



HAL
open science

Perceptions et représentations des mouvements actifs foetaux par les mères

Sophie André

► **To cite this version:**

Sophie André. Perceptions et représentations des mouvements actifs foetaux par les mères. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01070414

HAL Id: dumas-01070414

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070414>

Submitted on 1 Oct 2014

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

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

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

École de Sages-femmes de Caen

Perceptions et représentations des mouvements actifs fœtaux par les mères

Mémoire présenté et soutenu par
Sophie ANDRE
Née le 18 mars 1989
En vue de l'obtention du Diplôme d'État
De Sage-femme

Promotion 2010-2014

REMERCIEMENTS

À Hélène Viquesnel-Labigne, directrice de ce mémoire, pour son aide précieuse et ses
encouragements

À Laura Levallois pour son investissement et ses conseils

Aux sages-femmes et aux assistantes du CHU de Caen pour leur collaboration ainsi qu'aux
mères pour leur participation

À Evelyne Giffard et aux sages-femmes enseignantes pour leur attention et leur écoute

À ma famille pour son soutien indéfectible

À toute ma promotion pour les liens tissés pendant ces années partagées

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1- Mouvements actifs foetaux	1
1-1 Historique des études	1
1-2 Description des mouvements actifs foetaux.....	2
1-2-1 Analyse qualitative des mouvements foetaux par ordre chronologique	2
1-2-2 Classification des mouvements actifs foetaux au troisième trimestre	3
1-3 Facteurs influençant les variations de l'activité foetale	4
1-3-1 Facteurs intrinsèques au fœtus	4
1-3-2 Facteurs extrinsèques au fœtus	5
2- Perception maternelle des mouvements actifs foetaux	6
2-1 Fiabilité et limites de la perception maternelle	6
2-2 Facteurs influençant la perception maternelle.....	7
2-2-1 Facteurs liés à la grossesse.....	7
2-2-2 Facteurs liés à la mère.....	7
3- Enjeux de la perception maternelle des mouvements foetaux	8
4- Lien mère-enfant	9
MATERIELS ET METHODES	11
1- Matériels.....	11
1-1 Type d'étude.....	11
1-2 Terrain et durée de l'étude	11
1-3 Population concernée	11
1-3-1 Critères d'inclusion.....	11
1-3-2 Critères d'exclusion	12
2- Méthodes	12
2-1 Critères de jugement.....	12
2-1-1 Description des critères.....	12
2-1-2 Quelques définitions	13
2-2 Recueil de données et analyse statistique.....	13
RESULTATS	15
1- Recrutement de la population.....	15
2- Description de l'échantillon	16
2-1 Renseignements généraux	16
2-1-1 Age.....	16
2-1-2 Indice de masse corporelle (IMC)	16
2-1-3 Profession.....	16
2-1-4 Caractères et habitudes de vie.....	16
2-2 Antécédents obstétricaux.....	17
2-2-1 Parité	17
2-2-2 Antécédents.....	17
2-3 Grossesse actuelle	17
2-3-1 Terme	17
2-3-2 Déroulement de la grossesse.....	17
2-3-3 Cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).....	18
3- Perception maternelle des MAF.....	19
3-1 Premiers mouvements	19
3-1-1 Terme des premiers mouvements ressentis.....	19
3-1-2 Perception des premiers mouvements.....	20

3-2 Ressenti des MAF	20
3-2-1 Position	20
3-2-2 Moment de la journée	20
3-2-3 Stimulation physique	21
3-2-4 Environnement	21
3-2-5 Changement de position.....	21
3-2-6 Activité physique	21
3-2-7 Contractions utérines	22
3-2-8 Langage avec l'enfant.....	22
3-2-9 Entourage	22
3-2-10 Evolution du ressenti des MAF au cours de la grossesse	22
4- Impressions de la femme enceinte au ressenti des MAF	24
4-1 Réaction maternelle aux MAF	24
4-1-1 Réaction aux premiers mouvements	24
4-1-2 Réaction aux MAF en général	24
4-2 Représentation de l'enfant par les mères.....	25
4-3 Interprétation des MAF par les mères	25
4-3-1 MAF et communication mère-enfant.....	25
4-3-2 MAF et santé de l'enfant	26
4-3-3 MAF et confort de l'enfant	26
5- Consultation pour diminution des MAF.....	27
DISCUSSION.....	29
1- Critique.....	29
1-1 Points forts de l'étude.....	29
1-1-1 Sujet et participation	29
1-1-2 Population	29
1-2 Biais de l'étude.....	29
1-2-1 Etude d'une perception	29
1-2-2 Difficulté d'analyser certains critères	30
2- Discussion	31
2-1 Perception des premiers MAF et facteurs influençant leur ressenti.....	31
2-1-1 Terme de perception des premiers mouvements.....	31
2-1-1 Facteurs qui influencent leur perception.....	31
2-2 Repos de la mère et perception accrue des mouvements	33
2-3 Descriptions et représentations des mouvements de l'enfant par les mères	34
2-4 Interaction entre la mère et l'enfant	36
2-3-1 Réponse aux stimulations physiques	36
2-3-2 Adaptation mère-enfant	37
2-5 Lien avec l'enfant.....	38
2-4-1 Evolution de la relation mère-enfant.....	38
2-4-2 Communication mère-enfant	38
2-4-3 Relation avec la famille	39
2-6 Ressenti par la mère de l'état de santé de l'enfant	40
3 - Propositions.....	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXE I : LE QUESTIONNAIRE	49

ABREVIATIONS

FCS : Fausse Couche Spontanée

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Fœtale *In Utero*

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Pour les professionnels de santé, les mouvements actifs fœtaux représentent avant tout un moyen d'évaluer la vitalité fœtale. Pour la femme enceinte, plus qu'un signe de vie, les premiers mouvements sont souvent, pour elle, un moyen de se représenter leur enfant et d'établir un premier lien avec celui-ci.

Pour mieux comprendre ce que ressent la femme enceinte au cours de ces mouvements, nous présenterons, dans un premier temps, les mouvements actifs fœtaux tels qu'ils ont été décrits dans la littérature, puis nous évoquerons, dans un second temps, les études faites sur la perception maternelle de ces mouvements. Enfin, nous nous efforcerons de dégager l'essentiel de notre étude dans une discussion.

1- Mouvements actifs foetaux

1-1 Historique des études

D'après le Campus National de Gynécologie Obstétrique (CNGO, 2006) : « Au IV^{ème} siècle avant J-C, Hippocrate a soutenu que les premiers mouvements actifs fœtaux (MAF) apparaissent 70 à 90 jours après la conception. » Puis, dans cet historique, ces mêmes auteurs citent Ambroise Paré, en 1534, qui a été le premier à affirmer que « *si ni la main du chirurgien, ni la mère ne peuvent sentir bouger l'enfant, celui-ci est mort.* » [1] Ainsi, à cette époque, l'intérêt pour ces mouvements était déjà présent et ceux-ci représentaient un signe de bien-être et de vitalité.

Certes, au fil des années, les recherches sur le fœtus et ses mouvements se sont développées. La clinique était privilégiée jusqu'aux années 70 : la mère évaluait la vitalité du fœtus en percevant ses mouvements. L'arrêt ou la diminution de ces mouvements l'amenait à consulter et le médecin auscultait alors les battements cardiaques du fœtus grâce au stéthoscope obstétrical pour en évaluer son bien-être. [1] [2]

Avec l'arrivée des nouvelles technologies d'imagerie médicales dont l'échographie (au début des années 70), cette clinique obstétricale a été reléguée au second plan, et différentes études affinées ont permis de décrire plus précisément les mouvements actifs fœtaux.

1-2 Description des mouvements actifs fœtaux

1-2-1 Analyse qualitative des mouvements fœtaux par ordre chronologique

L'activité motrice fœtale suit un ordre chronologique, et a pu être étudiée grâce à l'échographie. Cette description permet de détailler l'apparition des différents mouvements possibles du fœtus, des premiers instants jusqu'au terme de la grossesse. [2] [3] [4]

- Dès **7 semaines d'aménorrhée (SA)**, l'embryon est capable de bouger, mais il s'agit seulement de mouvements d'ondulation.
- A **8 SA**, des mouvements de secousses de flexion de la nuque et du tronc, rapides et irréguliers sont observés. L'embryon ne change pas encore de position dans le sac gestationnel.
- A **9 SA**, on peut observer des mouvements asymétriques du corps de l'embryon, avec des mouvements de flexion extension vigoureuse de la tête et du tronc. Il est capable de changer de position.
- Vers **13-14 SA**, des mouvements plus précis sont possibles. Le fœtus peut ouvrir et fermer les mains, étendre et croiser les membres inférieurs, la déglutition débute, les premiers mouvements respiratoires apparaissent.
- A **15 SA**, il existe une coordination, le fœtus est capable de sucer son pouce.
- A **16 SA**, les mains du fœtus explore la cavité de l'utérus.
- Vers **18-19 SA**, la respiration et la déglutition simultanées sont possibles. Le fœtus explore son corps avec ses mains.
- Vers **20-21 SA**, la bouche, les doigts et les paupières commencent à bouger.
- A **22 SA**, des mouvements de hoquet sont possibles.
- Vers **24-25 SA**, le fœtus répond aux stimulus mécaniques par rotation de la tête.
- Vers **26-28 SA**, le fœtus répond aux stimulus sonores par tressaillement ou rotation de la tête.

Au cours du **troisième trimestre**, il est décrit quatre sortes de mouvements, mis en évidence par Timor-Tritsh (voir ci-après).

1-2-2 Classification des mouvements actifs fœtaux au troisième trimestre

Au cours des études menées par Timor-Tritsh en 1976, des mouvements du fœtus ont été observés en utilisant une technique tocodynamométrique. [5]

Quatre types de mouvements ont alors été décrits :

- Mouvements d'ensemble ou de rotation

Ce sont des mouvements soutenus et d'enroulement de l'ensemble du corps fœtal sur lui-même. Leur durée moyenne est environ de 14 secondes.

- Mouvements simples

Ce sont des mouvements brefs, qui, souvent, donnent des déplacements visibles sur la paroi abdominale maternelle. Ils correspondent à des coups de tête, de pied ou de poing. Leur durée moyenne est de 3 secondes.

- Mouvements rapides

Ces mouvements sont brefs, ils durent en moyenne 0,4 seconde. Ils ressemblent à des coups de pieds ressentis dans tout l'abdomen par la mère. Ils peuvent être isolés ou répétitifs (de 15 à 25 mouvements par minute). Ces mouvements peuvent correspondre à des mouvements brusques de la paroi thoracique, comme le hoquet.

- Mouvements pseudo-respiratoires

Il s'agit de mouvements rapides et répétitifs, de 30 à 90 respirations par minute, auxquels participent la cage thoracique et l'abdomen.

1-3 Facteurs influençant les variations de l'activité fœtale

Les méthodes échographiques ont permis de réaliser une analyse quantitative des mouvements du fœtus. Ainsi, plusieurs facteurs, qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques au fœtus, peuvent modifier la fréquence et l'amplitude des mouvements fœtaux.

