

UNIVERSITE DE LIMOGES

ECOLE DE SAGES-
FEMMES

ANNEE 2012/2013

LES CONSEQUENCES DE LA PRIMIPARITE AGEE
SUR LES SUITES DE COUCHES

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

Anaïs BLAUDY

Née le 14 Avril 1989 à Aurillac

Maître de mémoire : Madame BOMPARD-GRANGER Karine

Guidante de mémoire : Madame ETIFIER Marie-Bernadette

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. LE PROJET TARDIF D'ETRE PARENT

1.1. Le désir d'enfant

1.2. Les causes amenant à avoir un premier enfant à partir de 35 ans

2. POST-PARTUM ET PRIMIPARITE AGEE

2.1. Les modifications physiologiques du post-partum

2.2. Les complications du post-partum liées à la primiparité âgée

DEUXIEME PARTIE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Constat

1.2. Justification de l'étude

1.3. Intérêt de l'étude

1.4. Objectifs

1.5. Hypothèses

2. METHODOLOGIE

2.1. Le type d'étude

2.2. La population cible

2.3. La population source

2.4. Constitution de l'échantillon et nombre de sujets nécessaires

2.5. Procédure de recueil

2.6. Les variables étudiées

2.7. Stratégie d'exploitation

RESULTATS DE L'ETUDE

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

1.1. L'âge

1.2. Le pays d'origine

1.3. L'état civil

1.4. Le niveau d'étude

1.5. La catégorie professionnelle

1.6. Grossesse issue de l'Assistance Médicale à la Procréation

1.7. La gestité des patientes

2. ÉTUDE DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

- 2.1. Le taux de complications globales en post-partum
- 2.2. Les complications thromboemboliques en post-partum
- 2.3. La pathologie hypertensive en post-partum
- 2.4. La persistance du diabète gestationnel en post-partum
- 2.5. L'anémie < 10 g/dl en post-partum
- 2.6. Les complications de l'allaitement
- 2.7. Le baby-blues en post-partum
- 2.8. Les difficultés en lien avec les soins de puériculture
- 2.9. Les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant
- 2.10. Inquiétude inadaptée en post-partum
- 2.11. Les troubles relationnels mère/enfant en post-partum
- 2.12. La durée du séjour en suites de couches

DISCUSSION

1. LES POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE
2. ANALYSE DU PROFIL DES PRIMIPARES AYANT UN AGE SUPERIEUR OU EGAL A 35 ANS
3. VERIFICATIONS DES HYPOTHESES DE RECHERCHE
 - 3.1. L'hypothèse principale
 - 3.2. Les hypothèses secondaires
4. PROPOSITIONS
 - 4.1. Concernant la forme
 - 4.2. Concernant la survenue du baby-blues
 - 4.3. Concernant l'allaitement maternel

CONCLUSION

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE

DES

MATIERES

INTRODUCTION

De nos jours, les grossesses à partir de 35 ans sont de plus en plus fréquentes dans la plupart des pays développés (France, Grande-Bretagne, États-Unis...).

En 2010, 19% des femmes étaient âgées de 35 ans ou plus au moment de l'accouchement contre 15,9% en 2003 et 12,5% en 1995. L'enquête périnatale de 2010 a révélé que pour 43,4% de ces femmes, il s'agissait de leur premier accouchement tandis que 33,9% accouchaient pour la deuxième fois. De plus, l'âge moyen des primipares au moment de la naissance progresse régulièrement et s'élève aujourd'hui à 29,9 ans. (1)

Ces grossesses à partir de 35 ans sont considérées comme étant à haut risque et représentent 2 à 3% des naissances dans la population générale. (2)

Les complications liées à l'âge élevé au cours de la grossesse et de l'accouchement sont bien connues. Or, celles concernant les suites de couches sont beaucoup moins décrites.

Pourtant durant le post-partum, il y a des grands remaniements physiques, psychologiques et physiologiques qui se produisent et qui peuvent avoir un impact sur la primipare âgée.

Il paraît alors intéressant de savoir si la primiparité âgée est aussi un facteur de risques de complications en post-partum.

Après avoir rappelé les raisons pour lesquelles les femmes ont un premier enfant après 35 ans, nous exposerons dans un premier temps, les complications auxquelles les primipares âgées sont prédisposées en post-partum.

Dans un second temps, nous présenterons notre méthodologie de recherche et les résultats obtenus.

Puis, nous discuterons de nos résultats en fonction des hypothèses émises.

PREMIERE PARTIE

Notre mode de vie a profondément évolué et les femmes ont changé au fil du temps. Elles font des études, elles travaillent, elles ont une contraception, elles sont actrices de leur vie. Quand elles décident un jour d'avoir un enfant leur désir est profond, leur choix mûrement réfléchi. Cette première grossesse peut alors débiter à partir de 35 ans.

1. LE PROJET TARDIF D'ETRE PARENT

1.1. Le désir d'enfant

Avoir un enfant pour une femme est souvent considéré comme l'aboutissement d'une vie, un but à atteindre pour le plus grand nombre.

Le désir d'enfant peut avoir de nombreuses raisons.

Il peut être : (3)

- un projet de vie inscrit dans l'imaginaire infantile : « quand je serais grande, je me marierais et aurais beaucoup d'enfants », organisé par les processus identificatoires,
- un projet du couple : donner corps et prolongement au sentiment amoureux,
- un projet parental, avec investissement de l'identité et de la fonction parentale (éduquer, prendre soin, transmettre,...),
- un moyen de survivre à sa propre condition humaine, de perpétuer la lignée, le nom et par là de résister au passage du temps,
- un moyen d'accéder au statut d'adulte, de mère, avec la reconnaissance sociale et familiale qui accompagne la maternité,
- la réponse à l'attente du conjoint, des parents, de l'environnement.

1.2. Les causes amenant à avoir un premier enfant à partir de 35 ans

Les causes qui amènent à avoir un enfant tardivement sont souvent multiples.
(4 et 5)

1.2.1. Les progrès de la Médecine

On peut retenir tout d'abord *l'amélioration des techniques contraceptives*.

« Un enfant si je veux, quand je veux ».

« Si je veux », c'est possible grâce à une meilleure utilisation des moyens de contraception et un meilleur accès à l'interruption volontaire de grossesse.

« Quand je veux » n'est malheureusement pas aussi réaliste. Cette formule a trompé beaucoup de femmes, qui ont cru qu'elles avaient tout leur temps pour envisager une grossesse.

Néanmoins, les progrès de l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) peuvent permettre généralement à ces femmes de plus de 35 ans d'avoir un enfant. L'allongement de la vie prolonge le désir d'enfant. Mais, il existe un écart croissant entre le calendrier de la vie et celui de la reproduction. En effet, l'espérance de vie augmente mais les chances de grossesse pour une femme sont maximales entre 20 et 24 ans, et diminuent plus nettement à partir de 35 ans pour chuter à partir de 40 ans et devenir infimes à partir de 45 ans.

1.2.2. La quête du père idéal

Une autre raison peut être que ces femmes *ont enfin trouvé le père idéal* : il est possible qu'elles aient attendu de trouver le compagnon et le père idéal, ce qui est bien légitime. Les femmes qui souhaitent une grossesse tardive racontent souvent l'histoire d'une vie en couple assez longue avant de conclure que ce conjoint ne souhaitait pas d'enfant avec pour conséquence de nombreuses années perdues pour la recherche du futur père. Et enfin, elles trouvent finalement le réel « amour de leur vie », parfois après 40 ans... Avoir un enfant avec cet homme est alors une évidence.

1.2.3. L'accomplissement professionnel

Elles *ont privilégié leur carrière* : certaines femmes après avoir fait des études, préfèrent attendre d'avoir une situation professionnelle stable avant de concrétiser leur projet de grossesse. Celui-ci ne vient qu'au second plan. Elles représentent aujourd'hui près de la moitié de la population active. D'ailleurs, la carrière de ces femmes est souvent montrée du doigt comme la cause majeure des grossesses tardives.

Cependant seule une minorité de femmes considère que des raisons de carrière ont beaucoup retardé leur projet d'enfant. La plupart décident de cumuler activité professionnelle et maternité.

1.2.4. Le désir du conjoint

Leur *conjoint est moins pressé* : souvent le désir d'enfant est plus marqué ou existe depuis plus longtemps chez la femme que chez l'homme. L'homme aurait le temps alors que la femme sait que le temps lui est compté.

1.2.5. Le sentiment d'être prête

Pour finir, les femmes de plus de 35 ans *ont le sentiment d'être prêtes* : elles sont plus mûres que lorsqu'elles avaient entre 20 et 30 ans. Elles ont acquis une stabilité affective, apportée par leur expérience de la vie pour envisager une grossesse et l'arrivée d'un enfant.

Ainsi, ce premier enfant à venir nous apparaît comme l'aboutissement d'un long parcours singulier. Malgré l'évolution des modes de vie, ces grossesses tardives restent encore stigmatisées. Certaines de ces femmes peuvent alors éprouver un sentiment de culpabilité lorsqu'elles sont exposées à des commentaires tels que : « Mais tu es folle?! » ou « Vouloir un enfant à cet âge est une preuve d'égoïsme! », « Quel âge auras-tu quand ton enfant aura 20 ans? ». (6) Néanmoins, une première grossesse après 35 ans est le plus souvent considérée comme « précieuse » et vécue avec anxiété par la femme et son entourage.

C'est alors avec un état d'esprit spécifique que la primipare âgée aborde cette période si délicate du post-partum.

2. POST-PARTUM ET PRIMIPARITE AGEE

Le post-partum est la période s'écoulant entre la délivrance et le retour des règles. Cette période englobe deux phases à risques différents :

- le post-partum immédiat : les 10 premiers jours suivant l'accouchement,
- le post-partum tardif, dont le délai varie selon le type d'allaitement et la présence ou non d'une pathologie. Il peut durer six à dix ou douze semaines, selon le mode d'allaitement. (7)

2.1. Les modifications physiologiques du post-partum

Le post-partum est une période de fragilité plus ou moins marquée du fait des nombreuses modifications anatomiques, hormonales, physiques et psychologiques qui se produisent.

2.1.1. Les modifications anatomiques du post-partum

Le post-partum est une période délicate où l'organisme maternel et les organes génitaux en particulier, vont retrouver progressivement leur état antérieur. Cela peut être source de douleurs et de gêne.

