

Préparation consciente à la naissance naturelle avec le docteur Jean Faillières

Alain Boudet

Dr en Sciences Physiques, Thérapeute psycho-corporel, Enseignant

Ce texte est la reproduction partielle de mon livre **Naissance de l'enfant, renaissance des parents** paru aux éditions **Vie et Action** en 1981 (épuisé)

Contenu de l'article

- Pourquoi une préparation à la naissance ?
- Acquérir de son corps une image juste
- Le bassin et les organes génitaux de la femme
- Les règles
- L'hygiène de la mère pour favoriser l'adaptation
- Respirer pour 4 !
- Apprendre à sentir son corps
- S'entraîner pour choisir l'attitude juste
- L'accouchement est-il douloureux?
 - Historique
 - Les causes de la douleur
 - Contractions utérines et douleurs de l'accouchement
 - Prévenir les lombalgies par l'entraînement musculaire
 - Prévention des déchirures du périnée
 - Comment atténuer et supprimer la douleur
- Le temps de l'accouchement
 - La présentation et la formation du segment inférieur de l'utérus
 - La dilatation
 - La phase intermédiaire
 - L'enfantement
- La naissance, fête inoubliable
- L'importance du toucher
- Attendre pour couper le cordon
- Le réflexe naturel de téter le sein
- Retour de l'utérus à sa taille normale
- Les soins au bébé
- A l'écoute des couples
- Prophylaxie des préjudices de la naissance
- Préparation à la naissance, préparation à la vie

ANNEXES

- A1: La technologie dans l'accouchement
- A2: La position dans l'accouchement
- A3: La sophrologie
- A4: Naissance sans violence
- A5: L'haptonomie
- A6: Chant prénatal
- A7: L'accouchement à domicile
- A8: Hygiène psychosomatique pour une naissance heureuse
- En savoir plus

Mon deuxième fils est né dans les meilleures conditions grâce à la préparation que mon épouse et moi avons suivie avec une équipe dirigée par le **docteur Jean Faillières**, obstétricien, accompagné de Mme Faillières, sage-femme, un kinésithérapeute et d'autres parents, à Toulouse (France). Au cours de sa carrière, le Dr Faillières (aujourd'hui décédé) a tout d'abord repris les acquisitions de la préparation psychoprophylactique (PPO) du Dr Lamaze (accouchement sans douleur). Puis ses recherches et son expérience l'ont amené à élaborer une méthodologie plus profonde, plus fine, plus globale, plus vivante. Il réunissait les couples à douze séances d'information et d'échanges avec sa femme et lui et à dix séances avec un kinésithérapeute. Pour de nombreuses femmes, l'accouchement s'accompagne d'intenses douleurs. Beaucoup l'évitent par l'anesthésie, mais de cette façon restent étrangères à la naissance de leur bébé. Leur musculature sexuelle subit souvent des dommages et nécessite une intervention chirurgicale. Et pourtant, depuis des années, il existe des moyens simples, peu coûteux et efficaces pour obtenir une naissance agréable et consciente, comme le démontrent le Dr Faillières et d'autres tels que le Dr Michel Odent. Or ces moyens ne reçoivent pas la diffusion qu'ils méritent dans les médias ou dans l'enseignement médical. Par ce texte, je souhaite contribuer à la diffusion d'une préparation qui a fait ses preuves.

1976: A l'entrée de la salle de réunion, une pancarte **Préparation à l'accouchement**. La salle est accueillante, avec des couleurs chaudes; on a laissé apparentes les briques de l'un des murs, dans le style du vieux Toulouse, et l'on y distingue l'emplacement d'une ancienne porte cochère. Sur les autres murs, des photos représentent des mères heureuses qui donnent le sein à leur bébé. Le docteur et Mme Faillières attendent et accueillent les couples. Ils sont une douzaine réunis ce soir pour cette première séance qui a lieu très tôt pendant la grossesse. Les femmes sont enceintes de trois mois au plus.

Pourquoi une préparation à la naissance ?

Pourquoi ont-ils choisi de venir ici ce soir? Est-il utile d'employer du temps, tant de temps, à une naissance qui ne durera pas longtemps? Pourquoi les maris ont-ils accepté de venir? L'accouchement concerne-t-il les hommes? Un groupe de parents, réunis au sein de l'Association de Diffusion, d'Étude et de Recherche pour Mieux Naître - ADERMN - [Note additionnelle 2008: association aujourd'hui disparue], m'a confié que les motivations étaient très diverses (voir référence 1):

pour la femme, désir d'éviter les douleurs, ne pas avoir d'enfant handicapé, désir de se prendre en charge, d'acquérir plus de connaissances sur la naissance, d'avoir son mari auprès d'elle au moment de l'accouchement. Quant au mari, il veut faire plaisir à l'épouse en étant auprès d'elle, il veut lui aussi avoir des informations sur la grossesse et l'accouchement, vivre la naissance en famille (2).

Le Dr Faillières définit sa préparation: ce n'est pas seulement une préparation à l'**accouchement**, mais à la **naissance**. L'accouchement n'en est qu'un aspect. C'est une **prophylaxie psychosomatique qui concerne le couple** et pas seulement la femme. Il nous propose de méditer sur cette phrase-clé (il y en a trois ou quatre dans cette préparation): **Nous ne sommes pas partisans de l'assistance du mari à l'accouchement, mais nous ferons tout notre possible pour permettre la participation du père à la naissance**. Dans cette phrase, chaque mot a son importance. La **participation**, le **père**, la **naissance**, au lieu de l'assistance, le mari, l'accouchement. J'en comprends la nuance, mais je ne ressens pas bien comment cela va pratiquement se traduire dans le vécu. Cela s'éclairera au fur et à mesure des séances, grâce au travail personnel et en couple. Il serait moins profitable au lecteur de lui donner la réponse maintenant. Il est nécessaire que chaque couple y réfléchisse en fonction de son expérience personnelle car, autre idée-force: *cela n'ira pas sans travail ni effort* comme on nous le dira plus tard.

D'autres questions sont posées, auxquelles chacun répondra selon son opinion, son expérience, sa personnalité. Qui accouche? Le médecin accoucheur? C'est vrai dans la plupart des maternités. Ici non, c'est la mère, c'est le couple. Le médecin participe. Quel est le but de la préparation? C'est d'arriver au résultat suivant. **Je souhaite que lorsque vous vivrez cet évènement (la naissance) vous soyez en mesure de vous conduire de manière adaptée à la situation réelle et non à des apparences, à tous les niveaux (physique, affectif, mental).**

Cette idée m'interpelle fortement: *vivre la situation réelle de façon adaptée*. Elle ne concerne pas seulement la naissance, mais toute la vie de l'individu. Les conflits, l'angoisse, les désordres mentaux, ne proviennent-ils pas en grande partie de cette incapacité de s'adapter? Ainsi à l'occasion d'une naissance, le Dr Faillières nous propose une école de la vie et il rejoint en cela d'autres philosophies que j'ai eu l'occasion d'aborder.

Krishnamurti (3 - voir article [Face à la vie](#) dans ce site) m'avait appris comment la peur, le désir de devenir quelqu'un, la recherche de l'idéal, nous empêchent de vivre en harmonie avec nous-même. Le **Zen**, un enseignement de l'accomplissement humain, a pour but de dissoudre les illusions du mental afin de saisir la réalité directe dans toutes ses dimensions. Cet état entraîne une parfaite adéquation du comportement (4).

La **sémantique générale de Korzybski** (5) propose une autre façon d'éliminer les illusions. Elle nous enseigne que la réalité est faite d'un monde d'évènements dans l'espace et dans le temps, dont nos organes des sens ne nous permettent de percevoir que quelques aspects. Le langage par lequel nous décrivons ces perceptions ne communique qu'un certain nombre de caractéristiques choisies parmi celles que nous avons perçues. Il existe donc plusieurs niveaux de sélection ou d'abstraction. Or cette conscience d'abstraire nous fait généralement défaut. Des personnes différentes font des abstractions différentes, d'où les problèmes de communication. La **sémantique générale** nous invite à prendre conscience des limites de langage et des niveaux d'abstraction. Elle est une interrogation permanente portée sur la validité de nos jugements, de nos cadres d'appréciation, etc. Vivre la réalité présente, **vivre dans l'ici et le maintenant** en prenant conscience des motivations de nos comportements est un des objectifs essentiels de la psychologie moderne. et en particulier de la **biodynamique de la personne**, méthode développée par Chantal Servais et Francis Moreaux, "*qui permet l'apprentissage de comportements et d'attitudes facilitant une meilleure intégration et adaptation au réel.*" (6). [Note additionnelle 2008: C'est aussi le cas de la **psychologie biodynamique** développée par G. Boyesen, qui redonne à la personne la fluidité de sa circulation énergétique profonde en dissolvant tous les cuirasses qui l'encombrent, issues des peurs et des jugements (voir les articles de ce site: [Psychologie biodynamique](#) et [L'enfant intérieur](#))].

Ainsi, en partant d'une situation très particulière et privilégiée, la grossesse, le Dr Faillières nous engage à un travail qui a des répercussions bien au-delà du temps de l'accouchement. Il nous propose une autre définition de la préparation. **Permettre au couple d'avoir des comportements, des conduites adaptées à une situation réelle (ou à la réalité d'une situation) et non à des apparences**. Et il précise:

Permettre à un double sens, c'est d'une part donner la permission. Et le couple ressent ce qu'il lui est permis de faire. Il peut avoir la liberté. Il est autorisé. Langage peu ordinaire chez un médecin. Le pouvoir n'appartient-il pas au corps médical qui veille jalousement sur ses privilèges? L'accouchement n'est-il pas devenu un phénomène purement médical? On accouche à l'hôpital et la grossesse est considérée comme une maladie. Les couples demandent à être pris en charge et il est vraiment exceptionnel qu'ils soient capables d'assumer la naissance de leur enfant. Le Dr Faillières veut redonner le pouvoir aux couples.

La préparation devra aboutir à cette prise de pouvoir. *Ce seront les couples qui auront l'autorité, c'est-à-dire qu'ils deviendront auteurs. Permettre, c'est d'autre part donner la possibilité et le moyen d'exercer cette permission. Acquérir une compétence pour exercer cette liberté.* Le couple osera-t-il, supportera-t-il de l'exercer? Combien préféreront la passivité, l'assistance? Car, nous est-il annoncé: **Cela n'ira pas sans travail, sans effort et sans sensations**.

Les **sensations!** éléments essentiels de la préparation du Dr Faillières. Nous entendons par là aussi bien les **sensations physiques** (j'ai chaud, j'ai froid, etc.) que les **sensations psychiques** (sensation de sympathie avec une autre personne, par exemple). Nous y reviendrons plus loin. C'est un énorme travail, auquel il faut consacrer un temps important. Est-ce que cela en vaut la peine? Après tout, **on peut très bien supprimer les douleurs de l'accouchement sans travail. C'est facile avec l'anesthésie**. On vous livre le bébé, vous ne vous êtes aperçu de rien. Mais **est-ce une naissance?** On ne peut pas dire que la maman a mis son enfant au monde.

Acquérir de son corps une image juste

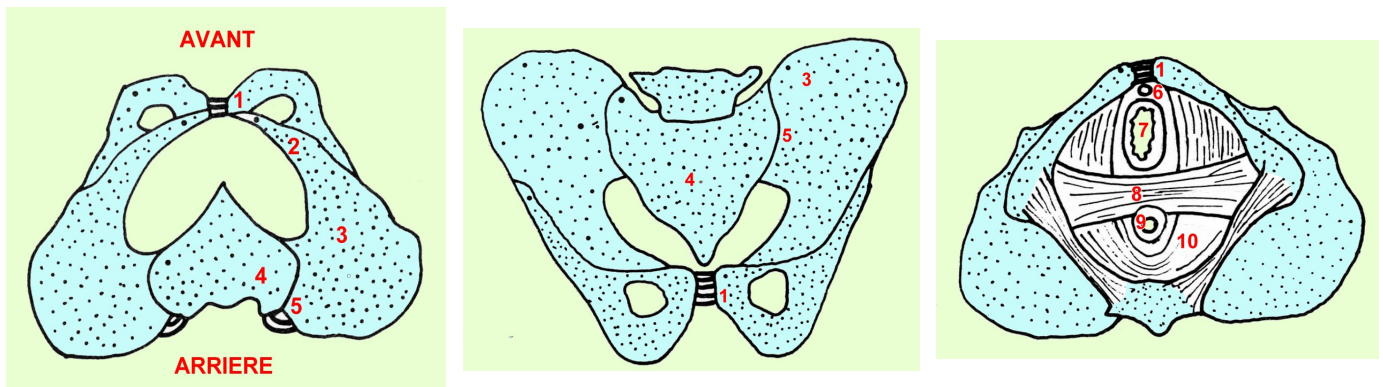
Comment la femme vit-elle les **transformations de son corps** au cours de la grossesse et de l'accouchement? Peur d'être alourdie, abimée, dévalorisée? Menace d'épisiotomie, de forceps, de césarienne? avec quel préjudice pour la mère et pour l'enfant? Comment sont interprétées les **paroles du médecin ou du personnel médical** de la maternité? Qu'évoque une remarque comme *Madame, votre enfant a une circulaire autour du cou?* Peur de l'étranglement, de la mort? Ce sont les questions que se pose Claude Revault d'Allones (X^e congrès international de PPO, 1974. Evian - 7). *On peut*, dit-elle, *distinguer la réalité du corps, et l'image que l'on se fait de ce corps à travers les expériences vécues de la douleur, de la peur, de la jouissance, à travers les émotions, les souvenirs et l'imagination.*

Et vous, lectrices et lecteurs, **quelle idée vous faites-vous de la grossesse et de l'accouchement?** L'un des buts de la préparation est de permettre aux couples d'acquérir une image correcte du corps, de la grossesse et de l'accouchement. Le Dr Faillières apporte un certain nombre d'informations anatomiques et physiologiques: l'anatomie du bassin, les règles, le développement de l'oeuf, l'accouchement. Cette information, quoiqu'indispensable, serait peu de chose si elle était diffusée sous forme de cours magistral. Or le groupe est invité à s'exprimer, à dire comment chacun conçoit son corps et l'accouchement, et à analyser les idées émises. Alors sont mis à jour les idées reçues, les préjugés, les fausses représentations, les fantasmes, issus d'une culture erronée.

Le bassin et les organes génitaux de la femme

Qui ne connaît pas le schéma anatomique de la femme? Dans le groupe, personne ne répond, ce qui laisse supposer que tout le monde le connaît, à moins que l'on n'ose avouer son ignorance. Nous voici donc en train d'examiner un bassin reconstitué. Il passe entre nos mains et nous pouvons le regarder, et aussi le toucher et le soupeser (fig.01 a, c). Le bassin est un ensemble osseux comprenant en arrière le sacrum et de part et d'autre les os iliaques. Ces trois os sont unis entre eux par des symphyses, sacro-iliaque en arrière et pubienne en avant, constituées de cartilages.

Fig.01- Le bassin de la femme



a- Vue de dessous, position obstétricale

b- Vue de dessous avec les muscles

c- Vue de face

1. symphyse pubienne avec ses ligaments; 2. pubis; 3. os iliaque; 4. sacrum; 5. articulation et symphyse sacro-iliaque; 6. urètre; 7. vagin; 8. muscles du périnée; 9. rectum; 10. muscles releveurs de l'anus

Qu'il est étroit, le passage pour le bébé! Comment sa tête peut-elle passer dans ce canal? Effectivement, un enfant ne peut pas passer dans le bassin et dans les canaux procréateurs d'une femme. Par contre, dans ceux d'une mère, tout est étudié et préparé pour. Comment? **Tous les tissus (peau, muscles, ligaments) deviennent plus élastiques et acquièrent une meilleure élongabilité.** Les symphyses qui, en dehors de la grossesse, ne permettent pas le mouvement, se ramollissent. Les os peuvent alors jouer les uns par rapport aux autres. Ainsi, au moment de l'accouchement, le bassin pourra-t-il s'ouvrir pour permettre l'engagemment. Le sacrum bascule, pointe en avant. Puis au moment du dégagement, il bascule en arrière.

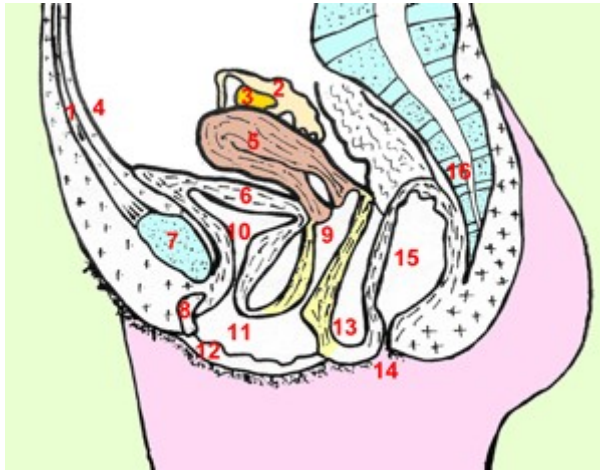
Cependant, **ces mouvements de bascule ne se font librement que s'ils sont exercés.** Ils ont besoin en quelque sorte d'être dérouillés et huilés. Comment? Par l'entraînement. Il est important que la mère s'exerce quotidiennement à **faire travailler l'articulation sacro-iliaque par des mouvements fréquents de bascule du bassin.** Le dégagement de l'enfant en est beaucoup facilité. Dans certains cas où la radiographie indiquait un bassin trop étroit, ces exercices ont permis d'éviter une césarienne (opération qui consiste à ouvrir le ventre sous anesthésie pour en sortir le bébé). Ces exercices ont bien d'autres effets que nous comprendrons par la suite.

Exercices de bascule du bassin: *En position debout, adossez-vous à une paroi verticale lisse. Puis, doucement, collez les vertèbres lombaires (le creux des reins) contre la paroi quelques secondes. En même temps, le bas de votre pubis se portera vers l'avant. Relâchez, puis accompagnez le mouvement en sens inverse en creusant les "reins" au maximum, tandis que le pubis se retire en arrière. Relâchez doucement. Recommencez une cinquantaine de fois. Vous pouvez également le faire en position assise ou couchée.*

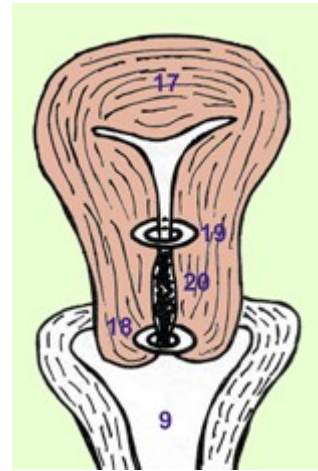
La figure 01b montre que le fond du bassin est garni d'un plancher de muscles traversé par trois orifices dont le vagin. Nous verrons l'importance d'obtenir une bonne décontraction des **muscles du périnée** pour le bon déroulement de l'accouchement.

Comment vous représentez-vous le vagin et l'utérus? Essayez de réfléchir et de répondre avant de continuer votre lecture. Les schémas habituels les montrent comme des cavités creuses. Qu'y a-t-il donc dedans? De l'air? Non. En réalité les parois se touchent. Ce sont des cavités virtuelles qui ne prennent du volume que lorsqu'elles ont un contenu (fig.02). L'**utérus** est un organe musculaire ouvert dans le **vagin** par l'orifice externe du col et vers la cavité abdominale par les trompes. Sa taille totale est de 7 cm de haut environ. Il se compose de deux parties très différentes: le corps, long de 4 cm, sac musculaire proprement dit et le col, organe de passage, long de 3 cm. Entre les deux, un renforcement de fibres musculaires constitue le sphincter isthmique.

Fig.02- Les organes féminins internes

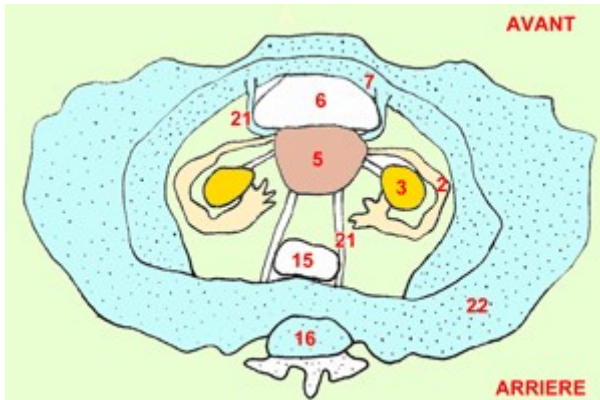


a- Coupe longitudinale du bassin

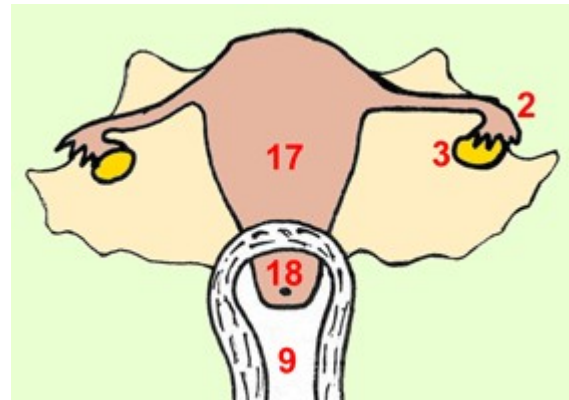


c- coupe de l'utérus

- 1- muscles abdominaux; 2- trompe; 3- ovaire; 4- péritoine; 5- utérus; 6- vessie; 7- pubis; 8- clitoris; 9- vagin; 10- urètre; 11- petites lèvres; 12- grandes lèvres; 13- périnée; 14- anus; 15- rectum; 16- sacrum (colonne vertébrale); 17- corps de l'utérus; 18- col de l'utérus; 19- sphincter isthmique; 20- bouchon muqueux; 21- ligament; 22- os iliaque



b- vue plongeante



d- vue verticale arrière, trompes déployées



Ces organes sont enveloppés par une membrane extrêmement souple et résistante, le **péritoine**. Elle épouse les formes des organes et suit leur évolution. C'est ainsi que son élasticité lui permet de s'adapter au grossissement de l'utérus au cours de la grossesse. Le schéma ci-contre indique sa place par rapport aux organes. Les organes se trouvent situés entre le péritoine et la paroi abdominale. Le péritoine forme une poche presque vide, dont les parois se touchent comme celle d'un ballon de caoutchouc dégonflé et qui vont se faufiler sur la surface de tous les organes, facilitant leurs mouvements relatifs. Seuls les ovaires sont situés à l'intérieur. Les ovules s'en détachent et sortent de cette enceinte par deux orifices situés en face du pavillon tubaire. Chez l'homme, ce sont les testicules qui sont enfermés dans le péritoine. Il est remarquable de constater le statut spécial qui est conféré au germe, cellules de l'hérédité et de la continuation de l'espèce, nettement séparé du soma, cellules de l'individu.