1-3-1 Facteurs intrinsèques au fœtus

D'après les méthodes échographiques, il existe une variation quantitative des mouvements du fœtus selon le terme.

La plupart des études (Ehrstrom 1979, Nirhy-Lanto et al. en 1986 et Sadovsky et al. en 1977) ont montré une augmentation progressive du nombre de mouvements fœtaux de la 20^{ème} à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée. Il atteint son maximum entre la 29^{ème} et la 38^{ème} semaine d'aménorrhée. [6]

Selon Edwards, il existe une « période de décélération » des mouvements dans les 15 derniers jours avant le début du travail. Plus tard, d'autres études (Devoe et al. en 1988, Schaal et al. en 1989) ont pourtant montré qu'il n'existait pas de diminution significative des mouvements au cours de la semaine précédant l'accouchement. [6]

Les mouvements fœtaux ne sont pas permanents. Il existe, dès la vingtième semaine d'aménorrhée, une alternance de phases d'éveil pendant lesquelles le fœtus est actif et de phases de sommeil, phase d'inactivité. Ainsi, déjà *in utero*, il existerait une organisation circadienne de l'activité fœtale avec deux pics d'activité importante : un le matin vers 7h, et l'autre le soir entre 21h et 1h du matin. Le minimum serait vers midi.

Ce cycle est indépendant de celui de la mère. [2] [6]

Il ne semble pas exister de différence significative du nombre de mouvements selon le sexe du fœtus. [2]

Les fœtus présentant un retard de croissance intra-utérin (RCIU) important bougent moins que les autres. Cependant, les petits fœtus non pathologiques bougent plus que les gros fœtus. [7]

1-3-2 Facteurs extrinsèques au fœtus

- Activité utérine

L'influence des contractions utérines est très variable d'un fœtus à un autre. En général, elles stimulent le fœtus jusqu'à un seuil d'environ trois contractions par minute. Au-delà, le fœtus ne réagit plus et l'activité fœtale reste la même. [2]

- Stimulations externes

La stimulation physique (palpation, pressions transabdominales) fait réagir le fœtus par une augmentation de son activité. En effet, la sensibilité tactile et proprioceptive du fœtus apparaît à la 7^{ème} semaine de vie intra-utero, comme la motricité. [3] [8]

Une stimulation sonore par des bruits forts augmente également l'activité fœtale. Le système auditif est fonctionnel dès la 20^{ème} semaine et achevé à la 28^{ème} semaine, le fœtus réagit alors aux sons extérieurs. La stimulation est identique qu'elle soit appliquée au niveau du pôle céphalique ou du pôle caudal. [3] [9]

Le fœtus ne semble cependant pas réagir aux stimulations lumineuses. Pourtant, les récepteurs visuels sont présents chez le fœtus à partir de 26 à 28 semaines, mais ils sont trop immatures. [3] [9]

- Facteurs biologiques maternels

La consommation d'alcool par la mère altère la motricité du fœtus. Il demeure une diminution significative des mouvements pendant 3h suivant l'ingestion. [2] [10]

La consommation de tabac diminuerait également l'activité fœtale. [10]

Les substances médicamenteuses telles que les tranquillisants, les barbituriques, ou les benzodiazépines réduisent également l'activité fœtale. Quant aux corticoïdes, ils limitent les mouvements fœtaux pendant les 2 à 4 jours qui suivent l'injection. [2] [10]

Enfin, l'hypoxie et l'acidose maternelles, tempèrent voire abolissent les mouvements actifs fœtaux. [10]

2- Perception maternelle des mouvements actifs fœtaux

Grâce aux technologies d'imagerie médicales, des études ont permis de détailler précisément les mouvements du fœtus, tant dans leur aspect que dans leur quantité. En marge de ces observations objectives, des scientifiques se sont intéressés aux ressentis personnels de la femme enceinte lors des mouvements fœtaux. Ils ont ainsi mené des études comparant les mouvements du fœtus remarquables à l'échographie et la perception de ceux-ci par la mère.

2-1 Fiabilité et limites de la perception maternelle

La sensation que ressent la femme enceinte face aux mouvements fœtaux reste relativement subjective. Cependant, certaines études ont mis en évidence que la perception maternelle reste fiable, avec plus ou moins de variabilité selon les mouvements effectués par le fœtus.

Des recherches montrent que, de manière générale, 82 à 87% des mouvements fœtaux visibles sur des tracés cardio-topographiques et sur échographies sont perçus par la femme enceinte.

Elles indiquent que la plupart des mères ressentent les mouvements majeurs de leur fœtus. Ainsi, des études indiquent que les mouvements ressentis à 100% par les femmes enceintes et le plus fortement sont les mouvements combinés du tronc et des membres du fœtus.

[1] [11]

Une étude a montré que les mouvements de longue durée (entre 20 et 60 secondes) ont plus de chance d'être perçus par les mères. [12]

Les limites de cette perception sont les mouvements isolés des extrémités. Il est démontré que seuls 56% des mouvements sont perçus par la mère lorsqu'il s'agit de mouvements isolés des membres et 15% lorsqu'il s'agit de mouvements isolés des extrémités. [1] [11]

2-2 Facteurs influençant la perception maternelle

2-2-1 Facteurs liés à la grossesse

Plusieurs études montrent que le début de la perception des mouvements fœtaux varie selon la parité. Cette perception est donc plus précoce chez les femmes multipares que chez les nullipares. Les premiers mouvements sont en général perçus entre 18 et 20 SA. Par la suite, la parité n'interviendrait pas dans la sensation des mouvements. [1] [13]

Le terme de la grossesse intervient également en matière de perception. En effet, plusieurs recherches montrent que la perception maternelle augmente avec l'âge gestationnel. [1] [13]

La position du placenta n'intervient pas dans la perception des mouvements. [10]

2-2-2 Facteurs liés à la mère

Le poids maternel ne semble pas intervenir dans la perception des mouvements. [10]

La femme enceinte semble mieux percevoir les mouvements lorsqu'elle est en position allongée que lorsqu'elle est assise ou debout. [10]

Selon l'étude de Weindrelein, le niveau intellectuel et la personnalité de la mère joueraient un grand rôle dans le ressenti des mouvements fœtaux. La perception serait accrue chez les femmes extraverties, dont la grossesse est ardemment désirée et moindre chez les femmes surmenées et peu investies dans leur grossesse. [10] [14]

3- Enjeux de la perception maternelle des mouvements fœtaux

Pour les professionnels de santé, les mouvements actifs fœtaux sont avant tout un moyen d'évaluer la vitalité et le bien-être fœtal.

En effet, une diminution des mouvements actifs fœtaux peut faire suite à de nombreuses pathologies obstétricales dont la plus redoutée est la mort fœtale *in utero* (MFIU). Elles peuvent être d'origine fœtale (retard de croissance intra-utérin, hypotrophie, ou MFIU), d'origine utérine (oligo ou anamnios, hématome rétro placentaire, hémorragies foeto-maternelles etc.), ou d'origine maternelle (hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie...). Beaucoup d'études font mention également une diminution des mouvements fœtaux dans les cas de terme dépassé. [1] [10]

Plusieurs examens sont alors préconisés pour évaluer la vitalité fœtale lors d'une diminution des mouvements actifs fœtaux, comme par exemple l'analyse du rythme cardiaque fœtale enregistré au monitoring ou le profil biophysique de Manning réalisé par échographie.

Au vu des pathologies possibles conduisant à une diminution des mouvements fœtaux, et parce que ces examens ne peuvent être réalisés systématiquement, des méthodes subjectives de comptage des mouvements fœtaux sont mises en place. Basées sur le ressenti maternel, deux techniques sont fréquemment observées : la technique de Cardiff qui consiste à compter les mouvements sur 12h (le compte doit être supérieur à 10) et la technique Sadovsky qui consiste à compter les mouvements après le repas (doit être supérieur à 4 dans l'heure qui suit, voire dans les 2h). [14] [15]

Des recherches montrent que le comptage permet de prévenir dans 64 à 78% des cas une détresse fœtale, les compressions du cordon ombilical, une malformation fœtale ou une asphyxie intra-utérine. [4]

Ainsi, ces études révèlent l'importance de la perception maternelle des mouvements comme moyen d'évaluation du bien-être fœtal.

4- Lien mère-enfant

La psychologie de la femme enceinte est complexe, liée aux bouleversements de la grossesse. Une notion positive d'attachement se crée entre la mère et son enfant. Une étude réalisée par M-W Lewis (2008) consistait à observer les stratégies d'adaptation de la mère à sa grossesse et suivre son état psychoaffectif. Elle proposait alors un « modèle interactionnel d'attachement materno-fœtal ». Il en ressort que les signes pouvant prédire la force de l'attachement materno-fœtal sont : l'âge de gestation, la connaissance par la mère du sexe de son enfant, et la perception qu'elle a des mouvements de son enfant. En outre, les interactions qu'elle entretient avec son enfant au travers de ses mouvements, les interprétations qu'elle donne à ceux-ci, comme celle d'avoir la sensation que son enfant communique avec elle, sont également importantes dans l'établissement de l'attachement et du lien mère-enfant. Des pratiques basées sur le ressenti des mouvements fœtaux telles que l'haptonomie ou la gymnastique sensorielle périnatale permettent d'accompagner cette relation mère-enfant naissante. [17] [18] [19]

Par cette revue de la littérature, nous avons pu constater que les mouvements actifs fœtaux suscitent l'intérêt des chercheurs depuis déjà bien longtemps. De plus, avec les nouvelles technologies, ces mouvements ont été décrits précisément, tant dans leur aspect que dans leur fréquence ainsi que les facteurs pouvant modifier cette activité.

Cependant, l'étude de la perception maternelle de ces mouvements reste reléguée au second plan, en dépit de quelques recherches axées sur les facteurs susceptibles de faire varier les ressentis de la mère.

C'est pourquoi il nous est apparu intéressant, à travers ce mémoire, d'étudier, dans une certaine mesure, la perception maternelle des mouvements actifs fœtaux. D'autres facteurs peuvent-ils influencer le ressenti des mères à ces mouvements ? Quel est leur vécu de ces mouvements ? Comment les décrivent-elles ? Comment se représentent-elles leur enfant ?

MATERIELS ET METHODES

MATERIELS ET METHODES

1- Matériels

1-1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, menée à l'aide d'un questionnaire destiné aux femmes enceintes.

Le questionnaire comportait une petite introduction, présentant l'étude et était composé de trois parties : la première interrogeait sur des renseignements généraux concernant la patiente et sa grossesse, la deuxième s'intéressait plus particulièrement aux mouvements du fœtus et la dernière évoquait les impressions de la femme enceinte au ressenti de ces mouvements.