Les principales modifications anatomiques auxquelles elles sont confrontées sont les suivantes : (8, 9 et 10)

- *la rétraction utérine* : après la délivrance, l'utérus se rétracte afin de permettre une hémostase naturelle grâce au phénomène des ligatures vivantes de Pinard, ainsi que l'évacuation du sang qui s'écoule de la zone d'insertion placentaire permettant le retour de l'utérus à sa situation antérieure. En suites de couches, l'utérus va subir une involution tout d'abord rapide, puis plus lente qui ne sera complète qu'au bout de six à huit semaines,
- *la perméabilité du col* : il retrouve rapidement sa longueur et sa fermeté dans un délai de 15 à 20 jours,

- *les modifications mammaires* : la glande mammaire sous l'action des hormones de la grossesse subit des transformations telles que le développement trophique, la multiplication des acini et un développement des canaux galactophores. Cette préparation à l'allaitement débute dès la nidation et est terminée à 4 mois de grossesse.

A la naissance, les seins contiennent déjà du colostrum (lait adapté aux premières heures de vie du nouveau-né) qui est riche en immunoglobulines et a une action laxative. Au deuxième-troisième jour apparaît un lait de transition riche en substances bactéricides. Il favorise l'absorption intestinale des lipides et des vitamines. Enfin au troisième-quatrième jours, la production de lait mûre débute. On parle de montée laiteuse. Alors la femme pourra avoir les seins tendus et les bouts de seins douloureux.

Ces modifications physiologiques peuvent entraîner des douleurs telles que : (7)

- les douleurs utérines ou tranchées qui sont des douleurs à type de contractions,
- les douleurs périnéales consécutives soit aux traumatismes de l'accouchement (déchirures superficielles, éraillures de la vulve), soit aux conséquences des sutures périnéales (œdèmes, inflammation, tiraillements) soit à une poussée hémorroïdaire,
- les douleurs digestives : en rapport avec la reprise du transit, la non évacuation des gaz, la constipation et les hémorroïdes,
- les douleurs mammaires,
- les douleurs musculaires et osseuses.

2.1.2. Les modifications hormonales

L'imbibition gravidique qui disparaît au cours de la première semaine du post-partum se traduit, entre autre, par une perte de poids et par une polyurie. Le climat hormonal du post-partum est particulier, surtout quand la sécrétion lactée est entretenue. Il favorise la redistribution des « liquides » des vaisseaux vers les tissus interstitiels. La conséquence est que durant cette période l'organisme a tendance à constituer des œdèmes. (7)

De plus, en raison de ce climat hormonal, cette période est source de grandes sensibilités avec classiquement un baby-blues au 3ème jour du séjour, d'expression plus ou moins importante selon l'accouchée.

2.1.3. Les modifications physiques et psychologiques

Les modifications physiologiques liées à la grossesse et à l'accouchement sont donc à l'origine en post-partum, d'une transformation physique et d'un bouleversement psychologique lié entre autre à la modification brutale de l'image du corps et au deuil de la plénitude de la grossesse non négligeables.

Pour ces femmes de plus de 35 ans devenant mères pour la première fois, ces phénomènes peuvent être déstabilisants, d'autant que leur image corporelle est mise à rude épreuve en post-partum (œdèmes, vergetures, varices...). (11)

Les bouleversements psychologiques sont liés aux modifications hormonales (abordées précédemment), à la fatigue due à l'accouchement et au manque de sommeil, aux diverses douleurs des éventuelles épisiotomies, hémorroïdes, tranchées... mais aussi et surtout à l'émotion liée à la prise de conscience de la fin d'une époque : fin de l'état de grossesse et fin de l'état de fille, et au commencement d'une autre : devenir mère avec la responsabilité d'un nouvel être totalement dépendant. (11)

Nous avons donc vu quelles sont les modifications qui se produisent en post-partum et qui concernent toutes les accouchées. Mais elles peuvent affecter de façon différente la primipare ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans. Ainsi, la primiparité âgée peut avoir une influence sur le déroulement du post-partum. Il paraît alors intéressant de savoir à quel type de complications la primipare âgée serait prédisposée en suites de couches.

2.2. Les complications du post-partum liées à la primiparité âgée

Les complications sont diverses et peuvent être la conséquence de pathologies et/ou complications survenant pendant la grossesse ou l'accouchement, et liées à l'âge élevé et à la parité.

2.2.1. Les complications résultant du pré-partum

2.2.1.1. Le diabète gestationnel

L'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans est un facteur de prédisposition à l'apparition d'un diabète gestationnel.

Dès 24 semaines d'aménorrhée, la grossesse est marquée par la sécrétion d'hormones diabéto-gènes. Ces dernières sont responsables d'une insulino-résistance et d'un hyperinsulinisme. (12)

Chez les femmes âgées de plus de 35 ans, ces phénomènes qui existent fréquemment avant la grossesse sont amplifiés pendant celle-ci. Ces patientes sont donc plus à risque de développer un diabète gestationnel ou de décompenser un diabète préexistant à la grossesse. Le risque est de 2% à 20-29 ans, 4% à 30-39 ans et 6% à 40 ans et plus.

Ainsi, le risque relatif de développer un diabète gestationnel est multiplié par 2 après 40 ans. (13)

La quasi-totalité des études montrent une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel lors des grossesses tardives. On a longtemps pensé que ce risque était plus présent chez les multipares que chez les primipares. Mais des études récentes ont mis en évidence une augmentation identique des taux de diabète gestationnel chez les multipares et les primipares. On en conclut ainsi que c'est l'âge qui est en cause et non la parité. (14)

De plus, ces dysfonctionnements métaboliques majorent le risque de complications cardio-vasculaires chez les accouchées car ils sont à l'origine de la libération accrue d'hormones surrénaliennes, responsables de dérégulation tensionnelle. (12)

2.2.1.2. Les complications cardio-vasculaires

L'hypertension artérielle pendant la grossesse réside en la constatation à plusieurs reprises d'une tension artérielle supérieure à 140/90 mmHg, dans des conditions rigoureuses de mesure. (15)

L'âge est alors un facteur de risque de développer une hypertension artérielle, notamment à partir de 34 ans. Elle est présente en moyenne chez 4% des femmes enceintes avant 30 ans et 7% à partir de 40 ans.

Par conséquent, le risque relatif de développer une hypertension gravidique est de 2 après 40 ans. (15)

Les études les plus récentes retrouvent cette augmentation de l'hypertension artérielle et de la pré-éclampsie après 35 ans, et ce quelle que soit la parité, même si cette pathologie est plus nette chez les nullipares. La primiparité est donc un facteur de risque important dans l'apparition d'une pathologie hypertensive même si ce n'est pas le seul. L'âge serait le premier de ces facteurs de risques. (14)

Cette pathologie peut persister et s'aggraver en suites de couches.

2.2.2. Les complications résultant du per-partum

2.2.2.1. La dystocie des primipares âgées

Chez les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans, la durée du travail est plus longue d'environ 1 heure par rapport aux autres accouchées. L'asthénie maternelle est alors plus fréquente pour cette population d'accouchées. (16)

On observe un taux plus élevé de césarienne à partir de 40 ans, surtout s'il s'agit d'une première naissance. Cette augmentation s'explique par une moins bonne contractilité de l'utérus, un taux plus élevé de présentations en siège, de placentas bas insérés et de grossesses multiples. (14)

A l'hôpital Mère Enfant de Limoges en 2010, le taux de césarienne avant 40 ans était de 21,3% contre 33,13% après 40 ans. (17)

La proportion des déclenchements du travail augmente avec l'âge, surtout chez les primipares, notamment pour terme dépassé, d'où un risque d'échec du déclenchement et donc de césarienne. (14)

Le taux d'extraction instrumentale serait augmenté chez la primipare âgée par rapport aux multipares de plus de 35 ans. (14)

2.2.2.2. Les complications hémorragiques

Les complications hémorragiques sont la première cause de mortalité maternelle dans le monde. La France a l'un des taux les plus élevés en Europe. (14)

L'hémorragie de la délivrance est une perte de sang provenant de la zone d'insertion placentaire supérieure à 500 ml pour l'accouchement par la voie basse et supérieure à 1000 ml pour une césarienne. (7)

En suites de couches, le risque hémorragique persiste durant 48 heures. Il se caractérise par la présence de saignement abondant et persistant dans le temps, la mauvaise involution utérine et la présence de caillots.

Une hémorragie massive, difficile à stabiliser, est responsable d'anémie plus ou moins sévère et donc d'asthénie dans le post-partum. (7)

Les hémorragies de la délivrance sont plus fréquentes après 40 ans, surtout lors du premier accouchement. Certains auteurs ont démontré que l'âge maternel, la nulliparité augmenteraient significativement le risque d'hémorragie. (18)

2.2.2.3. La mortalité maternelle

La mortalité maternelle est stable en France depuis une dizaine d'années mais le risque de décès reste inéluctablement lié à l'âge. (14)

En 2010, selon l'Institut National de Veille Sanitaire, le risque de mortalité maternelle par rapport aux femmes de 20 à 24 ans était : (17)

- 3 fois plus élevé à 35-39 ans,
- 8 fois plus élevé à 40-44 ans,
- 30 fois plus élevé au-delà de 45 ans.

Toutes les complications décrites précédemment constituent un ensemble de facteurs de risque susceptibles d'entraîner des pathologies spécifiques aux suites de couches.

2.2.3. Les complications survenant en suites de couches

2.2.3.1. Les complications thromboemboliques

Les suites de couches sont une période à haut risque de thrombose veineuse en raison d'un état d'hypercoagulabilité, du ralentissement de la circulation veineuse et de la présence de stase veineuse au cours de la grossesse. (19)

L'âge supérieur à 35 ans est un facteur d'augmentation du risque thromboembolique dans les suites de couches. Ce dernier est majoré en cas de césarienne et d'immobilisme (en raison de l'asthénie ou de la douleur). (19)

On distingue les thromboses veineuses superficielles, les thromboses veineuses profondes et les phlébites pelviennes.

La principale complication est la phlébite des membres inférieurs. Une douleur et une sensation de chaleur sont ressenties dans le mollet. Celles-ci sont associées à une fièvre à 38°C-38,5°C avec une dissociation pouls-température, un signe de Homans positif et une possible induration sur le trajet veineux. (12)

2.2.3.2. Les complications de l'allaitement

Qu'elle soit âgée ou non, la primipare inexpérimentée peut être exposée lors d'un allaitement maternel aux complications suivantes : (20)

- les crevasses du mamelon : elles sont favorisées par une technique d'allaitement incorrecte. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite. On a alors une douleur localisée au niveau du mamelon rendant la tétée très douloureuse ; une absence de fièvre ; des érosions superficielles voir des stries à l'inspection du mamelon,

- l'engorgement mammaire : il est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait encore inefficaces. Lors d'un engorgement, l'eau passe à travers les parois des vaisseaux et s'infiltré dans le tissu interstitiel. On obtient alors un œdème qui entraîne un blocage de la circulation sanguine, de la circulation lymphatique et de l'écoulement du lait. On peut aussi avoir une inflammation locale. On a alors les seins tendus, douloureux, chauds, et une hyperthermie.

