surpoids et obésité : la santé des femmes en France*, Institut National de Veille Sanitaire, fiche 34
- (33) NEWBURN-COOK, *Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction ? A systematic review*, Health Care Women Int. 2005, oct 26(9) : 852-75
- (34) J.LANSAC, C.BERGER, G.MAGNIN, *Obstétrique*, tableau 9.IV p.132, édition Masson, Paris, 2003, ISBN 2-294-00346-2
- (35) BERKOWITZ et al., 1990; 322: 659.site internet : [www.pubmed.fr](http://www.pubmed.fr)
- (36) M.JOLLY, N.SEBIRE, J.HARRIS, *The risks associated with pregnancy in women aged 35 years older*, Hum.Reprod 2000 15:2433-7
- (37) *Argumentaire de la Haute Autorité de Santé pour le suivi de grossesse*, livret d'information, p.26
- (38) « *Comment mieux informer les femmes enceintes?* », Recommandations professionnelles de l'HAS, livret d'information, édition avril 2005
- (39) « *Grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement* », Recommandations pour la pratique clinique, HAS, décembre 2009
- (40) B.BLONDEL, K.SUPERNANT, C.MAZAUBRUN, G, BREART, *Enquête nationale périnatale 2003*, Site internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) , consulté le 06 décembre 2010
- (41) H.FERNANDEZ, *RPC : la prise en charge des fibromes*, site Internet : [www.cngof.fr](http://www.cngof.fr)

(42) CHARLES, BASDEVANT, ESCHWEGE, *Enquête épidémiologique nationale sur les questions de surpoids et d'obésité chez l'adulte*, Etude obEpi 2009, laboratoire Roche.

(43) C.PONTE, F.NGUYEN, M-A POULAIN, *40 questions sur le métier de sage-femme*, avril 2007, éditions Masson, ISBN : 978-2-294-07467-7

(44) *Evaluation des Stratégies de dépistage de la trisomie 21*, Recommandations en Santé Publique, HAS, étude de mars 2007, site : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

# TABLE DES MATIERES

<b>Sommaire.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Partie 1 .....</b>	<b>6</b>
<b>1.Primipares            âgées            et            grossesses            tardives</b>	
<b>.....</b>	<b>6</b>
1.1. Définitions.....	7
1.1.1 Primipares âgées.....	7
1.1.2 Grossesses tardives.....	8
1.2. Evolution démographique et épidémiologique.....	9
1.2.1 Augmentation de l'espérance de vie.....	9
1.2.2 "Report de maternité" et évolution de la fécondité.....	9
1.3. Etiologies de l'augmentation de l'âge d'engagement dans la maternité .....	10
1.3.1 Les marques de l'histoire.....	10
1.3.2 L'évolution de la place de la femme dans la société.....	11
1.3.3 Les progrès de l'Assistance Médicale à la Procréation.....	12
1.3.4 Autres étiologies.....	13
<b>2.Suivi de grossesse et compétences de la sage-femme</b>	
<b>.....</b>	<b>14</b>
2.1. Lecadre du suivi de grossesse .....	14
2.1.1 Ce que dit la loi.....	14
2.1.2 Les recommandations professionnelles.....	15
2.2. Les compétences de la sage-femme dans le suivi de	
grossesse.....	16
2.3. Le dépistage de la trisomie 21et l'amniocentèse chez la primipare âgée.....	17
<b>3.Les            risques            liés            à            l'âge            maternel</b>	
<b>.....</b>	<b>19</b>
3.1. Les risques maternels .....	19
3.1.1 Les risques précoces.....	20
3.1.2 Les risques tardifs.....	22
3.1.2.1 Les pathologies générales.....	22
3.1.2.2 Les pathologies obstétricales.....	25
3.2. Les risques fœtaux et néonataux .....	26
3.3. Les modes d'accouchement.....	27
<b>Partie 2 .....</b>	<b>30</b>