L'hymen, autre membrane fine et cependant très solide, est situé à l'orifice externe du vagin. Il se rompt plus ou moins au cours du premier acte sexuel et il subsiste sous forme d'une sorte de dentelle très résistante et très élastique. C'est ainsi qu'au cours de l'enfantement, il reste intact pendant l'ampliation du périnée au cours de laquelle l'orifice du périnée s'élargit peu à peu pour laisser paraître la tête. Or, curieusement, c'est juste à l'instant de la venue au monde qu'il se déchire, alors qu'il a bien tenu jusque là.

Comparons le bassin de la femme à celui de l'**homme** (fig.03). Les mêmes éléments se retrouvent dans l'appareil génital de l'homme et dans celui de la femme: le clitoris est de nature érectile comme la verge de l'homme. Imaginons qu'il grossisse excessivement pour former la verge. Les ovaires transportés sur les grandes lèvres correspondraient aux testicules. Enfin agrandissons les grandes lèvres afin d'en envelopper les testicules et cousons-les au milieu sur le dessus. Ne sont-ce pas les

bourses? Et d'ailleurs, nous pouvons constater, en observant les bourses, qu'il y a encore la cicatrice de cette couture! (fig.04).

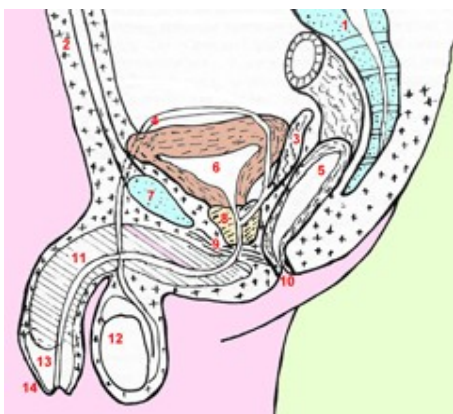


Fig.03- Organes masculins

1- sacrum; 2- muscles abdominaux;
3- vésicule séminale; 4- canal déférent;
5- rectum; 6- vessie; 7- pubis; 8- prostate;
9- périnée; 10- anus; 11- verge;
12- testicule; 13- gland; 14- prépuce

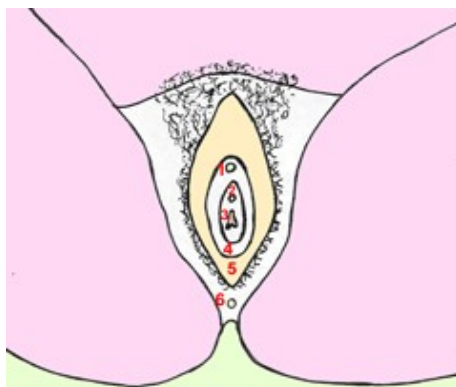


Fig.04a- Organes féminins externes (vulve)

1- clitoris; 2- méat urinaire; 3- vagin;
4- petites lèvres; 5- grandes lèvres; 6- anus

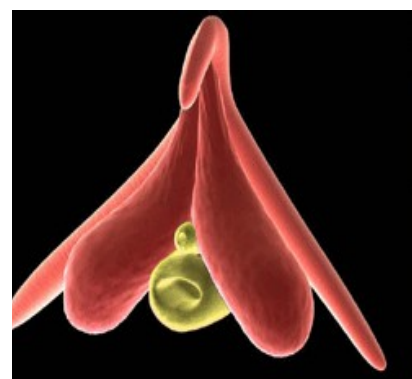


Fig.04b- Clitoris

Contrairement à une idée répandue, le clitoris ne se limite pas à la pointe extérieure (en haut sur l'image). C'est un muscle long de 8 cm environ, qui se prolonge de part et d'autre du vagin jusqu'aux cuisses (d'après Helen O'Connell, Université de Melbourne)

La similitude des appareils sexuels masculin et féminin est extraordinaire. Mais à quoi bon parler de l'appareil masculin pour l'accouchement? Parce que c'est, pour de nombreux couples, le point de départ d'une observation réciproque et de discussions sur la sexualité. Combien osent se regarder, s'interroger, se connaître réciproquement sur les questions sexuelles? (voir aussi dans ce site les articles [Hommes et femmes](#), et [Sexualité](#))

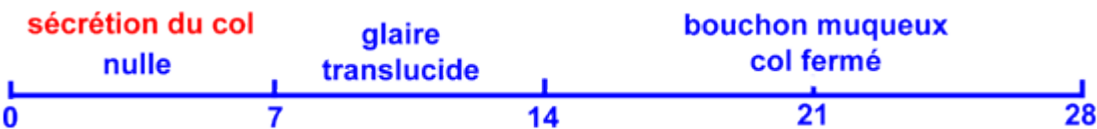
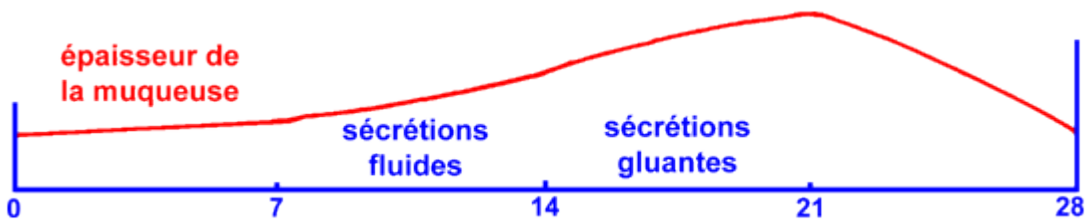
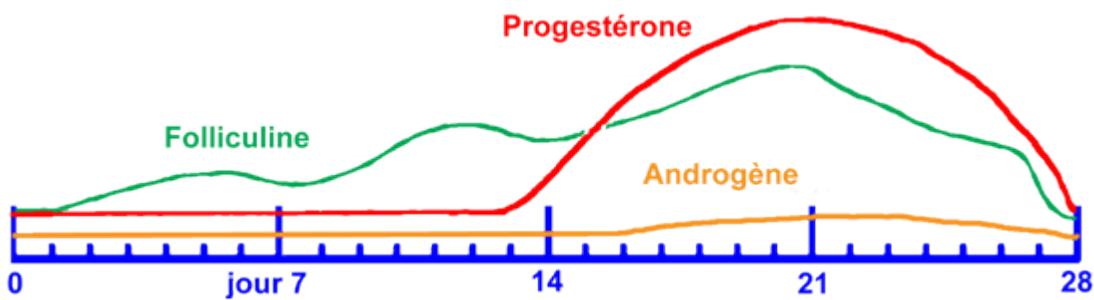
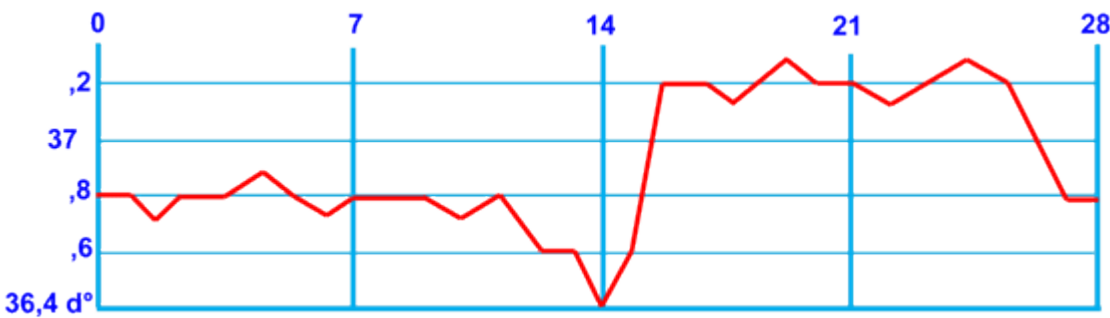
Les règles

Les règles, qu'est-ce que c'est, d'après vous? Les réponses du groupe se font attendre. Enfin, on peut entendre que c'est *une desquamation normale des tissus, un ovule non fécondé*. En somme, des réponses tout à fait rationnelles, que l'on ne peut connaître qu'en les lisant dans des livres scientifiques. On y cherche vainement le vécu propre de chaque femme et aussi de leur mari. L'une se risque à dire *les règles, c'est bien enquiéquant*. L'adjectif *normal* est prononcé plusieurs fois, comme si on avait besoin d'être rassuré sur ce phénomène. Il a été dit aussi, *c'est du sang, c'est une hémorragie*. Que cachent ces mots? N'évoquent-ils pas une blessure qui saigne? Et qui s'arrêtera quand? Qui dit blessure dit agression. On peut comprendre l'angoisse liée aux règles, le besoin d'être rassurée, d'entendre dire que c'est *normal*. En réalité, **les règles ne sont pas une hémorragie** et le sang qui s'écoule est un sang qui a perdu ses propriétés physiologiques, par exemple celle de coaguler. [Note additionnelle 2008: mais qui possède des vertus thérapeutiques, selon l'expérience des peuples de la terre tels que les aborigènes d'Australie]

Ces comportements ont généralement comme origine une information déformée et déformante à la fillette: *tu vas perdre du sang tous les mois*. La culture populaire inculque la notion que les règles seraient une gêne, un malaise, qu'elles seraient impures et sales. Aussi les femmes les vivent-elles péjorativement et ont surtout l'envie de s'en débarrasser. Les règles ne s'écoulent-elles pas entre le méat urinaire et l'anus, une région sale que l'on doit cacher? De plus en plus la société camoufle le phénomène. Plus de serviettes que tout le monde peut voir sécher sur le fil, mais des serviettes jetables que l'on glisse discrètement dans la poubelle. Et la publicité des tampons insiste de façon répétitive pour se comporter comme si elles n'existaient pas ou pour s'en **protéger** !!

Les règles s'inscrivent dans un cycle de 28 jours environ et se manifestent par un certain nombre de **phénomènes**. Qu'avez-vous observé personnellement et où situez-vous ces observations dans le cycle? Il serait utile que le lecteur (femme ou homme), réponde avant de poursuivre la lecture. Dans le groupe, les réponses sont timides. On n'ose pas parler de ces choses devant les autres: *les règles, 5 jours — des pertes blanches — des malaises — les seins qui gonflent — une modification de l'humeur*. Petit à petit, le groupe constitue l'ensemble des observations, mais combien difficilement. On a peur de ces phénomènes. Est-ce normal d'avoir des pertes blanches, ne sont-elles pas trop abondantes, trop peu? Les seins gonflent, qu'est-ce que cela cache? Qui parmi nous prend le temps d'**écouter son corps et celui de son partenaire**? La plupart des participants n'avaient remarqué que la manifestation la plus évidente: les écoulements.

La figure ci-dessous rapporte des observations possibles (variant avec chaque femme) situées dans le temps. Repérer ces éléments en soi permet d'avoir mieux conscience de son corps et de savoir où l'on se situe dans le cycle. Le nombre de 28 jours n'est qu'un exemple fréquent. La longueur du cycle peut varier.



La **température corporelle** subit le même cycle. En gros, la température est inférieure à 37 degrés avant l'ovulation, supérieure après. A l'ovulation correspond une baisse notable. Voici une courbe possible des températures rectales.

Corrélativement, d'autres modifications moins ou pas observables ont lieu. Elles concernent le taux des hormones sexuelles, l'ovaire, la cavité utérine et le vagin. L'**ovaire** a la grosseur d'une petite amande. A sa surface, le follicule de de Graaf grossit, libère l'ovule et se transforme en corps jaune. Le corps jaune produit des hormones (essentiellement la progestérone).

Une **hormone** est une substance produite par les glandes à sécrétion interne (hypophyse, thyroïde, surrénales, **ovaires**, etc.), c'est-à-dire que cette substance est déversée dans le sang. Le taux de **progestérone** augmente avec le développement du corps jaune. Sa chute provoque les règles au 28^e jour. La **folliculine** est l'hormone femelle mais on trouve également l'hormone mâle (**androgène**). De même, les deux hormones coexistent chez l'homme, mais en proportion inverse.

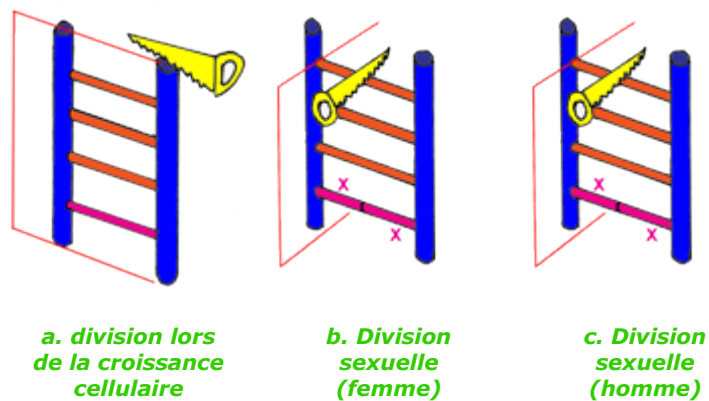
Ce sont les hormones sexuelles du corps jaune et des surrénales qui induisent les modifications de l'utérus. Pour comprendre ces phénomènes, décrivons l'**utérus** plus en détail. Le **corps de l'utérus** est tapissé par une **muqueuse** formée de cellules qui sont reliées entre elles par un réseau circulatoire dense muni de sphincters, c'est-à-dire d'anneaux musculaires agissant comme des robinets. Sous l'action des hormones, les cellules se multiplient et la muqueuse s'épaissit. D'autres cellules émettent un liquide clair qui va en s'épaississant. Le 14^e jour, il devient sirupeux comme de la gelée de coing. A la fin du cycle, la "robinetterie" se ferme. Comme un fruit arrivé à maturité, les cellules se détachent. Ce n'est donc pas du sang frais qui coule, mais des cellules de la muqueuse du corps utérin, et du sang mort dont la couleur, la consistance sont transformées. Parfois cependant, on peut rencontrer des caillots, signe que du sang vivant a coagulé: les sphincters ont mal fonctionné. Les causes peuvent être d'origine physiologiques ou psychologiques: les événements extérieurs, les préoccupations, les soucis, la fatigue, les voyages, etc. influent sur les règles et la durée du cycle.

Le **canal cervical de l'utérus** ne comporte que des glandes et la muqueuse ne se modifie pas. A partir de la deuxième semaine, elle secrète la **glaiare cervicale** qui coagule après l'ovulation pour former le **bouchon muqueux**. Entre le corps et le col, l'**orifice isthmique** laisse passer le flux menstruel et les sécrétions avant l'ovulation, puis se ferme solidement sous l'influence de la progestérone. Le vagin quant à lui ne subit pas d'évolution: la muqueuse ne change pas et ne produit pas de sécrétions.

Le développement de l'oeuf

Au cours des rapports sexuels, les **spermatozoïdes** sont libérés dans le vagin. Ils n'y survivent pas habituellement car l'**acidité** du vagin ne leur convient pas. Si on la mesure par le pH, c'est-à-dire dans une échelle qui va de 0 à 7 pour l'acidité et de 7 à 14 pour l'alcalinité, le pH du vagin est de 4,5. Or les spermatozoïdes ont besoin d'un milieu de pH 8 à 8,5. Dans la deuxième semaine du cycle menstruel, les sécrétions utérines qui s'écoulent dans le vagin ont justement un pH de 8,5. Pendant cette période les spermatozoïdes peuvent remonter le long de ces glaires, puis dans l'utérus jusqu'à l'ovaire. Si justement l'ovule vient de se détacher, vers le quatorzième jour, l'un des spermatozoïdes va fusionner avec l'ovule, le féconder et cela produit l'oeuf.

Fig. 05- l'échelle des chromosomes



Dès cet instant, le **sexe du bébé** est déterminé par les **chromosomes** de l'oeuf. En effet, les cellules de l'être humain comportent 23 paires de chromosomes que, pour la commodité de la représentation, nous allons imaginer être les 23 barreaux d'une échelle (voir article [ADN moléculaire et électrique](#) dans ce site). Pour croître, pour remplacer ses tissus abimés, l'individu fabrique de nouvelles cellules. Pour cela, les cellules se divisent en deux pour donner deux nouvelles cellules. Dans cette division, les chromosomes se séparent en deux, comme lorsque l'on scie l'échelle sur la tranche, en donnant deux échelles identiques avec chacune 23 **paires** de chromosomes (fig.05a). Par contre, lorsqu'il fabrique ses gamètes (ovules et spermatozoïdes), l'individu produit des cellules avec 23 chromosomes, comme si l'on sciait l'échelle au milieu des barreaux (fig.05b). Or, si les deux moitiés de l'échelle sont identiques chez la femme, une moitié X et une autre moitié X, il n'en est pas de même chez l'homme. Le 23^e barreau est dissymétrique: d'un côté on a un chromosome X et de l'autre un Y. En se divisant, il donne un spermatozoïde X et un spermatozoïde Y (fig.05c). Au cours de la fécondation, si le X fusionne avec un ovule X, cela donne une cellule XX de sexe féminin. Si le spermatozoïde Y fusionne avec un ovule X, cela donne une cellule XY de sexe masculin.

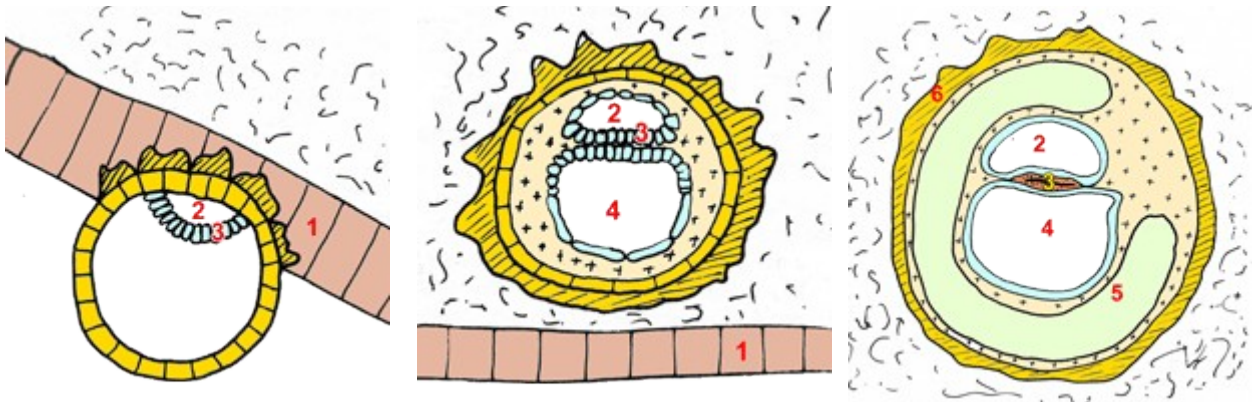
A partir de la fécondation, le cycle féminin se transforme. De 28 jours, il passe à 9 mois, avec une courbe de progestérone comparable: l'ovulation ayant lieu le 14^e jour, la fécondation se produit, alors que le corps jaune est actif et que le taux de progestérone augmente. Lorsqu'il diminuera, les sphincters pourront s'ouvrir et ce sera l'accouchement.

Pour calculer la **date présumée de l'accouchement**, on compte, à partir de la date des dernières règles, deux semaines pour l'ovulation et la fécondation plus neuf mois de développement de l'oeuf. Mais, si pour une cause quelconque, l'ovulation a lieu plus tard que le 14^e jour, le même retard s'appliquera à l'accouchement. Ce retard n'a donc rien de pathologique. On peut savoir le jour de l'ovulation si l'on prend la courbe de température.

Quelle est à votre avis, la taille de l'**ovule**? Le Dr Faillières cite le cas d'une dame qui s'imaginait que l'ovule avait la taille d'un oeuf de poule. Ses douleurs menstruelles n'avaient pas d'autre cause que cette **fausse représentation**. Un ovule aussi gros ne pouvait que lui faire mal en passant. Lorsqu'elle fut informée, ses douleurs disparurent. La taille de l'ovule est celle de la pointe d'une épingle. L'oeuf, constitué au départ d'une seule cellule, grossit par division de cette cellule en deux, puis quatre, etc. tandis qu'il progresse le long de la trompe (fig.02). Il échange avec le liquide ambiant des substances qui le nourrissent et atteint en 8 jours la taille d'une tête d'épingle. A cette date, c'est-à-dire à la fin de la troisième semaine du cycle menstruel, il est constitué de 64 cellules et présente l'aspect d'une mure microscopique. Il arrive dans la cavité utérine et se niche dans un repli de la muqueuse qui en est alors au maximum de son développement.

La figure 06 nous montre comment il se développe au cours de la grossesse. Appelé **embryon** dans les trois premiers mois, il est constitué de trois couches concentriques: la couche interne donnera naissance au tube digestif, la couche moyenne, aux muscles et au sang, et la couche externe aux organes des sens et au cerveau, organes qui nous mettent en relation avec l'environnement. L'embryon, au cours de son développement passe par tous les stades qu'a connus l'espèce humaine. C'est ainsi que dans les premières semaines, les cellules du rein sont semblables à celles du rein de lamproie, puis plus tard celles des batraciens. A deux mois et demi, l'activité hormonale du corps jaune décline et le placenta prend le relais. A trois mois, tous les organes de l'embryon sont formés.

Fig.06- De l'oeuf au foetus



8ième jour

13ième jour

Troisième semaine

1- muqueuse de l'utérus; 2- cavité amniotique; 3- disque embryonnaire; 4- sac vitellin; 5- cavité coelomique; 6- chorion; 7- embryon; 8- cordon ombilical; 9- placenta; 10- utérus



deuxième mois

troisième mois

l'oeuf dans l'utérus

Tel un cosmonaute dans l'espace, **le bébé flotte en apesanteur dans le liquide amniotique**, remue, voyage d'un côté à l'autre de son habitacle. Au fur et à mesure qu'il grossit, le liquide diminue. Il frôle les parois et c'est cette sensation que perçoit la mère à partir de 4 mois et une semaine. A 4 mois 1/2, il peut se caler entre les parois. Vers 7 mois, il peut provoquer des bosses dans le ventre avec ses membres. C'est à 5 mois que les bruits du coeur sont perceptibles au stéthoscope, et à 6 mois 1/2 ou 7 mois, en appliquant l'oreille sur le ventre de la mère. Chercher à percevoir les mouvements, les bruits du coeur, constitue une recherche merveilleuse pour le couple — et éventuellement pour les aînés — pour qui c'est la première manifestation directe de la présence de l'enfant. En fin de grossesse, la situation est représentée sur la fig. 07.