L'engorgement régresse en 24 à 48 heures s'il est bien pris en charge,

- la lymphangite : c'est une inflammation du réseau lymphatique, souvent favorisée par les crevasses. Le diagnostic repose sur un début brutal, d'un jour à l'autre ; une fièvre élevée à 39-40°C avec frissons ; un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec une trainée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse. Le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus. Correctement traitée, elle guérit en 24 à 48 heures. Négligée, elle peut évoluer vers une galactophorite,

Ces complications, même la plus bénigne, peuvent parfois aboutir à l'abandon de l'allaitement.

Le taux d'allaitement maternel serait plus élevé chez les femmes de plus de 35 ans comparé à la tranche d'âge 18-34 ans. (14)

Cependant, l'allaitement artificiel peut aussi causer des difficultés à la patiente : elle peut avoir du mal à comprendre et gérer les rations de lait à donner à son enfant, ainsi que la fréquence des tétées.

2.2.3.3. Le baby-blues

Le post-partum blues (ou baby-blues, ou maternity blues ou syndrome du troisième jour) concerne 30 à 80% des accouchées selon les auteurs. (20)

Il apparaît environ 3 à 5 jours après la naissance. Ces modifications neuropsychiques sont généralement mineures, parfois plus importantes. (21)

Les signes sont divers : (21)

- asthénie importante,
- plaintes somatiques,
- crises de larmes,
- ruminations pessimistes,
- troubles du sommeil,
- sentiment d'être débordée, accablement, découragement,
- parfois irritabilité, troubles du caractère ou de la mémoire, instabilité de l'humeur,
- difficultés à se lier au nouveau-né.

Le plus souvent, cet épisode est banal et bénin ; il dure de un à quelques jours. Si les symptômes persistent après la première semaine après l'accouchement ou s'intensifient, on entre alors dans le cadre spécifique de la dépression du post-partum. Il est donc important de dépister le baby-blues et de le surveiller. (20)

Il convient de souligner que les primipares âgées représentent la population la plus vulnérable de toutes vis à vis du baby-blues. (22)

2.2.4. La conséquence de ces complications pouvant survenir chez la primipare âgée en post-partum.

Les suites de couches chez la primipare âgée seraient marquées par un allongement du séjour hospitalier. (14 et 23)

En ce qui concerne la durée d'hospitalisation en suites de couches en France, la durée moyenne après un accouchement normal par la voie basse est actuellement de 4 jours. Elle est d'environ de 7 jours après une césarienne. (24 et 25)

En 2010, la durée du séjour en maternité était en moyenne de 4,4 jours en France. (1)

DEUXIEME PARTIE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Constat

J'ai constaté au cours de mes études que les primipares de plus de 35 ans rencontraient fréquemment des difficultés en suites de couches en lien avec les soins de puériculture, avec l'alimentation de l'enfant. Elles présentaient souvent des complications telles que la persistance d'une hypertension gravidique ou présence d'une hypertension essentielle nécessitant un traitement, la persistance du diabète gestationnel, des complications en lien avec l'allaitement et la présence d'un baby-blues très expressif.

1.2. Justification de l'étude

Le nombre de primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans ne cessent d'augmenter au fil des années. Les complications en ante et per-partum liées à la primiparité âgée sont beaucoup décrites dans la littérature. Cependant, on trouve peu d'écrits concernant le post-partum.

Il apparaît alors intéressant de savoir si la primiparité âgée est un facteur de risques de complications dans le post-partum.

1.3. Intérêt de l'étude

La mise en évidence des complications liées à la primiparité âgée lors des suites de couches pourrait permettre de répondre aux besoins spécifiques de ces primipares et de sensibiliser l'équipe soignante sur l'importance de son rôle dans l'accompagnement de ces femmes.

1.4. Objectifs

1.4.1. L'objectif principal

Démontrer que la primiparité âgée est un facteur de risque de complications en suites de couches.

1.4.2. L'objectif secondaire

Vérifier que la durée de l'hospitalisation en suites de couches à Limoges est plus longue pour les primipares de plus de 35 ans que pour les primipares non âgées.

1.5. Hypothèses

1.5.1. Hypothèse principale

- ◆ 50% des primipares âgées développent un baby blues expressif en suites de couches.

On entend par baby-blues expressif le fait que son existence entraîne sa mention dans le dossier médical de la patiente. Il peut se manifester par une asthénie importante, des crises de larmes, des troubles du sommeil, un sentiment d'être débordée, la présence d'un découragement et d'un accablement.

Le critère principal de jugement est : le baby blues expressif

1.5.2. Hypothèses secondaires

- ◆ La primipare âgée a deux fois plus de risque d'avoir des complications en post-partum que la primipare non âgée.

Les complications retenues sont :

- les complications thromboemboliques (thrombophlébite, embolie pulmonaire),
- la persistance d'une HTA en post-partum (pré existante à la grossesse ou étant apparue pendant la grossesse) ou apparition d'une HTA en post-partum nécessitant la mise en place d'un traitement,
- la persistance du diabète en post-partum,
- la présence d'une anémie < 10 g/dl,
- les complications en lien avec l'allaitement (crevasses, engorgement, perte de poids de l'enfant > à 10% du poids de naissance ou reprise de poids insuffisante, abandon de l'allaitement),

- les difficultés en lien avec les soins de puériculture (changes, bains, soins du cordon, soins du visage),
 - les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant (patiente demande la présence d'un membre du personnel auprès d'elle lors des mises au sein, mauvaise gestion de la quantité de lait donnée au bébé lors d'un allaitement artificiel, mauvaise gestion des fréquences des tétées lors d'un allaitement artificiel),
 - l'inquiétude inadaptée de la mère (appels fréquents la nuit > ou = à 2 tout au long du séjour, besoin de connaître la quantité de lait pris par l'enfant lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel, besoin de réassurance sur ses gestes et/ou compétences),
 - les troubles relationnels mère-enfant (bébé laissé en pouponnière la nuit, difficultés à s'adresser à son bébé, berceau placé loin de son lit, portage insécure de l'enfant, réponses inadaptées à ses besoins, désintérêt de l'enfant, gestuelle maladroite, comportement d'hyperstimulation avec son enfant).
- ◆ La durée d'hospitalisation en suites de couches à Limoges est plus longue chez la primipare âgée que chez la primipare non âgée.

2. METHODOLOGIE

2.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique, de type exposé/non exposé à la primiparité à partir de 35 ans.

Cette étude a été réalisée de façon rétrospective en ce qui concerne la durée d'hospitalisation en maternité ainsi que du baby-blues et des autres complications liées à la primiparité âgée citées précédemment.

Elle a été réalisée de Janvier à Décembre 2012.

Les exposées : ce sont les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans.

Les non exposées : ce sont les primipares ayant un âge inférieur à 35 ans.

2.2. La population cible

La population cible de cette étude est celle des primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, ayant accouché en 2012.

2.3. La population source

L'échantillon a été recruté parmi l'ensemble des primipares ayant accouché à l'Hôpital Mère Enfant à Limoges en 2012.

Les critères d'exclusion sont :

- les primipares ayant accouché à un terme inférieur à 37 SA afin d'éviter les biais liés à une séparation mère/enfant ou bien qu'un enfant né trop prématurément n'entraîne des difficultés supplémentaires à sa mère,
- les femmes sous tutelle,
- les primipares ayant des antécédents de dépression ou des troubles psychiatriques sévères connus.

2.4. Constitution de l'échantillon et nombre de sujets nécessaires

En ce qui concerne la constitution de mon échantillon, le choix des primipares a été réalisé comme suit :

- une accouchée exposée pour une accouchée non exposée,
- l'accouchée non exposée était la primipare non âgée qui faisait suite à la primipare âgée dans la liste des dossiers Filemaker.

Avec :

- un risque de premier degré α de 5%,
- un risque de deuxième degré β de 20%,
- un P_A (proportion de baby-blues dans la population générale) de 30%,
- un P_B (pourcentage de baby-blues chez les primipares de plus de 35 ans) de 50%,
- et un risque relatif à 1,7.

Le nombre de sujets nécessaires pour l'étude était de 94 personnes pour le groupe des exposées, ainsi que pour le groupe des non exposées. Soit un total de 188 personnes (URFCB).

2.5. Procédure de recueil

J'ai recueilli la majorité des données nécessaires à mon étude dans les dossiers informatiques « Filemaker » de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges. Cependant, certaines variables que je souhaitais étudier n'y étaient pas toujours relevées.

Alors, grâce aux informations recueillies dans les dossiers manuscrits des auxiliaires de puériculture, ainsi qu'à un support (annexe I) que j'ai créé, j'ai pu évaluer les variables suivantes : les manifestations du baby-blues, les difficultés avec les soins de puériculture, les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant, l'inquiétude exagérée de la mère et les difficultés d'établissement du lien mère/enfant.

Avec l'accord de la cadre du service de suites couches de l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, j'ai sollicité l'aide des auxiliaires de puériculture afin qu'elles remplissent le support créé pour chaque primipare ayant accouché à terme durant l'année 2012 (le support était mis dans leur dossier manuscrit). Celui-ci a été distribué à partir de Janvier 2012.

J'ai ensuite récupéré les supports gardés au sein du service.

2.6. Les variables étudiées

2.6.1. Les variables décrivant la population

Les variables présentées sont des variables qualitatives (oui/non).

- l'âge selon 2 classes d'âge [18-35 ans] et [35 et plus],
- le pays d'origine,
- l'état civil : mariée / pacsée / célibataire / divorcée / en concubinage,
- le niveau d'étude de la patiente selon les critères de Filemaker,
- la catégorie professionnelle de la patiente : agricultrice / artisan, commerçant ou chef d'entreprise / cadre et profession intellectuelle supérieure / profession intermédiaire / employée / ouvrière,

- grossesse issue de l'AMP,
- suivi de cours de préparation à la parentalité.