1-2 Terrain et durée de l'étude

L'étude a été réalisée sur la période du 2 septembre 2013 au 1^{er} novembre 2013 dans le service des consultations obstétriques de trois maternités de Basse-Normandie, de niveaux 1, 2 et 3, après autorisation des sages-femmes cadres de ces établissements. Des questionnaires ont également été distribués dans différents cabinets de sages-femmes libérales proches de Caen. Le personnel de service, secrétaires ou sages-femmes, proposait ce questionnaire aux patientes à leur arrivée en consultation de suivi de grossesse ou lors de leur cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

1-3 Population concernée

1-3-1 Critères d'inclusion

Pour cette étude, les critères d'inclusion étaient vastes, il était possible d'inclure toutes les femmes enceintes dès lors que leur terme de grossesse leur permettait de sentir les mouvements du fœtus. Ainsi, il était intéressant d'inclure des femmes aux caractéristiques différentes, quels que soient leur âge, leur milieu socioprofessionnel, leur parité, ou encore le déroulement de leur grossesse (physiologique ou pathologique) afin de réaliser une observation générale de la population.

1-3-2 Critères d'exclusion

Par conséquent, toutes les femmes enceintes qui ne sentaient pas les mouvements fœtaux, en raison de leur terme de grossesse trop précoce, étaient exclues de cette étude. Pour la même raison, les patientes dont la grossesse était marquée par une mort fœtale *in utero* étaient également exclues. De plus, pour des raisons d'éthique, lorsqu'une interruption médicale de grossesse était envisagée chez une patiente, le questionnaire ne lui était pas distribué. Enfin, étaient exclues de cette étude les femmes étrangères qui n'étaient pas en mesure de lire le questionnaire rédigé en français.

2- Méthodes

2-1 Critères de jugement

2-1-1 Description des critères

Les renseignements recueillis sur la patiente et sa grossesse étaient: son âge, sa taille et son poids, sa situation professionnelle, son caractère et ses habitudes de vie, ses antécédents obstétricaux, son terme de grossesse, le déroulement de sa grossesse et le suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Les critères étudiés concernant les mouvements actifs fœtaux étaient :

- le terme auquel les premiers mouvements ont été ressentis et la description de ceux-ci
- la position dans laquelle ces mouvements sont le plus ressentis par la patiente, ainsi que le moment de la journée
- le ressenti des mouvements par la patiente selon : la stimulation, le bruit, le langage avec son enfant, le changement de position, la pratique d'une activité physique, la présence de contraction, le repos, la présence du père de l'enfant ou des autres enfants de la patiente
- la perception d'une évolution dans les mouvements avant/après le troisième trimestre et avant/après 37 semaines d'aménorrhées

Nous nous sommes également intéressés aux impressions de la femme enceinte lors du ressenti des mouvements fœtaux. Celles-ci comprenaient :

- la réaction de la patiente aux premiers mouvements fœtaux
- la représentation que la femme enceinte fait de son enfant lorsqu'il bouge

- la réaction de la patiente aux mouvements fœtaux en général
- l'interprétation de ces mouvements par la mère : communication mère-enfant, corrélation entre mouvements et bonne santé, corrélation entre mouvements et confort du fœtus

Enfin, nous avons demandé à la patiente si elle avait déjà consulté pour diminution des mouvements actifs fœtaux au cours de sa grossesse.

2-1-2 Quelques définitions

Interprétation : attribuer un sens symbolique ou allégorique à quelque chose

Perception : évènement cognitif dans lequel un stimulus, présent dans l'environnement d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne

Réaction : manière dont quelqu'un répond face à un évènement

Représentation : image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, du monde dans lequel vit le sujet

Ressenti : éprouver une sensation, un état physique et en être affecté de façon agréable ou pénible

[21]

2-2 Recueil de données et analyse statistique

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel. L'analyse statistique a été faite au moyen de ce dernier ainsi que par BiostaTGV. Les tests utilisés étaient ceux de Student, de Mann-Whitney, du Chi² et de Fisher. La différence était significative lorsque la p-value était inférieure à 0,05.

Pour l'analyse statistique, « n » correspondait au nombre de patientes ayant le critère évalué et « N » au nombre total de patientes.

En revanche, lorsque la question donnait lieu à plusieurs réponses possibles (question à choix multiples ou question ouverte), « n » était égal au nombre de fois où la réponse avait été cochée ou citée et « N » au nombre total de réponses données.

RESULTATS

RESULTATS

1- Recrutement de la population

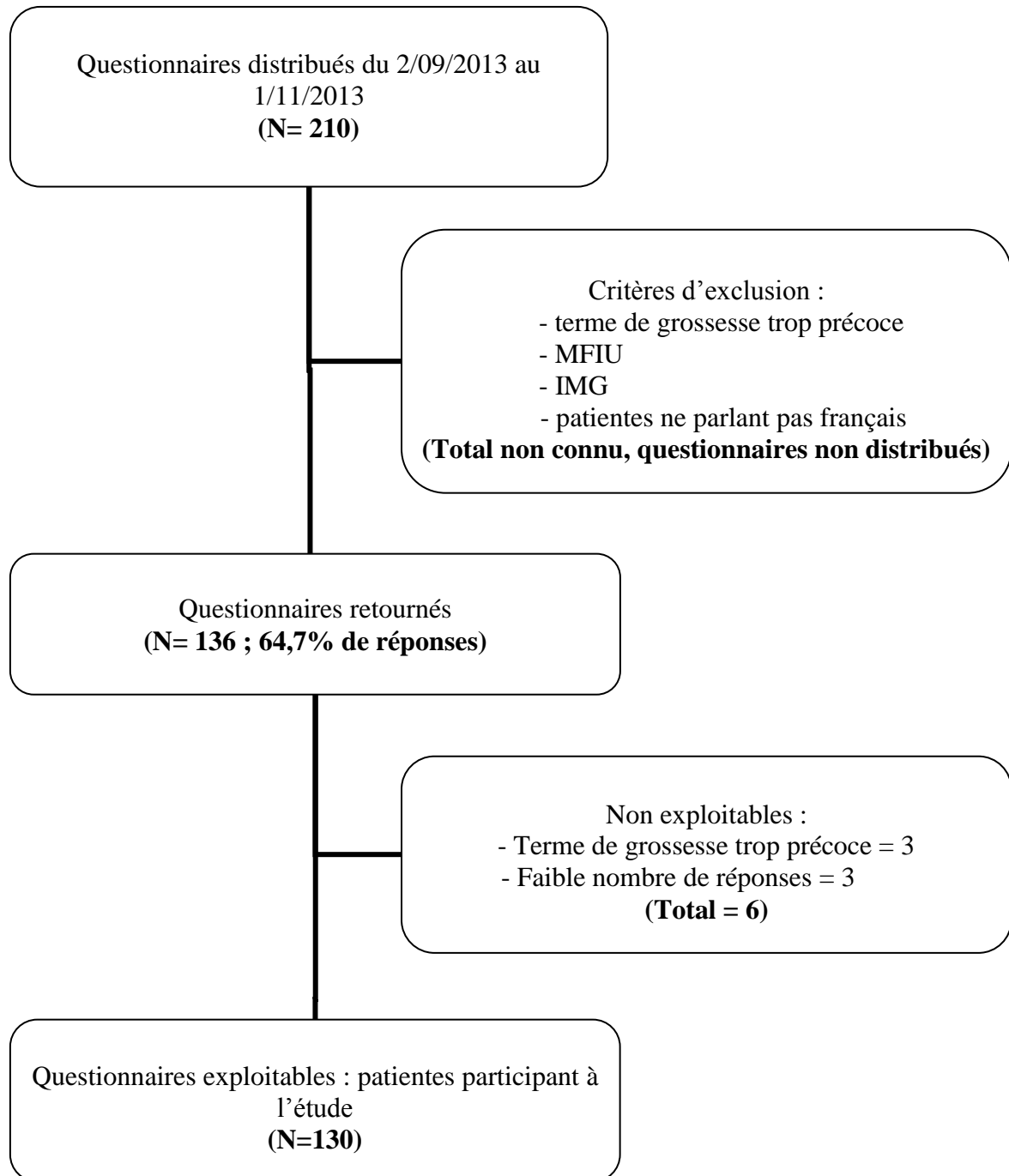


Figure 1 : Organigramme de recrutement de la population

2- Description de l'échantillon

2-1 Renseignements généraux

2-1-1 Age

Les patientes de l'échantillon étudié avaient en moyenne $29,33 \pm 4,80$ ans (N=130). Elles avaient entre 18 et 40 ans.

2-1-2 Indice de masse corporelle (IMC)

L'IMC moyen des patientes de l'échantillon, avant leur grossesse, est de $24 \pm 4,92$. 22,3% des patientes avaient un IMC > 25 en début de grossesse (n = 29 / N=129).

2-1-3 Profession

Tableau I: Catégories socioprofessionnelles des patientes (N=130)

Catégorie socioprofessionnelle	Fréquence	Pourcentage
Agriculteurs	1	0,8%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	10	7,7%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	19	14,6%
Professions intermédiaires	37	28,4%
Employés	36	27,7%
Ouvriers	2	1,5%
Retraités	0	0%
Sans activité professionnelle	25	19,2%

2-1-4 Caractères et habitudes de vie

Parmi les patientes de l'étude (N=130), 78,5% (n=102) se décrivaient plutôt comme des personnes sportives et/ou actives et 21,5% se disaient plutôt calmes.

De plus, concernant leur caractère, 60% (n=78) des patientes étaient de nature sereine et 40% de nature anxieuse (n=52).

2-2 Antécédents obstétricaux

2-2-1 Parité

Dans notre étude (N=130), 51,5% des patientes (n=67) étaient nullipares. Parmi les 48,5% de primipares et multipares (n=63), 71,4% d'entre elles (n=45) étaient enceintes de leur deuxième enfant, 23,8% (n=15) de leur troisième, 3,2% (n=2) de leur quatrième et 1,5% de leur sixième (n=1).

2-2-2 Antécédents

Avant leur grossesse actuelle, 23,8% des patientes (n=31) avaient déjà été confrontées à des fausses couches spontanées (FCS), 15,4% (n=20) avaient déjà subi des interruptions médicales de grossesse (IMG) et une patiente avait déjà été confrontée à une mort fœtale *in utero* (MFIU).

Au total, 33,8% des patientes interrogées (n=44) avaient déjà subi au moins un des trois antécédents obstétricaux cités. (N=130)

2-3 Grossesse actuelle

2-3-1 Terme

Le terme de grossesse des patientes, au moment de l'étude, était compris entre 18 SA et 41 SA avec une moyenne de $33,13 \pm 4,80$ SA (N=130).

La majorité des patientes était dans leur 8^{ème} mois de grossesse (entre 32 SA et 37 SA) : 54,6% (n=71).

20,8% des patientes (n=27) étaient dans leur 9^{ème} mois de grossesse (entre 37 et 41 SA), 10% (n=13) étaient dans leur 7^{ème} mois (entre 28 et 32 SA), 8,5% (n=11) étaient dans leur 6^{ème} mois, 5,4% (n=7) étaient dans leur 5^{ème} mois et une patiente était à 18 SA. (N=130)

2-3-2 Déroulement de la grossesse

Pour 17,7% des femmes interrogées (n=23 / N=130), la grossesse actuelle était compliquée d'une pathologie ou d'une complication ayant entraînée une hospitalisation.

Les pathologies évoquées étaient :

- menace d'accouchement prématuré (MAP) : 10% (n=13)
- diabète gestationnel : 4,6% (n= 6)
- retard de croissance intra-utérin (RCIU) : 2,3% (n=3)
- cholestase gravidique : 1,5% (n=2)

Enfin, une patiente avait été hospitalisée pour colique néphrétique et une autre avait fait une séroconversion de la toxoplasmose. (N=130)

(Certaines patientes avaient un diabète gestationnel en plus d'une autre complication.)