Le **liquide amniotique** et le placenta jouent un rôle important. Le bébé baigne dans le liquide amniotique, appelé couramment *les eaux*, dont l'une des fonctions est de répartir toute pression, tout choc reçu par l'utérus sur toute la surface du bébé. Il sentira ainsi la pression augmenter très légèrement, mais ne subira pas de choc. Aussi, vous pouvez être rassurés, un coup accidentel ne traumatise pas le bébé, il est bien protégé, ce qui n'empêche pas qu'il vaut mieux l'éviter.

Le **placenta** a la forme d'un béret basque. Il est isolé de l'organisme de la mère par la membrane placentaire qui constitue une surface d'échange de quelques 15 à 16 m². Ces échanges sont sélectifs. Le sang de la mère et de l'enfant ne sont pas mélangés. Le placenta joue le rôle de filtre qui arrête les globules rouges et aussi, les microbes. Passent les sels, les anticorps, les virus, certaines molécules, par exemple certains médicaments. Des globules rouges ne peuvent

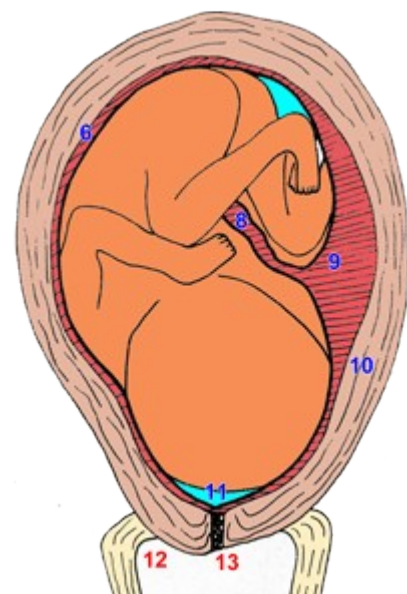


Fig.07- Le bébé au troisième trimestre.

6- chorion; 7- embryon; 8- cordon ombilical; 9- placenta; 10- utérus; 11- liquide amniotique; 12- vagin; 13- bouchon muqueux

passer que s'il y a éraillure ou déchirure des tissus. Cela peut avoir de l'importance si la mère a un **rhésus négatif** et l'enfant un rhésus positif. Dans ce cas, si la mère reçoit des globules rouges de l'enfant, elle produit dans son sang des anticorps contre ces globules, qui, s'ils passent dans le sang de l'enfant, seront préjudiciables à celui-ci. En pratique, ils ne passent pas dans le sang d'un premier bébé, car ces éraillures s'il y en a, se produisent à l'accouchement. **Les anticorps produits alors ne peuvent être préjudiciables qu'au second enfant. S'ils sont présents! Car c'est loin d'être systématique.** Cela n'arrive que dans 5 % des cas. Une analyse de sang de la mère après l'accouchement révélera si des anticorps se sont formés. Si oui, on lui injecte des immunoglobulines qui les détruisent. Préventivement, la mère a intérêt à **avoir une hygiène de vie qui lui assure de bons tissus.**

En même temps que l'oeuf, l'**utérus** augmente de taille. Quelle est selon vous la taille de l'utérus en dehors de la grossesse? Une noisette? Une orange? Un melon? Et quel poids pèse-t-il? L'utérus pèse de 50 à 60 g et a la taille d'une grosse figue (la figue-fleur bien connue dans le Languedoc, précise le Dr Faillières avec humour) ou d'une poire de la St-Jean. De quelle manière grossit-il? Se gonfle-t-il comme un ballon de baudruche dont la paroi devient de plus en plus fine et de plus en plus fragile? L'utérus serait alors à la merci du moindre choc, et le bébé par la même occasion. Bien sûr, la nature est plus astucieuse. Une fois de plus nous comprendrons qu'elle est merveilleusement programmée pour le plus grand bien de la mère et de l'enfant. **L'utérus est un muscle qui se développe**, passant à 2 mois à la taille d'une orange, à 5 mois d'une pastèque, et en fin de grossesse, avec une paroi épaisse, il pèse 1,5 kg. Alors que le col ne grossit pas et ne fait que s'assouplir pour se préparer à l'accouchement, la paroi du corps utérin voit augmenter le nombre et la grosseur de ses cellules qui sont irriguées par une circulation remarquable. Cependant, **après l'accouchement**, il involue très vite, c'est-à-dire reprend son volume primitif. En 8 jours, on ne peut plus le sentir à la main. En 1 mois 1/2 à 2 mois, il a complètement involué et ce phénomène est **favorisé par l'allaitement.**



Fig.08- A: mauvaise posture
B: posture correcte

L'utérus, en se développant, a tendance à comprimer la veine cave qui monte des jambes vers le cœur, et les uretères qui vont des reins à la vessie. Cela peut constituer une gêne pour **la circulation retour**, et un facteur favorisant l'infection urinaire. En augmentant le jeu du coccyx, donc l'espace disponible, les **mouvements de bascule du bassin** constituent une excellente prévention de ces troubles. Ils ont encore l'avantage d'entraîner la mère à avoir une attitude correcte de la colonne vertébrale (fig.08). Si elle n'y prend garde, l'utérus déplace le centre de gravité du corps vers l'avant, accentuant la cambrure (lordose), et l'affaissement des épaules (cyphose). Des exercices réguliers, ainsi qu'une prise de conscience de son attitude correcte évitent cet inconvénient.

L'hygiène de la mère pour favoriser l'adaptation

En comprenant comment se développe l'oeuf, les parents peuvent mesurer toute l'importance de l'hygiène de la mère pour le déroulement correct de ces processus.

Pour vivre, croître, maintenir leur potentiel de santé, **les êtres humains entretiennent des échanges constants avec leur environnement et s'adaptent de façon considérable aux variations de celui-ci.** L'environnement est constitué

de facteurs physiques tels que la température, l'humidité, la nourriture, et de facteurs psychologiques et socioculturels tels que l'ambiance affective et l'éducation. L'être humain lui-même se compose d'un corps et d'un esprit qui sont étroitement imbriqués en un organisme total. Environnement physique, environnement culturel, corps, esprit sont en relation constante et cherchent leur équilibre toujours changeant par le jeu des échanges.

Si, par exemple, la température baisse, un régulateur interne de mon corps (thermostat) commande de produire plus d'énergie en brûlant plus d'aliments, en activant la circulation, etc., afin de maintenir la température intérieure constante et égale à 37°C. Il existe ainsi de **multiples régulateurs** qui maintiennent constantes les conditions intérieures. C'est la loi d'homéostasie. Ainsi, que j'absorbe beaucoup ou pas de sucre, le taux du sucre dans le sang n'évoluera pas beaucoup autour d'une valeur moyenne, de même que le taux d'autres substances dans le sang. Voilà comment le corps réagit à une influence physique. En fait l'esprit aussi réagit: si la température baisse, je peux prendre conscience qu'il fait froid et je réfléchis à la solution à adopter: me couvrir. La solution est en outre influencée par mes émotions: je choisis un vêtement agréable, ou bien je refuse de me couvrir pour montrer que je suis un "dur". Si ma réaction est correcte, elle me permet de m'adapter à la nouvelle situation et d'y faire face.

Les **hormones** jouent un rôle essentiel dans la réponse de l'organisme à une influence extérieure. Ce sont des substances déversées par des glandes dans le sang qui les véhiculent dans tout l'organisme. Celui-ci réagit sous leur influence. Ainsi, lorsqu'un oeuf se développe dans l'utérus, les hormones qui sont libérées induisent dans le corps des réactions biologiques. Celles-ci sont destinées à **préparer l'organisme féminin à sa nouvelle fonction** (imbibition gravidique). On en a déjà vu des exemples, le jeu des symphyse, le développement de l'utérus et du vagin; on peut ajouter le développement des seins et de la lactation.

On distingue les glandes à sécrétion interne, traversées par le sang qui emporte les sécrétions au passage, et les glandes à sécrétion externe qui déversent leurs sécrétions dans l'environnement, c'est-à-dire soit à l'extérieur du corps (glandes sudoripares, lacrymales) soit dans des cavités du corps communiquant avec l'extérieur (glandes salivaires, vésicule biliaire, pancréas). L'ovaire libère l'ovule dans l'environnement: le bébé dans l'utérus est certes bien protégé à l'intérieur du corps, mais il n'en est pas moins dans une cavité du corps communiquant avec l'extérieur. Il est séparé du corps de la mère et leurs échanges s'effectuent par le placenta.

C'est de la qualité de ces échanges que dépendra la **santé de la mère et de l'enfant.** Celui-ci a besoin de nourriture et d'oxygène, en quantité et en qualité suffisantes et c'est la mère qui est responsable de cet apport par l'intermédiaire de son sang. **Aussi est-il particulièrement important qu'elle surveille sa nourriture, sa respiration, ses exercices physiques, ses relations sexuelles, son humeur** (ressentie par le bébé par l'intermédiaire des hormones), ses activités mentales. Le **père** a ici son rôle à jouer car il aide à créer le climat nécessaire.

Le problème fondamental qui est posé est le suivant: **lorsque je me trouve dans une situation nouvelle comme l'accouchement, suis-je capable de m'adapter** (je=mon organisme total)? L'adaptation a ses limites. Plus ces limites sont reculées et plus l'adaptabilité est grande. Si je dépasse mes limites, l'adaptation peut se faire mais au détriment de certaines parties de moi-même et lorsque l'adaptation n'est plus possible, c'est la mort. Il y a donc un grand intérêt à **augmenter l'adaptabilité** par un développement harmonieux de l'organisme total: **entraînement** et **hygiène**.

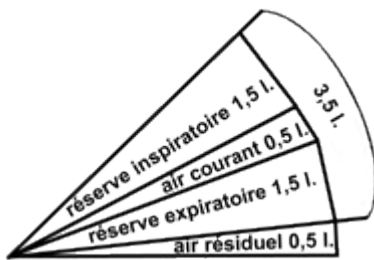
Le Dr Faillières indique un certain nombre de mesures d'hygiène. On apprend qu'il faut **respirer pour quatre et manger pour 1/2**. La croyance populaire veut qu'il faille manger pour deux. C'est faux. Pendant la grossesse, la nourriture est beaucoup mieux assimilée. Attention au poids excessif. Estimons le poids supplémentaire acquis pendant la grossesse: bébé 3,5 kg + placenta 600 g + liquide 250 g + utérus 1,5 kg + sang 1,5 kg + seins 500 g, soit au total 8 kg. Certaines femmes perdent des graisses et sont plus maigres après l'accouchement. Éviter de dépasser ces 8 kg.

Surveiller l'alimentation: supprimer l'alcool, le tabac qui a une action néfaste sur la membrane placentaire, le café, le thé. Attention aux coquillages, conserves, carottes nitratées, sources d'intoxication. Supprimer le sel car le métabolisme de la femme enceinte retient le sel et cela augmente la quantité de liquide dans les tissus. Ordinairement, on sale les plats plus par tradition que par besoin biologique. Bien laver les légumes. La respiration et les exercices physiques tiennent une grande place et méritent une section à part.

Respirer pour 4 !

La respiration revêt une grande importance pour l'accouchement sans aucun doute, mais aussi tout au long de la grossesse. Depuis que le Dr Lamaze a introduit en 1952 la méthode de l'accouchement sans douleur, on connaît généralement la respiration haletante superficielle, dite du petit chien, qui permettrait de supprimer la douleur. Le Dr Faillières nous apprend qu'elle est dépassée.

Parlez-nous de votre respiration. Les participants connaissent bien des choses qu'ils ont appris dans les livres: oxygène, gaz carbonique, alvéoles, etc., mais aucun ne pense à dire: *je sais que je respire parce que je sens que je respire. Je sens le frottement de l'air dans le nez, la gorge, la trachée artère; je sens mes côtes qui s'écartent, mon diaphragme qui s'abaisse, mon ventre qui se relâche, etc.* Si peu ont conscience de leur respiration!



La respiration permet de puiser dans l'environnement l'oxygène indispensable et d'y rejeter des déchets. Le schéma ci-contre indique le volume d'air qui emplit les poumons. L'air courant est celui que l'on ventile inconsciemment, sans y penser. Lorsque l'on souffle volontairement à fond et que l'on inspire à fond, on peut alors prendre 3,5 litres d'air. En fait, il est fréquent que la capacité respiratoire ne soit que de 2 litres. Grâce à l'entraînement, on augmente la capacité pulmonaire, ou au moins, on acquiert une meilleure connaissance de sa respiration. C'est aussi commencer à se libérer des habitudes, à prendre la responsabilité de son corps et le faire vivre au lieu qu'il survive.

Par l'augmentation de la ventilation pulmonaire, on agit sur la vigueur du poumon: toutes les alvéoles sont utilisées et les déchets qui avaient tendance à s'accumuler sont évacués ou oxydés. La respiration a aussi des **répercussions sur la circulation**: c'est le sang qui apporte l'oxygène aux tissus et lorsque le tissu manque d'oxygène, le coeur s'accélère. Bien respirer, c'est ménager le coeur. Doublement, car le **diaphragme** est le moteur de la circulation retour des membres inférieurs. En outre il masse les organes digestifs et influe favorablement sur la **digestion**. Enfin, le **système nerveux**, grand consommateur d'oxygène, est bénéficiaire de cette respiration accrue.

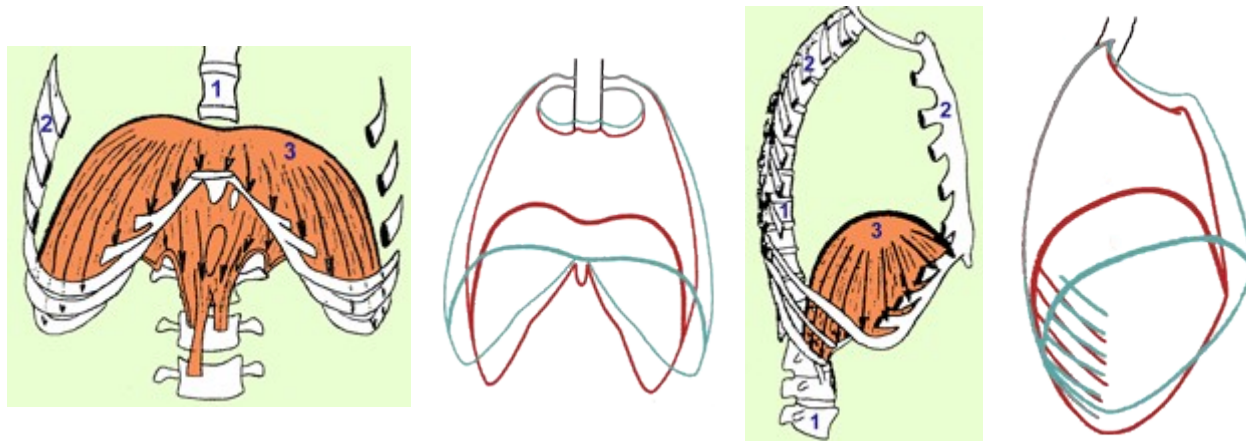
L'oxygène, par le sang, arrive au placenta. De là il passe dans les globules rouges du bébé. Celui-ci fait une consommation considérable d'oxygène. **C'est donc la mère qui respire pour son bébé** et il est extrêmement important qu'elle respire amplement: pour 4! Qu'elle prenne le temps de respirer.

Entraînement respiratoire

Voici des exercices corporels recommandés.

*Debout, assis ou allongé, on s'efforce de **prendre conscience de la sensation respiratoire**. On tente de suivre le mouvement du diaphragme et celui du thorax dans l'inspiration et l'expiration.*

Fig.09- Le mouvement respiratoire du thorax et du diaphragme



Vue de face

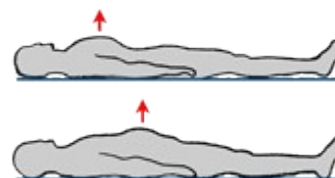
Vue de profil

1- colonne vertébrale; 2- côtes (représentées sectionnées); 3- les fibres musculaires du diaphragme s'attachent aux côtes et aux vertèbres.

En rouge: expiration. En bleu: à l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, les côtes s'écartent.

Le **diaphragme** est un muscle formant une coupole qui sépare le thorax de l'abdomen. Lorsqu'on inspire, le diaphragme se contracte, s'abaisse, et écarte les côtes. Les abdominaux sont relâchés. Ils se contractent dans l'expiration volontaire (8).

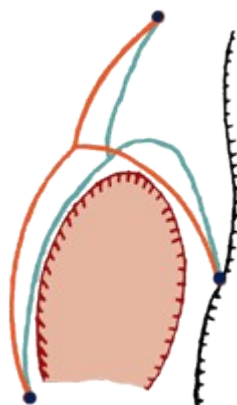
S'entraîner à contrôler à volonté le jeu des muscles et des côtes. Lorsqu'on inspire en gonflant le ventre, c'est le diaphragme qui joue le plus (respiration abdominale ou diaphragmatique). Si l'on gonfle le thorax sans bouger le ventre, il s'agit de la respiration thoracique.



Voici un autre exercice qui permet de travailler sur le diaphragme et les abdominaux: se placer à 40 cm de la flamme d'une bougie et souffler de sorte qu'elle s'incline à 45 degrés. Souffler le plus longtemps possible et sentir ce qui se passe. Au début il peut y avoir malaise par manque d'oxygène, faute d'entraînement. S'arrêter et respirer.

La respiration limitée et accélérée

Fig.10- La respiration limitée et accélérée



Au cours de la phase de **dilatation**, il arrive un moment où l'appui du diaphragme sur l'utérus est inopportun et provoque des **sensations désagréables**. En utilisant au maximum le jeu des côtes (respiration thoracique), on limite la descente du diaphragme qui reste isolé de l'utérus. Cette diminution de l'amplitude respiratoire peut être compensée au besoin par son accélération, au cours de l'effort (**respiration limitée et accélérée** - fig.10).

La mère a besoin de toutes ses ressources dans l'enfantement. Tandis que la respiration haletante ne renouvelle que l'air contenu dans les bronches, la respiration limitée et accélérée assure une bonne ventilation pulmonaire.

*Comment sentir le mouvement correct? Où limiter la respiration? C'est par la **répétition quotidienne de cette respiration** que chacune, avec l'aide du père (ou d'une amie), sentira peu à peu l'utérus, les abdominaux et le diaphragme. S'entraîner par le nez et par la bouche. En principe, il vaut mieux respirer par le nez qui filtre l'air, le réchauffe et l'humidifie. Mais si vous étiez enrhumée le jour de l'accouchement, madame, ne soyez pas prise au dépourvu.*

La prise de conscience de ces divers modes respiratoires va permettre de les utiliser à bon escient et de choisir la respiration la mieux adaptée à la situation.

Apprendre à sentir son corps

Les exercices précédents sont centrés sur la **prise de conscience de la sensation**. C'est qu'en effet cette prise de conscience est **capitale dans le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'après-naissance**. C'est en fonction de ce qu'elle perçoit que la mère peut conduire efficacement son accouchement. La grossesse est pour elle un moment unique, privilégié, pour investir son corps. Il se passe tellement de choses nouvelles en elle que son attention s'y porte volontiers, d'autant plus que ses motivations sont plus fortes.

Le périnée

Dès le début de la grossesse, il est demandé à la mère de s'entraîner à la **contraction-décontraction du périnée** et aux bascules du bassin. Sentir son périnée, c'est être mieux capable de contrôler sa contraction et sa décontraction. On peut se rendre compte de la sensation de contraction lorsqu'on s'efforce de retenir une envie pressante d'uriner. Chaque jour, on s'entraînera à contracter et décontracter dans toutes les positions.

La décontraction est nécessaire au cours de l'enfantement, car ce muscle ne doit pas faire obstacle au passage de la tête (Fig.01b). C'est là un exercice difficile car l'éducation de la propreté souvent trop autoritaire, ainsi que les tabous sexuels, portent à cacher et à contracter cette région. Des couples ont rapporté que cet apprentissage avait eu une incidence favorable sur leurs rapports sexuels. La prise de conscience du périnée par la sensation interne de ses contractions et décontractions est en outre pour la mère un **moyen essentiel d'analyser et de suivre elle-même la progression de son enfant lors de la phase d'enfantement**.

L'articulation du bassin

On a déjà vu l'importance des **bascules du bassin** pour développer le jeu articulaire des sacro-iliaques. On a eu l'occasion d'en connaître les effets remarquables sur la circulation, sur la prévention des lombalgies (mal de reins) et sur l'état des voies urinaires. **100 à 200 mouvements par jour — en plusieurs séquences — semblent nécessaires**.

Ici aussi, on demandera à la mère de se centrer sur la sensation. Sent-elle à l'intérieur de son corps ce basculement vers l'arrière, puis vers l'avant? Si oui, elle aura le privilège de reconnaître ce mouvement lorsqu'il se produira au cours de la progression du bébé dans l'enfantement. Aussi les exercices seront décomposés en 2 fois 50 mouvements le matin et le soir pour sentir, plus de nombreuses séquences de 3 ou 4 au cours de la journée plus automatiques.

Sentir les muscles des membres

Le Dr Faillières demande d'effectuer des rotations de la cheville: faire tourner le pied de telle sorte que les orteils décrivent un cercle. Dans quel but? Dans celui de sentir et d'analyser ce qui se passe. Dans quelle région du corps en ressentez-vous les effets? Quels éléments entrent en jeu? C'est la pratique qui vous fournira la réponse. Essayez souvent, il est possible que vous sentiez des choses nouvelles d'une fois à l'autre.

D'autres exercices visent à connaître et à contrôler la contraction et la décontraction des principaux groupes musculaires liés aux articulations.

Par exemple, avec la cheville, s'exercer à plier lentement le pied vers le haut et vers le bas. Cet exercice est plus efficace si ce mouvement rencontre une résistance, qui peut être exercée par la main du compagnon. Faire de même avec le genou, la main, le coude. Puis en écartant ou serrant les genoux.

On distingue **décontraction**, qui concerne le groupe musculaire, et **relaxation** pour laquelle on relâche le groupe musculaire et l'esprit. Pour saisir la différence de sensation entre les deux, on prend d'abord conscience de la contraction qui existe dans l'un quelconque des exercices précédents. On la localise et on la suit mentalement dans le mouvement. Puis, en annulant cette contraction, on reste conscient de cette nouvelle sensation musculaire. C'est la **décontraction volontaire et consciente**, dans laquelle l'esprit reste en éveil et vigilant. La relaxation en diffère par le fait qu'on laisse sombrer l'esprit dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

Dans la contraction, le muscle se fatigue et brûle de l'oxygène. La décontraction permet d'éviter une fatigue inutile, de consommer trop d'oxygène (autant de plus pour le bébé) et de récupérer les dettes d'oxygène et de fatigue prises éventuellement dans l'effort précédent. En particulier la mère se servira de cette décontraction après la contraction utérine de l'accouchement.