2.6.2. Les variables servant à vérifier les hypothèses

La majorité des variables ci-dessous sont des variables qualitatives (oui/non) :

- les complications thromboemboliques : phlébite des membres inférieurs / embolie pulmonaire,
- la persistance d'une HTA en post-partum (essentielle ou gravidique) ou apparition d'une HTA en post-partum nécessitant un traitement,
- la persistance du diabète gestationnel en post-partum,
- la présence d'une anémie <10g/dl en post-partum,
- le baby-blues : asthénie / crises de larmes / troubles du sommeil / sentiment d'être débordée / accablement et découragement,
- les complications en lien avec l'allaitement maternel : crevasses / engorgement / perte de poids de l'enfant > à 10% du poids de naissance ou reprise de poids insuffisante / abandon de l'allaitement maternel,
- les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant : patiente demande la présence d'un membre du personnel auprès d'elle lors des mises au sein / mauvaise gestion de la quantité de lait donnée au bébé lors d'un allaitement artificiel / mauvaise gestion des fréquences des tétées lors d'un allaitement artificiel ou maternel,
- les difficultés avec les soins de puériculture : difficultés avec les changes / difficultés avec les baignoires / difficultés avec les soins du cordon / difficultés avec les soins du visage,

- l'inquiétude inadaptée de la mère : appels fréquents la nuit > ou = 2 / besoin de réassurance sur ses gestes et/ou compétences / besoin de connaître la quantité de lait pris par l'enfant lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel,
- les troubles relationnels : bébé laissé en pouponnière la nuit / difficultés à s'adresser à son bébé / berceau placé loin de son lit / portage insécure de l'enfant / réponses inadaptées à ses besoins / désintérêt de l'enfant / gestuelle maladroite / comportement d'hyperstimulation avec son enfant,
- la durée en nombre de jours de l'hospitalisation en suites de couches (variable quantitative).

2.6.3. Les variables pouvant être des cofacteurs pour les complications étudiées

Les variables ci-dessous sont qualitatives (oui/non).

- *Les facteurs de risque de complications thromboemboliques :*

- le mode d'accouchement : voie basse non instrumentale / voie basse instrumentale / césarienne,
- hémorragie de la délivrance,
- les antécédents médicaux : hypertension artérielle (HTA) / autres troubles cardiovasculaires / diabète / autres troubles métaboliques / pathologies thromboemboliques.

- *Les facteurs de risque de complications de l'allaitement :*

- le mauvais positionnement de la mère et/ou de l'enfant,
- la mauvaise technique de succion du nouveau-né,
- la présence d'anomalie mammaire.

- *Les facteurs de risque d'augmentation de la durée du séjour :*

- le mode d'accouchement,
- le mode d'allaitement : maternel / artificiel / mixte.

- *Les facteurs de risque de persistance d'un diabète ou de la présence d'une HTA traitée en post-partum :*

- les antécédents médicaux : hypertension artérielle / autres troubles cardiovasculaires / diabète / autres troubles métaboliques / pathologies thromboemboliques.

- *Les facteurs de risque de difficultés d'établissement du lien mère/enfant :*

- le désir de grossesse,
- les conduites addictives : 1. alcool, 2. tabac, 3. drogues, 4. rien, 5. plusieurs conduites addictives,
- pathologie durant la grossesse : HTA gravidique, pré-éclampsie / diabète gestationnel / hydramnios / oligoamnios / macrosomie foetale / Retard de croissance intra-utérin / menace d'accouchement prématuré / autre pathologie,
- hospitalisation durant la grossesse.

- *Les facteurs de risque de développer un baby-blues :*

- pathologie durant la grossesse : HTA gravidique, pré-éclampsie / diabète gestationnel / hydramnios / oligoamnios / macrosomie foetale / retard de croissance intra-utérin / menace d'accouchement prématuré / autre pathologie,
- hospitalisation durant la grossesse.

2.7. Stratégie d'exploitation

L'ensemble des données nécessaires à mon étude a été saisi dans un tableur Excel après avoir été recueilli à l'aide d'un deuxième support que j'ai créé (annexe II). Puis l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages (+/- intervalle de confiance) et les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec un écart type.

La comparaison des variables entre le groupe des exposés et celui des non exposés, ou entre deux sous-groupes a été faite à l'aide du test du Chi² et du test de student.

RESULTATS DE L'ETUDE

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'étude a permis de constituer un échantillon de 210 accouchées soit :

- 105 primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans constituant la population des exposées,
- 105 primipares de moins de 35 ans constituant la population des non exposées.

1.1. L'âge

◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

	Moyenne (en années)	Écart type	Maximum	Minimum
Exposées	36,9	2,6	52	35
Non exposées	26,3	4,2	34	18

Les accouchées exposées ont en moyenne 36,9 ans avec un écart type égal à 2,6 et les accouchées non exposées ont en moyenne 26,3 ans avec un écart type égal à 4,2.

1.2. Le pays d'origine

- ◆ Dans l'échantillon, la majorité des patientes sont d'origine française (86,6%).
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Il n'y a pas de différence significative entre les exposées et les non exposées concernant le pays d'origine.

1.3. L'état civil

- ◆ Dans l'échantillon, 30,6% des patientes sont célibataires.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

L'échantillon montre qu'il existe une différence significative de l'état civil entre les deux populations étudiées ($p= 0,018$). Pour être significatif p doit être inférieur à 0,05.

On retrouve une prédominance de la vie en couple chez les exposées (75,9%) contre 59,6% chez les non exposées.

1.4. Le niveau d'étude

- ◆ Dans l'échantillon, la majorité des patientes a un niveau d'étude correspondant à l'enseignement supérieur (56,5%).

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

On constate que 68,3% des patientes exposées ont fait des études supérieures contre 45,2% des patientes non exposées. Il existe une différence significative du niveau d'étude entre les deux populations ($p= 0,0008$).

1.5. La catégorie professionnelle

- ◆ Dans l'échantillon, la majorité des patientes exerce une profession intermédiaire (39,6%).
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Dans la population des exposées, la catégorie professionnelle majoritaire est celle des professions intermédiaires (41,6%).

Dans la population des non exposées, la catégorie professionnelle majoritaire est celle d'employée (49%).

Il existe une différence significative de la catégorie socioprofessionnelle entre les deux populations ($p= 0,0014$).

1.6. Grossesse issue de l'Assistance Médicale à la Procréation

- ◆ Dans l'échantillon, 6,7% des grossesses sont issues de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

La proportion de grossesses issues de l'Assistance Médicale à la Procréation est plus importante chez les patientes exposées (12,5% contre 0,96% chez les non exposées).

Il existe une différence significative entre les deux populations ($p= 0,0009$).

1.7. La gestité des patientes

- ◆ L'échantillon est composé de 67,5% de primigestes, 23% de deuxième gestes et 9,6 % de troisième gestes ou plus. On constate donc qu'il y a une majorité de primigestes.

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

On observe une majorité de primigestes chez les non exposées. La tendance s'inverse chez les deuxièmes gestes et troisième gestes et plus avec un pourcentage plus important chez les exposées.

Il y a une différence significative de la gestité entre les 2 populations étudiées ($p=0,0014$).

2. ÉTUDE DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

2.1. Le taux de complications globales en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon, le taux de complications globales est de 72,7%.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

On observe une majorité de complications dans les deux populations, mais il existe une différence plus importante chez les exposées (79,8% contre 65,7% chez les non exposées).

Il existe une différence significative du taux de complications globales en post-partum entre les deux populations ($p= 0,02$).

2.2. Les complications thromboemboliques en post-partum

■ Les facteurs de risque de complications thromboemboliques en post-partum :

- Les antécédents médicaux :

- ◆ Dans l'échantillon, il y a 6,2% des sujets avec des antécédents médicaux soit 13 personnes sur les 210 qui constituaient l'échantillon.

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Dans l'échantillon, la grande majorité des patientes n'a pas d'antécédents médicaux mais lorsqu'ils sont présents ils concernent trois fois plus les exposées.

Chez les patientes exposées, 9,6% d'entre elles ont des antécédents médicaux soit 10 personnes dans le groupe (il est possible qu'une même personne ait plusieurs antécédents médicaux), on retrouve :

- 2 sujets avec une hypertension traitée,
- 10 sujets avec des troubles métaboliques,
- 1 sujet qui est diabétique (diabète de type 1),
- 1 sujet avec un antécédent de pathologie thromboembolique.

Chez les patientes non exposées, 2,9% d'entre elles ont des antécédents médicaux soit 3 personnes sur les 105 patientes non exposées. On retrouve :

- 2 sujets avec des troubles métaboliques,
- 1 sujet diabétique (diabète de type 2).

Il existe une différence significative entre les exposées et les non exposées concernant l'existence d'antécédents médicaux ($p= 0,0450$)

- Le mode de mise en travail :

On constate que les primipares exposées sont deux fois plus déclenchées que les primipares non exposées.

Il existe une différence significative concernant le mode de mise en travail entre les deux populations ($p= 0,0018$).

- Le mode d'accouchement :

- ◆ Dans l'échantillon, on retrouve un taux global de césarienne de 21,6%.

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

La césarienne est plus fréquente chez les patientes exposées (29,8% contre 13,5% chez les patientes non exposées). En ce qui concerne les accouchements voie basse, on constate une instrumentalisation légèrement plus importante chez les non exposées (28,9% contre 23,1% chez les exposées).

Il existe une différence significative du mode d'accouchement entre les exposées et les non exposées ($p= 0,017$).

- L'hémorragie de la délivrance :

- ◆ Dans l'échantillon, il y a eu 0,96% d'hémorragie de la délivrance (soit 2 personnes au total).

◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Il n'y a pas eu d'hémorragie de la délivrance chez les accouchées non exposées. Et, on constate 1,9% d'hémorragie de la délivrance chez les patientes exposées.

Il y a bien une différence entre les deux populations mais elle n'est pas significative concernant la présence d'une hémorragie de la délivrance en post-partum.

■ Les complications thromboemboliques en post-partum :

On constate au final qu'il n'y a pas eu de complication thromboembolique en post-partum chez les patientes exposées et non exposées au cours de notre étude.

2.3. La pathologie hypertensive en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon, il y a 9,6% d'hypertension retrouvée en post-partum, ce qui concerne 20 personnes au total.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

On ne retrouve quasiment pas d'hypertension artérielle chez les primipares de moins de 35 ans (0,96%). Elle concerne essentiellement les exposées où l'on observe 18,27% d'hypertension artérielle en suites de couches.

Il existe alors une différence significative entre les deux populations ($p < 0,0001$).