2-3-3 Cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Sur les 130 patientes de notre échantillon, 64,6% suivaient des cours de PNP (n=84).

Ainsi, 38,4% des patientes (n= 50) suivaient des cours dits « classiques », 13% (n= 17) assistaient à des cours de PNP basés sur la sophrologie, 9,2% (n=12) basés sur l'haptonomie, et 3,8% (n=5) des cours en piscine.

3- Perception maternelle des MAF

3-1 Premiers mouvements

3-1-1 Terme des premiers mouvements ressentis

Les premiers mouvements étaient ressentis en moyenne à $18,39 \pm 3,09$ SA (N=116). La majorité des patientes (19,8%) a ressenti les premiers MAF à 17 SA (n=23). Le terme le plus précoce cité par une patiente était 10 SA et le plus tardif était 30 SA.

Nous avons cherché à savoir si certains facteurs maternels avaient une influence sur le terme des premiers mouvements ressentis par la mère. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : Facteurs influençant la perception maternelle des premiers MAF

Facteurs maternels	P-value
Age	0,17
IMC	0,38
Parité	0,02
Travail	0,86
Antécédents obstétricaux (FCS, IMG, MFIU)	0,36
Cours de PNP	0,58
Cours de PNP « classiques »	0,11
Cours de PNP basés sur la sophrologie	0,93
Cours de PNP basés sur l'haptonomie	0,03
Sportive/active ou calme	0,54
Anxieuse ou sereine	0,32

La moyenne des premiers MAF ressentis chez les patientes ayant déjà des enfants était 17,7 SA et 19 SA pour les patientes nullipares.

La moyenne des premiers MAF ressentis chez les patientes qui suivaient des cours de PNP basés sur l'haptonomie était 17,1 SA et 18,5 pour les autres patientes.

3-1-2 Perception des premiers mouvements

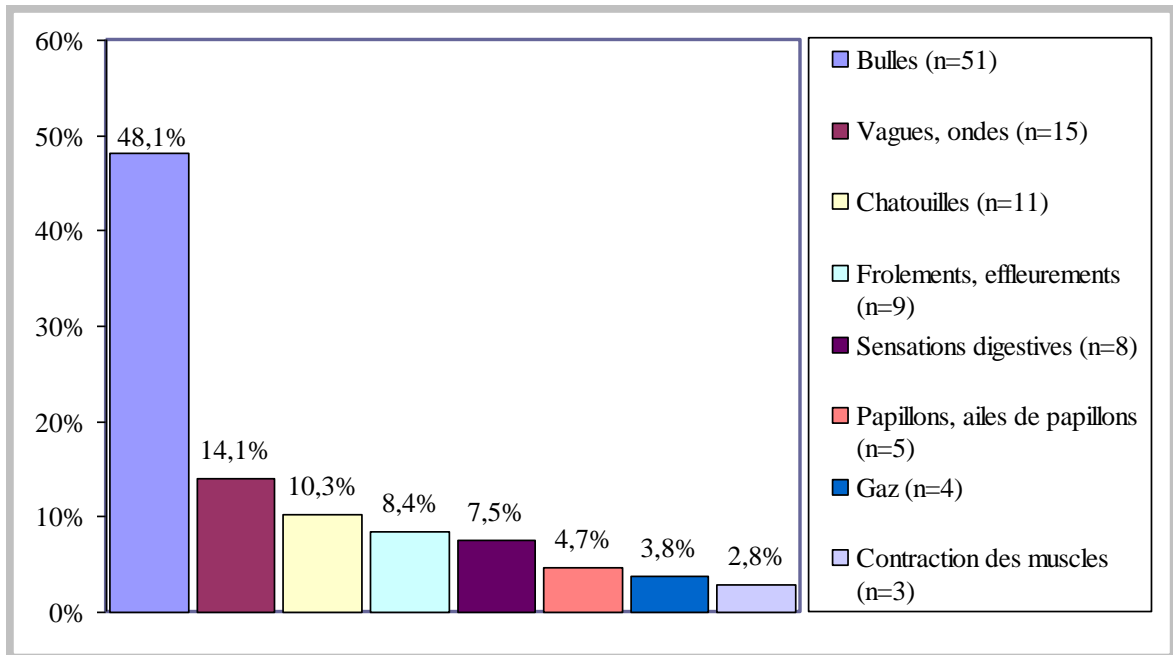


Figure 2 : Description de la sensation des premiers mouvements par les mères (N=106)

(La réponse à cette question était libre, 93 patientes ont répondu à cette question.)

3-2 Ressenti des MAF

3-2-1 Position

Les résultats montrent que les patientes de notre échantillon ressentent davantage les MAF lorsqu'elles étaient allongées sur le dos (37,4%, n=94), puis la position assise vient en deuxième position (28,6%, n=72), la position allongée sur le côté (25,9%, n=65) et en dernier, la position debout (7,97%, n=20). (N=251)

(Il s'agissait d'une question à choix multiples. Toutes les patientes ont répondu à cette question.)

3-2-2 Moment de la journée

La majorité des patientes ont répondu qu'elles ressentent plus les MAF le soir (61,3%, n=103). 11,9% (n=20) ont cité le matin, 10,7% (n=18) ont cité l'après-midi, 2,3% (n=5) le midi et 1,8% (n=3) la nuit.

11,3% des patientes (n=19) disaient ressentir les MAF tout au long de la journée, sans citer de moment en particulier. (N=168)

(La réponse était libre et certaines patientes ont cité plusieurs moments de la journée.)

Les patientes qui travaillaient ne citaient pas forcément plus « le soir » que les patientes qui ne travaillaient pas. (p-value= 0,08)

3-2-3 Stimulation physique

69,2% des femmes interrogées ressentaient les mouvements de leur enfant après l'avoir stimulé en palpant leur ventre (n=90 / N=130).

3-2-4 Environnement

Environ la moitié des patientes (49,2% ; n=64) disaient ressentir davantage les MAF lorsque l'environnement était bruyant ou qu'elles écoutaient de la musique. L'autre moitié (50,8% ; n=66) disait que le bruit n'intervenait pas. La différence entre les deux n'est pas significative. (N=130)

En revanche, 77,7% des femmes interrogées sentaient plus nettement les mouvements de leur enfant lorsqu'elles étaient dans un endroit calme et au repos (n=101 / N=130).

3-2-5 Changement de position

La majorité des patientes (77,7%) jugeaient que leur enfant bougeait davantage une fois qu'elles avaient bougé ou changé de position (n=101 / N=130).

3-2-6 Activité physique

53% (n=69) des patientes ressentaient davantage les MAF après avoir pratiqué une activité physique, que ce soit par exemple du sport, ou du ménage. 46,9% (n=61) trouvaient que cela n'y changeait rien. (N=130)

La différence n'est pas significative.

3-2-7 Contractions utérines

76,1% des patientes ne ressentait pas plus les MAF après avoir eu une contraction utérine. (n=99 / N=130)

3-2-8 Langage avec l'enfant

Pour 65,4% (n=85) des patientes, parler en s'adressant à leur enfant ne changeait rien à l'activité de celui-ci. (N=130)

3-2-9 Entourage

Plus de la moitié des femmes de notre échantillon (53,8% ; n=70) ont répondu ressentir davantage les MAF lorsque le père de l'enfant était présent à leurs côtés. (N=130)

En revanche, parmi les femmes qui avaient déjà des enfants (N=63), environ la moitié (50,8% ; n=32) a répondu sentir les MAF lorsque les autres enfants sont présents à leurs côtés, mais l'autre moitié estimait que cela n'y changeait rien. La différence n'est pas significative.

3-2-10 Evolution du ressenti des MAF au cours de la grossesse

Parmi les patientes parvenues au troisième trimestre de leur grossesse (N=111), 73% (n=81) percevaient une évolution dans les mouvements à ce stade par rapport aux deux premiers trimestres.

Les patientes ont alors précisé leur réponse. Dans l'ordre décroissant, les précisions étaient : - mouvements plus intenses à 57,4% (n=62)

- mouvements plus fréquents à 16,7% (n=18)

- mouvements plus précis à 12% (n=13)

Quelques patientes percevaient également des mouvements plus lents à 4,6% (n=5), des mouvements moins précis à 3,7% (n=4), une différence dans la position des mouvements à 2,8% (n=3), ou encore des mouvements moins fréquents à 2,8% (n=3).

(Certaines patientes ont donné plusieurs précisions) (N=108)

Parmi les patientes ayant atteint leur dernier mois de grossesse (N=27), la moitié ressentait une évolution dans les mouvements au 9^{ème} mois (n=14) par rapport aux autres mois, mais l'autre moitié trouvait que la perception était la même (n=13).

Les précisions apportées par les patientes du premier groupe étaient principalement : des mouvements moins fréquents (n=6) ou des mouvements plus intenses (n=4). Certaines citaient des mouvements plus précis (n=2) ou des mouvements plus fréquents (n=2).

4- Impressions de la femme enceinte au ressenti des MAF

4-1 Réaction maternelle aux MAF

4-1-1 Réaction aux premiers mouvements

Cinq propositions étaient faites pour cette question à choix multiples qui appréciait la réaction des mères lorsqu'elles ont ressenti les premiers MAF.

Dans l'ordre décroissant, les réponses étaient : - Joie à 44,5% (n=113)

- Soulagement à 26% (n=66)

- Surprise à 22,8% (n=58)

- Peur à 0,8% (n=2)

- Douleur à 0,8% (n=2)

La réponse « autre » était possible, les patientes citaient alors à 5,1% (n=13) avoir eu un « doute », une « incertitude » face aux premiers mouvements ressentis. (N=254)

4-1-2 Réaction aux MAF en général

Sur les 129 mères ayant répondu à cette question à choix multiples (N=249) précisant leur réaction par rapport MAF au quotidien :

- 43,4% (n=108) parlent à leur enfant, essaient de le toucher et d'établir une relation avec lui