Se déconditionner des synergies musculaires

La mère s'entraîne ensuite à décontracter certains muscles à volonté tout en décontractant d'autres groupes de muscles. Par exemple, je contracte le bras gauche et la jambe gauche et je décontracte bras droit et jambe droite. Ou bien de façon croisée. Cet exercice est difficile du fait que ces muscles ont l'habitude de se contracter simultanément pour réaliser une action où ils sont associés (ce que l'on appelle une **synergie musculaire**), et qu'on a du mal à les faire jouer séparément.

Une synergie fréquente associe les **muscles abdominaux, le périnée et les muscles de la face interne de la cuisse** (adducteurs). Dans la position d'enfantement, la mère est allongée et relève la tête et les épaules. Abdominaux et diaphragme sont seuls contractés pour donner un appui, à l'utérus en contraction, tandis que les autres muscles (périnée, adducteurs, muscles du visage) sont relâchés. Le père soutient les épaules et la tête de la mère afin qu'elles soient également relâchées. Il est recommandé de s'entraîner à réaliser ces états à volonté.

Celui ou celle qui est capable de contrôler ses muscles n'utilise dans l'action (en particulier dans l'accouchement) que les muscles strictement indispensables à celle-ci. Les autres sont relâchés, avec les mêmes avantages que la décontraction générale.

Les sensations de l'utérus

Les mouvements du corps résultent de l'action conjuguée de muscles commandés par le système nerveux. Notre organisme comporte deux types de muscles. Les **muscles striés**, commandés par le système nerveux central, obéissent à la volonté et interviennent dans le mouvement et tout ce qui concerne la vie de relation (exemple: le biceps). Ils perçoivent des sensations. Les **muscles lisses**, commandés par le système nerveux neuro-végétatif (orthosympathique et parasympathique) assurent la vie végétative et fonctionnent automatiquement (par exemple l'estomac). Ils ne perçoivent que des sensations pathologiques.

L'utérus est un muscle lisse. Il n'est donc pas concerné par le travail volontaire des exercices précédents. Or chose extraordinaire pour un muscle lisse, il **fournit des sensations au cours de la grossesse au moment des contractions**. Il a des contractions pendant l'accouchement mais également tout au long de la vie. Seulement elles ne sont pas perceptibles. Elles ne le deviennent qu'au quatrième mois de la grossesse. Mesdames, avez-vous ressenti ces contractions? Certaines d'entre vous les prenaient peut-être pour les mouvements du bébé, mais c'était trop tôt pour cela. Afin de mener l'accouchement dans les meilleures conditions, il est indispensable de connaître parfaitement les sensations de l'utérus. D'abord prendre conscience de **la contraction utérine**.

Allongez-vous et tâtez l'abdomen. Appuyez bien avec vos mains. En dehors de la contraction, vous sentez un côté souple et un côté plus ferme qui correspond au dos du bébé. Lorsque survient la contraction, cela devient ferme partout. Vous pouvez percevoir un léger besoin d'uriner. Le pouls s'accélère. Vous pouvez ressentir des bouffées de chaleur. L'avez-vous constaté? La contraction démarre au bas du ventre, monte sur les côtés; le ventre s'arrondit. Puis elle s'évanouit en sans inverse.

Ces contractions sont très variables: fréquentes ou non, peu ou très toniques, longues ou courtes. Lorsqu'on est familier avec cette sensation, on peut alors en distinguer les **mouvements du bébé**. On peut même affiner toujours plus loin l'analyse jusqu'à reconnaître les mouvements des pieds, des mains, de la tête. Cette recherche constitue un jeu à quatre mains où le père participe et fait lui aussi connaissance avec son enfant. Autrement dit, insensiblement, le bébé devient présent pour les époux qui deviennent déjà des **parents**.

Il est ensuite possible de s'entraîner à la reconnaissance du **diaphragme**. Il suffit de se plier en deux pour le sentir venir au contact de l'utérus. C'est ainsi que la mère maîtrise la respiration limitée. Au fur et à mesure du développement de l'oeuf et de l'utérus, la mère sent que le diaphragme peut s'abaisser de moins en moins.

Dans la phase d'enfantement, au cours de la contraction utérine, le diaphragme est utilisé comme appui de l'utérus en collaboration avec les abdominaux. Pour cela, la mère **inspire et abaisse son diaphragme sur l'utérus**, mais **sans exercer d'effort de poussée**. Elle bloque sa respiration (ce qui nécessite un entraînement), soulève la tête et les épaules avec l'aide du père, ce qui a pour effet de contracter les abdominaux.

Une contraction ayant une durée de 1 à 2 mn, il est raisonnable de demander de s'entraîner à retenir la respiration pendant 2 à 3 mn au cours de la grossesse.

S'entraîner pour choisir l'attitude juste

Lorsque nous sommes face à une situation nouvelle telle qu'un accouchement, comment trouver le comportement le plus juste possible? **Notre comportement n'est souvent pas adéquat car il est fortement brouillé par notre éducation**, en particulier par des éléments qui troublent notre conscience et nous empêchent d'avoir une perception lucide de la situation. Sauriez-vous en citer? Ce sont des émotions et des croyances qui se sont inscrites dans notre inconscient et fonctionnent de façon automatique comme des programmes (voir article [L'enfant intérieur](#)). Quelle est votre définition de **l'éducation**?

Nos expériences, nos mouvements, notre nourriture, nos relations avec nos parents, avec les autres, avec la nature, nos initiatives, etc. ont forgé notre éducation. Les événements des premières années surtout sont déterminants pour le comportement futur. **Déjà au sein du ventre maternel, l'enfant fait l'expérience d'une certaine éducation**. Les parents se sentent-ils responsables de cette éducation?

Nous réagissons bien moins en fonction de ce que nous savons consciemment que de ce que nous sommes inconsciemment, résultat d'éléments innés et d'éléments acquis. **L'inné** résulte des inscriptions génétiques de l'espèce et de ses lignées parentales. Par exemple, **dès la naissance, le nouveau-né a les réflexes archaïques d'agripper, de marcher, de téter**. **L'acquis**, le vécu depuis la conception, est ce que nous avons vécu en tant que personne à la fois physique et mentale, au contact d'un environnement physique, matériel et psychoculturel, en constante mouvance, auquel nous avons dû nous adapter avec plus ou moins de facilité pour vivre (9).

Le réflexe conditionné ou l'éducation à l'illusion

Les éléments acquis inconscients fonctionnent comme des **réflexes conditionnés**. Dans certaines circonstances, ils sont activés par des signaux qui nous touchent. Dans la célèbre expérience du chien étudiée par Pavlov, on présente de la viande à un chien qui réagit en salivant. Réponse tout à fait normale et adaptée: grâce à la salive le chien se prépare à une bonne digestion. Dans un deuxième temps, chaque fois que l'on présente la viande, une sonnette retentit. Peu à peu, le chien associe viande et sonnette et prend l'habitude de saliver dès que retentit la sonnette. Un jour la sonnette retentit, mais la viande ne vient pas. Or la salive coule. La sonnette est devenue un signal conditionnel. Cependant à *quoi sert cette salive?* A

rien puisque la viande n'est pas là. **Le comportement de l'organisme du chien n'est plus adapté à la réalité. Il n'est qu'un réflexe conditionné par la répétition de la même situation.** Toutefois, si la viande ne revient plus du tout, le réflexe se perd. Mais il suffit de présenter de la viande de temps en temps pour l'entretenir. Serait-ce dû à l'espoir de voir arriver de la viande? On voit comment intervient le facteur psychologique. Il apparaît de façon plus nette dans le fait (et on l'omet souvent) que le signal neutre (la sonnette) **ne devient significatif que si le chien a faim, autrement dit que s'il est motivé.** Il faut en outre que l'évènement soit répété souvent.

Il en est des humains comme des chiens. **Ce qu'ils prennent pour une réalité n'est souvent qu'un signal conditionnel** (ce qu'on appelle aussi *croyance* ou *idée reçue*, consciente ou non). Pour illustrer les **illusions** que nous nous construisons, le Dr Faillières nous présente des taches de couleur. *Qu'est-ce que c'est?* demande-t-il. Chacun y voit des choses différentes en fonction de son état éducatif: un drapeau bleu - blanc - rouge, un feu tricolore, etc... Est-ce la réalité? Non. Ce ne sont que des taches de couleur. Le reste, c'est notre **imagination nourrie par notre culture.** Les taches sont des signes, et même si elles constituent un signal approximatif, elles évoquent des faits imaginaires. Ainsi, on a reconnu un drapeau bleu - blanc - rouge, alors que les taches étaient bleue, blanche et orange.

Le réflexe conditionné est cependant indispensable à la vie: lorsque je mange ma soupe, je porte automatiquement ma cuillère à ma bouche sans avoir à analyser mes gestes. C'est lorsque j'étais bébé que, par l'apprentissage, j'ai peu à peu acquis le geste sûr. Le **mécanisme de l'apprentissage** repose sur les réflexes conditionnés qui représentent une aide indispensable à la vie quotidienne. Une fourmi rencontre un mille-patte et s'étonne que l'on puisse marcher avec tant de pattes. *Comment fais-tu pour que tes pattes ne se cognent pas les unes dans les autres? Dans quel ordre les avances-tu? Remues-tu les deux côtés simultanément ou avec un décalage?* Le mille-patte qui jusque là avait marché avec aisance sans se soucier de la façon dont il procédait, se mit à se poser des questions, à analyser ses mouvements, à se demander quelle patte il devait bouger, tant et si bien qu'il lui fut impossible de marcher. Cette histoire prouve que les réflexes conditionnés sont utiles.

Les synergies des muscles fonctionnent comme des réflexes conditionnés. Elles sont parfois favorables, parfois défavorables comme la synergie abdominaux - périnée **vue plus haut**, et il est recommandé de s'en libérer. Mais de même que le chien de Pavlov doit avoir faim, de même il faut que les mères soient **motivées** pour s'exercer régulièrement aux bascules du bassin, à la respiration, à la décontraction.

Les signaux qui inquiètent

Les images, les sons, les bruits, les mimiques, les attitudes, les paroles que nous percevons sont autant de signaux qui nous affectent. Aux mots, nous faisons souvent dire plus que ce qu'ils signifient réellement. Il s'ensuit alors une incompréhension et un comportement inadapté. **Qu'évoquent les mots accouchement, douleurs, grossesse? Quels fantasmes véhiculent-ils, associés à eux par conditionnement?** A quoi font penser les instruments chirurgicaux dans la salle d'accouchement? Les paroles et les comportements du personnel médical ont une grande importance pour la conduite de l'accouchement. Il est donc important d'aménager un environnement favorable (objets, mais aussi personnel médical) et d'améliorer l'éducation des parents en les aidant à découvrir leurs conditionnements négatifs.

Une femme préparée vit son accouchement de façon lucide et responsable, car elle est en mesure de répondre aux signaux de son corps par une attitude adéquate. Par quel moyen atteindre cet état? Apprendre à détecter le signal réel, significatif.

- Développer ses facultés d'observation et d'attention.
- Adopter une bonne hygiène pour avoir des capteurs de sensations (organes des sens) en bon état.
- Différer la réponse (en respirant profondément) pour permettre d'attendre tous les signaux.
- **Apprendre à analyser les signaux, en particulier ceux qui viennent du corps.** C'est l'un des buts des exercices sur la respiration et sur les sensations des chapitres précédents.
- Prendre son temps, suivre son rythme personnel.
- Être décontractée pour être mieux réceptive.
- S'informer pour avoir des références culturelles correctes.

L'accouchement est-il douloureux?

La réponse à cette question ne va pas de soi. *Oui, j'ai souffert* répondent la majorité des femmes et elles décrivent leur calvaire.

Historique

Oui, dit la Bible, **tu enfanteras dans la douleur**. Et cette affirmation d'origine divine est de nature à persuader celles qui ne souffriraient pas spontanément. C'était du moins le cas il y a quelques dizaines d'années encore, mais un tel conditionnement ne s'efface pas rapidement. Il paraissait sacrilège de passer outre à la condition humaine en cherchant à supprimer les douleurs et il a fallu une mise au point de Pie XII lui-même pour que les catholiques acceptent l'accouchement sans douleur. On sait maintenant que la parole biblique résulte d'une mauvaise traduction. Il est écrit en réalité: *Tu enfanteras dans le travail (dans l'effort)*.

Comment échapper à la douleur? Diverses techniques d'indolorisation ont été proposées. La Reine Victoria a lancé et rendu célèbre l'**accouchement avec anesthésie**. Chef de l'église anglicane, elle avait autorité pour passer outre à l'ordre divin. Les anesthésiques suppriment les sensations corporelles. Avec eux commencent la médicalisation de l'accouchement et le passage du pouvoir de la femme aux médecins.

L'**hypnose** est un procédé d'abaissement du niveau de conscience. Par une série de stimulations tactiles, visuelles et des suggestions verbales, l'hypnotiseur amène le patient dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. L'indolorisation est obtenue soit spontanément, soit à la suite de suggestions précises. Surtout employée à la fin du 19^e et au début du 20^e siècle, l'hypnose a subi plusieurs variantes: hypnose pendant l'accouchement seulement, hypnose avec suggestion pendant la préparation seulement, ou les deux à la fois. Ces méthodes ont démontré la réalité de l'indolorisation (10).

En 1933, l'anglais **Grantley Read** fait paraître un livre intitulé *l'accouchement naturel* où il expose les résultats de sa méthode découverte empiriquement. Il constate qu'informer la femme sur l'accouchement, lui apprendre à se relaxer, et avoir de bons rapports avec elle, diminue la douleur. Il explique que **la contraction utérine est normalement indolore** car il n'y a pas de fonction physiologique dans le corps humain qui soit cause de douleur, tant que le corps est en bonne santé. La douleur existe parce que la civilisation et la culture ont influencé l'esprit des femmes et ont introduit la peur de l'accouchement. Cette crainte donne naissance à une tension musculaire et à la douleur. La méthode de préparation est connue sous le nom d'**accouchement sans crainte** (11).

En 1949, le russe **Velvoski** expose sa méthode de **préparation psychoprophylactique à l'accouchement**. Elle est issue des acquisitions des méthodes hypnosuggestives et des travaux de Pavlov. En 1951, le docteur **Lamaze** (France) se rend en Russie pour l'étudier et est frappé par la façon dont les femmes accouchent avec le sourire. Désormais il se consacre au développement de la méthode qu'il adapte aux Françaises. Pour lui, la sensation douloureuse augmente dans certaines circonstances, par exemple la peur et l'angoisse dues à l'inconnu, à l'environnement, à la culture. Elle diminue au cours d'une activité mentale importante qui réalise un **freinage** que Pavlov explique de la manière suivante:

Lorsque nous sommes très attentifs, très concentrés sur une activité (une lecture par exemple), nous ne sommes pas réceptifs à ce qui se passe ailleurs. Nous ne prêtons pas attention à ce qui nous est dit. Des tas de sensations ne sont pas perçues, bien que nos sens fonctionnent et que notre corps les enregistre. Voici un autre exemple: un enfant se blesse en jouant, mais dans le feu de l'action, il n'y prend pas garde et ne ressent pas de douleur. Ce n'est qu'à la fin du jeu, en découvrant visuellement sa blessure, qu'il se met à pleurer. Ou bien parce qu'un adulte intervient pour le rassurer en lui demandant s'il s'est fait mal. **Cette mise à l'écart des sensations lorsque le cerveau est occupé est ce que l'on appelle le freinage**. Si l'on détourne l'attention de la femme qui accouche par une activité qui l'intéresse, elle ne ressent pas ou sent moins la douleur.

La méthode de préparation, connue en France sous le nom de **PPO (Psycho-Prophylaxie Obstétricale)** consiste à supprimer l'angoisse par des *apports de connaissances* concrètes, claires, facilement utilisables, et à réaliser un freinage en *centrant l'attention de la femme sur les exercices respiratoires et le relâchement musculaire*. La femme y retrouve un rôle actif. Cette méthode s'est bien développée en France mais tend à se perdre: elle va à l'encontre de la toute puissance médicale, et des critères de rentabilité des hôpitaux. PPO et accouchement sans crainte sont assez proches. Velvoski a donné une base plus scientifique à la pratique empirique de Read.

Le Dr Faillières, d'abord formé à l'école de la PPO, s'est heurté à certains écueils de cette méthode. Par son sens aigu de l'humain, de la liberté, de la responsabilité, il s'est attaché à les dépasser et a élaboré une nouvelle méthodologie. Le problème essentiel est que le freinage réalise un abaissement de la conscience, donc une aliénation, un conditionnement. La femme, au lieu de vivre ses sensations, s'en détourne. Le Dr Faillières a voulu lui permettre de **vivre pleinement la naissance** afin qu'elle soit le plus responsable possible. En outre, un fait expérimental simple et fréquent semble limiter considérablement la valeur de la méthode d'accouchement sans douleur: pourquoi, s'est demandé le Dr Faillières, le freinage n'est-il pas efficace dans les **lombalgies de l'accouchement** (douleurs dans les reins)? La résolution de cette question nécessite une exploration plus approfondie de l'origine de la douleur.

Les causes de la douleur

Selon vous, quels phénomènes le mot désigne-t-il? Voici ce que les participants ont répondu: *c'est une sensation désagréable, une souffrance indescriptible, un signal d'alarme*. Réponses intéressantes, mais qui ne nous renseignent que faiblement. Rares sont ceux qui ont réfléchi à la signification de la douleur, à son rôle. Le Dr Faillières distingue la souffrance et la douleur. Lorsque dans une machine, une pièce mécanique est soumise à des frottements ou à des chaleurs intenses, on dit qu'elle souffre. Mais elle n'en ressent pas de douleur pour autant parce qu'elle n'est pas douée de capteurs sensibles (organes des sens) ni surtout de conscience.

Pour mieux comprendre ce que sont la souffrance et la douleur, imaginez que l'on approche de la peau de votre main une cigarette allumée, très lentement. A une distance suffisante, vous ressentez de la chaleur, c'est agréable. Lorsque la cigarette approche, le degré de chaleur augmente jusqu'à ce que vos cellules ne puissent plus le supporter: elles sont brûlées. C'est la **souffrance** de votre organisme. Que s'est-il passé? Dans un premier temps, les cellules supportent la chaleur parce qu'elle se situe en-dessous du seuil d'adaptation. Elles s'adaptent à leur environnement, en particulier par une modification de la circulation sanguine. La **lésion**, donc la souffrance, survient quand le seuil est dépassé et que **l'organisme est dans l'impossibilité de s'adapter**. Ce n'est pas seulement la région lésée qui souffre: lorsqu'un déséquilibre s'installe localement, l'organisme entier en est affecté et cherche à retrouver son intégrité; il réagit par des modifications du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de la tension artérielle, par des phénomènes hormonaux, vasomoteurs (contraction ou dilatation des petits vaisseaux sanguins). Voilà donc un exemple de souffrance créée par une agression physique.

Qu'en est-il de la **douleur**? La souffrance crée des sensations locales. Une **sensation** est un signal qui parvient à des capteurs de signal (organe des sens). Ce sont la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher, le goût, qui transmettent les sensations visuelles, olfactives, auditives, tactiles, gustatives. Quel organe nous transmet la sensation de mal à l'estomac, de crampe? Ce sont des capteurs internes et ils constituent notre sixième sens, le **sens cénesthésique**. Les sensations, nées dans ces organes, sont conduites au cerveau par des nerfs sensitifs. Il se peut que nous ne soyons pas conscients des sensations, soit parce que les nerfs sensitifs sont lésés ou bloqués par des médicaments (anesthésiques) et empêchent la sensation de parvenir au cerveau, soit à cause du processus de freinage. Nous ne ressentons alors pas de douleur, comme l'enfant blessé qui ne ressent sa douleur qu'à la fin de ses jeux.

Si par contre la sensation parvient à notre conscience, nous allons réagir selon ce qu'elle évoque pour nous, ce à quoi nous l'associons. **La douleur est l'interprétation cérébrale et l'expression de la souffrance**. Chacun l'exprimera à sa façon, en fonction de sa personnalité, de son état éducatif, du moment, de la situation, de l'environnement. Le même phénomène physique peut être ressenti très différemment en fonction de ces facteurs. La réaction peut être la sidération, la fuite, l'agressivité ou une réponse mesurée.

Dans l'exemple de la cigarette, la souffrance et la douleur sont créées par une **agression**. D'autres causes sont possibles. La **surprise**: si l'on nous fait peur en nous surprenant, notre organisme manifeste une réaction de souffrance (cœur qui bat). Or, manifestement il ne courait aucun danger. C'est la peur qui est responsable, ainsi que la surprise, l'inconnu, l'inhabituel, la soudaineté. **L'angoisse** se distingue de la peur parce qu'elle est sans objet. Nous devons subir une piqure: nous avons peur car c'est une agression réelle. Maintenant quelqu'un s'approche de nous avec une seringue. Même si cette seringue n'est pas destinée à nous piquer, nous sommes angoissés à l'idée que cela pourrait être le cas. La vue d'une seringue peut suffire à provoquer angoisse, souffrance et douleur. Cette douleur ne provient pas d'une lésion, mais de **notre vécu antérieur**, fonction de chacun. Un **mot** peut suffire à évoquer une telle situation, de même qu'une image, un tableau, des sons, des odeurs, des instruments. L'angoisse, la peur, modifient nos réactions.

Contractions utérines et douleurs de l'accouchement

Pour le Dr Faillières comme pour Read et Velvoski, la contraction utérine n'est pas physiologiquement douloureuse. Sans préparation spéciale, certaines femmes accouchent spontanément sans douleurs. Velvoski en estime le pourcentage entre 7 et 14%. Pourquoi la contraction engendre-t-elle la douleur dans les autres cas? L'accouchement répond-il à une agression? Y a-t-il des exemples de phénomènes douloureux non agressifs? Pas à notre connaissance. **La douleur est l'expression d'une souffrance et témoigne d'une inadaptation**. Mais qu'est-ce qui crée cette inadaptation?