2.4. La persistance du diabète gestationnel en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon : on retrouve 4,8% de persistance du diabète gestationnel en post-partum soit en tout 10 personnes sur les 210 sujets constituant l'échantillon.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

La persistance du diabète gestationnel en post-partum s'observe plus fréquemment chez les primipares exposées (8,7% contre 0,9% chez les primipares non exposées).

Il existe une différence significative entre les deux populations ($p = 0,0095$).

2.5. L'anémie < 10 g/dl en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon : on retrouve 20,2% d'anémie <10g/dl en suites de couches soit 42 personnes sur les 210 sujets.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, on retrouve 21,2% d'anémie <10g/dl (soit 22 personnes) contre 19,2% chez les patientes non exposées (soit 20 personnes).

Il n'existe donc pas de différence significative entre les deux populations ($p= 0,73$).

2.6. Les complications de l'allaitement

- Le mode d'allaitement en début de séjour :
- ◆ Dans l'échantillon : le taux global d'allaitement maternel est de 63,9%, celui d'allaitement artificiel est de 32,2% et le taux d'allaitement mixte est de 3,9%.

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 65,4% d'allaitement maternel, 29,8% d'allaitement artificiel et 4,8% d'allaitement mixte. Chez les patientes non exposées, il y a 62,5% d'allaitement maternel, 34,6% d'allaitement artificiel et 2,9% d'allaitement mixte.

Ainsi, l'allaitement maternel est majoritairement choisi dans les deux catégories.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant le type d'allaitement choisi ($p= 0,62$).

◆ Les facteurs de risque de complications de l'allaitement maternel :

- ◆ Dans l'échantillon, il y a 29,3% des patientes qui présentaient des facteurs de risques de complication pour l'allaitement maternel (soit 61 personnes au total).
- ◆ Les patientes exposées présentent plus de facteurs de risques de complications de l'allaitement maternel que les patientes non exposées (35,6% contre 23,1%).

Il y a une différence significative entre les deux populations concernant les facteurs de risques de complications de l'allaitement ($p = 0,047$).

On retrouve comme types de facteurs de risques de complication de l'allaitement :

n= 61

Il n'y a pas de différence significative entre les exposées et les non exposées concernant les différents types de facteurs de risques de complications de l'allaitement maternel.

- Les complications de l'allaitement :

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 32,2% de complications de l'allaitement soit 67 personnes sur les 210 sujets qui constituaient l'échantillon.

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 37,5% de complications de l'allaitement soit 39 personnes sur les 105 primipares exposées (la même personne peut présenter plusieurs types de complications de l'allaitement). Chez les patientes non exposées, il y a 26,9% de complications de l'allaitement soit 28 personnes sur les 105 primipares non exposées.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux populations concernant les complications de l'allaitement ($p= 0,103$).

On retrouve comme type de complication de l'allaitement :

n = 67

On retrouve une différence significative entre les exposées et les non exposées concernant l'apparition de crevasses ($p = 0,044$). Il n'y a pas de différence significative concernant les autres types de complications liées à l'allaitement maternel.

2.7. Le baby-blues en post-partum

■ Les facteurs de risque de développer un baby-blues en SDC :

- Pathologie durant la grossesse :
 - ◆ Dans l'échantillon : il y a 27,5% des patientes qui ont présenté une pathologie durant la grossesse (soit 57 personnes).
 - ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Le pourcentage de pathologie durant la grossesse est plus du double chez les primipares exposées. Cela concerne 39 personnes dans le groupe des exposées et 18 personnes dans le groupe des non exposées.

Il y a une différence significative de grossesse pathologique entre les deux populations ($p= 0,009$).

n= 57

Chez les non exposées, on retrouve par ordre d'importance : diabète gestationnel, oligoamnios, menace d'accouchement prématuré, HTA gravidique.

Les primipares exposées ont présenté en plus : pré-éclampsie, hypothyroïdie et métrorragies.

Concernant les pathologies, on constate que :

- la proportion de diabète gestationnel est plus importante chez les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (mais il n'y a pas de différence significative entre les deux populations),
- la pré-éclampsie est plus fréquente chez les primipares exposées,
- par contre, la primipare de moins de 35 ans a 5 fois plus d'oligoamnios par rapport à la primipare exposée ($p= 0,015$).

- Hospitalisation durant la grossesse :
- ◆ Dans l'échantillon : il y a 38,9% des patientes qui ont été hospitalisées au cours de la grossesse.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

50,9% des exposées sont hospitalisées durant leur grossesse contre 26,9% chez les non exposées.

Il y a une différence significative concernant l'hospitalisation en cours de grossesse entre les deux populations ($p= 0,0004$).

■ Le baby-blues en post-partum :

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 30,8% des patientes présentant un baby-blues expressif en post-partum (soit 64 personnes).

- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 42,3% d'entre elles qui ont présenté un baby-blues expressif en post-partum (soit 44 personnes sur les 105 patientes exposées). Chez les patientes non exposées, il y en a 19,2% soit 20 personnes sur les 105 patientes non exposées. Ainsi, le pourcentage de baby-blues est multiplié par 2 chez les primipares exposées.

Il existe une différence significative de la présence du baby-blues en post-partum entre les exposées et les non exposées ($p= 0,0003$).

Les différentes expressions du baby-blues en post-partum sont les suivantes:

n = 64

Les pleurs sont l'expression la plus courante dans les deux catégories. On observe que les patientes exposées manifestent plus d'anxiété et de découragement que les patientes non exposées, par contre elles sont moins fatiguées.

Néanmoins, il n'y a pas de différence significative concernant les différentes expressions du baby-blues entre les deux populations.

On a pu alors constater des similitudes chez les exposées et les non exposées :

- les pleurs se manifestaient essentiellement au 3ème jour des suites de couches (57% chez les exposées et 40% chez les non exposées),
- l'insomnie apparaissait surtout au 2ème jour des suites de couches (9% pour les primipares exposées et 15% pour les primipares non exposées),
- le sentiment de découragement se manifestait essentiellement aux 2ème et 3ème jours des suites de couches chez les patientes exposées (9%) et non exposées (5%),
- l'anxiété se manifestait majoritairement au 3ème jour des suites de couches chez les patientes exposées (14%) et non exposées (5%),
- a contrario, l'asthénie se manifestait au 3ème jour des suites de couches pour les exposées (30%) et un jour plus tôt pour les non exposées (20%).

2.8. Les difficultés en lien avec les soins de puériculture

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 12,9% des patientes présentant des difficultés avec les soins de puériculture soit 27 personnes au total.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 14,4% des patientes qui présentent des difficultés avec les soins de puériculture soit 15 personnes sur les 105 patientes exposées. Chez les patientes non exposées, il y en a 11,5% soit 12 personnes sur les 105 patientes non exposées. (Une même personne peut présenter plusieurs types de difficultés en lien avec les soins de puériculture).

Il n'existe pas de différence significative entre les deux populations concernant les difficultés avec les soins de puériculture.

n= 27

Il existe une différence significative concernant les difficultés avec les soins du visage ($p= 0,040$) : elles concernent exclusivement les patientes non exposées.

Il n'y a pas de différence significative entre les exposées et les non exposées concernant les autres types de difficultés en lien avec les soins de puériculture.

On a pu constater que, de façon commune, pour les primipares exposées et non exposées, les difficultés se manifestaient :

- au 2ème jour des suites de couches pour les changes (26,7% pour les exposées contre 16,7% pour les non exposées), ainsi que pour les bains (33,3% pour les exposées et 16,7% pour les non exposées),
- jusqu'au 3ème jour des suites de couches pour les soins du cordon (60% pour les exposées et 50% pour les non exposées),
- seules les femmes de moins de 35 ans présentaient des difficultés avec les soins du visage, et cela essentiellement au 2ème jour des suites de couches (16%).

2.9. Les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 21,6% des patientes qui ont eu des difficultés avec l'alimentation de leur enfant (soit 45 personnes dans l'échantillon).
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 22,1% des patientes qui présentent des difficultés avec l'alimentation de leur enfant soit 23 personnes sur les 105 primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans. Chez les patientes non exposées, il y en a 21,2% soit 22 personnes sur les 105 primipares ayant un âge inférieur à 35 ans.

Ainsi, l'alimentation de l'enfant ne pose pas plus de difficulté dans un groupe que dans l'autre.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations pour les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant ($p=0,866$).

On retrouve comme types de difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant :

n = 45

Il n'y a pas de différence significative entre les exposées et les non exposées concernant les différents types de difficultés rencontrées en lien avec l'alimentation de l'enfant.

On a pu constater que les patientes exposées et non exposées avaient :

- besoin d'une aide pour les mises au sein essentiellement au 2ème jour des suites de couches,
- une mauvaise gestion des rations de lait à donner à leur enfant essentiellement jusqu'au 3ème jour des suites de couches,
- une mauvaise gestion de la fréquence des tétées jusqu'au 3ème jour des suites de couches.

2.10. Inquiétude inadaptée en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 24% des patientes qui présentent une inquiétude excessive en post-partum, soit 50 personnes au total.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Chez les patientes exposées, il y a 26% d'entre elles qui présentent une inquiétude inadaptée en post-partum, soit 27 personnes sur les 105 patientes exposées. Chez les patientes non exposées, il y en a 22,1% soit 23 personnes sur les 105 non exposées.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant l'inquiétude inadaptée en post-partum.

n= 50

Il existe une différence significative entre les exposées et les non exposées concernant le besoin de réassurance ($p= 0,026$). Il n'y a pas d'autre différence significative concernant les autres manifestations de l'inquiétude chez les patientes.

On a pu alors constater que :

- les appels $>$ ou égal à 2 pendant la nuit étaient le plus souvent au 2ème jour des suites de couches pour les patientes exposées (26%), et jusqu'au 3ème jour des suites de couches pour les patientes non exposées (56,5%),
- les patientes voulaient connaître la quantité de lait pris par leur enfant quand il s'agissait d'un allaitement maternel jusqu'au 3ème jour des suites de couches pour les patientes exposées (40,7%), et jusqu'au 2ème jour des suites de couches pour les patientes non exposées (21,7%),
- les patientes exposées avaient besoin de réassurance essentiellement jusqu'au 3ème jour des suites de couches (33,3%), alors que les patientes non exposées en ont besoin jusqu'au 2ème jour des suites de couches (26,1%).

2.11. Les troubles relationnels mère/enfant en post-partum

- ◆ Dans l'échantillon : il y a 4,8% des patientes qui présentent des troubles relationnels mère/enfant soit 10 personnes au total.
- ◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

Le nombre de patientes ayant présenté des troubles relationnels mère-enfant est identique chez les primipares exposées et non exposées (soit 5 personnes dans chaque groupe).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant les troubles relationnels mère-enfant.

n= 10

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations concernant les différentes manifestations des troubles relationnels mère-enfant.