- 38,6% (n=96) appellent le père ou les autres enfants de la famille

- 18% (n=45) restent attentives aux mouvements de leur enfant sans intervenir

4-2 Représentation de l'enfant par les mères

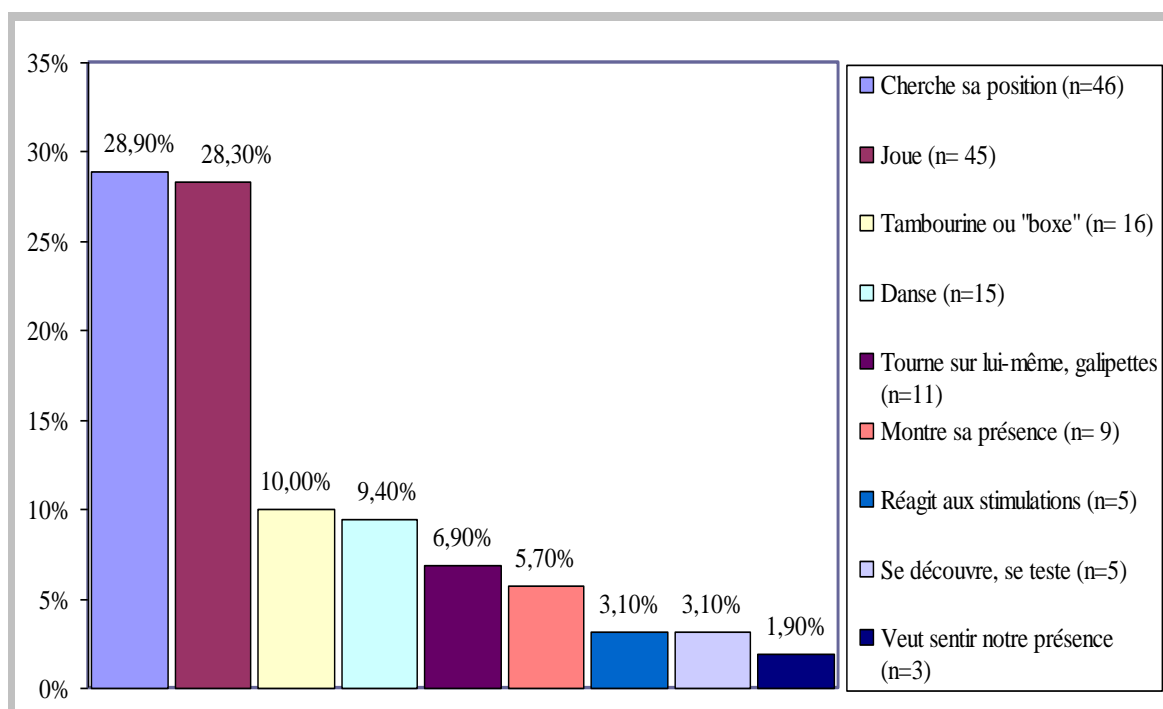


Figure 3 : Représentations de l'enfant par les mères lors des mouvements (N=159)

Etaient également cités : - Il bouge ses pieds à 1,3% (n=3)

- Il se développe, ne se sent pas bouger à 0,6% (n=1)

- Il a faim à 0,6% (n=1)

(La réponse à cette question était libre. 123 patientes ont répondu.)

4-3 Interprétation des MAF par les mères

4-3-1 MAF et communication mère-enfant

Parmi les patientes de notre échantillon, la majorité pensait que leur enfant voulait leur communiquer quelque chose par ses mouvements (57,7% ; n=75 / N=130).

Les raisons évoquées par les mères sont précisées ci-dessous.

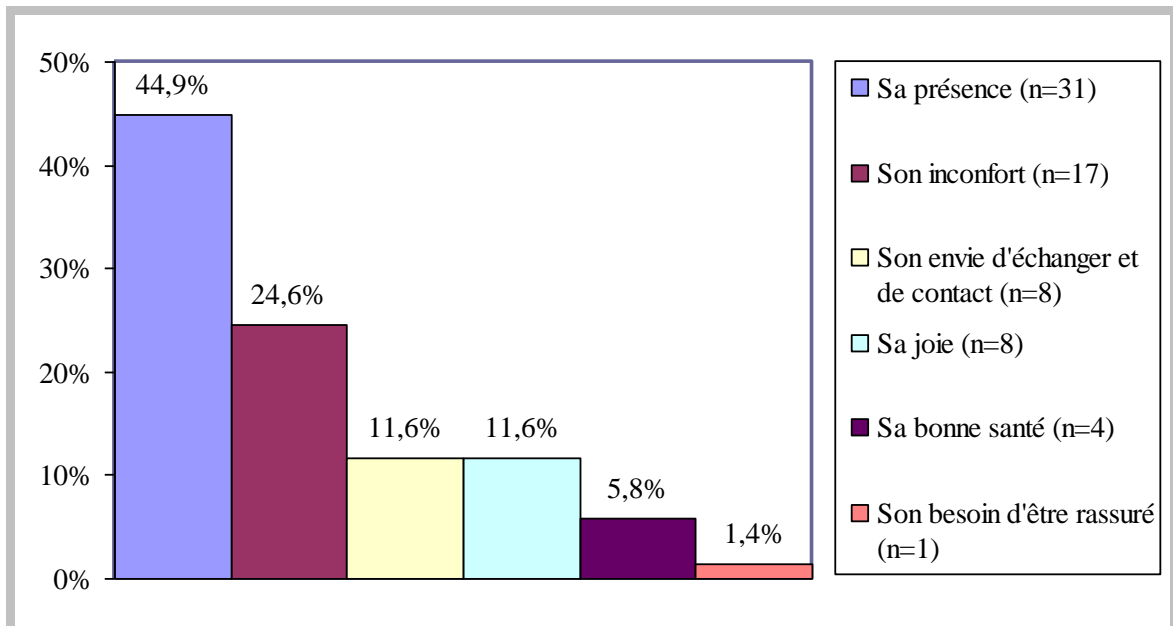


Figure 4 : MAF et communication mère-enfant (N=69)

(13 patientes pensaient que leur enfant voulait leur communiquer quelque chose par ses mouvements mais n'ont pas précisé. Certaines patientes ont évoqué plusieurs raisons).

4-3-2 MAF et santé de l'enfant

77,7% des mères pensaient que la quantité des mouvements de leur enfant reflétait son état de santé. (n=101 / N= 130)

63,8% des mères pensaient que la qualité des mouvements reflétait son état de santé. (n= 83 /N=130)

4-3-3 MAF et confort de l'enfant

62,3% des patientes de notre échantillon décelaient une différence dans les mouvements de leur enfant selon le confort de ce dernier. (n=81 / N =130)

Ainsi, si ces patientes sentaient que leur enfant était inconfortable, 96,3% changeaient de position. (n=78 / N=81)

A l'inverse, si elles sentaient que leur enfant était bien installé, lorsqu'elles adoptaient une position particulière, 92,6% renouvelaient cette position. (n=75 / N=81)

5- Consultation pour diminution des MAF

Seulement 6,9% des patientes de notre étude avaient déjà consulté en urgence pour diminution des MAF. (n=9 / N=130)

Les patientes de nature anxieuse n'avaient pas plus consulté que les autres patientes pour diminution des mouvements. (p-value = 0,27)

De plus, les patientes ayant eu des antécédents obstétricaux comme des FCS, IMG ou MFIU n'avaient pas plus consulté que les autres patientes. (p-value = 0,48)

Sur les 9 patientes ayant consulté pour diminution des MAF, l'une d'entre elles présentait un diabète gestationnel, une autre avait déjà été hospitalisée pour MAP. Enfin, une troisième patiente avait été suivie pour un RCIU.

DISCUSSION

DISCUSSION

1- Critique

1-1 Points forts de l'étude

1-1-1 Sujet et participation

Si les mouvements fœtaux ont bien été décrits dans la littérature, peu d'informations concernant la perception de ces mouvements par la mère ont été retrouvées.

Il semblait donc intéressant de proposer un sujet nouveau, donnant la parole aux mères. Ainsi, ce sujet a beaucoup plu auprès des mères qui ont rarement refusé de participer et toujours répondu aux questions avec rigueur et sincérité.

Les professionnels de santé étaient également enthousiastes vis-à-vis de ce sujet et tous ont accepté de distribuer le questionnaire à leurs patientes. Certains ont fait part de leur désir de recevoir une copie de ce mémoire.

1-1-2 Population

Les critères d'exclusion étaient volontairement peu nombreux afin d'obtenir des réponses d'une population hétérogène. De ce fait, notre échantillon comprenait des patientes de tous âges, aux catégories socio-professionnelles variées, aux antécédents obstétricaux différents, avec un déroulement de grossesse différent, simple ou non (à l'exception des IMG et MFIU). Il en est résulté des réponses diverses, intéressantes à analyser.

1-2 Biais de l'étude

1-2-1 Etude d'une perception

La principale difficulté de notre étude était d'évaluer une perception. Il était question, en effet, de ressenti, de représentations et d'interprétations. Ceux-ci sont souvent influencés par les différentes valeurs socio-culturelles de chacun.

De même, mettre des mots sur une perception paraît délicat. Il est possible que les mots employés par les femmes interrogées ne représentent pas toujours exactement la

perception ressentie, même si certaines réponses, très précises, laissaient penser le contraire.

Enfin, le fait d'évaluer une perception en posant aux patientes des questions ouvertes amenait obligatoirement beaucoup de réponses diverses et variées. Pourtant, afin d'analyser les résultats, il a fallu regrouper et ranger ces réponses par idées, ce qui diminue un peu l'authenticité des réponses des patientes.

1-2-2 Difficulté d'analyser certains critères

Par manque de cas dans notre échantillon, certains critères étaient difficiles à analyser.

Par exemple, il aurait été intéressant d'étudier le ressenti des mouvements fœtaux chez des patientes ayant déjà vécu des FCS, IMG ou MFIU, en séparant chacun des critères, mais le faible nombre de cas nous a amené à regrouper ceux-ci.

Nous souhaitons également explorer la relation entre différents critères et le fait de consulter pour diminution des MAF. Cette analyse était difficilement interprétable par le faible nombre de patientes de notre échantillon ayant consulté pour cette raison.

2- Discussion

2-1 Perception des premiers MAF et facteurs influençant leur ressenti

2-1-1 Terme de perception des premiers mouvements

Dans notre étude, les premiers mouvements étaient perçus en moyenne à 18,39 SA. Ce résultat est en accord avec les études précédentes qui concluaient que les premiers mouvements étaient ressentis entre 18 et 20 SA. [1] [13]

Néanmoins, certaines patientes percevaient ces mouvements à un terme bien plus précoce (dès 10 SA pour l'une d'entre elles). Effectivement, d'après les études sur les mouvements fœtaux, un fœtus est capable de bouger dès 7 SA (mouvements d'ondulation), puis les mouvements deviennent de plus en plus amples et perceptibles. [2] [3] [4]

Ainsi, en tant que professionnels, même si cela peut nous paraître trop tôt pour que ces faits correspondent à des mouvements fœtaux, il apparaît important de ne pas dédaigner la parole des mères et d'apprendre à les écouter.

A l'inverse, certaines patientes de notre étude ressentaient les premiers mouvements bien plus tardivement, dès 30 SA seulement. Cela nous amène alors à nous interroger sur l'état de santé de l'enfant : est-il en bonne santé ? Présentait-il des anomalies visibles aux échographies ?

Par ailleurs, cela peut également nous interpeller sur l'état psycho-affectif de la mère : est-elle investie dans sa grossesse ? Est-ce une grossesse bien acceptée ?

2-1-1 Facteurs qui influencent leur perception

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence de perception des mouvements selon l'âge des patientes.