C'est le caractère d'**inconnu** et de **surprise**. Il n'est pas possible de prévoir quand commencera le travail d'enfantement, car il débute à l'improviste. La femme perçoit des sensations nouvelles, inconnues d'elle, **au niveau de son utérus**. Si elle n'est pas préparée, cela constitue une surprise, un inconnu. Elle l'associe alors aux *douleurs* de l'accouchement qu'on lui a décrites et ce seul mot suffit à transformer les contractions en *douleurs*. Il y a là un **réflexe conditionné** bien ancré qui a ses racines dans le conscient et dans l'inconscient de toute une lignée de femmes. Cela se répercute sur les réactions biologiques de l'organisme. Ce mécanisme est comparable à un phénomène souvent vécu dans notre existence courante: lorsque nous sommes dans un climat d'inquiétude (par exemple, nous attendons quelqu'un qui est très en retard), qui peut se transformer en angoisse lorsque ça se prolonge, alors n'importe quel bruit nous fait bondir et notre organisme s'en ressent. Si la pensée du mot *douleurs* appelle un climat d'angoisse, **cela se traduit dans la biologie** par des décharges d'adrénaline et de noradrénaline. Des perturbations surviennent dans la circulation, les muscles, la respiration. C'est alors que les contractions utérines deviennent douloureuses.

Si cela se produit, détendez-vous et **respirez** profondément afin de régulariser la circulation. Vous retrouvez la sérénité et la lucidité. **La femme préparée interprète les nouvelles sensations comme le signal de la venue au monde de son bébé** et se comporte en conséquence. Au cours de l'accouchement, d'autres sensations inconnues, inhabituelles sont perçues. Comme c'est mystérieux! Que se passe-t-il? Est-ce normal? Que d'angoisse pour la femme non préparée.

Prévenir les lombalgies par l'entraînement musculaire

Voilà **la tête de l'enfant** qui progresse et **arrive au contact des ligaments du bassin**. Ceux-ci se mettent à bouger, le bassin bascule afin que le bébé continue sa progression. C'est à ce moment que de nombreuses femmes ressentent des douleurs dans les reins (lombalgies) car il se produit une contracture des muscles. Lorsque nous forçons un muscle sans l'avoir échauffé ou entraîné, des déchirures musculaires ou des crampes peuvent se produire. Le seuil d'adaptation du muscle a été dépassé. **L'entraînement permet d'augmenter son adaptabilité**.

Les lombalgies sont dues à une réelle contracture, signe d'une inadaptation des ligaments et des muscles du bassin. La douleur provient d'une infrastructure physiologique, contrairement à la contraction utérine qui n'est pas douloureuse. On comprend maintenant que le freinage soit inefficace pour les lombalgies. Les exercices du bassin permettent une augmentation de l'amplitude du jeu musculaire. Parce qu'elle s'est centrée sur les sensations produites au cours de ces exercices, la femme percevra et identifiera facilement celles de l'accouchement qui sont proches. Elle évite ainsi la surprise et la souffrance.

Prévention des déchirures du périnée

La tête du bébé arrive sur le périnée. Encore une sensation nouvelle et inhabituelle qui peut induire un réflexe de défense. Bien souvent la femme contracte ce muscle, empêche la progression rapide et augmente les risques de déchirure. On a vu plus haut que **décontracter et contracter le périnée** est un exercice qui permet à la femme à la fois d'obtenir la décontraction et de prendre connaissance des sensations issues de cette région.

Comment atténuer et supprimer la douleur

Les lectrices possèdent maintenant les éléments leur permettant de trouver comment éviter les douleurs. La méthodologie du Dr Faillières consiste

1. **à délivrer des connaissances sur le corps et l'accouchement:** elles effacent l'angoisse qui est sans objet réel.
2. **à faire des apprentissages qui réduisent la surprise, augmentent l'attention aux sensations et leur analyse.**
3. **à faire des entraînements musculaires de contraction - décontraction qui augmentent l'adaptabilité de l'organisme.**

Grâce aux exercices corporels effectués assidument au cours de la grossesse (analyse des sensations, respiration, décontraction, bascules du bassin) la femme connaît son corps, reconnaît et identifie les sensations et peut s'adapter à la situation nouvelle. Ici apparaît nettement la différence entre les conceptions du Dr Faillières et celles d'autres méthodes de préparation. La plupart d'entre elles cherchent à camoufler la douleur par des procédés physiques (anesthésie) ou psychologiques (hypnose, freinage). Il en résulte que l'on scotomise les sensations, donc toute une partie importante du vécu de l'accouchement et que l'on abaisse l'intensité de présence de la mère. Avec le Dr Faillières, bien au contraire, on cherche à l'élever afin que la mère, accompagnée du père, conduise son accouchement de la façon la plus lucide et la plus responsable possible.

Est-ce à dire qu'il faut absolument condamner le freinage? Non. Il existe forcément. Il s'en produit toujours quand la mère se centre sur une sensation, sur sa décontraction ou sa respiration. De plus, ce freinage est utile! Car il est bien difficile d'éviter complètement les influences nocives venant soit de l'environnement (objets, odeurs, paroles du personnel, du mari ou de la grand-mère, etc.) soit du vécu personnel (angoisse inconsciente). L'élément important est d'être capable de choisir librement et consciemment de l'utiliser.

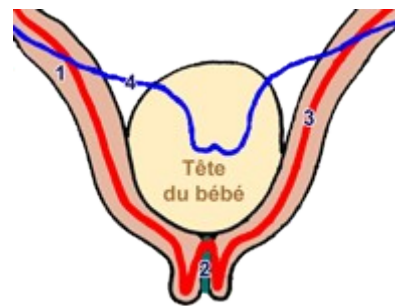
Le temps de l'accouchement

Le temps a fait son oeuvre. Lentement, peu à peu, l'organisme de l'enfant s'est construit, s'est préparé à sa vie autonome. C'est le moment pour lui de passer à un autre mode d'existence. Les parents, eux aussi, se sont préparés. La mère, surtout, a acquis une bonne connaissance de son corps. Elle sent bien ses contractions utérines, contrôle sa respiration et ses muscles volontaires. Grâce au dialogue qui a pu s'établir avec l'équipe médicale, avec les autres couples, à l'intérieur du couple et peut-être ailleurs, les parents ont mieux conscience de leurs responsabilités et sont plus aptes à les assumer. Ils connaissent le déroulement physiologique de l'accouchement, scénario programmé par la nature, identique pour toutes les femmes. Il n'en est évidemment pas de même de la part subjective de l'accouchement, qui diffère pour chaque couple.

La présentation et la formation du segment inférieur de l'utérus

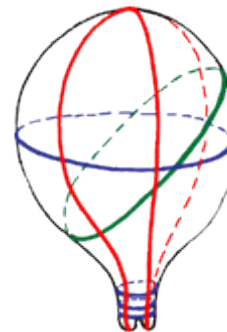
La **présentation** est la position dans laquelle le bébé aborde son passage dans les conduits génitaux. Bien avant le début du travail, cette position est déterminée. Dans 95% des cas, on a affaire à une présentation du **sommet**, c'est-à-dire que c'est la tête qui se place sur le col utérin. C'est ce cas que nous

Fig.11- Formation du segment inférieur



1- Paroi de l'utérus; 2- bouchon muqueux; 3- fibre longitudinale; 4- silhouette du col avant la modification

Fig.12- Structure fibreuse de l'utérus



En bleu, fibres circulaires; en vert, fibres obliques; en rouge, fibres longitudinales

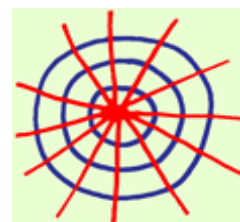
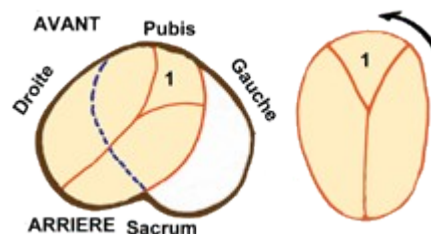
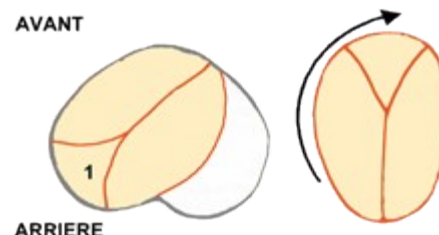


Fig.13- L'engagement et la rotation de la tête du bébé dans le bassin



1. Nuque

13a- La position la plus fréquente de la tête nuque à droite. Une rotation de 1/8e de tour amène la nuque en position de sortie. En pointillé, l'autre diamètre possible, très rare.



13b- Position nuque en arrière à droite. 3/8e de tour sont nécessaires pour se présenter à la sortie.

décrivons. On peut également avoir une position de **siège**: ce sont les fesses qui viennent en premier. Siège complet si le bébé est assis en tailleur. Siège décompleté si ses jambes sont relevées devant son thorax. La présentation du siège entraîne un dégagement du bébé un peu plus délicat, mais le déroulement est semblable.

A partir de 7 mois 1/2 pour un premier bébé, éventuellement plus tard, peut-être au dernier moment pour un autre bébé, commence la formation du segment inférieur de l'utérus. C'est le processus par lequel **la région isthmique (entre le corps et le col) s'amincit et se moule sur la présentation** (fig.11). Pour en comprendre le mécanisme, examinons la structure fibreuse de l'utérus (fig.12). Le corps et le col sont très différents. Le corps est constitué de fibres longitudinales, circulaires et obliques. Lorsque la contraction survient, la pression augmente à l'intérieur, mais le contenu, liquide incompressible, ne varie pas de volume et reste sur place tant que la région isthmique reste fermée. Celle-ci ne comporte pas de fibres obliques, de même que le col, et peut s'allonger progressivement au moment de la formation du segment inférieur. Alors, les contractions font progresser le contenu dans le col qui s'allonge et devient le *segment inférieur*. Bien qu'elle s'allonge, la région isthmique ne s'ouvre pas encore pour autant, mais cette disposition permettra aux contractions ultérieures d'exercer leur force pour ouvrir le col.

En descendant, la tête du bébé a tendance à s'engager dans le bassin. Pour une primipare (c'est-à-dire pour un premier bébé), il est souhaitable que l'engagement se fasse avant le début du travail, alors qu'il est plus tardif chez une multipare. La tête emprunte les diamètres du bassin les plus grands et s'y emboîte avec précision. Deux voies sont possibles: le diamètre gauche (c'est-à-dire celui dont l'extrémité antérieure est à gauche) est utilisé dans 98% des cas, les autres utilisant le droit (fig.13). Dans l'exemple du diamètre gauche, la nuque peut être placée soit en avant, contre le pubis (position gauche antérieure) (c'est la position la plus fréquente) soit en arrière à droite (position droite postérieure). Au cours de la dilatation et de l'enfantement, la tête continue à descendre en se tournant, guidée par les conduits génitaux, et se présente en position directe, la nuque au pubis, prête pour le dégagement. La figure 13 montre que la rotation est de 1/8e de tour pour la position gauche antérieure, et de 3/8e pour la position droite postérieure.

La dilatation

La phase précédente se situe dans une période qui peut aller de quelques heures à quelques semaines avant l'accouchement. Le travail commence vraiment (signe qu'il faut se rendre à la maternité ou appeler la sage-femme par exemple) avec l'**effacement du col** et la dilatation. Alors les contractions changent. Leur rôle est maintenant d'**ouvrir l'orifice de l'utérus** pour que l'enfant puisse en sortir. De même qu'à l'époque des règles, le taux de progestérone diminue et les fibres circulaires du col acceptent l'élongation. Les fibres longitudinales se raccourcissent au cours de la contraction. Dans le col, comme elles sont disposées en épingle à cheveux (fig.11), leur raccourcissement provoque l'effacement, c'est-à-dire la disparition du relief cervical (du col). Les contractions qui continuent de tirer sur ces fibres longitudinales ouvrent ensuite l'orifice du col.

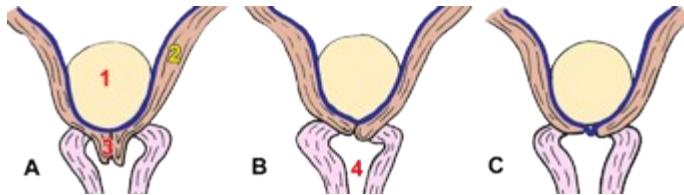
Comment reconnaître le début de ce travail? Plusieurs phénomènes en constituent des révélateurs.

La perte du bouchon muqueux (fig.11): on constate l'écoulement d'un mucus gluant. Il provient du canal cervical et est libéré lors de l'effacement de celui-ci. Il est quelquefois mélangé d'un peu de sang, signe d'une trop grande fatigue. Il faut alors être vigilante, et si cela se produit trop longtemps avant le terme, rester allongée. Une cause fréquente de fatigue est l'aménagement de la maison dont l'envie s'empare de nombreuses mères dans les derniers mois de la grossesse. Oui, l'instinct nidatoire existe!

Le changement de nature des contractions utérines: nous venons de voir que leur fonction était différente. Cela se traduit par des sensations différentes. Lesquelles à votre avis? Des participants du groupe de préparation ont répondu: *Parce qu'elles sont douloureuses*. Le lecteur a-t-il la même opinion? S'il a adhéré aux explications du chapitre précédent, il répondra que les contractions utérines ne sont pas biologiquement dorigènes. *Elles sont plus fortes*. Non! Les premières contractions ne sont pas très toniques. *Plus longues*. Non! Pendant la grossesse, leur durée est très variable et certaines sont très longues. Leur caractéristique essentielle réside dans leur **régularité**: régularité de leur tonicité, régularité de leur longueur et régularité de leur fréquence. Tandis que pendant la grossesse elles survenaient de façon aléatoire, elles se répètent maintenant, identiques tous les quarts d'heure puis toutes les 10 mn, toutes les 5 mn, etc.

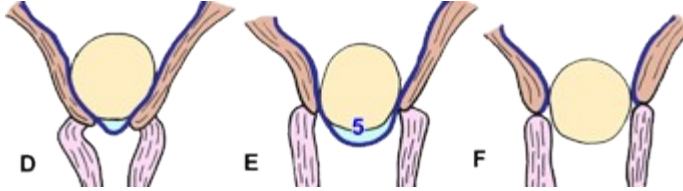
La perte des eaux: une petite quantité de liquide amniotique se trouve confinée entre la tête du bébé et les membranes (fig.14). C'est la poche des eaux. Lorsque cette région se dilate, les membranes se rompent et le liquide amniotique se répand. Son abondance est très variable. Quelquefois on le confond avec l'urine, mais une observation plus attentive montre qu'il en diffère par la couleur et l'odeur. La perte des eaux est le signe que *ça va arriver* et la plupart des accoucheurs percent la poche afin d'accélérer le processus d'enfantement. Le Dr Faillières laisse à la nature le soin de choisir le moment favorable.

Fig.14- Effacement du col et dilatation



A. État initial; B. Effacement du col; C. Col effacé

1. Tête du bébé; 2. Paroi utérine; 3. Col de l'utérus; 4. Vagin; 5. Poche des eaux



D. Formation de la poche des eaux; E. Dilatation presque complète; F. Dilatation complète

Cependant il peut arriver des cas où la membrane est vraiment trop résistante et où il vaut mieux la percer. Est-ce préjudiciable et douloureux? Oui si la mère a peur. Elle voit l'instrument pointu qui entre en elle et imagine quelle va être la douleur. Or, ça ne peut pas faire mal car la membrane ne fait pas partie de la mère mais de l'oeuf. Quant au bébé, il ne ressent rien. La membrane n'est pas reliée à lui par des nerfs, mais par le cordon ombilical qui ne comporte que trois vaisseaux sanguins. Si douleur il y a, elle est créée par la peur à la vue des instruments médicaux ou à l'écoute de certains termes employés par les opérateurs.

Ces critères de commencement du travail ne sont pas absolus. Il se peut que l'on ne voit pas passer le bouchon muqueux. Il arrive, rarement, que du liquide amniotique s'écoule sans que cela soit le début du travail. Il s'est infiltré entre amnios et chorion à la faveur d'une fissure qui s'est par la suite refermée. Le déclenchement des contractions n'est pas non plus un critère absolu. Il existe un faux travail qui se produit avant le terme et qui a des causes psychologiques. Par exemple, on est persuadé que cela va arriver, ou l'on est pressé d'en finir, etc. Il s'arrête spontanément. Il a l'inconvénient de fatiguer la mère inutilement (nuits blanches par exemple). Certaines peuvent être déçues de cette inefficacité et être tentées de demander le déclenchement artificiel du travail. Pour y remédier, se détendre. Et s'interroger sur les causes psychologiques possibles qui l'ont provoqué.

La **dilatation** se fait lentement, progressivement, sans brusquerie, mais avec des transitions ménagées. Le col s'entraîne à être élastique en effectuant une sorte de gymnastique, une répétition de son ouverture. Lors de la contraction il s'ouvre, lorsqu'elle s'achève, il se referme. Trois pas en avant pendant la contraction, deux pas en arrière ensuite. Si bien qu'il y a un gain d'un pas. Les deux pas supplémentaires ont augmenté son élongabilité. Le résultat est que peu à peu, le diamètre de l'ouverture s'agrandit: 2 cm, 4 cm, 6 cm, 8 cm. Ensuite on arrive à *presque complète* (fig.14). C'est là que commence la phase intermédiaire.

Que fait la mère pendant ce temps? Elle se détend et peut vaquer à des activités douces. Pour certaines, l'attente dans l'inactivité peut être dure à supporter. Alors l'anxiété s'installe, source de crispations musculaires indésirables. Les contractions de l'utérus sont moins efficaces. Les événements, les personnes environnantes, le psychisme de la mère influent sur le déroulement de la dilatation. Il faut donc rechercher un environnement agréable et la mère s'attache (mais sans tension) à décontracter consciemment et volontairement ses muscles. Pendant la contraction, elle adopte au besoin la respiration limitée et accélérée et est attentive à ses perceptions.

Combien de temps la dilatation dure-t-elle? On ne peut pas le dire, cela dépend des femmes, des circonstances. Autrefois il était courant que cela dure 12 h. voire 24 h. Avec la préparation il n'est pas rare de voir des dilatations de 2 h. Disons en moyenne 4 à 6h de vrai travail.

Récapitulons: comment la mère a-t-elle la révélation du travail? Comment peut-elle faire la distinction entre vrai et faux travail? La réponse s'exprime en termes de **sensation**. Des sensations nouvelles se produisent au niveau du col de l'utérus. Mais elles sont interprétées différemment selon le niveau de conscience et de lucidité. Il y a aussi souvent une intuition soudaine d'une certitude, comme si le bébé le signalait.

La phase intermédiaire

Cette phase est intermédiaire entre la dilatation et l'enfantement et n'existe pas chez toutes les femmes. Alors que la dilatation n'est pas complète, la mère ressent une envie de *pousser* dite réflexe d'enfantement prématuré. Elle est annoncée par le rythme respiratoire qui s'accélère. Il ne faut pas répondre à ce réflexe de poussée tant que la dilatation n'est pas complète. Le col n'est pas prêt.

Ce réflexe est accompagné d'une sensation très désagréable parce que le diaphragme se contracte au contact de l'utérus. Cette sensation inattendue et soudaine surprend et casse le rythme de l'accouchement. Elle panique souvent des femmes qui se croyaient bien préparées. La parade est simple: il suffit de **remonter le diaphragme en soufflant à fond**. La dilatation se poursuit et arrive à *complète*.

L'enfantement

Habituellement, on appelle cette phase l'**expulsion**! Comme s'il s'agissait d'un vulgaire objet! Ou d'une défécation! De fait, c'est bien une erreur commune de *pousser* comme pour aller à la selle. Or le mécanisme est totalement différent. Le chemin étant libre, le bébé peut progresser, grâce aux contractions. La mère, avec l'aide du père si possible, se comporte de telle façon que les contractions soient les plus efficaces possible. La **position** de la mère, avec le Dr Faillières, est la suivante: elle est allongée sur le dos. Ses jambes reposent sur des coussins placés sous les genoux. Le Dr Faillières a abandonné les classiques étriers de la salle d'accouchement. Les coussins, mobiles, permettent à la mère d'adopter la position qui lui plait. (Voir plus loin des [réflexions sur la position](#))

Lorsque survient la contraction, elle inspire profondément, ce qui a pour effet d'abaisser le diaphragme sur l'utérus. Elle soulève la tête, ce qui entraîne la contraction des abdominaux. Elle arrondit le dos. Diaphragme et abdominaux constituent deux parois qui contiennent l'utérus et sur lesquelles il prend appui. Contracter les abdominaux, c'est bien différent du classique *Poussez, poussez, encore, encore. Je vous interdis de pousser*, dit le Dr Faillières. *Je vous demande de **contracter les abdominaux et d'abaisser le diaphragme**, une action mesurée, contrôlée, sentie.* Le père aide sa compagne en soutenant ses épaules et sa tête. Le but est qu'elle soit le plus décontractée possible. Tandis qu'abdominaux et diaphragme sont en action, les autres muscles sont décontractés: périnée, visage, etc. Ah, ce n'est pas facile, il faut un entraînement sérieux. Mais nous avons été prévenus: la préparation n'ira pas sans travail, sans efforts, ni sans sensations.

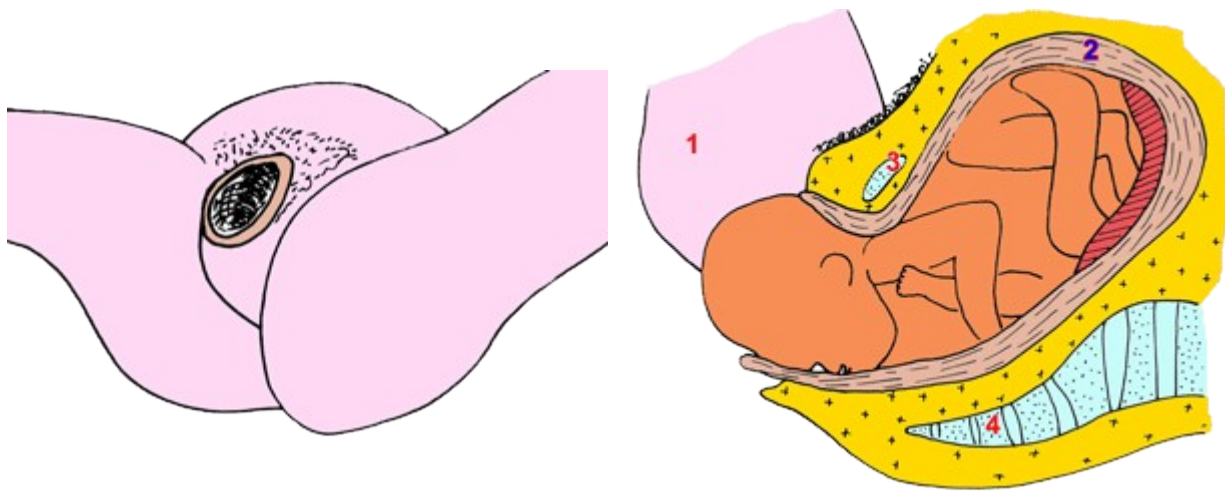
Les contractions se suivent à un rythme régulier, personnel, séparées par des temps de repos. Il est important que chacune sente son propre rythme, **dans la détente et l'attente tranquille à l'écoute de soi**, et le respecte. Qu'elle profite au maximum du repos qui suit la contraction pour récupérer ses forces. Respirer, se décontracter.