<b>1. Présentation</b>	<b>de</b>	<b>l'enquête</b>	
.....			<b>31</b>
1.1.	Justification de l'étude .....		31
1.2.	Objectifs et hypothèses .....		31
1.2.1	Objectifs de l'étude.....		31
1.2.2	Hypothèses de l'étude.....		32
1.3.	Matériel et méthode.....		32
<b>2. Résultats</b>	<b>de</b>	<b>l'étude</b>	
.....			<b>34</b>
2.1.	Comparaison des profils socio-démographiques des deux populations .....		<b>34</b>
2.1.1.	Répartition des âges de la première maternité des primipares âgées .....		34
2.1.2.	Situation familiale .....		35
2.1.3.	Niveau d'étude .....		36
2.1.4.	Origine géographique .....		36
2.1.5.	Antécédents obstétricaux .....		37
2.1.6.	Antécédents gynécologiques.....		38
2.1.7.	Indice de masse corporelle .....		39
2.1.8.	Tabagisme et autres addictions.....		40
2.2.	Le déroulement de la grossesse.....		41
2.2.1.	Pathologies gravidiques maternelles .....		41
2.2.2.	Pathologies fœtales.....		42
2.2.3.	Marqueurs sériques de la trisomie 21 et amniocentèse.....		44
2.2.4.	Incidents de la grossesse .....		46
2.2.4.1	Hospitalisation.....		46
2.2.4.2	Surveillance de la grossesse par une sage-femme libérale.....		46
2.2.4.3	Activité pendant la grossesse et arrêts de travail.....		47
2.2.5.	Terme de l'accouchement et fréquence de la prématurité.....		47
2.3.	Le suivi de la grossesse.....		48
2.3.1.	Le premier contact à la MRUN.....		48
2.3.2.	La rédaction de la déclaration de grossesse .....		49
2.3.3.	Le suivi obstétrical : quel professionnel de santé ?.....		51
2.3.4.	Le suivi spécialisé .....		52
2.3.5.	L'entretien prénatal individuel .....		54
2.3.6.	Les échographies.....		54
2.3.6.1	Le nombre d'échographies anténatales.....		54
2.3.6.2	Le doppler des artères utérines.....		55
<b>Partie 3</b>	.....		<b>57</b>
<b>1. Les</b>	<b>biais</b>	<b>de</b>	<b>l'étude</b>
.....			<b>59</b>



<b>2. Le profil des primipares âgées</b> .....	<b>59</b>
2.1. La répartition des âges des primipares âgées .....	59
2.2. La situation familiale.....	60
2.3. Le niveau d'étude.....	60
2.4. L'origine géographique.....	61
2.5. Les antécédents obstétricaux.....	61
2.6. Les antécédents gynécologiques.....	62
2.7. L'indice de masse corporelle.....	63
2.8. Le tabagisme et autres addictions.....	63
 <b>3. Le profil des grossesses et les conditions du suivi</b> .....	 <b>64</b>
3.1. Le premier contact à la MRUN, la déclaration de grossesse .....	64
3.2. Les antécédents gynécologiques .....	64
3.3. Les grossesses suivies par les sages-femmes.....	65
3.4. Le dépistage de la trisomie 21.....	65
3.5. Le doppler et l'échographie.....	67
3.6. Le terme de la grossesse.....	67
 <b>Conclusion</b> .....	 <b>70</b>
 <b>Bibliographie</b> .....	 <b>73</b>
 <b>TABLE DES MATIERES</b> .....	 <b>78</b>
 <b>Annexe 1</b> .....	 <b>I</b>
 <b>Annexe 2</b> .....	 <b>IV</b>

# ANNEXE 1

## CRITERES DE RECUEIL DES INFORMATIONS

### 1)Caractéristiques maternelles

### **codage des variables**

#### \* âge :

#### \* Situation familiale :

- |                     |   |
|---------------------|---|
| - célibataire       | 1 |
| - en couple ou PACS | 2 |
| - mariée            | 3 |

#### \* Origine géographique

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| - France (métropolitaine et DOM-TOM) | 1 |
| - Europe du sud                      | 2 |
| - Afrique du Nord                    | 3 |
| - autre                              | 4 |

#### \* Niveau d'études

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| - non scolarisée         | 1 |
| - primaire               | 2 |
| - collège/lycée          | 3 |
| - enseignement supérieur | 4 |

#### \* Profession pendant la grossesse

- |                   |   |
|-------------------|---|
| - exercée         | 1 |
| - non exercée     | 2 |
| - chômage         | 3 |
| - sans profession | 4 |

### 2) Antécédents

#### \* Addictions :

- |                           |                       |                 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------|
| - TABAC :                 |                       | => OUI 1/ NON 2 |
| => avant grossesse :      | <10 cigarettes / jour | 1               |
|                           | >10 cigarettes / jour | 2               |
| => pendant la grossesse : | <10 cig/jour          | 1               |
|                           | >10 cig/jour          | 2               |