En ce qui concerne l'hypothèse selon laquelle les femmes en surpoids sentaient moins que les plus minces les mouvements fœtaux, en raison de leur masse grasseuse plus importante, n'était pas vérifiée dans notre étude. Cela a rejoint l'étude de Weindrelein qui concluait que le poids n'intervenait pas dans la perception des mouvements. . Dans l'exercice de notre profession, nous ne pouvons donc pas établir de lien entre IMC et qualité de perception des mouvements fœtaux. [10]

Le fait d'exercer une profession, et d'être ainsi, peut être, moins attentive à sa grossesse et aux premiers mouvements de l'enfant, aurait pu influencer le terme de

perception des premiers MAF. Pour la même raison, il était possible de penser que les patientes sportives et actives, ressentiraient les premiers MAF plus tard que les femmes calmes, peut-être plus à l'écoute. Pourtant, dans les deux situations, cela n'a apporté aucune différence dans la population de notre échantillon. Ainsi, ni le travail, ni l'activité ne semblent pas diminuer l'attention qu'ont les femmes envers leur enfant.

Nous cherchions également à savoir si l'angoisse jouait un rôle dans la perception des mouvements. Les femmes anxieuses étaient peut-être plus attentives, plus dans l'attente des premiers mouvements, et les percevaient plus tôt que les autres. A l'inverse, l'angoisse entraînait peut-être un état de tension intérieure, musculaire, qui les empêchait de sentir leur enfant. Dans notre étude, la différence entre les patientes qui se décrivaient comme anxieuses, et les autres, n'était pas significative. De même, les patientes qui avaient vécu des antécédents obstétricaux malheureux (FCS, IMG, MFIU) sentaient les premiers mouvements de leur enfant environ au même terme que les autres. Les hypothèses énoncées ne sont donc pas vérifiées.

Comme dans les précédentes recherches, dans notre étude, la parité jouait un rôle dans la perception des mouvements par la mère dans notre étude. [1] [13]

En effet, la différence était significative (p -value = 0,02). Ainsi, les patientes ayant déjà eu des enfants percevaient les premiers mouvements de leur enfant plus précocement (vers 17,7 SA) que les patientes nullipares (vers 19 SA). Cela nous amène à penser que les tissus (du muscle utérin, des ligaments, du périnée), devenus plus souples après une première grossesse, se laissent distendre plus facilement. Les femmes primipares et multipares seraient, de ce fait, susceptibles de sentir les premiers mouvements plus tôt que les nullipares. En outre, le fait d'avoir déjà vécu une grossesse, et déjà ressenti des mouvements fœtaux, aide certainement à distinguer les premiers mouvements plus rapidement.

Par ailleurs, dans la majorité des cas, les cours de PNP, suivis par certaines patientes, n'avançaient pas le terme auquel elles ressentait les premiers mouvements. Ceci s'explique certainement par le fait que les cours de PNP sont dispensés en fin de grossesse, et les patientes ont déjà ressenti des MAF. Par contre, les mères qui suivaient des cours de PNP basés sur l'haptonomie semblaient percevoir les premiers mouvements plus tôt que les autres : en moyenne à 17,1 SA et 18,5 SA pour les autres (p -value = 0,03).

Effectivement, en haptonomie, la première séance peut se situer autour de 15 SA, le but étant d'aider la mère à percevoir l'espace dans lequel est l'enfant. [20]

D'une part, cette « science de l'affectivité » semble donc aider et accompagner les mères dans leur ressenti des mouvements. D'autre part, il est possible que les patientes intéressées par ce type de pratique soient, de nature, plus sensibles à leur ressenti.

2-2 Repos de la mère et perception accrue des mouvements

Le repos maternel semble être un élément important dans le ressenti des mouvements de leur enfant, comme l'a montré notre étude à plusieurs reprises.

En premier lieu, la plupart des patientes sentaient que leur enfant bougeait plus souvent le soir : « en fin de journée » et « au coucher » (à 61,3%). Le matin était cité en deuxième position (à 11,9%). Beaucoup de patientes ajoutaient en annotation : « au repos ». Mieux, la grande majorité des femmes interrogées (77,7%) ont répondu que leur enfant bougeait davantage lorsqu'elles étaient dans un endroit calme et au repos. Les mères étaient donc certainement plus à l'écoute de leur enfant lorsqu'elles étaient au repos qu'en activité.

Ainsi, il était possible de penser que la perception était différente chez les femmes qui travaillaient et étaient « au repos » le soir en rentrant, par rapport à celles qui ne travaillaient pas qui remarquaient peut être d'autres périodes d'activité fœtale importante dans la journée. Mais la différence entre les deux n'était pas significative. Même si cette idée de repos « psychologique » n'est pas à abandonner, elle n'est peut-être pas suffisante. Il faut également préciser que nos résultats étaient en accord avec les recherches précédentes qui distinguaient des phases d'éveil et de sommeil chez le fœtus dès 20 SA. Il en ressortait deux pics d'activité plus importante : le matin (vers 7h) et le soir (entre 21h et 1h du matin). [2] [6]

De plus, notre étude a montré que la majorité des patientes percevaient davantage les mouvements de leur enfant lorsqu'elles étaient allongées sur le dos (cité à 37,4%) que lorsqu'elles étaient debout (cité à 7,97%). Cela correspond également aux études

précédentes. [10] En effet, dans cette position, la mère est au repos « physiquement ». Le diaphragme, les muscles abdominaux, l'utérus et le périnée se détendent. Ainsi, l'enfant, moins tendu dans ce nouvel espace, peut se détendre. De son côté, la mère, une fois ses muscles relâchés, est plus apte à percevoir les mouvements de l'enfant.

Par ces résultats, il semble que d'une part, le repos « psychologique » de la mère la rend plus attentive aux mouvements de son enfant, et que, d'autre part, le repos « physique » de la mère détend ses muscles et permet à l'enfant de bouger librement. Cela expliquerait les phases d'activité importante de l'enfant : tôt le matin et tard le soir, lorsque la mère est allongée dans son lit.

2-3 Descriptions et représentations des mouvements de l'enfant par les mères

La description des premiers mouvements fœtaux par les mères était amusante. Elles les comparaient principalement à des « bulles », et particulièrement à des « petites bulles qui éclatent » (48,1%). D'autres mères décrivaient des « vagues » ou des « ondes » qui « se déplaçaient dans de l'eau » (14,1%). Certaines parlaient de « chatouilles » (10,3%), de « frôlements » ou de « petites caresses » (8,4%). Plusieurs patientes citaient des « ailes de papillons » (4,7%), un « ver qui se balade » ou encore un « poisson qui se faufile ». Les sensations perçues sont donc nombreuses et différentes selon les femmes. A nous, professionnels, de nous adapter et ne pas imposer aux patientes les sensations qu'elles doivent avoir. Certaines femmes pourraient alors se sentir embarrassées ou douter de ce qu'elles perçoivent car ce ne serait pas la sensation « attendue ».

D'ailleurs, quelques patientes confiaient avoir eu une incertitude quant aux premiers mouvements. Le « doute » n'était pas une réponse proposée dans notre questionnaire mais 5,1% des patientes l'ont ajouté. De même, quelques patientes comparaient les premiers mouvements à des « sensations digestives » (7,5%), ou encore des « contractions des muscles » (2,8%). Difficile donc pour elles, de distinguer réellement les mouvements de leur enfant. Encore une fois, il semble bon de les rassurer et de les encourager, à témoigner de leurs sensations majoritairement positives.

En marge de ces remarques, le ressenti des premiers mouvements était souvent pour les mères un moment rempli de joie (44,5%). Il était aussi source de soulagement pour 22,8% d'entre elles. Les premiers mouvements sont effectivement le premier signe de vie de leur enfant pour elles. C'est donc un moment attendu, espéré, qui leur permet de concrétiser leur grossesse et de se représenter leur enfant.

Pour cette raison, notre questionnaire proposait aux femmes d'exprimer leurs images et leurs représentations vis-à-vis de leur enfant lors des mouvements. Presque toutes les patientes de notre étude avaient répondu (N=123/130).

La majorité des mères pensaient que leur enfant « cherchait sa position » (28,9%) : « Il s'étire », « cherche une position plus confortable », « essaye de trouver sa place » ou encore « pousse pour se faire de la place ». Beaucoup imaginaient que leur enfant « jouait » (28,3%) : « Il s'amuse », « fait la fête » ou « joue avec son environnement ». Certaines le voyaient « tambouriner » ou « boxer » (10%), d'autres le voyaient « danser » (9,4%) ou encore « tourner », « faire des galipettes » (6,9%).

Ces touchantes citations sont des expressions et des verbes de la vie quotidienne, comme si leur enfant était déjà une personne à part entière. La mère lui prête même des sentiments : « il fait la fête », c'est-à-dire qu'il est joyeux. C'est plus qu'un regard bienveillant que la mère porte sur son enfant, elle lui attribue des activités et une certaine personnalité (« boxer »). Les réponses données témoignent du lien qui se tisse entre la mère et son enfant et aussi de toute une culture qui entoure déjà la vie de cet enfant dans notre société.

Du côté des précédentes recherches sur les mouvements, il était décrit des changements de position (dès 9 SA), des mouvements d'ouverture et fermeture des mains, détente et croisement de jambes (dès 13 SA). Le fœtus peut également explorer la cavité de l'utérus (16 SA) ou encore explorer son corps avec ses mains (18 SA). [2] [3] [4]
Quelques patientes avaient d'ailleurs cité : « il se découvre » ou « se teste » (3,1%).

2-4 Interaction entre la mère et l'enfant

2-3-1 Réponse aux stimulations physiques

Pour commencer, lorsque les mères se représentaient leur enfant (*Figure 3*), certaines d'entre elles pensaient que leur enfant « réagissait aux stimulations » par ses mouvements (3,1%). L'une d'entre elles ajoutait : « il tape, je le pousse, il retape plusieurs fois et ainsi de suite... ».

L'idée que l'enfant réagissait aux stimulations s'est confirmée au fil de notre étude. Effectivement, la grande majorité des mères ressentaient davantage les mouvements de leur enfant après l'avoir stimulé en palpant leur ventre (69,2%).

Nos résultats ont rejoint ceux des précédentes études qui rapportaient que le fœtus était capable de répondre aux stimuli mécaniques dès 24 SA. [3] De plus, d'autres études montraient que la stimulation physique faisait réagir le fœtus par une augmentation de son activité. [3] [8]

En outre, notre étude montrait la part maternelle de ce fait. L'enfant réagissait aux stimulations parce que la mère essayait de le stimuler et de le « toucher ». Il semble ainsi se créer une sorte d'interaction entre la mère et son enfant pendant la grossesse, à l'instar d'une rencontre, prenant parfois l'allure d'un jeu.

Par ailleurs, la stimulation par l'activité utérine était étudiée. Imposer à l'enfant une tension apportée par une contraction utérine, pouvait faire penser à une stimulation mécanique, qui augmenterait l'activité de l'enfant comme démontré précédemment. Ou à l'inverse, l'enfant était peut-être ainsi trop serré dans cet environnement entraînant plutôt une diminution de ses mouvements. Notre étude a montré que 76,1 % des femmes ne ressentaient pas plus les mouvements de leur enfant après avoir eu une contraction utérine. Mais ce résultat est difficilement interprétable dans la mesure où les patientes n'étaient pas au même terme de la grossesse. Certaines femmes n'avaient peut-être encore jamais eu de contraction ou ne les ressentaient pas. Cela ne nous permettait pas de conclure sur l'activité de l'enfant en fonction des contractions utérines. En ce qui concerne les études précédentes, elles montraient que l'influence des contractions utérines était très variable d'un fœtus à un autre. [2]

2-3-2 Adaptation mère-enfant

Lorsque les mères changeaient de position, la majorité d'entre elles sentaient que leur enfant se mettait à bouger davantage par la suite (77,7%). Un changement de position semble donc stimuler l'enfant. Nous pouvons supposer que l'espace dans lequel se trouvait l'enfant, change lorsque sa mère bouge. Il lui faut peut-être, ainsi, s'accommoder à son nouvel environnement en changeant parfois lui aussi de position, afin d'être installé plus confortablement. L'enfant semble donc s'adapter à sa mère.