En contraction, les muscles consomment de l'oxygène et du sucre et produisent de l'acide lactique dont l'augmentation du taux dans le sang détermine la **sensation de fatigue**. L'acide lactique est facilement évacué si à la contraction succède une **récupération**, mais il augmente et passe dans le sang du bébé si la mère se crispe, pousse trop fort et sans arrêt. Alors le bébé naît fatigué. Combien importe pour le confort de cet enfant que la mère soit **détendue et calme, respire suffisamment et prenne son temps**! A chaque contraction, le contenu utérin progresse. Il se retire lorsqu'elle cesse. Comme lors de la dilatation, il y a un gain à chaque fois: trois pas en avant, deux en arrière.

Où passe-t-il maintenant notre bébé? Dans le **vagin** dont, auparavant, les parois étaient au contact l'une de l'autre. Et le voilà qui contient la tête du bébé! Va-t-il se dilater comme un ballon à parois élastiques? Le lecteur sait déjà que la nature prépare l'organisme à son nouveau rôle. Le vagin est maintenant un muscle solide dont l'élasticité peut lui permettre d'atteindre le volume d'un chapeau haut de forme, dit-on traditionnellement.

A l'orifice du vagin, se trouve le périnée ([fig.01c](#)). Comment un bébé peut-il passer par un trou si petit? Nous allons, une fois de plus, constater l'énorme possibilité d'adaptation (adaptabilité) de l'organisme. Préparé à son nouveau rôle par les hormones, le périnée peut réaliser son élongation. A chaque contraction utérine, le bébé progresse, pousse sur **le périnée qui se bombe chaque fois davantage et l'orifice s'agrandit**. Il est extraordinaire de voir combien ce muscle peut se bomber. Mais il serait malvenu de le contracter à ce moment. Il est donc demandé à la mère de savoir **le décontracter à volonté**, même en contractant simultanément les abdominaux. C'est pourquoi cet entraînement est proposé à la mère le plus tôt possible.

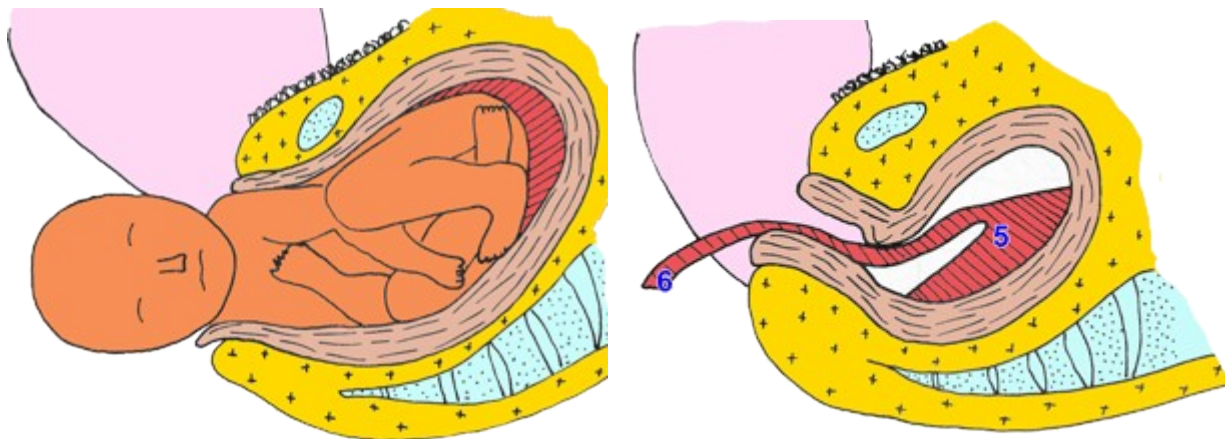
Fig.15- L'enfantement



A- Ampliation du périnée. Remarquez sa remarquable élongation. Au cours d'une contraction, apparaissent visiblement les cheveux du bébé.

B- La tête se dégage, nuque sous la symphyse.

1. Cuisse; 2. Utérus; 3. Pubis; 4. Sacrum; 5. Placenta; 6. Cordon ombilical



C- La tête tourne, une épaule apparaît.

La "délivrance": cordon ombilical coupé. Le placenta commence à se décoller.

Puis la contraction cesse et l'orifice se referme complètement. Le travail est-il inefficace? Mais non, c'est une sorte de répétition, un entraînement à l'élongation des muscles. L'effet des contractions est progressif. A un moment, ça embraye. On aperçoit les cheveux (fig.15). Ça y est, le bébé relève la tête, sa nuque est maintenant sous la symphyse pubienne. Apparaît le front. Puis rapidement les yeux, le nez, la bouche, enfin la tête entière se dégage, souvent accompagnée d'un jet de liquide amniotique. La tête effectue une rotation sur le côté, une épaule apparaît, puis l'autre, le praticien et les parents les dégagent et prennent le bébé sous les bras, le tirent doucement vers eux. Enfin, **le bébé attendu depuis si longtemps est là** et ses parents le posent sur le ventre de sa maman.

Voulez-vous accueillir ce bébé?



Quelques contractions suffisent souvent pour l'enfantement. Mais la durée varie beaucoup avec les femmes et avec l'environnement, comme pour la dilatation. Pour un premier bébé, on compte 20 mn à 1 heure ou même plus, tandis que pour les autres, ça peut aller beaucoup plus vite. C'est comme si l'organisme se souvenait. Il est alors prudent de se rendre à la maternité au premier signal. Répétons qu'un environnement défavorable peut retarder et allonger cette phase.

La naissance, fête inoubliable

Dans les réunions du Dr Faillières, chacun peut, après ces explications biologiques, voir des photos d'un accouchement. *Que remarquez-vous?* est-il demandé. En premier lieu le sourire de la maman. Détendue, elle communique avec l'entourage. Elle suit avec passion la progression du bébé dans un miroir. Puis des projections de films, prêtés par d'autres couples, donnent aux connaissances acquises au cours de la préparation une dimension totalement différente. C'est **le monde du sentiment et de la vie**. A travers les films projetés, à travers les récits des parents, on peut apprécier la charge émotionnelle qui passe au cours de cet évènement exceptionnel que constitue l'accouchement et que beaucoup vivent comme une fête. Beaucoup des spectateurs en ont les larmes aux yeux... d'émotion (voir [plus loin](#) les témoignages donnés par des couples). **L'émotion culmine** au moment où surgit la tête du bébé et au moment où, posé sur le ventre de la maman, les parents peuvent l'embrasser. Le papa et la maman expriment une grande passion. Ils sont unis dans ce moment privilégié et quelquefois même, les frères et soeurs lorsque ceux-ci ont pu être présents.

L'importance du toucher

Le père participe vraiment. D'abord il aide sa compagne à respirer pendant le travail, à se détendre et celle-ci ressent cette présence avec satisfaction. Puis, avec elle, il sort le bébé et le dépose sur son ventre. Souvent à plat ventre, ou sur le côté, au gré des parents. Fréquemment, il est recouvert d'un enduit gras qui protège sa peau et qui le rend tout blanc!

Et alors là, s'exprime toute la tendresse des parents. Ils le touchent, l'observent, l'embrassent, lui parlent, le caressent. Au début avec timidité. N'est-ce pas fragile un bébé? Les caresses ne lui font que du bien. **Ne négligez pas ces instants de contact étroit entre enfant et parents**. Prenez le temps de vivre votre émotion.

La psychologie moderne a montré toute **l'importance du contact physique** des premières années et surtout des premières heures sur le comportement futur de l'enfant. Contact de la main. Contact du sein maternel. Contact de la peau. Il est déterminant pour l'acquisition de l'équilibre affectif, de la santé physique et mentale et de l'intelligence. (voir ci-dessous [l'haptonomie](#) et la page [Massages biodynamiques](#))

Attendre pour couper le cordon

Bien qu'il soit maintenant à l'air libre, le bébé est toujours relié au placenta en place dans l'utérus par **le cordon ombilical**. Celui-ci continue de battre et transmet le sang au bébé. Quelques minutes plus tard, il s'arrête. Le cordon ombilical a rempli son rôle, il n'a plus de raison d'être. Le père peut le couper avec des ciseaux et des pinces que lui remet le praticien. Cela ne peut faire de mal ni à la maman ni au bébé, pour les mêmes raisons que celles exposées à la rupture provoquée de la poche des eaux.

Le moment auquel on coupe ce cordon ne doit pas être trop précoce. Suivons les rythmes biologiques. Pourquoi être pressés? Si l'on coupe le cordon avant que le sang ne soit passé, il se produit une rupture de rythme: l'oxygène qui arrivait par le sang du cordon est obligé d'emprunter les poumons. Première inspiration, précipitée et brutale. Quel accueil pour ce bébé! Par contre, **attendre que le cordon ait fini de battre** permet une transition douce dans l'établissement du mode respiratoire. En outre le sang apporte d'autres substances utiles au bébé.

Le réflexe naturel de téter le sein

Les caresses déclenchent chez lui le **réflexe de fouissement**: en lui laissant le temps, par le toucher et l'odorat, il cherche à atteindre le sein et se met à téter. Ce réflexe est excellent. Si on ne permet pas qu'il se développe, il le perd dans les 20

minutes et ne le retrouve, avec moins d'intensité, que dans les 48 heures. D'où parfois, des **problèmes supplémentaires pour l'allaitement**.

Retour de l'utérus à sa taille normale

En outre **la succion du sein par le nouveau-né déclenche la contraction utérine**, accélère l'involution de l'utérus, diminue les risques d'hémorragie et accélère la séparation et l'**expulsion du placenta**. Celles-ci se produisent à la faveur de quelques contractions. L'important est, ici encore, de suivre le rythme biologique: on attend que le placenta soit décollé, on ne tire pas dessus (fig.15D).

Une fois que le bébé bien langé repose dans son berceau, le Dr Faillières recommande de placer un sac de sable de 3 kg environ sur le ventre de sa mère, qu'elle gardera 3 ou 4 jours. Cela lui évite le **frisson** qui survient chez beaucoup de mères après l'accouchement et aussi empêche les gaz intestinaux de profiter de la place laissée libre pour dilater les intestins et provoquer des coliques.

Note d'A.B.: Placer un sac sur le ventre n'est pas seulement un acte mécanique visant à faire revenir l'utérus à sa taille normale. Beaucoup de mère ressentent un vide dans leur ventre, c'est comme une présence fusionnelle qui brusquement manque. C'est très déroutant et certaines éprouvent ce frisson, mais aussi une sorte de dépression. Placer un sac sur son ventre, c'est une façon (mais ce n'est pas la seule) de combler ce vide, et de poser un appui rassurant. Ce n'est pas au niveau de la conscience, mais des mémoires cellulaires. Aussi, le sac ne doit pas paraître lourd et encombrant, mais rassurant. Les peuples de la terre, tels que les Quéchuas dans les Andes, préconisent le port de ceintures larges et chaudes pour les femmes. Cela leur donne le sentiment de confort, de sécurité, de soutien et de coquetterie, tout en guidant leur ventre vers sa position d'origine.

Si nous avons pu décrire avec précision ce qui se passe biologiquement et comment y répondre, nous ne pouvons pas nous étendre sur le côté émotionnel pourtant tellement important, primordial. Chacun trouve par lui-même l'attitude juste, résultat des mois de préparation où l'enfant était déjà présent, se développait au sein du couple et que l'on a appris à connaître. Cette fête a été possible parce que l'atmosphère s'y prêtait. Le médecin et la sage-femme y sont considérés comme des amis avec qui l'on fait connaissance au cours de la préparation. Ils restent discrets, laissant le premier rôle au couple et sont là pour l'aider en cas de besoin. Un sentiment d'équipe s'est créé, dans laquelle l'émotion a sa place.

Les soins au bébé

De nouvelles tâches attendent les parents, en premier lieu assurer les besoins primaires (sécurité, affection, nourriture, hygiène) et le développement du bébé. Tâche pas toujours facile. Les parents sont souvent désarmés par les pleurs du bébé dont ils ne comprennent pas la cause. Que faire? *Se précipiter pour le câliner et le faire têter?* Ne vaut-il pas mieux analyser la situation et rechercher la cause avant tout? Quelquefois un simple petit détail suffit à faire cesser le malaise du bébé. A-t-il soif, ses vêtements sont-ils trop serrés, a-t-il trop chaud, trop froid, a-t-il un rot, des gaz?

En amorçant le dialogue dans le couple et entre les couples, en permettant aux parents d'être plus attentifs à la sensation du corps, la préparation constitue une éducation des parents vis à vis de leur enfant. Parce qu'ils comprennent mieux ce qui se passe en eux, ils sentent mieux les réactions de leur enfant. Voici quelques conseils pratiques donnés par le Dr et Mme Faillières pour les soins du nouveau-né.

Vêtements

Les laver soigneusement, même s'ils sont neufs, même s'ils ont été tricotés à la maison; ne les laver ni à l'eau de javel, ni avec de la lessive, mais au savon en paillettes. Repasser pour stériliser. Les langes sont choisis en coton et non en fibres synthétiques pour éviter la transpiration. Pas de molleton pour langer, les mouvements doivent rester libres.

Allaitement

L'enfant sera nourri au sein si possible. On sait que beaucoup de mères ont des réticences: ça déforme la poitrine; on ne peut pas manger de tout; c'est un esclavage; etc. Or, si l'on prend la précaution de maintenir la poitrine en bonne position avec un bon soutien-gorge, l'expansion du sein pendant la grossesse et la rétraction en fin d'allaitement se font correctement et peuvent même embellir la poitrine.

Le refus d'allaiter est souvent lié à des problèmes psychologiques: le sein est un objet érotique. Allaiter, provoquer l'érection du mamelon procure du plaisir. Plaisir qui incite la mère à allaiter, et dont profite le mari dans les rapports amoureux. Certaines mères refusent ce plaisir lié à une sexualité qu'elles réprouvent, consciemment ou non. Certains pères acceptent mal d'être dépossédés du sein de leur femme. Le changement se fait sans problème au cours de la préparation. Par le dialogue, par l'information, par l'acceptation progressive de l'enfant dans le foyer, la préparation conduit à l'allaitement comme un acte qui va de soi.

Il arrive que des mères manquent ou croient manquer de lait, ou imaginent que leur lait est mauvais. Voici donc quelques informations. A la fin de la première semaine, il y a une chute de la lactation. Elle correspond en fait à une régulation. La quantité de lait se règle sur la demande. Plus on demande, plus il s'en produit. La mère qui allaite doit **boire** beaucoup, un litre à un litre et demi de plus que d'habitude. C'est pendant la tétée elle-même que la soif se fait sentir le plus souvent. **Certains boissons sont galactogènes**. Voici celle qui est recommandée par le Dr et Mme Faillières: **dans 1 litre d'eau froide, ajouter une pomme en morceaux, 1 cuillerée de grains d'orge et un bâton ou un demi-bâton de racine de réglisse. Faire bouillir 10 mn. Laisser décanter et filtrer.** C'est une boisson très rafraichissante. Même si la mère a peu de lait, ou si elle doit travailler dans la journée, elle donnera tout ce qu'elle pourra. Le complément de lait sera mis dans une tasse et donné à la petite cuillère. Lorsqu'on la pose sur la lèvre inférieure, le bébé tète.

Certaines mères ont peur des **crevasses au sein**. Pour donner le sein, il faut que le mamelon soit bien enfoncé dans la bouche du bébé. S'il suce trop sur le bout, il provoque des "suçons" et cela favorise les crevasses. S'il est en bonne position, son nez s'enfoncé dans le sein et il faut mettre le doigt pour créer une petite dépression devant son nez.

La tétée se fait à la demande, même la nuit. Mais il ne faut pas habituer le bébé à prendre du plaisir la nuit: lui donner du lait, mais pas de caresses ni de paroles.

Ne pas s'attacher exagérément à la **courbe de poids** du bébé: les premiers jours, il décroît à cause du rejet des selles (myconium) et de l'urine. Les jours où on le pèse après la selle, cela influe sur le poids.

Exercices pour la mère

Voici deux exercices pour fortifier la musculature de la mère.

1. Couchée, elle soulève la tête, allonge les bras sur le devant et fait quelques pédalages, puis se décontracte.
2. Couchée, inspirer, se décontracter, cambrer puis expirer, contracter l'ensemble du corps et redresser la cambrure.

A l'écoute des couples

L'Association de Diffusion, d'Études et de Recherche pour Mieux Naitre (Toulouse, France) a reçu un nombre important de témoignages de couples ayant suivi la préparation avec l'équipe du Dr Faillières. Elle organisait également des réunions après naissance où les parents pouvaient échanger, dialoguer sur les problèmes d'éducation de leurs enfants et sur ce qu'ils avaient vécu pendant la préparation (12, 13). De façon assez générale, il en ressort les avis suivants.

La préparation a changé l'idée que se faisaient les parents de la grossesse et de l'accouchement. Souvent considérés comme des moments pénibles mais nécessaires pour avoir un enfant, ils sont devenus l'occasion d'un renouveau. La **mère** a appris à mieux se connaître et son comportement a changé et pas seulement pour la grossesse et l'accouchement. La naissance a été abordée avec confiance, sérénité, lucidité, responsabilité et vécue comme une fête, un grand bonheur. L'évènement s'est produit en famille, dans une ambiance non médicale. Les couples ont apprécié de pouvoir prendre leur temps.

Le **père**, qui souvent ne se sentait pas concerné avant la participation, a été intéressé par son rôle actif. Le fait de préparer la naissance à deux a renforcé le couple conjugal, améliorant le dialogue, notamment sur le plan sexuel, favorisant une meilleure compréhension mutuelle. Quelquefois, des couples y ont fait la découverte d'une dimension conjugale qu'ils n'avaient jamais abordée, se contentant d'exister côte à côte.

L'**enfant** a progressivement pris sa place au sein de la famille bien avant sa venue au monde. Les parents ont compris l'importance d'une bonne hygiène sur la santé de l'enfant pendant la grossesse. Ils l'ont senti vivre dans l'utérus et lorsqu'il s'agissait d'une seconde naissance ou plus, les **frères et soeurs** aînés ont participé à l'attente. C'est vraiment en pensant à l'accueil du bébé qu'a été vécue la naissance, avec toute sa charge émotionnelle. L'éducation de l'enfant bénéficiera des acquisitions de la préparation.

Dédramatiser la grossesse

- Quand j'avais 10 ans une petite camarade m'avait raconté que l'on avait ouvert le ventre de sa soeur pour sortir son bébé, j'en avais eu alors le coeur soulevé et une certaine angoisse me revenait de loin en loin quand je pensais au moment où je devrais mettre un enfant au monde. Un peu plus tard ma mère me racontait que les souffrances étaient terribles, qu'elles ne ressemblaient à rien d'autre, ce qui n'était pas pour me rassurer. Vers 18 ans, je pensais ne pas me marier pour ne pas avoir à accoucher ou bien me marier sans concevoir d'enfant. En même temps, j'avais un profond désir de maternité.
- Après un premier échec dû à une surveillance médicale négligée, nous avons mis beaucoup d'espoir dans ce nouvel accouchement: l'information du couple sur l'évolution, sur le développement de l'enfant, l'importance de la préparation médicale, le seul jeu des questions: comment? pourquoi? la préparation psychologique enfin, la participation du père, la relation qui s'instaure entre le médecin et le couple, tout cela crée un **climat de confiance**, et confiance réciproque qui me paraît essentielle.
- *Non préparée, la mère est plutôt mal à l'aise* et n'est pas très bien dans sa peau. La grossesse n'est pas tellement acceptée et il y a presque refus au début: la grossesse n'est pas une période heureuse. *Préparée*, la jeune femme a conscience qu'elle porte un enfant, elle est coquette même. Les parents sont heureux et confiants (même dans la perspective d'une césarienne).

L'accouchement

- La première fois (non préparée), quand j'ai eu l'alerte, je ne savais pas que j'allais accoucher. La deuxième fois, après préparation, je savais ce qu'étaient les contractions. Je suivais bien l'évolution en fonction de ce que nous avions appris.
- Lors de la première grossesse, je suis restée sur l'impression d'un échec, en ce sens qu'à partir du 6^e mois ont commencé les ennuis: sciatalgie, arrêt de travail, préparation à la naissance décevante et qui se révélera inefficace. Le jour de la naissance, je ne contrôle aucune sensation et j'ai mal, et j'accepte l'anesthésie comme un soulagement. A cet instant, je ne crois pas que je pensais à notre bébé. J'ai seulement regretté avant d'être endormie que l'on ait refoulé mon mari de la salle d'accouchement. Il a par la suite eu l'impression très pénible

d'être totalement étranger au bébé qu'on lui a amené dans la demi-heure suivante. Vinrent ensuite les désagréments d'une épisiotomie et un allaitement au sein bref et rendu douloureux par des crevasses. Lorsque pour la deuxième grossesse, je suis allée voir M. Faillières, j'étais encore anxieuse à cause de l'expérience précédente et sceptique quant à une méthode prouvant que ce précédent aurait pu être tout autre que ce qu'il avait été. Et au fur et à mesure que s'écoulaient les mois et les réunions, j'avoue que les craintes s'estompaient parce que je comprenais ce qui s'était passé auparavant et ce qu'il fallait faire pour que tout se déroule autrement.

Mieux connaître son corps et l'influence du mode de vie

- Ces réunions m'ont permis d'être plus à l'écoute de moi-même, donc de me rapprocher du bébé; j'ajouterai la presque découverte du diaphragme, du périnée que je ne savais pour ainsi dire pas décontracter.
- Bienfait du régime alimentaire (encore plus consciente après la grossesse de son intérêt), peut être à commencer plus tôt; là le mari sceptique a commencé à se transformer en aide-mémoire efficace (ne mange pas cela...); très à l'aise physiquement, pas poussive (même au 3^e étage sans ascenseur la veille d'accoucher), pas cette démarche caractéristique de la femme enceinte.
- important dans la préparation: la préparation démarre tôt ce qui permet au couple de vivre pleinement toute la grossesse: prise de conscience de l'influence du mode de vie de la mère sur l'enfant (respiration, nourriture, fatigue . . .).