- |            |             |
|------------|-------------|
| - ALCOOL : | OUI 1/NON 2 |
|------------|-------------|

- |               |             |
|---------------|-------------|
| - TOXICOMANIE | OUI 1/NON 2 |
|---------------|-------------|

#### \* Antécédents obstétricaux

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| - gestité           |              |
| - antécédent d'IVG  | OUI 1/ NON2  |
| - antécédent de FCS | OUI 1/NON 2  |
| - antécédent de GEU | OUI 1/ NON 2 |

\* Antécédents gynécologiques

**3) Déroulement de la grossesse**

\* Pathologie(s) maternelle(s)

OUI 1/ NON 2

-MAP	1/ 2
-HTA gravidique	1/2
_Toxémie gravidique	1/2
-Eclampsie	1/2
-diabète gestationnel	1/2
-Pathologie du LA : hydramnios, oligoamnios	1/2
-Pathologie thyroïdienne traitée	1/2

\* Pathologies fœtales

- malformations	1/2
- anomalies chromosomiques	1/2
- RCIU	1/2
- MFIU	1/2
- Macrosomie	1/2

**5) Suivi de la grossesse**

\* Premier contact à la MRAP

- Sage-femme	1
- Obstétricien	2

\* Professionnel ayant rédigé la déclaration de grossesse

- médecin traitant	1
- gynécologue libéral	2
- sage-femme	3
-obstétricien	4

\* Nombre total de consultations pour la grossesse

\* Nombre de consultation par professionnel

- Sage-femme
- Obstétricien

**=>suivi obstétrical exclusif :**

OUI 1/ NON 2

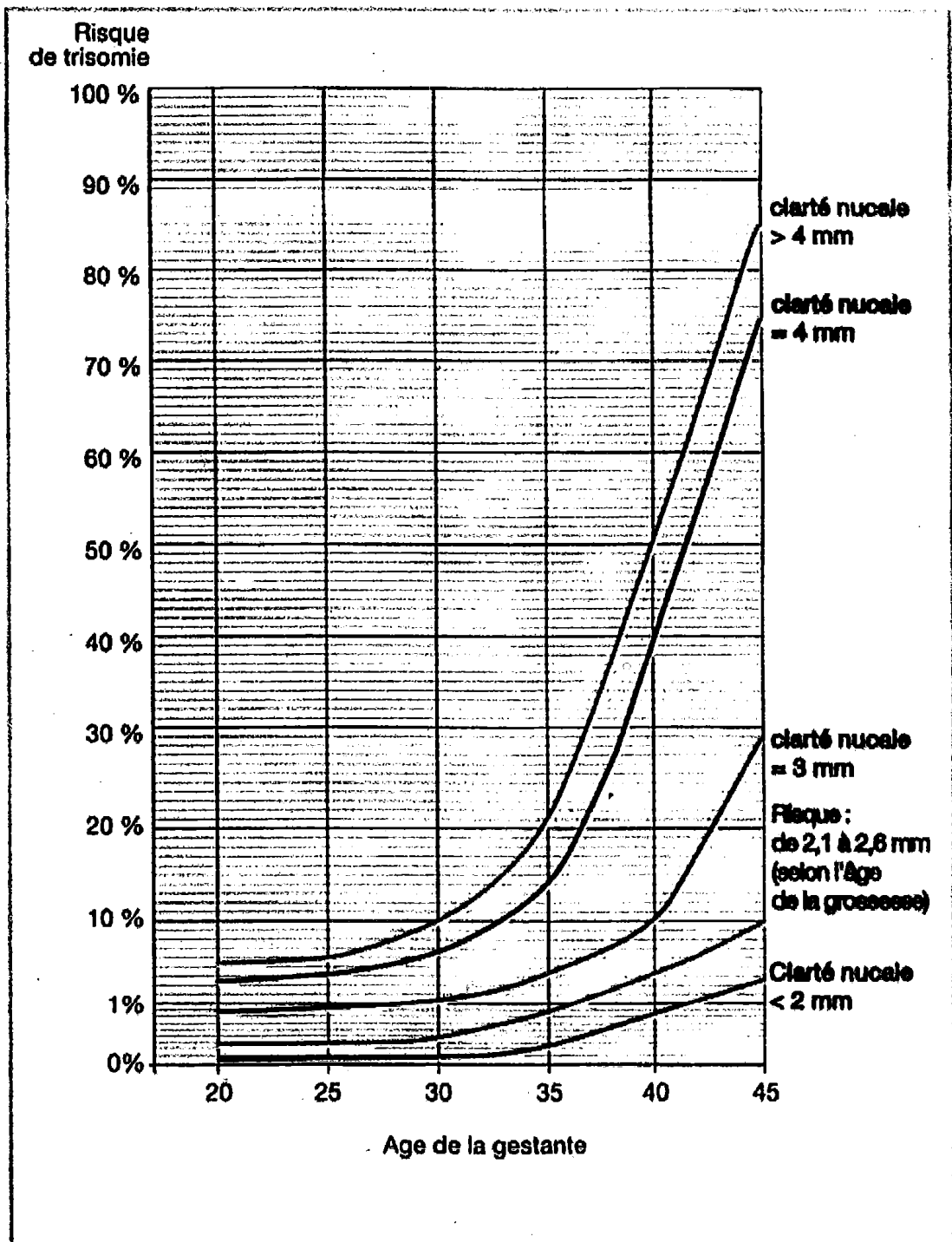
- sage-femme	1/2
-obstétricien	1/2

**=> suivi conjoint Sage-femme /Obstétricien**

\* consultations spécialisées :

- cardiologue	1/2
- nutritionniste / diététicienne	1/2
- endocrinologue	1/2
- autre 1 / 2 + nature	
* <u>Dépistage combiné du premier trimestre pour la T21</u>	
- marqueurs sériques T1 : seuil de risque	
* <u>Amniocentèse</u>	OUI1/ NON 2
* <u>Nombre d'échographies</u>	
* <u>Doppler des artères utérines :</u>	OUI 1/ NON2
* <u>Professionnel réalisant l'échographie</u>	
- Sage - femme	1
- Obstétricien	2
- radiologue	3
* <u>Hospitalisation</u>	OUI 1/NON 2
* <u>Sage-femme à domicile pour surveillance de la grossesse</u>	OUI 1/NON 2
* <u>Entretien Prenatal individuel</u>	OUI 1/NON2
* <u>Age gestationnel à l'accouchement</u>	
* <u>Arrêts de travail</u>	1/2
* <u>Congés pathologiques</u>	1 /2

## ANNEXE 2



**Risque pour la trisomie 21 en fonction de l'âge maternel (d'après Nicolaïdes).**

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de  