De plus, la plupart des mères percevaient une différence dans les mouvements, selon le confort de ce dernier (62,3%). Elles envisageaient donc que leur enfant pouvait se sentir plus ou moins bien selon les positions.

Mieux, presque toutes les patientes réagissaient à cela. Ainsi, elles changeaient de position lorsqu'elles sentaient que leur enfant était inconfortable et renouvelaient une position particulière lorsqu'elles pensaient que leur enfant était bien ainsi (96,3% et 92,6%). La mère semble donc s'adapter à son enfant.

Tous ces éléments nous suggèrent qu'il existe une réelle interaction entre la mère et son enfant pendant la grossesse. D'abord, par les stimulations que la mère exerce envers son enfant et par les réponses de ce dernier, puis par les mécanismes d'adaptation dont ils font preuve l'un envers l'autre.

D'après l'étude de M-W Lewis, ces interactions sont importantes dans l'établissement de l'attachement materno-fœtal. [18] Cela nous amène à l'idée de lien mère-enfant naissant pendant la grossesse.

2-5 Lien avec l'enfant

2-4-1 Evolution de la relation mère-enfant

Comme nous l'avons vu, les premiers mouvements étaient vivement attendus par les mères qui le vivaient comme un moment de joie, même si les sensations ressenties par les mères à cette période étaient légères, peu intenses, comparées souvent à des « petites bulles ». Puis, ces sensations semblaient s'accroître, amenant les mères à se représenter leur enfant.

En effet, la grande majorité des patientes percevaient une évolution dans les mouvements au troisième trimestre de grossesse (73%). Elles décrivaient principalement des mouvements plus intenses, plus fréquents et plus précis. D'ailleurs, les précédentes études ont montré une augmentation progressive du nombre de mouvements fœtaux en fonction du terme, dont le maximum était atteint entre la 29^{ème} et la 38^{ème} SA. [6]

Ainsi, les mères perçoivent les mouvements de leur enfant de mieux en mieux avec l'avancement de leur grossesse.

En outre, l'étude de M-W Lewis a révélé que certains signes pouvaient prédire la force de l'attachement materno-fœtal, comme l'âge de gestation ou la perception des mouvements de l'enfant par la mère.[17] [18]

D'après ces résultats et ceux de notre étude, il semble que la relation mère-enfant évolue en même temps que la perception des mouvements s'accroît et que l'attachement de la mère pour son enfant s'accroît tout au long de la grossesse.

Enfin, la réaction des mères lors des mouvements de leur enfant a mis en lumière l'importance qu'elle leur porte au quotidien. Lorsqu'elles les percevaient, un grand nombre de patientes parlaient à leur enfant, essayaient de le toucher et d'établir une relation avec lui (43,4%).

2-4-2 Communication mère-enfant

Dans notre étude, plus de la moitié des mères pensaient que leur enfant voulait leur communiquer quelque chose par ses mouvements (57,7%). Le lien qui existe entre la mère et son enfant ressort alors une fois de plus.

Qui plus est, la majorité des mères pensaient que leur enfant voulait leur manifester « sa présence » par ses mouvements (44,9%). Les phénomènes d'interaction mère-enfant ressortaient également lorsqu'elles citaient qu'il voulait manifester « son envie de contact » et « d'échange » (11,6%), ou encore qu'il exprimait « son inconfort » (24,6%). Certaines mères pensaient que leur enfant exprimait « sa joie », ce qui renforce la notion de vision positive de la mère envers son enfant (11,6%).

Dans le même temps, de nombreuses mères estimaient que le fait de parler en s'adressant directement à leur enfant ne changeait rien à son activité (65,4%). Beaucoup de mères parlent à leur enfant pendant leur grossesse ce qui montre leur attention et leur envie de partager avec leur enfant, mais d'après ce résultat, nous pouvons aussi supposer que la communication mère-enfant est davantage basée sur les émotions et le ressenti que sur la pensée et le langage.

2-4-3 Relation avec la famille

Un lien intime mère-enfant paraît ainsi s'établir pendant la grossesse, qui n'exclut pas toutefois les autres membres de la famille : le père et la fratrie.

Leurs relations avec l'enfant à naître sont apparues à maintes reprises dans les réponses des mères. Au ressenti des mouvements de leur enfant, beaucoup de patientes appelaient le père, et parfois les autres enfants de la famille afin qu'ils viennent interagir eux aussi avec l'enfant (38,6%).

Notre étude a exprimé une petite différence toutefois dans la relation entre le père et l'enfant et entre la fratrie et l'enfant à naître. En effet, la moitié des patientes ressentaient davantage les mouvements de leur enfant lorsque les autres enfants étaient à leur côté (50,8%). Lorsque le père de l'enfant était à leur côté, un peu plus de la moitié des femmes jugeaient que l'activité de leur enfant augmentait (53,8%). Cette différence est faible mais elle peut interroger tout de même. Les mères encouragent-elles plus volontiers la relation père-enfant ? L'enfant perçoit-il mieux la présence de son père que celle de ses frères et sœurs ? Les interactions entre la fratrie et l'enfant à naître sont-elles du même ordre que celles du père et de l'enfant ? Il est également envisageable que les autres enfants aient été simplement trop jeunes, ou moins présents aux côtés de la mère que le père.

2-6 Ressenti par la mère de l'état de santé de l'enfant

Dans l'exercice de notre profession, la diminution des MAF est un symptôme bien connu, pouvant évoquer de nombreuses pathologies obstétricales possibles, dont la mort fœtale *in-utero*. Ainsi, en consultation, cette notion est intégrée dans l'interrogatoire indispensable adressé à la patiente : « Votre enfant bouge-t-il bien ? »
Difficile pour les mères de comprendre cette question et de définir s'il bouge « bien ».

Notre étude n'était pas axée sur la diminution des mouvements actifs fœtaux en particulier. Seules 9 patientes avaient déjà consulté en urgence pour cette raison. Il était donc compliqué d'analyser les données. En revanche, cette notion d'état de santé de l'enfant revenait à plusieurs reprises dans notre étude.
Par exemple, lorsque les patientes parlaient de la communication avec leur enfant, quelques mères pensaient que celui-ci leur manifestait « sa bonne santé » par ses mouvements ou citaient « il montre qu'il va bien » (5,8%). Ces quelques mères associaient donc les mouvements à l'état de santé de leur enfant.

Cela devenait plus probant lorsque, dans notre étude, 77,7% des mères répondaient que la quantité des mouvements de leur enfant reflétait son état de santé. Ainsi, la majorité n'ignorait pas que si le nombre de mouvements diminuait, leur enfant allait peut-être moins bien. Il n'est pas rare, au cours des consultations de suivi de grossesse, qu'il soit dit aux mères que le nombre des mouvements de leur enfant doit être supérieur à dix par jour (d'après la technique de Cardiff). De ce fait, les mères semblent plutôt bien informées quant à la diminution des mouvements. Cependant, cette information peut aussi être source d'angoisse pour certaines qui compteraient alors les mouvements de leur enfant chaque jour, pour s'assurer de sa bonne santé.

Par ailleurs, plus de la moitié des mères différenciaient la qualité des mouvements de leur enfant et pensaient qu'elle reflétait son état de santé (63,8%). Il est intéressant de voir que les mères se sentent capables de ressentir le bien-être ou non de leur enfant non seulement par la quantité de ses mouvements mais également par la qualité. Ainsi, en tant que professionnels de santé, il semble bon d'écouter et entendre ce que ressentent les mères, tout en réalisant le nécessaire avec nos connaissances et notre matériel médical, afin de veiller au mieux sur l'état de santé de l'enfant.

3 - Propositions

Nous avons la chance de vivre dans une société qui dispose de technologies médicales avancées qui nous permettent de surveiller le bien-être fœtal de manière rigoureuse. Ceci ne nous dispense pas, bien entendu, d'écouter les paroles des mères, très attentives aux perceptions des mouvements de leur enfant et qui se sentent ainsi capables de déceler une différence selon l'état de santé de celui-ci. Il apparaît donc important, en tant que professionnels de santé, d'en tenir compte et de les encourager dans leur ressenti, autant que d'approfondir la surveillance grâce à nos connaissances et nos outils médicaux.

La question posée aux mères lors de chaque consultation : « Votre enfant bouge-t-il bien ? » est une question qui induit un questionnement rationnel et ne fait pas appel à leur ressenti. Cette question, par sa forme, induit une réponse efficace. Est-elle adaptée aux perceptions diverses et variées des mères ? Ne pourrions-nous pas transformer cette question afin qu'elle ouvre la mère à exprimer son ressenti, par exemple : « Comment va votre enfant, comment le sentez-vous bouger ? » Cette question positionne la mère dans son lien avec son enfant, lui permet de décliner de façon ouverte ce qu'elle sent et vit, et nous oblige à mettre cet enfant au cœur de la consultation, non comme « objet fœtal », mais en temps qu'être humain en lien avec sa mère.

Le repos des mères, tant physique que psychologique semble jouer un rôle par rapport à l'activité fœtale et à la perception maternelle de celle-ci. La tension apportée par des paroles trop directes ou par un examen médical parfois brusque ou intrusif, serait alors délétère pour l'enfant et la mère. Une mise en confiance engendrée par une attitude bienveillante, ainsi qu'une approche délicate de la patiente semblent nécessaires afin de ne pas perturber la mère et son enfant.

Bien que les mères aient, d'une certaine façon, un rôle à jouer dans la surveillance du bien-être de leur enfant, si une complication ou une pathologie est décelée, la surveillance est alors remise entre les mains du corps médical. En ces instants, il est bon de rappeler à la patiente de rester concentrée sur son enfant afin de continuer à nourrir le lien mère-enfant qui se noue dès la grossesse. Ainsi, de notre côté, dans ces situations, les mots employés lors du dialogue avec la patiente sont importants. Il ne faut pas oublier que ceux-ci peuvent parfois l'éloigner de son enfant et casser ce lien essentiel.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les avancées et les nouvelles technologies médicales ont permis de décrire les mouvements actifs fœtaux précisément mais ont relégué au second plan la perception maternelle de ceux-ci. A travers ce mémoire, nous avons pu explorer les perceptions et les représentations de ces mouvements par les mères.

Les premiers mouvements sont ressentis environ entre 18 et 19 SA. La parité était le seul facteur maternel susceptible d'influencer le terme auquel ils étaient perçus dans notre étude. Certains cours de PNP, en accompagnant les mères dans leur ressenti, permettent parfois d'avancer ce terme.