On a pu alors constater que :

- les primipares exposées portaient de manière inséure leur enfant essentiellement jusqu'au 2ème jour des suites de couches (40%), alors que c'était jusqu'au 3ème jour des suites de couches pour les primipares non exposées (30%),
- les primipares exposées et non exposées (40% dans les 2 groupes) ont une gestuelle maladroite avec leur enfant essentiellement jusqu'au 2ème jour des suites de couches,
- les primipares exposées (60%) ont laissé leur enfant en pouponnière la nuit essentiellement jusqu'au 3ème jour des suites de couches, alors que c'était jusqu'au 2ème jour des suites de couches pour les primipares non exposées (40%),
- les primipares non exposées ont des réponses inadaptées aux besoins de leur enfant, essentiellement au 1er jour des suites de couches (40%) .

- Les facteurs de risque de difficultés d'établissement du lien mère/enfant :

- Le désir de grossesse :

- ◆ Dans l'échantillon, il y a 8,6% de grossesse inopinée.

- ◆ Chez les patientes exposées, le taux de grossesse inopinée est de 2,9% alors qu'il est de 14,4% chez les patientes non exposées.

Il y a une différence significative de désir de grossesse entre les deux populations ($p=0,0031$).

- Les conduites addictives déclarées :

- ◆ Dans l'échantillon, il y a 21,1% d'addiction (soit 44 personnes).

- ◆ Chez les patientes exposées, il y a 18,2% d'addiction dont 89,5% de tabac et 10,5% des patientes qui déclarent avoir pris au moins une fois de l'alcool pendant la grossesse. Chez les patientes non exposées, il y a 23,1% d'addiction dont 95,8% de tabac et 4,2% des patientes qui déclarent avoir pris au moins une fois de l'alcool pendant la grossesse.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations.

2.12. La durée du séjour en suites de couches

◆ Dans l'échantillon : la moyenne du séjour en suites de couches est de 4,9 jours.

◆ Chez les patientes exposées et non exposées :

	Moyenne (en jours)	Écart type	Maximum	Minimum
Exposées	5,2	1,55	17	4
Non exposées	4,6	0,68	6	4

D'après le test Z, il y a une différence significative de la durée du séjour en suites de couches entre les deux populations. ($z = 3,64$ et donc bien supérieur à 1,65 pour pouvoir être significatif).

DISCUSSION

1. LES POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

Certaines variables n'ont pas pu être exploitées car certaines données relevées ont rarement été renseignées dans les dossiers obstétricaux (exemple : suivi de cours de préparation à la naissance, stérilité avant la grossesse). D'autres n'ont pas été exploitées car elles s'avéraient être sans intérêt pour notre étude (grossesse singleton ou multiple, nombre de jours d'hospitalisation durant la grossesse).

Le questionnaire mis en place au sein de la maternité pour mettre en évidence certaines complications et difficultés n'a pas toujours été bien complété. A posteriori, je me suis rendue compte qu'il était compliqué à remplir et non réalisable sur le temps et le nombre de primipares à inclure dans l'étude. Malheureusement, ce fait n'a pas été objectivé lors d'une période test qui portait sur une période de 15 jours de recrutement.

D'autre part, nous rappelons que pour le calcul de quelques statistiques, certains sujets sont apparus dans plusieurs classes car ils cumulaient plusieurs variables à la fois (exemple : antécédents médicaux).

Néanmoins, l'échantillon est de taille satisfaisante. Nous avons un nombre de sujets nécessaires estimés à 94 patientes par groupe. Nous en avons 105 pour le groupe des exposées et 105 pour le groupe des non exposées. De plus, les deux groupes sont de taille identique.

Ainsi, nombre de nos résultats ont pu atteindre le seuil de significativité.

2. ANALYSE DU PROFIL DES PRIMIPARES AYANT UN AGE SUPERIEUR OU EGAL A 35 ANS

Le profil des primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans que notre étude a révélé est identique à celui qui est décrit dans la littérature.

En effet, on a constaté que leur grossesse était souvent l'aboutissement d'un long parcours singulier : la plupart de ces femmes ont fait des études supérieures ($p=0,0008$ par rapport aux primipares non âgées) et sont assidues à leur carrière car la majorité exerce une profession intermédiaire ou une profession intellectuelle supérieure.

On a pu aussi observer qu'elles étaient plus nombreuses à être en couple par rapport aux primipares de moins de 35 ans ($p= 0,018$). Elles attendent donc de trouver une stabilité amoureuse avant de concevoir un enfant.

Les antécédents médicaux et obstétricaux sont logiquement plus fréquents chez les primipares âgées que chez les primipares non âgées. Et, leur grossesse apparaît plus souvent issue de l'assistance médicale à la procréation.

Ainsi, avoir un enfant est un véritable projet de vie d'autant que l'on retrouve beaucoup moins de grossesse inopinée chez ces patientes là.

Pourtant, la grossesse chez les primipares âgées est souvent marquée par des complications. On a pu constater qu'elles avaient plus souvent une pathologie qui apparaissait pendant la grossesse et qu'elles étaient aussi plus souvent hospitalisées.

L'accouchement chez ces patientes est plus souvent déclenché par rapport aux primipares de moins de 35 ans ($p= 0,0018$). Elles sont aussi plus souvent césarisées ($p=0,017$) mais elles ne présentent pas plus d'hémorragie du post-partum.

3. VERIFICATIONS DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

3.1. L'hypothèse principale

La première hypothèse était :

- ◆ **50% des primipares âgées développent un baby-blues expressif en suites de couches.**

Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence que **42,3%** (IC 95% [32,9- 51,7]) des primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans présentaient un baby-blues expressif en post-partum. Ainsi, une primipare âgée sur 3 développe un baby-blues en suites de couches.

Donc, l'hypothèse principale de l'étude n'est pas vérifiée.

Néanmoins, il existe une différence significative entre la population des exposées et des non exposées concernant l'existence d'un baby-blues en suites de couches

($p= 0,0003$).

Cette différence pourrait s'expliquer par :

- un parcours long avant d'obtenir une grossesse : de part peut être par des antécédents médicaux plus fréquents chez les primipares âgées que chez les primipares non âgées. Et, il est apparu aussi qu'il y avait plus de grossesses obtenues par l'assistance médicale à la procréation,
- la survenue d'une pathologie pendant la grossesse ayant nécessité une hospitalisation qui développe toujours un climat anxigène,

- la fatigue physique liée à un déclenchement long et à une éventuelle césarienne.

Selon notre étude, les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans ont 2,2 fois plus de risque de développer un baby-blues expressif en post-partum par rapport aux primipares de moins de 35 ans. L'odd ratio est donc de 2,2.

Ces résultats objectivent ceux de la littérature qui disaient que les primipares âgées représentaient la population la plus vulnérable de toutes vis à vis du baby-blues. (22)

3.2. Les hypothèses secondaires

Elles étaient :

- ◆ **La primipare âgée a deux fois plus de risque d'avoir des complications en post-partum que la primipare non âgée.**

Les résultats de l'étude ont permis de montrer qu'il y avait 79,8% de complications et/ou de difficultés en post-partum chez les patientes exposées. IC 95% [72,1- 87,5].

L'odd ratio est de 1,2. Ainsi la primipare ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans a **1,2** fois plus de risque d'avoir des complications en post-partum par rapport à la primipare de moins de 35 ans. Donc notre hypothèse n'est pas vérifiée.

Mais, il existe bien une différence significative concernant le risque d'avoir une complication (quelle qu'elle soit) en post-partum entre les deux populations

($p= 0,02$).

On a pu observer au cours de l'étude que les primipares exposées étaient prédisposées à certaines complications par rapport aux primipares non exposées.

Il s'agit :

- de la persistance d'une HTA gravidique ou la présence d'une HTA essentielle nécessitant un traitement en suites de couches. 18,3% des primipares exposées présentent une HTA en suites de couches (IC 95% [10,9-25,7]) contre 0,96% chez les primipares non exposées (IC 95% [-0,01-2,8]). Il existe une différence significative entre les deux populations ($p= <0,0001$). Les primipares exposées ont 19 fois plus de risque d'avoir une hypertension artérielle en suites de couches que les primipares non exposées,

- de la persistance d'un diabète gestationnel en post-partum. 8,65% des primipares exposées ont un diabète gestationnel qui persiste en suites de couches (IC 95% [3,3- 14]) contre 0,96% chez les patientes non exposées. Il existe une différence significative entre les deux populations ($p= 0,0095$). Les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans ont 9 fois plus de risque d'avoir un diabète gestationnel qui persiste en suites de couches par rapport aux primipares de moins de 35 ans.

L'étude des autres complications en post-partum n'a pas révélé de différence significative entre les deux populations.

Néanmoins, on a pu remarquer lors de l'étude des complications relatives à l'allaitement que les primipares âgées avaient plus souvent de crevasses que les primipares non âgées. ($p= 0,0447$). Et, qu'elles avaient aussi plus de facteurs de risques de développer des complications lors d'un allaitement maternel ($p= 0,0477$).

◆ **La durée d'hospitalisation en suites de couches à Limoges est plus longue chez la primipare âgée que chez la primipare non âgée.**

D'après l'analyse des résultats, notre étude retrouve une différence significative de la durée de séjour en suites de couches entre les primipares exposées et les primipares non exposées. Les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans restent hospitalisées 5,2 jours et les primipares de moins de 35 ans 4,6 jours. **L'hypothèse est donc validée.**

Ces résultats tendent à confirmer ceux de la littérature qui disaient que les suites de couches chez la primipare âgée seraient marquées par un allongement du séjour hospitalier (14 et 23). Ceci pourrait s'expliquer par le nombre plus important de césariennes chez les primipares exposées, un risque plus important d'avoir une

hypertension artérielle et/ou un diabète gestationnel qui persiste en suites de couches.

4. PROPOSITIONS

4.1. Concernant la forme

Beaucoup de nos résultats sont significatifs mais afin d'obtenir une analyse plus précise il serait nécessaire de mieux renseigner les dossiers obstétricaux des accouchées. Cela pourrait permettre au final une meilleure prise en charge des primipares âgées.

4.2. Concernant la survenue du baby-blues

Notre étude a révélé qu'une primipare âgée sur 3 développera un baby-blues en post-partum. Même si il reste physiologique, il est nécessaire que l'équipe soignante soit vigilante et qu'elle rassure les patientes sur leurs capacités de s'occuper de leur enfant (d'autant que l'étude a révélé qu'elles ont besoin de réassurance sur leurs compétences).