Sage-femme  
Ecole de Sages-femmes A. FRUHINSHOLZ  
10, rue du Dr Heydenreich  
54000 NANCY

***Intitulé : La place de la sage-femme dans le suivi de grossesse des primipares âgées***

*Domaine :* Obstétrique

*Mots clés :* Primipare âgée, grossesse, âge maternel avancé, risques liés à l'âge maternel, compétences professionnelles de la sage-femme, suivi de grossesse par la sage-femme.

***Résumé :***

La fréquence des premières grossesses après 35 ans augmente régulièrement en France et l'âge moyen de la première maternité atteint désormais 30 ans. Cette évolution est contemporaine de modifications sociétales profondes, en particulier du statut de la femme.

Ce changement important dans la composition de la population maternelle entraîne des interrogations sur le caractère pathologique des grossesses des primipares âgées, du fait de l'âge maternel avancé, et donc de la place de la sage-femme, par définition professionnelle de la physiologie, dans le suivi de ces grossesses.

Une étude rétrospective à la maternité de Nancy, basée sur une comparaison des primipares de 35 ans et plus avec des primipares plus jeunes, nous permet d'évaluer si les grossesses des primipares âgées sont plus souvent incidentées ou non, et donc de connaître la place de la sage-femme dans le suivi de ces grossesses.

\*\*\*\*\*

The number of pregnancies after 35 increase regularly in France and from now on, the middle age to have a first baby reaches 30 years old. This evolution is contemporaneous with deep change of the society, particularly concerning the woman's status.

This major modification, among the population of pregnant women, wonders us about the impact of pathology during elderly gravidas, because of the complications linked to the advanced age, and about midwife's role in the follow-up care for this pregnancies since the midwife must only care about physiology.

A retrospective study at the maternity of Nancy, based on a comparison between young primiparas and older, enable us to know if elderly gravidas are more pathological than younger women's pregnancies and also to know how the midwife can take part in this elderly gravidas' follow-up.