Notre étude a montré que la perception des mouvements par la mère est accrue lorsque celle-ci est au calme et détendue, il semble alors important, en tant que professionnel, d'être délicat, tant dans nos paroles que dans nos gestes, afin de ne pas léser cette perception.

La notion de lien avec l'enfant ressort particulièrement lors de l'étude de la perception maternelle des mouvements fœtaux. Les interactions que la mère entretient avec lui, ses diverses représentations de l'enfant, et le fait d'avoir l'impression qu'il veut communiquer avec elle témoignent de l'attachement et du lien mère-enfant qui se nouent et s'accroissent tout au long de la grossesse.

Les mères associent fréquemment l'état de santé de leur enfant aux mouvements dont il fait preuve. Mieux, elles se sentent capables de déceler une différence selon son bien-être en fonction de la quantité et de la qualité de ceux-ci. Il apparaît donc bénéfique, en tant que sage-femme, d'abord et toujours, d'écouter les mères, de tenir compte de leurs paroles, de leurs émotions, de leurs vécus et de leurs ressentis. Nous devons les accompagner humainement et bien entendu médicalement en cas de nécessité, à la lumière de notre formation.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Blanchard M, Vanacker L. La perception des mouvements actifs fœtaux par la femme enceinte : un enjeu préventif pour le bien-être fœtal [travail de Bachelor de science HES-SO de sage-femme, Haute Ecole de Santé Vaud]. Lausanne ; 2012.
- [2] Université de Paris. (page consultée le 25 octobre 2013). Mouvements fœtaux, [en ligne]. <http://www.uvp5.univ-paris.fr/>
- [3] Stréri A, Lécuyer R, Pêcheux MG. Le développement cognitif du nourrisson. Paris : Nathan ; 1999.
- [4] Kribeche A. Détection et analyse des signaux ultrasonores d'un dispositif Doppler multi-capteurs pour le suivi de l'activité fœtale [thèse de Doctorat, Université de santé, Sciences et Technologies]. Tours ; 2005.
- [5] Timor-Tritsh I, Zador I, Hertz RH et al. Classification of human fetal movements. *Am J Obstet Gynecol.* 1976 may; 126 (1): 70-77.
- [6] Abbara A. (page consultée le 24 novembre 2013). Analyse de l'activité motrice embryo-fœtale et l'état d'éveil et de sommeil du fœtus, [en ligne]. <http://www.aly-abbara.com/>
- [7] Sadovsky E, Yaffe H, Polishuk WF. Fetal movements monitoring in normal and pathologic pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 1974; 12: 75-79.
- [8] Diego MA, Dieter JN, Field T et al. Fetal activity following stimulation of the mother's abdomen, feet and hands. *Dev Psychobiol.* 2002 Dec; 41 (4): 396-406.
- [9] Busnel MC. Le langage des bébés. Savons-nous l'entendre ? Escalquens : Grancher ; 1993.

- [10] Bocquet A. La diminution des mouvements actifs fœtaux au troisième trimestre [Mémoire de sage-femme, Ecole de sages-femmes]. Nancy ; 2010.
- [11] Boog G. Maternal determination of fetal movements. A sure and simple method of monitoring the pregnancy. Rev fr Gynecol Obstet. 1988 Nov; 83 (11): 693-695.
- [12] Swartjes JM. Maternal perception of fetal movements: the optimal duration of a recording period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1987 Jun; 25 (2): 97-103.
- [13] Hara K, Jimbo T. Quantitative studies on maternal perception of fetal movement with two ultrasonic real time scanners. Nihon Sanka Fujinka Gakkai zasshi. 1984 Oct; 36 (10): 1907-1912.
- [14] Hijazi ZR, East CE. Factors affecting maternal perception of fetal movement. Obstet Gynecol Surv. 2009 Jul; 64 (7): 489-497.
- [15] Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing : an evaluation. Br Med J. 1976 May 29; 1 (6021): 1305-1307.
- [16] Sadovsky E. Fetal activity and fetal wellbeing. Br Med J. 1976 Sep 18; 2 (6037): 696-697.
- [17] De Nardi M. La relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la Gymnastique Sensorielle Périnatale [Dissertation de Mestrado en psychopédagogie perceptive, Faculté de Sciences humaines et sociales]. Porto ; 2012.
- [18] Marylyn Lewis. (page consultée le 21 décembre 2013). Maternal-fetal bonding among pregnant women attending prenatal care, an ecological model, [en ligne]. <http://kb.osu.edu/>
- [19] Mikulincer M, Florian V. Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy : the contribution of attachment style. Journal of social and clinical psychology. 1999; 18 (3): 255-276.

[20] Centre international de recherche et de développement de l'haptonomie. (page consultée le 20 février 2014). Présentation de l'haptonomie, [en ligne]. <http://www.haptonomie.org/>

[21] Larousse. (page consultée le 20 février 2014). Dictionnaire Larousse, [en ligne]. <http://www.larousse.fr>

ANNEXES

Questionnaire destiné aux futures mères

Bonjour, je m'appelle Sophie ANDRE, je suis actuellement en dernière année à l'école de sages-femmes de Caen. Je réalise mon mémoire en vue de l'obtention de mon diplôme d'Etat sur : **La perception maternelle des mouvements fœtaux.**

Par ce questionnaire, je sollicite votre participation afin de réaliser mon étude et je vous garantis l'anonymat des réponses.

Je vous remercie d'avance de votre collaboration dans cette recherche.

• **A propos de vous :**

1. Quel est votre âge ?.....
2. Quelle est votre taille ? Votre poids avant la grossesse ?
Votre poids actuel ?.....
3. Avez-vous déjà des enfants ? OUI NON
Si oui, combien ?
4. Avez-vous déjà été confrontée - à des fausses couches :
 OUI NON
- à des interruptions médicales de grossesse :
 OUI NON
- à des morts fœtales in-utero :
 OUI NON
5. Travaillez-vous ? OUI NON
Si oui, quelle est votre profession :
.....
Est-ce un travail qui demande des efforts physiques ? OUI NON
Est-ce un travail qui demande des efforts de concentrations intellectuelles ?
 OUI NON
Est-ce un travail qui vous fait faire beaucoup de route ? (Voiture, train, etc...)
 OUI NON
6. En général, vous êtes plutôt : active et/ou sportive calme

7. Vous êtes plutôt de nature : anxieuse sereine

8. A quel terme de votre grossesse êtes-vous ?
En semaines d'aménorrhée (si possible) :
Sinon, quelle est la date de votre début de grossesse ?
Et quelle est la date d'aujourd'hui ?.....

9. Votre grossesse actuelle a-t-elle été marquée par une pathologie ou autre évènement qui vous aurait inquiété (menace d'accouchement prématuré, hospitalisation etc...) ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous préciser ?.....

10. Faites-vous des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ?

OUI NON

Si oui, quel type ?.....

• **Les mouvements de votre bébé :**

1. A quel terme, en semaines d'aménorrhées, les avez-vous ressentis pour la première fois ?

En semaines d'aménorrhée (si possible) :

.....

Sinon, en mois (précisez début, milieu ou fin du mois) :

.....

2. Quelle a été la première perception de ces mouvements ? La compareriez-vous à une autre perception ?

.....
.....
.....

3. Vous sentez plus ces mouvements lorsque vous êtes : (plusieurs réponses possibles)

Debout

Assise

Allongée sur le dos

Allongée sur le côté

4. A quel moment de la journée sentez-vous le plus votre bébé bouger ?

.....
.....
.....

5. Vous sentez plus les mouvements de votre bébé :

- après avoir touché votre ventre (stimulation, palpation...) :

OUI NON

- lorsque vous parlez, qu'il y a du bruit autour de vous ou de la musique :

OUI NON

- lorsque vous parlez en particulier à votre bébé :

OUI NON

- après avoir bougé, changé de position :

OUI NON

- après avoir pratiqué une activité plus intense (sport, ménage ...)

OUI NON

- après une contraction :

OUI NON

- quand vous êtes dans un endroit calme, au repos :

OUI NON

- en présence du père de l'enfant :

OUI NON

- en présence de vos autres enfants :

OUI NON

• **Vos impressions au ressenti des mouvements de votre bébé:**

1. Quelle a été votre réaction aux premiers mouvements de votre bébé : (plusieurs réponses possibles)

Surprise

Peur

Douleur

Joie

Soulagement

Autre :

.....

2. Que pensez-vous qu'il fait lorsque vous le sentez bouger ? (laissez parler votre ressenti, par exemple : il joue, il danse, il tambourine etc.....)

.....
.....

3. Votre réaction à ses mouvements :

Vous lui parlez, essayez de le toucher et d'établir une relation avec lui

Vous restez attentive à ses mouvements sans intervenir

Vous appelez le père et/ou vos autres enfants

4. Pensez-vous que votre bébé veut vous communiquer quelque chose par ses mouvements ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous

préciser ?.....

5. D'après vous, la quantité des mouvements de votre bébé est-elle la garantie de sa bonne santé ?

OUI NON

6. D'après vous, la qualité des mouvements de votre bébé est-elle la garantie de sa bonne santé ?

OUI NON

7. Avez-vous déjà consulté pour une diminution des mouvements de votre bébé ?

OUI NON

8. Sentez-vous une différence dans ces mouvements selon le confort du bébé ?

OUI NON

- Si vous sentez que votre bébé est dans l'inconfort, changez vous de position ?

OUI NON

- Au contraire, si vous sentez que votre bébé est bien dans une position particulière, renouvelez-vous cette position ?

OUI NON

9. Si vous êtes au troisième trimestre de votre grossesse :

- Avez-vous perçu une différence dans ces mouvements entre avant le 6^e mois et après le 6^{ème} mois de grossesse ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous préciser ?.....

- Et entre avant le dernier mois et après le dernier mois de grossesse ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous préciser ?.....

Merci pour votre attention et votre aide dans la réalisation de mon mémoire.

Résumé :

Ce mémoire propose de découvrir les mouvements actifs fœtaux tels qu'ils sont vécus par les mères, des premières perceptions jusqu'à la fin de la grossesse. A travers leurs ressentis, leurs représentations et leurs interprétations, l'idée d'un lien intime mère-enfant se tissant au fil de la grossesse se dégage. Les perceptions affinées des mouvements de leur enfant permettent également aux mères d'être attentives à son bien-être et nous renseignent, dans une certaine mesure, de l'état de santé de l'enfant.

Mots clés : Mouvements actifs fœtaux, grossesse, mères, perception, lien mère-enfant

Titre : Perceptions et représentations des mouvements actifs fœtaux par les mères

Abstract :

This thesis suggests discovering fetal movements such as they are lived by mothers, from the first perceptions till the end of the pregnancy. Through their feelings, their representations and their interpretations, the idea of an intimate mother-child bonding gets out. The refined maternal perceptions of fetal movements also allow mothers to be attentive to child's wellbeing and inform us, in a certain way, of its health.

Keywords : Fetal movements, pregnancy, mothers, perception, mother-child bonding

Title : Maternal perceptions and representations of fetal movements

Auteur : Sophie ANDRE

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Ecole de sages-femmes de Caen

Promotion 2010-2014