Aborder l'accouchement avec confiance

- Nous étions très détendus à l'approche de la naissance et je me souviens avoir dit à des proches parents: j'irai comme à une fête. (Une de mes amies qui faisait sa préparation en clinique paraissait beaucoup moins décontractée). Et c'est vrai, il nous tardait d'y être, de vivre cette naissance, nous avions une confiance absolue.
- Nous vivons la grossesse, ce qui nous permet d'arriver à l'accouchement dans un climat de confiance. Les événements qui se déroulent semblent connus et nous permettent d'apprécier entièrement ces moments d'intense bonheur qu'est l'arrivée au monde d'un bébé, de notre bébé.
- Nous avons abordé *l'accouchement* avec calme et maîtrise comme s'il ne s'agissait pas d'une expérience *inconnue*. La présence active de Jean-Pierre à mes côtés m'a parue non seulement naturelle mais indispensable et irremplaçable. La naissance d'un bébé est bien le prolongement d'un amour! Nous sommes très heureux d'avoir partagé ces heures mémorables, avec en récompense l'instant merveilleux et unique de l'accueil de Bébé.

Vivre l'accouchement comme un événement familial

- J'ai vraiment eu l'impression de dominer mon accouchement et de décider moi-même de ce que j'avais à faire.
- Je me suis très bien adaptée en respirant à mon rythme, et non de façon *standard*, en étant tout à fait décontractée, en restant assise ou debout, et en faisant des mouvements de bascule du bassin pour n'avoir pas mal aux reins. J'ai eu les mêmes sensations que pour le premier, mais sans aucune souffrance. Je parlais avec mon mari et mon premier fils qui avait 5 ans et qui était présent. Cela s'est passé à mon rythme, puisque c'est moi qui annonçait les contractions, dans le calme et la joie. Je suivais tout dans la glace, **je me suis régalée**.
- Nous avons apprécié que **l'on laisse tout le temps nécessaire à notre bébé pour naître**, sans la précipitation des derniers moments si souvent rencontrée.
- Le temps ne semble pas compter. Les choses suivent leur rythme le plus normal, aucune précipitation ne vient nous bousculer et l'accoucheur est toujours là, calme et disponible.
- Nous avons eu la possibilité de vivre la naissance de notre enfant **comme un événement dans la vie du couple et non comme un acte médical**.

Avoir la possibilité d'accueillir l'enfant

- Le fait de prendre notre bébé, au lieu de le recevoir des mains d'un médecin nous a permis de l'accueillir comme nous le souhaitions en prenant le temps de le caresser au lieu qu'il nous soit enlevé immédiatement pour des examens systématiques et pas toujours indispensables. Nous avons été heureux de rentrer tous les trois dans notre chambre, le berceau de notre bébé poussé par son père.
- Et puis, instant merveilleux que celui où notre bébé apparaît! **Nous l'accueillons dans nos bras, nous pouvons l'embrasser, le caresser, bonheur inexprimable**.
- Prendre Boris dans mes mains, le regarder, le caresser, lui parler, le frotter à ma peau . Il était lui et je n'étais pas surprise. **On se connaissait bien déjà**, et je voulais qu'il se sente bien avec nous, comme je l'avais aidé à sortir de sa poche toute chaude, dans les meilleures conditions possibles.

Rôle actif du père

- Michel a été très marqué par cette expérience et surtout par le fait qu'il a coupé le cordon.
- Moi qui au départ ne voulais pas de la présence de mon époux à l'accouchement (pudeur), j'ai trouvé cela naturel et nécessaire.

- Mon mari et moi sommes persuadés que sans cette préparation nous n'aurions pas été deux pour accueillir notre fille. Mon mari, non seulement n'aurait pas *participé*, mais nous pensons qu'il n'aurait même pas *assisté* à la venue au monde de son enfant, il ne l'aurait pas supporté.
- Du refus de mon mari d'*assister* à l'accouchement au départ, insensiblement, sans même revenir sur cette question, et grâce à ces réunions où il avait son rôle à jouer tant sur le plan théorique (chacun pouvant donner son point de vue) que sur le plan pratique (en devenant en quelque sorte mon entraîneur), il a senti son rôle de père déjà dans cette préparation. Il l'a donc senti pleinement au moment de la naissance.

Le plaisir dans l'enfantement

Certaines mères ont ressenti une jouissance forte au moment de l'enfantement (14)

- Le passage de l'enfant au niveau du vagin, c'est chaud, humide et n'est pas sans rappeler des sensations ressenties lors d'un rapport sexuel.
- La sortie du bébé apporte un bien-être extraordinaire, cette chaleur, cette eau qui coule, ce bébé qui glisse doucement.
- La période d'enfantement a été trop courte, car **à ce moment là le plaisir est intense**.

L'influence de l'environnement

A ce plaisir, cette joie, ce bonheur, l'environnement vient quelquefois mêler des ombres.

- Il y avait cependant quelque chose de frappant, c'était la disharmonie entre d'une part la valeur de la préparation, l'atmosphère de la naissance et d'autre part les locaux et le personnel de cette clinique qui n'assuraient pas à notre avis la continuité des soins dans l'esprit du couple Faillières. Il y manquait le côté humain et relationnel.

Certains couples ont pu comparer des naissances différentes, avec et sans le couple Faillières.

- Nous avons eu, trois ans après, une petite Cécile. Grâce à la préparation à la naissance de Franck, nous avons pu donner à Cécile à peu près les mêmes conditions de naissance. Pour la naissance de Cécile, nous avons fait la préparation seuls et de façon aussi précoce et assidue. A certains moments, nous nous sentions un peu isolés et seuls. Le groupe, l'échange avec M. et Mme Faillières nous ont manqué. Nous n'avions aucun contact avec le gynécologue qui me suivait sur le plan médical durant la grossesse. Il ignorait totalement le mari durant les consultations et m'a répété la même chose durant toute la grossesse: *Vous aurez un tout petit bébé. Attention, vous avez le col ouvert!!* Il n'était d'ailleurs pas là pour la naissance car il ne se déplaçait que lorsqu'il y avait problème. La participation de Jacques à la naissance a fortement surpris la sage-femme qui était avec nous pour la circonstance. Nous n'avons pas manqué de lui faire part de notre expérience antérieure et le lendemain elle est venue dans la chambre me demander quelques précisions sur la "méthode Faillières".
- Nous avons donc porté une glace pour que je puisse voir le bébé naître, et j'avais averti que je le prendrais moi-même. Ce qui a été accepté, le médecin me disant seulement *Et s'il glisse?* Ce qui nous a fait comprendre que c'était la première fois qu'il le voyait faire!
- Malgré leur volonté de nous laisser faire tout ce que nous voulions, **une chose a été inconcevable pour eux, c'est notre façon de pousser**. Selon la méthode du Dr Faillières, mon mari me soulevait par les épaules et je bloquais seulement ma respiration, avec le diaphragme bas, pour que l'utérus puisse y prendre appui. Je voulais bien leur faire plaisir et essayer la *position du rameur* comme ils disaient, car la sage-femme et le médecin s'épuisaient à m'exhorter de pousser, mais dès que la contraction était là, je regardais mon bébé arriver et je me décontractais tout à fait selon mon habitude, lâchant les poignées, au grand désarroi du groupe médical. Cela n'aurait pas été important si cela n'avait créé un climat de tension, où tout le monde autour de nous s'agitait car, disaient-ils, *l'enfant doit sortir vite sinon il souffre*, au lieu de la fête que nous connaissions et que nous voulions revivre.

Après avoir préparé et vécu la naissance de leurs enfants avec M. et Mme Faillières, un couple a aidé une mère à préparer la naissance dans une autre ville.

- Nous préparions une mère à la naissance de son premier enfant. Le père ne voulait absolument pas entendre parler d'accouchement sans douleur. Elle est venue se préparer pendant le dernier mois seulement, mais elle venait souvent. Elle est arrivée anxieuse, tendue, ne pouvant plus dormir. Elle est venue contre l'avis de son mari, de sa mère, de ses beaux-parents avec qui ils vivaient, et qui lui répétaient sans cesse que c'était de la comédie, qu'elles avaient souffert, et que **toute femme doit souffrir sans faire toutes ces simagrées**. Elle a amélioré sa respiration, et surtout au bout de quelques jours, elle a commencé à pouvoir se décontracter, progressivement; et à bien dormir chaque nuit; elle a découvert son corps. L'environnement ridiculisait tellement la minutie de la préparation, qu'à la fin elle doutait encore de ce que nous disions, seul le film l'a convaincue: elle attendait au moins une grimace, et je souriais tout le temps ainsi que mon mari. Elle a voulu vivre un accouchement semblable et elle a demandé de prendre elle-même son bébé, à quoi le médecin a réagi très violemment *Ah ça jamais, c'est moi* et se voyant dépourvu de son rôle ou de son autorité, **il lui a fait un tableau horrible de l'accouchement**.
- Cette dame est donc partie contente à la clinique bien décontractée, ayant perdu les eaux et trouvé cela bien agréable, comme je le lui avais annoncé. Arrivée à la clinique: *Vous avez des douleurs?* - *Non, seulement des contractions.* - *Alors ce n'est pas ça!* Coup de téléphone du médecin annonçant le refus de ma présence (car je donnais trop confiance à la mère). Aussitôt dans ce cadre étranger, tout préparé à accueillir la douleur, devant la

réticence à la glace que nous avons portée, elle a senti qu'on la déposait de son accouchement, que le médecin avait tout pouvoir, et elle a commencé à se contracter. Nous avons découvert là, l'importance de l'asepsie verbale (*de même que l'on ne doit pas être agressé par des microbes pathogènes (asepsie microbienne), de même il faut éliminer les paroles nocives*) et d'une continuité entre la préparation et le cadre de la naissance.

- Lorsque cette dame a dit le lendemain à la sage-femme que je n'avais pas souffert, on lui a répondu *impossible*, à quoi elle a dit qu'elle m'avait vu sourire, *elle souriait pour la photo* lui a-t-on répondu! *Mais non, c'est un film!*

Dialogue conjugal et dialogue familial

Les témoignages qui suivent démontrent, s'il en est encore besoin, que la préparation ne se limite pas à l'indolorisation de l'accouchement, mais qu'au-delà de la naissance **le comportement des couples s'en trouve modifié par l'amorce ou l'approfondissement d'un dialogue conjugal et par la prise de conscience par le couple de son rôle et de son statut de parents.**

- Cette préparation nous a permis de nous voir différemment, quelques fausses images entre mon mari et moi sont tombées; l'entourage familial lui aussi a été marqué, nous nous sentons plus nous-mêmes vis à vis de ce dernier, nos façons d'être, d'agir, de penser, risquent aussi d'être changées, nous croyons que notre fille en bénéficiera.
- L'union du couple s'est enrichie. Sur le plan affectif l'époux, au lieu d'être étranger aux périodes et sujétions de la grossesse, arrive grâce aux échanges à comprendre ce qui se passe de façon dissimulée. Cette interpénétration entraîne plus d'attention et d'affection qu'en période ordinaire.
- La préparation stimule le dialogue. S'il commence en séance, il se continue à l'intérieur du couple et c'est le début de découvertes sur tous les plans: découverte du corps; découverte des motivations du comportement de l'autre; découverte de ses raisons profondes de vivre; découverte de l'enfant qui se fait.
- Au cours de la préparation s'est amorcé un dialogue intime sur notre vie sexuelle et nous considérons que son évolution a été un élément très important de progression.
- C'est par la prise de conscience de l'évolution de mon corps que la préparation nous a aidé à nous libérer de certaines de nos angoisses par rapport à mon corps: ce n'est pas mon corps qui grossit, c'est l'enfant qui occupe une place plus grande jusqu'à ce que son organisme soit suffisamment adapté pour que l'on puisse couper le cordon.
- D'où mon désir très fort, avivé sans doute par la préparation (du couple) de partager toutes ces sensations avec mon époux, lui faire sentir ce petit qui vit, bouge, grandit, change de position.
- Comme on a envie de parler au bébé — pendant la grossesse — (même à voix haute) une communication qui s'installe déjà!
- Michel (le mari), quant à lui, n'arrêtait pas d'écouter ce petit coeur, chose qu'il n'aurait jamais faite autrement ne sachant pas que c'était possible.

Les enfants aussi participent à la communication avec le bébé .

- Son grand frère aimait toucher le ventre de sa maman et y coller son oreille pour sentir le bébé. Il posait beaucoup de questions sur la naissance auxquelles nous répondions avec plaisir.

Ces nouveaux échanges familiaux se prolongent après l'accouchement qui ne constitue qu'un passage entre la grossesse et la maternité.

- J'ai été frappée par l'attitude de mon mari qui avant ma grossesse n'aurait jamais osé tenir un bébé. Là, aucune appréhension, tous les gestes lui venaient naturellement, pour le porter, le changer, etc. Cette préparation du père à la naissance est pour beaucoup dans cette attitude.
- C'est une phase effective d'évènements que nous voulions vivre en couple et elle nous a menés plus directement vers les étapes suivantes comme celle d'élever les enfants. Nous ne pouvons pas affirmer que nous élèverions nos enfants différemment si nous n'avions pas suivi la préparation dès le premier, mais nous pouvons affirmer que cela a été un stimulant certain de notre désir d'assurer une continuité entre ce que nous avons partagé et ce que nous vivons aujourd'hui. Les enfants ressentent profondément l'échange à l'intérieur du couple.

Prophylaxie des préjudices de la naissance

Mal préparés ou mal conduits, la grossesse et l'accouchement provoquent des troubles tels que vergetures, plis du ventre, descente ou rapetissement des seins, distension ou déchirures de muscles, descente d'organes, varices, préjudices de la colonne vertébrale, lombalgies, lassitude, et des troubles psychologiques comme insomnie, angoisse, dépression.

La préparation tend à réaliser les conditions d'une prophylaxie totale sur le plan physique et sur le plan psychologique pour la grossesse, l'accouchement et après la naissance. La **prophylaxie** a pour objet l'ensemble des conduites propres à garantir contre toute altération de la santé, la santé étant (d'après l'OMS, 1945) *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*. Elle consiste à permettre la réalisation d'un équilibre entre l'oeuf, la mère et l'environnement écologique, matériel et socioculturel. La préparation a pour but d'apprendre à la mère à jouer son rôle de médiateur biologique. **Le bénéfice est manifeste au niveau de**

l'accouchement et de l'état de l'enfant à la naissance. Dépassant son objet initial, la préparation constitue aussi une prophylaxie des inadaptations familiales, scolaires et sociales.

Trois facteurs jouent un rôle essentiel dans cette préparation en ce qui concerne la prophylaxie:

1. La **décontraction volontaire et consciente** qui permet le jeu maximum des muscles (du périnée surtout), l'oxygénation (associée avec la respiration) et le minimum de fatigue
2. Les **bascules du bassin** suppriment les lombalgies, les varices, les complications urinaires; donnent une meilleure statique de la colonne vertébrale, réduisant la lassitude, améliorant la paroi abdominale, offrant de meilleures conditions d'engagement.
3. Le **dialogue** qui s'instaure dans le groupe, dans le couple et la famille. Souvent père et mère découvrent leur statut, leur rôle nouveau, s'épanouissent et accèdent à leur responsabilité de parents.

Pour 1500 naissances environ, on a pu constater (15) l'absence ou la disparition de la siaborrhée, des nausées et des vomissements, des prises de poids excessives (plus de 8 à 9 kg), des néphropathies, des lombo-sciatalgies, des vergetures et masques de grossesse, des déchirures périnéales, des dystocies fonctionnelles, des oedèmes du col, des dégradations de la relation conjugale, des dépressions du post-partum, ainsi que la réduction extrême des interventions instrumentales. Pour l'enfant, au niveau physique, absence d'anoxie et de réanimation, réduction extrême des interventions médicales et chirurgicales; au niveau de la relation parents- enfants, la relation à l'enfant est déjà bien établie au moment de la naissance.

En 2 ans, 276 couples ont été préparés à la naissance avec le Dr Faillières parmi lesquels 177 ont pu faire l'objet d'une statistique. Accouchements en présence du Dr Faillières: 117 soit 66%; avec un autre médecin: 60 (34%). Enfants allaités au sein: 163 (92%)

Nombre de cas	Total et pourcentage sur 177	Dr Faillières pourcentage sur 117	Avec d'autres pourcentage sur 60	pourcentage national en 1976 (16)
Césarienne	5 (2,8%)			8,5%
Forceps, spatule	26 (14,6%)	15 (12,8%)	11 (18,3%)	
Déchirure du périnée	10 (5,6%)	2 (1,7%)	8 (13,3%)	
épisiotomie	16 (9%)	7 (5,3%)	9 (15%)	28,2%
Délivrance artificielle	2 (1,1%)	2 (1,7%)		14,3%

La comparaison des pourcentages doit se faire avec quelques précautions. L'échantillonnage national représente 4685 accouchements distribués dans toute la France et dans toutes les couches de la population. Les pourcentages du Dr Faillières ne représentent que 177 couples et ne sont donc significatifs que par leurs tendances. Néanmoins on voit que les césariennes, les épisiotomies et les délivrances artificielles sont bien moins nombreuses. Il faudrait d'ailleurs tenir compte de la façon dont elles sont réalisées: épisiotomies atteignant des muscles plus ou moins profond par exemple. On explique les pourcentages plus élevés avec les autres médecins, parce que ces couples, préparés avec le Dr Faillières, se sont retrouvés en présence d'un médecin non familiarisé avec la méthode et n'acceptant pas que le couple lui prenne une partie de ses pouvoirs. D'où une crispation qui annule une partie des effets de la préparation.

Préparation à la naissance, préparation à la vie

La préparation psychosomatique élaborée par M. et Mme Faillières a apporté énormément d'éléments très riches qui sont autant d'outils que les parents sauront ou non, voudront ou non, utiliser pour la naissance:

- des informations physiologiques destinées à gommer les idées reçues de notre héritage socioculturel
- des exercices pratiques dont le rôle est de faire prendre conscience des sensations de notre corps, de le sentir vivre, de lui apprendre à s'adapter au cours de la grossesse et de l'accouchement
- une réflexion sur les notions d'éducation, de conditionnement, de comportement
- une réflexion sur le rôle de parents, l'accueil de l'enfant, le dialogue conjugal et familial
- une relation affective entre l'équipe médicale et les parents

Lucides, confiants, sereins, les couples se sentent capables d'assurer seuls la mise au monde du bébé. Le médecin et la sage femme n'étant ici que comme guides et sécurité.

Après la naissance, des couples ont témoigné combien **la préparation avait transformé leur vie**. Le couple conjugal est devenu couple parental. Le bébé a pris peu à peu sa place avant sa venue au monde, pour être accueilli tout naturellement.

Sentir son corps, vivre une relation avec un groupe, apprendre à analyser les situations, etc., que d'apports qui ne se limitent pas au temps de l'accouchement. Ils ne sont que le début ou le renforcement d'un cheminement. Et **la grossesse est l'occasion, le moment privilégié pour s'ouvrir, se développer, renaitre**.

Ces résultats ne sont pas miraculeux. Ils n'arrivent ni fortuitement, ni automatiquement, ni gratuitement, mais grâce au travail, à l'effort, à la volonté, à la profonde motivation. Ce n'est pas un chemin facile. Mais combien passionnant. Que

d'exercices, de réflexion, d'attention! 9 mois, c'est court pour remplir ce programme. Et si la préparation à la naissance de nos enfants commençait non pas à leur conception, mais à notre naissance à nous, parents? Si, garçons ou filles, nous étions préparés par nos parents, par nos enseignants!

Recevoir une éducation correcte et complète qui ne soit pas seulement une instruction visant à l'acquisition de connaissances, mais un véritable développement corporel, affectif, relationnel, social, intellectuel, créatif serait prendre un bon départ dans la vie, augmenter les capacités d'adaptation au réel, préparer de meilleures conditions pour donner la vie. (voir le [dossier Éducation](#) de ce site)

En attendant, que pouvons-nous faire? Peut-être d'abord **témoigner que l'on peut naître différemment**. C'est l'objet de cet article. Pourquoi donc la préparation du Dr Faillières n'est-elle pas plus connue? Pourquoi le Dr Faillières, comme tant d'autres, n'a-t-il pas écrit de livre ou fait un film? Il explique que cette préparation demande un travail énorme de la part des couples, de la part des praticiens et nécessite une remise en question très importante de la part de chacun, une nouvelle manière de voir les choses. Un livre, un film? Oui, mais pourquoi? Il est facile de promettre, mais après? Pour que cette préparation soit diffusée, cela nécessite de créer d'autres équipes.

Je pense personnellement qu'un livre, un article, peuvent rendre service. Doit-on laisser dans l'ignorance sous prétexte que l'on ne sera pas en mesure de répondre à la demande que cela suscitera? Certes, j'ai la certitude qu'ils ne peuvent pas remplacer la préparation en groupe au long de plusieurs mois. Un des éléments important de la préparation disparaît: l'abord pédagogique. **Si la diffusion par le livre permet d'informer plus de gens, elle perd en qualité**. La progression n'est pas échelonnée. Il n'y a pas le dialogue avec les autres couples, le lent murissement de la pensée entre deux séances, la dimension émotionnelle, relationnelle et corporelle d'une véritable préparation.

Comment ce texte va-t-il être perçu? **Le lecteur sera-t-il sensible à son essence ou ne retiendra-t-il que certains éléments, utilisés comme des recettes?** Lire des informations n'a pas le même impact que rechercher les réponses en soi à partir des observations de la vie quotidienne. Aussi, ce texte n'a-t-il pas la prétention de diffuser la préparation. Il se limite à vouloir susciter chez le lecteur une réflexion, une voie de recherche personnalisée pour mieux vivre.

Afin d'alimenter encore cette réflexion et cette remise en question, nous avons rapporté quelques informations supplémentaires en annexe: l'apport d'autres méthodes de préparation: la technologie (annexe 1), le choix d'une position ([annexe 2](#)), la sophrologie ([annexe 3](#)), la naissance sans violence ([annexe 4](#)), l'haptonomie ([annexe 5](#)), le chant prénatal ([annexe 6](#)), l'accouchement à la maison ([annexe 7](#)) et un article du professeur Raymond Lautié sur l'hygiène de vie de la mère, accompagné de recettes de phytothérapie et d'aromathérapie ([annexe 8](#)).

A1: La technologie dans l'accouchement

Il y a peu de temps que la technologie s'est introduite dans l'obstétrique, mais elle se développe rapidement. C'est ce que nous apprend une enquête de l'INSERM effectuée en 1972 et en 1976 (16): les **déclenchements artificiels d'accouchement** ont augmenté de 11,5 % en 1972 à 14,3 % en 1976 sur l'ensemble des naissances; le **forceps**, instrument qui sert à sortir le bébé, a vu son utilisation passer de 8,9 % à 11,3 %, la **césarienne**, opération chirurgicale par laquelle le praticien ouvre le ventre pour sortir le bébé, de 6,1 % à 8,5 %.