Il faut ainsi conseiller aux patientes de se reposer et de limiter les visites si besoin ; surtout si elles sont asthéniques.

Si elles développent un baby-blues, il faudra vérifier qu'elles ont un entourage présent sur lequel elles pourront s'appuyer au retour à domicile. Et, il faudra s'assurer qu'elles ont les coordonnées des interlocuteurs compétents (infirmière de la périnatalité de l'unité Mère-Bébé, psychologue) qui pourront leur venir en aide.

4.3. Concernant l'allaitement maternel

En ce qui concerne la prévention du risque fréquent d'apparition de crevasses chez la primipare âgée, il est nécessaire que l'équipe soignante soit présente auprès de la patiente lors des premières mises au sein. On pourra alors corriger les mauvaises positions de la mère et/ou de l'enfant, prévenir les gestes traumatisants (doigt en appui sur l'aréole, mauvais dégageement du bébé à la fin de la mise au sein).

Il est important aussi de conseiller à la patiente d'assurer une hydratation précoce au niveau du sein en appliquant un film lipidique sur l'aréole, soit en utilisant une goutte de lait maternel en fin de tétée soit en appliquant une crème à base de Lanoline (ou bien en combinant les deux).

De plus, il est essentiel d'apprendre aux femmes comment réaliser un massage aréolaire le plus tôt possible afin de favoriser la tétée et d'assouplir l'aréole.

CONCLUSION

Ainsi, nous avons recherché par une étude exposé / non exposé les conséquences de la primiparité âgée sur les suites de couches.

Localement, il ressort que les primipares ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans ont 2,2 fois plus de risque de développer un baby-blues expressif en post-partum immédiat. Il existe également une corrélation significative entre cette population et la persistance de complications dans cette période si délicate où la femme devient mère.

Notre profession de sage-femme est d'accompagner ces patientes qui sont de plus en plus nombreuses et qui reflètent un changement sociétal profond.

Notre rôle de dépistage des complications dans le post-partum est ainsi primordial. Il ne doit pas être sous-estimé même si d'un prime abord ces patientes peuvent nous sembler plus dynamiques et plus sûre d'elles de part leurs conditions socioprofessionnelles.

REFERENCES

- (1) Enquête périnatale 2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-France-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale.html> (consulté le 01/12/2011)
- (2) Les femmes ont leur premier enfant de plus en plus tard. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1502/ (consulté le 20/09/2011)
- (3) La psychologie de la grossesse, le désir d'enfant. Cours de psychologie de deuxième année de première phase (DAP1) de l'école de sages-femmes de Limoges, 2010/2011.
- (4) TOURNAIRE M. *Le bonheur d'être mère : la grossesse après 35 ans*. Ed : Odile Jacob, 2005, 297 pages, p 21-25.
- (5) FRYDMAN R. (2010), « Les grossesses tardives : l'idéalisation du désir d'enfant peut se prolonger très tard dans la vie d'une femme », *Vocation Sage-Femme*, Ed : Masson, n°79, p 13-23
- (6) Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans, étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. Disponible sur : www.em-consult.com/article/115144 (consulté le 11/01/2012)
- (7) Les suites de couches. Cours d'obstétrique de Mme ETIFIER aux étudiantes sages-femmes en première année de première phase (PAP1) à l'école de sages-femmes de Limoges, 2009/2010.
- (8) TCHOBROUTSKY C. et OURY JF. *Prendre en charge et traiter une femme enceinte* (Préconception-grossesse- post-partum). Ed : Arnette Blackwell, 1995, 462 pages; p 360-362, p 365-366, p 368-369, p 395-396
- (9) LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G. *Obstétrique collection pour le praticien*. Ed : Masson, 2003, 403 pages, p 304-309
- (10) HOURDIN A.; *Guide pratique de clinique périnatale* (grossesse- accouchement- post-partum- nouveau-né). Ed : Les Etudes Hospitalières, 2008, 384 pages; p 235-236, p 245, p 249, p 260, p 287-293
- (11) BLANCKE M. ; *Vécu corporel de la maternité*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Limoges, 2003, 79 pages, p 24
- (12) PEYRAT L. ; *Les conséquences de l'obésité sur les suites de couches*. Mémoire de fin d'étude de sages-femmes, Limoges, 2011, 60 pages, p 6-9

- (13) Le diabète gestationnel. Cours d'obstétrique du Dr FOURCADE S. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012.
- (14) MEYER A. ; *Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la grossesse et l'accouchement*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Metz, 2007, 64 pages.
- (15) HTA et grossesse. Cours d'obstétrique du Dr BOURNETON N. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012.
- (16) DUFOUR P. , HAENTJENS K., VINATIER D., SUBTIL D., PUECH F. (2010), « Accouchement chez les femmes de plus de 40 ans », *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*. Ed : Expansion scientifique, Paris.
- (17) Conférence sur les grossesses après 40 ans, par le Pr AUBARD Y. lors de la journée médicale de Confolens, samedi 19 Novembre 2011.
- (18) Evolution de la grossesse après 35 ans; Disponible sur : [scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/...](http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/) (consulté le 16/01/2013)
- (19) Thromboses et grossesse. Cours d'obstétrique du Dr BERENGUER pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012
- (20) C@mpus National de Gynécologie-obstétrique. Disponible sur : www.perinat-france.org/guide/cngof-college-national-des-gynecologues-ostetriciens, site vérifié le 11/12/2010 (consulté le 16/12/2011)
- (21) Les suites de couches. Cours d'obstétrique du Dr CALY H. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012
- (22) Les accidents de la puerpéralité. Disponible sur : [http://psycause.pagespersoorange.fr/004/les accidents de la puerperalite 004.htm](http://psycause.pagespersoorange.fr/004/les_accidents_de_la_puerperalite_004.htm) (consulté le 22/09/2011)
- (23) AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1964 à 2003. Disponible sur : <http://audipog.inserm.fr> (consulté le 10/08/2012)
- (24) L'hospitalisation la maternité. Disponible sur : www.unilim.fr/gynov/perinat/public/infogrossesse/sejour.htm (consulté le 28/09/2011)
- (25) La durée d'hospitalisation en maternité. Disponible sur : www.em-consulte.com/article (consulté le 28/09/2011)

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BESACHE S. *La maternité et son désir*. Ed : Cesura Lyon édition, 1993, 284 pages

HOURDIN A.; *Guide pratique de clinique périnatale* (grossesse- accouchement- post-partum- nouveau-né). Ed : Les Etudes Hospitalières, 2008, 384 pages, (p 235-236, p 245, p 249, p 260, p 287-293).

LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G. *Obstétrique collection pour le praticien*. Ed : Masson, 2003, 403 pages

TCHOBROUTSKY C. et OURY JF. *Prendre en charge et traiter une femme_enceinte* (Préconception-grossesse- post-partum). Ed : Arnette Blackwell, 1995, 462 pages, (p 360-362, p 365-366, p 368-369, p 395-396).

TOURNAIRE M. *Le bonheur d'être mère : la grossesse après 35 ans*. Ed : Odile Jacob, 2005, 297 pages, (p 21-25).

MEMOIRES ET THESES

BLANCKE M. ; *Vécu corporel de la maternité*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Limoges, 2003, 79 pages, (p 24)

CATALAN C. ; *Le déroulement de la gestation est-il à plus haut risque chez la primipare de plus de 38 ans ?* Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Limoges, 1992, 70 pages

MEYER A. ; *Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la_grossesse et l'accouchement*. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Metz, 2007, 64 pages.

PEYRAT L. ; *Les conséquences de l'obésité sur les suites de couches*. Mémoire de fin d'étude de sages-femmes, Limoges, 2011, 60 pages, (p 6-9)

PORTHAULT A. ; *La grossesse après 38 ans présente-t-elle plus de pathologies qu'entre 25 et 30 ans?* Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Limoges, 1993, 49 pages.

VARLET-GRANCHER C. ; *Une première grossesse à 37 ans : quel_accompagnement?* Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Limoges, 1999, 63 pages

REVUES

DUFOUR P. , HAENTJENS K., VINATIER D., SUBTIL D., PUECH F. (2010), « Accouchement chez les femmes de plus de 40 ans », *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*. Ed : Expansion scientifique, Paris.

FRYDMAN R. (2010), « Les grossesses tardives : l'idéalisation du désir d'enfant peut se prolonger très tard dans la vie d'une femme », *Vocation Sage-Femme*, Ed : Masson, n°79, p 13-23

TOURNAIRE M. (2010), « Risques pour la mère et l'enfant : complications gravidiques en fonction de l'âge », *La revue du praticien*, volume 60, p 823-824

SITES INTERNET

Enquête périnatale 2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-France-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale.html> (consulté le 01/12/2011)

Les femmes ont leur premier enfant de plus en plus tard. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1502/ (consulté le 20/09/2011)

Installation précoce de la relation mère-enfant, Faculté de médecine de Strasbourg. Disponible sur: udsmed.ustrasbg.fr/emed/courses/.../Relation_mere_enfant.pdf (consulté le 11/01/2012)

Etablissement du lien mère-enfant. Disponible sur : www.bdsp.ehesp.fr>Base documentaire (consulté le 11/01/2012)

Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans, étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion. Disponible sur : www.em-consult.com/article/115144 (consulté le 11/01/2012)

La parturiente de plus de 35 ans, compte-rendu du pôle de gynécologie-obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg, BAULON E./NISAND I.; Disponible sur : www.anesth-chips.fr/.../06 (consulté le 22/09/2011)

Les accidents de la puerpéralité. Disponible sur: http://psycause.pagespersoorange.fr/004/les_accidents_de_la_puerperalite_04.htm (consulté le 22/09/2011)

L'hospitalisation la maternité. Disponible sur : www.unilim.fr/gynov/perinat/public/infogrossesse/sejour.htm (consulté le 28/09/2011)

La durée d'hospitalisation en maternité. Disponible sur : www.em-consulte.com/article (consulté le 28/09/2011)

La durée de l'hospitalisation en maternité. Disponible sur : www.ameli.fr/employeurs/vos-demandes/conges/le-conge-maternite/ (consulté le 28/09/2011)

La parturiente de plus de 35 ans. Journal de gynécologie obstétrical et de biologie de la reproduction, 2000, *Ed* : Masson. Disponible sur : www.em-consult.com/revue/JGYN (consulté le 17/09/2011)

AUDIPOG, indicateurs de santé périnatale de 1964 à 2003. Disponible sur : <http://audipog.inserm.fr> (consulté le 10/08/2012)

C@mpus National de Gynécologie-obstétrique. Disponible sur : www.perinat-france.org/guide/cngof-college-national-des-gynecologues-ostetriciens, site vérifié le 11/12/2010 (consulté le 16/12/2011)

Evolution de la grossesse après 35 ans; Disponible sur : [scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/...](http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/) (consulté le 16/01/2013)

AUTRES

La psychologie de la grossesse, le désir d'enfant. Cours de psychologie de deuxième année de première phase (DAP1) de l'école de sages-femmes de Limoges, 2010/2011.

Les suites de couches. Cours d'obstétrique de Mme ETIFIER en première année de première phase (PAP1) de l'école de sages-femmes de Limoges, 2009/2010.

Le diabète gestationnel. Cours d'obstétrique du Dr FOURCADE S. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012.

HTA et grossesse. Cours d'obstétrique du Dr BOURNETON N. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012.

Thromboses et grossesse. Cours d'obstétrique du Dr BERENGUER pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012

Les suites de couches. Cours d'obstétrique du Dr CALY H. pour les étudiantes sages-femmes en 4ème année de l'école de sages-femmes de Limoges, 2011/2012.

CONFERENCE

Conférence sur les grossesses après 40 ans, par le Pr AUBARD Y. lors de la journée médicale de Confolens, samedi 19 Novembre 2011.

ANNEXES

ANNEXE I

Recueil de données pour toutes les femmes accouchant à un terme > ou = à 37SA en 2012

Date de l'accouchement :

Étiquette patiente

Baby-blues : Oui Non

Si oui :

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| - Asthénie importante | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Crises de larmes | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Troubles du sommeil | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Sentiment d'être débordée | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Découragement | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |

Difficultés en lien avec les soins de puériculture : Oui Non

Si oui, avec les :

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| - Changes | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Bains | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Soins du visage | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Soins du cordon | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre jour : <input type="checkbox"/>ème jour |

Difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant : Oui Non

Si oui :

- | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| - Patiente demande la présence d'un membre du personnel auprès d'elle lors des mises au sein | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/>ème jour | | |
| - Mauvaise gestion de la quantité de lait donnée au bébé lors d'un allaitement artificiel | à J0 : <input type="checkbox"/> | à J1 : <input type="checkbox"/> | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Mauvaise gestion de la fréquence des tétées lors d'un allaitement artificiel | à J0 : <input type="checkbox"/> | à J1 : <input type="checkbox"/> | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/>ème jour |

Inquiétude exagérée de la mère : Oui Non

Si oui :

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| - Appels la nuit > ou = à 2 | à J1 : <input type="checkbox"/> | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/>ème jour |
| - Besoin de connaître la quantité de lait pris par l'enfant quand il s'agit d'un allaitement maternel | à J1 : <input type="checkbox"/> | à J2 : <input type="checkbox"/> | à J3 : <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/>ème jour |

– Besoin de réassurance sur ses gestes et/ou compétences (besoin d'encadrement)
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

Troubles relationnels mère/enfant : Oui Non

Si oui :

– Enfant laissé la nuit en pouponnière
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Désintérêt pour l'enfant
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Berceau éloigné du lit
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Difficultés à s'adresser au bébé
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Portage de l'enfant insécure
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Comportement d'hyperstimulation avec son enfant
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Gestuelle maladroite
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

– Réponses inadaptées à ses besoins
à J1 : à J2 : à J3: autre : ème jour

Annexe II

RECUEIL DE DONNEES

Numéro de l'accouchement :

Terme de l'accouchement :

Age de la patiente : ans

Pays d'origine :

Situation : Célibataire
 Mariée
 Pacsée
 Divorcée
 Veuve
 Séparée
 Concubinage

Niveau d'études de la patiente : Non scolarisée = 0
 École primaire = 1
 Secondaire, collège (6-3ème, CAP, BEP) = 2
 Niveau BAC, lycée = 3
 Enseignement supérieur = 4

Catégorie professionnelle de la patiente :

- Agriculteur
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employée
- Ouvrière

ATCD obstétricaux : oui non

- Avortements spontanés nombre :
- IVG nombre :
- GEU nombre :
- IMG : nombre :

→ Soit G..... P1

Conduites addictives : oui non

- Alcool
- Tabac
- Drogues
- Plusieurs conduites addictives

ATCD personnels préexistant à la grossesse : oui non

- HTA
- Autres troubles métaboliques
- Diabète
- Pathologies thromboemboliques

Désir de grossesse : oui non

Stérilité avant la grossesse : oui non

Grossesse issue de PMA : oui non Si oui, technique utilisée :

Grossesse actuelle : unique multiple

Signalement à l'issue de l'entretien prénatal précoce : oui non

Suivi de cours de préparation à la parentalité : oui non

Pathologie durant la grossesse : oui non

- HTA gravidique / Pré-éclampsie
- Diabète gestationnel
- Hydramnios
- Macrosomie
- RCIU
- MAP
- Autres :

Hospitalisation(s) durant la grossesse : oui non

Si oui, nombre de jours au total :

Mode de mise en travail : spontané déclenchement (technique :)

Durée du travail : heures

Mode d'accouchement : AVB non instrumental AVB instrumental Césarienne

Hémorragie de la délivrance : oui non

Mode d'allaitement : maternel artificiel mixte

Durée du séjour en SDC : jours

Complications thromboemboliques en post-partum : oui non

- Phlébite des membres inférieurs
- Embolie pulmonaire

HTA dans le post-partum : oui non

Persistance du diabète en post-partum : oui non

Anémie en post-partum : oui non Hb =g/dl

Conséquences :

Complications de l'allaitement : oui non

- Crevasses
- Engorgement
- Perte de poids de l'enfant > au 10% du poids de naissance
- Abandon

Présence de facteurs de risques de complications de l'AM : oui non

- Mauvais positionnement de la mère et/ou de l'enfant
- Mauvaise technique de succion du nouveau-né
- Présence anomalie mammaire
- Pathologie du nouveau-né Laquelle :

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE	5
1. LE PROJET TARDIF D'ETRE PARENT	5
1.1. Le désir d'enfant	5
1.2. Les causes amenant à avoir un premier enfant à partir de 35 ans6	
1.2.1. Les progrès de la Médecine	6
1.2.2. La quête du père idéal	7
1.2.3. L'accomplissement professionnel	7
1.2.4. Le désir du conjoint.....	7
1.2.5. Le sentiment d'être prête.....	8
2. POST-PARTUM ET PRIMIPARITE AGEE	9
2.1. Les modifications physiologiques du post-partum	9
2.1.1. Les modifications anatomiques du post-partum.....	9
2.1.2. Les modifications hormonales	10
2.1.3. Les modifications physiques et psychologiques	11
2.2. Les complications du post-partum liées à la primiparité âgée... 12	
2.2.1. Les complications résultant du pré-partum	12
2.2.1.1. Le diabète gestationnel.....	12
2.2.1.2. Les complications cardio-vasculaires.....	13
2.2.2. Les complications résultant du per-partum	14
2.2.2.1. La dystocie des primipares âgées	14
2.2.2.2. Les complications hémorragiques	14
2.2.2.3. La mortalité maternelle	15
2.2.3. Les complications survenant en suites de couches.....	16
2.2.3.1. Les complications thromboemboliques	16
2.2.3.2. Les complications de l'allaitement	16
2.2.3.3. Le baby-blues.....	18
2.2.4. La conséquence de ces complications pouvant survenir chez la primipare âgée en post-partum.....	19
DEUXIEME PARTIE.....	20
1. PRESENTATION DE L'ETUDE	20
1.1. Constat	20
1.2. Justification de l'étude	20

1.3. Intérêt de l'étude	21
1.4. Objectifs	21
1.4.1. L'objectif principal	21
1.4.2. L'objectif secondaire	21
1.5. Hypothèses	22
1.5.1. Hypothèse principale	22
1.5.2. Hypothèses secondaires.....	22
2. METHODOLOGIE	24
2.1. Le type d'étude.....	24
2.2. La population cible	24
2.3. La population source	24
2.4. Constitution de l'échantillon et nombre de sujets nécessaires ..	25
En ce qui concerne la constitution de mon échantillon, le choix des primipares a été réalisé comme suit :	25
- une accouchée exposée pour une accouchée non exposée,	25
- l'accouchée non exposée était la primipare non âgée qui faisait suite à la primipare âgée dans la liste des dossiers Filemaker. ...	25
2.5. Procédure de recueil.....	26
2.6. Les variables étudiées	26
2.6.1. Les variables décrivant la population	26
2.6.2. Les variables servant à vérifier les hypothèses.....	27
2.6.3. Les variables pouvant être des cofacteurs pour les complications étudiées.....	28
2.7. Stratégie d'exploitation	30
RESULTATS DE L'ETUDE	31
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	31
1.1. L'âge	31
1.2. Le pays d'origine.....	32
1.3. L'état civil	33
1.4. Le niveau d'étude.....	34
1.5. La catégorie professionnelle	35
1.6. Grossesse issue de l'Assistance Médicale à la Procréation	36
1.7. La gestité des patientes	37
2. ÉTUDE DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM.....	38
2.1. Le taux de complications globales en post-partum.....	38
2.2. Les complications thromboemboliques en post-partum	39
2.3. La pathologie hypertensive en post-partum	43
2.4. La persistance du diabète gestationnel en post-partum.....	44
2.5. L'anémie < 10 g/dl en post-partum	45

2.6. Les complications de l'allaitement	46
2.7. Le baby-blues en post-partum	51
2.8. Les difficultés en lien avec les soins de puériculture.....	56
2.9. Les difficultés en lien avec l'alimentation de l'enfant	58
2.10. Inquiétude inadaptée en post-partum	60
2.11. Les troubles relationnels mère/enfant en post-partum	62
2.12. La durée du séjour en suites de couches	65
DISCUSSION	66
1. LES POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	66
.....	66
2. ANALYSE DU PROFIL DES PRIMIPARES AYANT UN AGE SUPERIEUR OU EGAL A 35 ANS	67
3. VERIFICATIONS DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	68
3.1. L'hypothèse principale	68
3.2. Les hypothèses secondaires	70
4. PROPOSITIONS	72
4.1. Concernant la forme.....	72
4.2. Concernant la survenue du baby-blues	72
4.3. Concernant l'allaitement maternel	73
CONCLUSION	74
REFERENCES	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES	80
TABLE DES MATIERES.....	85