L'emploi de ces interventions artificielles n'est pas sans danger. Les calmants, les piqûres, les perfusions qui provoquent ou modifient les contractions utérines réalisent une action sur le système nerveux et l'on assiste souvent à la naissance de bébés "étonnés". Ces pratiques diminuent l'apport d'oxygène au bébé, élément pourtant si fondamental. La traction manuelle du placenta est responsable d'hémorragies.

L'utilisation de la **surveillance électronique** est passée de 6,4 % en 1972, à 31 % en 1976. Appelée encore monitoring, elle permet d'enregistrer les contractions utérines et les battements cardiaques du bébé. Ils s'inscrivent sur une bande de papier qui se déroule. Deux capteurs à ultrasons sont maintenus par des sangles de caoutchouc sur le ventre de la mère.

L'opinion médicale et publique veut que ces aménagements soient responsables de la baisse de la mortalité périnatale. Et c'est bien pourquoi les parents demandent la surveillance électronique: c'est un moyen d'être **rassurés**. Ils veulent qu'il y ait *tout* dans la maternité en cas d'accident. A cela, nous pouvons ajouter que la préparation psychosomatique élimine ou diminue fortement le besoin d'être rassuré car elle rassure par elle-même. De plus, elle constitue un facteur très important de prévention des accidents qui deviennent extrêmement rares (voir [ci-dessus](#)).

S'il est vrai que le monitoring augmente la sécurité des grossesses dites à risques, il n'est pas prouvé qu'il ait une incidence favorable sur les autres grossesses, catégorie dans laquelle entre la presque totalité des mères préparées. Il a cependant eu le mérite de montrer que le fœtus est informé et perçoit l'état maternel, réagit et en particulier qu'il souffre (au sens défini par le Dr Faillières) chaque fois que la mère a des émotions négatives, qu'il y a du bruit ou d'autres influences nocives. En fait, on peut parfaitement écouter les bruits du coeur au stéthoscope.

Quelle est donc la part réelle de la technologie dans la baisse de la mortalité? Bien d'autres facteurs importants interviennent: les conditions de travail pendant la grossesse, l'habitat, l'hygiène corporelle se sont nettement améliorés; les grossesses à répétition sont moins fréquentes (17). Ne nions pas cependant que dans certains cas "à risques", cette technologie peut rendre service. Quand l'utiliser? C'est une question de lucidité, de sensation, d'intuition. Être conscient de la situation et savoir y répondre de façon adéquate.

Le Pr P.A. Chadeyron (18) analyse la modification des relations entre les participants lorsqu'intervient la machine. La technologie, dit-il, fournit un refuge contre l'angoisse. La femme s'y abandonne comme entre les bras d'une bonne mère et le praticien lui réclame l'avis indiscutable d'un père. Tous les deux s'enferment dans un état de dépendance. Ils se soumettent à des normes rationnelles où l'expression émotionnelle est exclue. La femme n'existe plus qu'en tant qu'objet (son ventre) que l'on soumet à une exploration. Et encore cet objet n'est pas intéressant mais constitue une enveloppe gênante pour examiner l'enfant. La femme est éliminée.

L'enfant serait-il mieux considéré? Non. Il est réduit à l'état d'objet, émetteur de sons (les bruits du coeur) et c'est la machine enregistreuse que l'on observe, pas l'enfant. Le praticien n'est plus qu'un technicien. Pourrait-il y avoir communication d'émotions entre des objets et un technicien? La machine est-elle nocive en elle-même? Non. C'est le pouvoir de mère protectrice qu'on lui attribue qui l'est.

L'**anesthésie**, autre intervention artificielle, sert à indoloriser l'accouchement. On pratique l'anesthésie générale, locale, ou locorégionale, et particulièrement l'anesthésie péridurale, qui insensibilise la moitié inférieure du corps tout en laissant la conscience éveillée. Venue des États-Unis où l'accouchement est considéré comme un acte purement médical, elle s'est développée pour limiter les risques dus à l'anesthésie générale. La fonction de l'anesthésie est de couper le circuit de transmission de la douleur. Les sensations de l'utérus ne parviennent pas aux centres nerveux centraux. La douleur est donc supprimée, mais à quel prix? L'anesthésique se répand dans l'environnement du fœtus. Ne passe-t-il pas à travers le placenta? Avec quelles répercussions?

Supprimer la douleur par des anesthésiques, c'est la considérer comme physiologique, génétiquement programmée et inéluctable. Le moyen de ne pas la ressentir est de la cacher, de mutiler psychologiquement la femme en supprimant ses sensations. Or, nous avons vu que cette conception est fautive et que la douleur, loin d'être physiologique, n'est que le produit de notre culture, de notre éducation, de l'environnement, de notre angoisse. La femme anesthésiée n'est plus ni femme ni mère, mais un corps-objet passif et l'état maternel est réduit à l'état de douleur. Les aspects corporel, affectif et relationnel ont été abolis (19).

Or, la naissance est en premier lieu un vécu corporel et émotionnel. Il s'y mêle des sensations intenses, un vécu archaïque, les expériences antérieures, les fantasmes. Il passe un courant d'émotion entre la mère, l'équipe médicale à son écoute et à son service, le père et l'enfant. A une femme qui n'a pas participé activement et lucidement à la naissance, son bébé paraît étranger, parfois même dangereux pour son intégrité physique et sa sécurité.

Le Dr Pierre Vellay (20) rapporte le témoignage d'une américaine qui a accouché avec péridurale. *Si la douleur physique fut presque totalement supprimée, ma douleur morale fut totale; je fus déprimée pendant des mois, considérant que je n'avais pas tout fait pour mon enfant et que, pour mon bien-être, je m'étais désintéressée de sa mise au monde, laissant à d'autres ce travail.*

A2: La position dans l'accouchement

Accoucher en position allongée sur le dos n'est pas une habitude universelle. Il semble qu'elle ait été adoptée en Europe il y a 3 siècles pour la commodité des observations et des manipulations par le corps médical. De par le monde, on accouche dans les positions les plus variées: accroupie, à genoux, assise, debout, en marchant, etc. On assiste actuellement, dans les milieux de santé naturelle, à un regain d'intérêt pour la position accroupie, par imitation de ce qui se fait dans certaines populations primitives. Faut-il renoncer à la position allongée? Chaque position a ses avantages et ses inconvénients, ses adeptes et ses détracteurs.

La **position accroupie** permet, grâce à l'action de la pesanteur, d'économiser 20 % des efforts et facilite l'engagement.

Le plus grand inconvénient de la **position classique allongée sur le dos**, réside dans le fait que la femme est fixée par des étriers qui la figent dans une position standard pas toujours adaptée, d'où des difficultés pour se décontracter. Par contre, si la femme est libre de ses mouvements, tête et genoux surélevés par des coussins, cette position permet de mieux se détendre, de respirer calmement et de récupérer entre les contractions. Celles qui ont besoin d'être contrôlées par le médecin ou la sage-femme pour être rassurées sur la progression du travail ou pour des raisons médicales, doivent savoir que ce contrôle n'est commode que dans la position allongée.

En fait, pourquoi vouloir déterminer une position à l'avance? Citons à ce propos les recherches intéressantes du Dr Odent (21): lorsque les femmes sont préparées par des dialogues avec l'équipe obstétricale, avec les autres couples en préparation ou ayant déjà vécu la naissance, et lorsque l'on aménage une salle d'accouchement qui permet la liberté du corps, **les femmes trouvent elles-mêmes la position qui leur convient, position qui peut varier d'un moment à l'autre**. La position qui semble la plus fréquente, en dehors de l'allongement sur le dos, consiste à mettre un genou à terre.

On retrouve ici la notion de savoir s'adapter, assurée à la fois par un apprentissage (la préparation) qui permet la libre expression du corps et un environnement qui n'entrave pas cette expression. Dans ces conditions, le choix de la position se fait au moment voulu; à partir des sensations, et non en fonction de calculs. On aurait donc tort d'être obnubilé par un choix déterminé à l'avance.

A3: La sophrologie

L'expérience accumulée par les praticiens de l'hypnose et de la relaxation pour la guérison des troubles divers, comme pour la recherche de l'indolorisation de l'accouchement a prouvé une chose: c'est que hypnose et relaxation modifient l'état de conscience de l'individu, mais qu'il est difficile de prévoir de quelle manière. C'est pourquoi Caycedo a fondé la sophrologie, qui est l'étude des états de conscience, par une approche phénoménologique, c'est-à-dire en décrivant les faits objectivement, sans se préoccuper au départ de leur donner un sens ou une explication (22). Il a mis au point une technique, la sophronisation, qui est en fait une technique de relaxation physique et mentale dont le but est de conduire dans **un état de conscience intermédiaire entre la veille et le sommeil**. L'individu est alors déconnecté des sollicitations extérieures et plus centré sur lui-même. Il oppose moins ou pas du tout de résistance mentale aux suggestions du sophrologue, ou à ses propres suggestions. Il peut ainsi se reconditionner positivement dans des buts bien déterminés choisis par lui.

Dans les méthodes de préparation à l'accouchement des Dr Aguirre de Carcer, Boon et Feijoo, la sophronisation complète le travail de type psychoprophylactique: informations anatomiques et physiologiques, exercices musculaires et respiratoires. La sophronisation intervient sous 3 aspects :

- La **sophronisation simple** vise à apprendre à la femme à être bien décontractée. Elle poursuit cet entraînement chez elle à l'aide d'une cassette enregistrée. Ainsi par une sorte d'automatisme, la femme est capable de se mettre dans l'état sophronique, relâchement musculaire, conscience au bord du sommeil. C'est l'état dans lequel elle se plonge à l'arrivée de chaque contraction pendant l'accouchement. Il a comme avantages de diminuer la douleur et permettre une évolution plus rapide du travail. Ces avantages sont dus en fait au relâchement musculaire. Le relâchement mental ne se justifie que pour obtenir un meilleur relâchement musculaire.

- La **sophro-analgésie** vise à supprimer la douleur de la contraction utérine. Au cours de la grossesse, la femme s'entraîne à cette technique: elle se met en état de sophronisation. Le sophrologue lui suggère alors de se centrer sur la sensation de chaleur perçue dans la région du bas ventre et de la remplacer par une sensation de froid. Le froid a pour effet d'insensibiliser la région. Cette technique semble être assez efficace. Elle a pour inconvénient de traiter la douleur comme physiologique, c'est-à-dire comme préexistante. Il serait plus intéressant de s'attaquer non au symptôme, mais à la cause première, c'est-à-dire le conditionnement socio-culturel. C'est possible avec la troisième technique.

- La **sophro-acceptation progressive**: en état de sophronisation, la mère s'imagine à diverses époques de sa grossesse, au cours de l'accouchement et après la naissance. Elle est bien, elle se voit comme elle aimerait être. En imaginant ainsi une situation positive, elle agit sur son subconscient en remplaçant les conditionnements négatifs par des positifs. Ainsi, elle se voit enceinte, et acceptant bien son nouvel état. Elle imagine un accouchement qui se déroule bien. Puis elle se voit avec son bébé, elle accepte bien son enfant. Cela permet de réduire les peurs, les angoisses, les inhibitions et de préparer la relation mère-enfant.

On a vu que la préparation du Dr Faillières conduisait aux mêmes résultats. Il est possible qu'en état de sophronisation, le reconditionnement soit plus rapide et que la sophronisation progressive puisse rendre des services intéressants dans la préparation. Au cours de l'accouchement, l'état de sophronisation et la sophro-analgésie sont probablement efficaces contre les douleurs. Mais la sophrologie abaisse le niveau de conscience pendant les contractions, ce qui peut constituer une entrave à une recherche de la responsabilité et de la liberté. Regrettons aussi la terminologie réservée à des spécialistes.

A4: Naissance sans violence

L 'enfant est une personne

Hello, petit enfant, es-tu heureux de venir en ce monde? Pour toi, cette naissance, ta naissance s'est-elle bien passée? Surprenante question, si peu habituelle! Mais faisons silence pour écouter sa réponse. Elle en vaut la peine. Bien sûr, l'enfant n'a pas de mots pour s'exprimer. Mais tout son être est là pour communiquer avec l'extérieur et traduire ses sensations. Rappelons-nous sa venue. Un cri. Quelle joie pour les parents que de l'entendre! *Ça y est, tout va bien, ça a réussi!* Un cri déchirant dans un masque de peur, est-ce donc si joyeux? Chacun est joyeux et content. . . de soi. Mais l'enfant, lui, est-il heureux?

C'est la peur qui est souffrance

Imaginons un instant comment vivait l'enfant avant de naître et nous aurons la réponse à cette question.

Prenons par exemple la **vue**. Dans le ventre de sa mère, l'enfant percevait de la lumière, mais une lumière tamisée, douce et agréable pour lui. Et brusquement, des scialytiques et des projecteurs braqués sur lui et qui l'aveuglent. Ne se pourrait-il pas qu'il ait les yeux brûlés?

Et l'ouïe. L'enfant était bercé par le puissant battement du cœur de sa mère et les bruits de l'extérieur lui parvenaient amortis. Et voilà des bruits violents, des *Allons, poussez, poussez! Encore!* Pauvres oreilles, ne seraient-elles pas déjà sourdes?

Et la **peau**. Sa peau qui ne connaissait que le contact doux des muqueuses, la voici frottée sur un buisson d'épines et de serviettes.

Et l'**air**. L'air qu'il respire pour la première fois et qui pénètre dans ses poumons avec l'effet d'un acide sur une plaie, qui le brûle intérieurement. Et alors, avec violence, il le crache, il le crie. Son premier cri: la joie des parents, mais quelle horreur pour l'enfant! Un cri qui hurle *Non!*

Et son **corps**. Qui a vécu longtemps tendu et plié. Et quel écrasement pour sortir! Le voilà pris par le pied, dans le vide, la colonne vertébrale lâchée d'un coup. Un vertige immense.

Est-ce ainsi que doit naître notre enfant? Faut-il que son premier contact avec le monde extérieur lui soit un supplice qui le marquera jusqu'au dernier jour de sa vie. Hé bien, non! Notre enfant n'a pas à être la victime de notre aveuglement et de notre inconscience. Alors que faire?

L'enfant qui nous guide

Comment pouvons-nous aider notre enfant à faire de sa naissance un moment agréable pour lui? Puisque c'est la peur qui le fait souffrir, il faut trouver des moyens de lui rappeler des sensations déjà connues qui, en atténuant le contraste d'avant et d'après, le réconforteront et le rassureront. Le bébé, qui ne connaissait que la douceur des muqueuses, sera sensible au langage d'amour des **caresses** qui l'accueilleront et du soyeux contact de la peau maternelle.

Éteignons aussi les lumières; une simple veilleuse suffira lorsqu'il apparaîtra. Ainsi ses yeux pourront s'ouvrir tout grands, sans panique. Et puis **faisons le silence**, afin que ses oreilles ne se ferment pas au chant du monde. Et cet air qui lui brûle les poumons, est-il nécessaire de le lui donner si tôt? Ne coupons pas trop vite son cordon ombilical: il en a besoin. Et enfin, celui qui compte le premier dans la naissance, c'est bien l'enfant. C'est lui qui doit être le guide de notre comportement. **Apprendre la lenteur**, sortir de notre vitesse pour se mettre à son rythme, à son écoute, sans se presser. Être là, simplement, avec recueillement et une grande paix.

Alors, maintenant, petit enfant, tu peux venir!

(Texte de Else Buning et Jean-Jacques Moalic, paru dans la revue Vie et Action n°89)

Voilà l'attitude que préconise le Dr F. Leboyer (23). C'est une interrogation sur ce que vit l'enfant au cours de la naissance. L'enfantement est une épreuve terrible pour lui, malmené par un utérus qui le chasse [*chez la femme non préparée*]. Mais ensuite tout est calme, paix, volupté. Après les caresses, le bébé reçoit un bain qui le réchauffe, le détend, le sécurise car il retrouve un élément connu, l'eau.

D'autres avant Leboyer avaient compris et dit l'importance qu'il fallait accorder au **vécu de l'enfant à la naissance**. Parmi eux, les praticiens des méthodes naturelles, le Dr Faillières, et bien d'autres encore ont insisté sur la section tardive du cordon ainsi que sur les massages et caresses donnés à l'enfant. Ils ont peut-être parlé trop tôt. Le Dr Odent a tenté d'expliquer la méthode Leboyer après l'avoir introduite dans sa maternité (24). Ce n'est pas une technique, mais un climat, **une atmosphère qui imprègne le couple et le personnel**: l'écoute de l'enfant, l'amour, la jouissance. L'objectif est d'éviter le traumatisme à l'enfant et de favoriser l'établissement de la relation parent-enfant.

La méthode ne concerne que les minutes qui suivent la naissance. Mais cela n'aurait aucun sens si elle n'était pas précédée et suivie d'un comportement inspiré par la même attitude d'esprit. Si après avoir joué avec cet enfant, on le sépare de sa mère pour le langer, le peser, on ne fait que retarder l'apparition du masque de terreur. Il est important que la mère reste présente et le conduise elle-même dans sa chambre. Le Dr Leboyer accomplissait lui-même les gestes d'accueil de l'enfant. Les parents étaient trop déconcertés pour le faire. Chez Odent, par une préparation dans un certain climat, ils sont capables de retrouver les gestes de l'amour, de les laisser s'accomplir sans retenue, et ils reçoivent et cajolent eux-mêmes l'enfant.

A5: L'haptonomie, communication par le toucher

Cette approche reste mal connue, bien qu'elle soit enseignée en France depuis longtemps. L'**haptonomie** a été fondée par le médecin néerlandais **Frans Veldman**. Elle consiste à établir une **relation affective entre la mère, le bébé et le père en effectuant de petites pressions sur le ventre de la mère et en parlant**. Le bébé est en mesure de percevoir ces échanges d'autant plus qu'ils sont chargés d'amour. Dès cinq mois, il est sensible aux sons de l'environnement, aux mouvements et aux émotions de sa mère, et au contact des mains sur son ventre. Il répond à la communication tactile en venant se lover dans la main de la personne qui l'y a invité.

Le père participe pleinement. Par cet échange tactile et vocal, c'est une véritable relation de tendresse que vivent (déjà) l'enfant, le père et la mère. L'haptonomie s'occupe aussi de la descente du bébé, en l'invitant à se présenter de façon favorable, et en lui montrant le chemin à suivre jusqu'à la naissance.

A6: Chant prénatal, communication par la voix

Dans la pratique du **chant prénatal**, des femmes enceintes se réunissent pour chanter avec d'autres personnes, des femmes ayant déjà accouché, leurs enfants, les maris. Cette méthode a été mise au point dans les années 1970 par Marie-Louise Aucher, chanteuse et fondatrice de la Psychophonie, dans le but de faire du bien à la fois à la mère et à l'enfant. Les chansons sont simples, faciles et de caractère joyeux. On y pratique des vocalises permettant d'améliorer l'émission vocale et la respiration.

Aussi, la méthode apporte-t-elle plusieurs avantages. Elle introduit une **communication vocale et affective avec le bébé**, qui, même dans le ventre de sa mère, est sensible aux sons et à la voix de ses parents dès le cinquième mois. La psychophonie s'appuie sur les correspondances vibratoires entre les sons et le corps humain. Chaque note vient résonner dans une zone bien précise du corps et influence le développement de l'organisme du bébé et particulièrement du système nerveux (voir article [Résonances sonores dans le corps](#) dans ce site). Le père a un rôle fondamental à la fois parce que lui aussi prend sa place en entrant en communication avec son enfant. De plus, il apporte des sons graves indispensables à l'équilibre vibratoire.

Par le chant prénatal et les vocalises, la mère et les autres participants prennent conscience du mouvement des muscles qui entrent en jeu pendant l'accouchement. Cette technique est aussi utilisée au moment de l'accouchement: les sons aident à soulager la douleur et ouvrent le passage au bébé.

A7: L'accouchement à domicile

Accoucher à domicile, c'est accoucher en famille dans un cadre que l'on aime bien, que l'on a créé soi-même, c'est accueillir le bébé tout de suite dans la famille.

A la clinique, à l'hôpital, le couple se trouve généralement confronté, *sauf exception*, à un environnement défavorable. C'est un lieu pour les malades. Une femme enceinte serait-elle considérée comme une malade? C'est l'ancre du pouvoir médical où les décisions appartiennent au médecin. La mère est soumise au règlement, à la structure, au personnel de l'établissement. Une sage-femme, que souvent elle ne connaît pas, l'emmène dans la salle d'accouchement. Fréquemment, la présence du père, des frères et des soeurs est mal ou n'est pas acceptée par le personnel. *Que va-t-on me faire?* pense la mère. Dans la salle, des objets inconnus, seringues, ciseaux, appareillages, des odeurs, des bruits, les paroles du personnel médical, constituent autant de sources d'inquiétude et de souffrance. Ensuite, dans la chambre, il faut se confronter à un personnel qui n'accepte pas toujours que la mère allaite et change elle-même son bébé. L'arrangement de la chambre est plus ou moins agréable.

Accoucher chez soi permet de remédier à tous ces inconvénients. Il n'y a pas si longtemps que les femmes accouchaient chez elles, avec la présence d'une sage-femme et l'aide des voisines. La sage-femme connaissait bien la famille et venait voir la mère régulièrement pendant la grossesse et après l'accouchement. Le médecin n'intervenait que dans les cas graves. La sécurité peut être facilement assurée de cette manière. De plus, les risques sont amoindris parce que la mère se trouve dans une ambiance familiale, elle peut se détendre, elle se sent bien. Si en outre, une bonne préparation physique et mentale a été suivie, les risques sont réduits au minimum.

Les enfants peuvent être présents sans problème. Quel dommage de faire garder les aînés pendant la naissance de leur frère ou soeur. Cette séparation risque de renforcer leurs sentiments de jalousie vis à vis du bébé. A la maison, le bébé sera attendu et accueilli par tous et les enfants participeront à l'évènement.

Cependant, il serait naïf de penser que la maison est toujours le meilleur endroit, et l'hôpital ou la clinique des lieux à éviter. En effet, d'autres facteurs entrent en jeu dans le choix de l'un ou de l'autre: la maison a également des inconvénients et ceux de la maternité peuvent être réduits dans une certaine mesure. La maison peut être un lieu où l'on ne se sent pas bien. La famille est-elle unie? Certaines personnes ne sont-elles pas indésirables? En particulier celles qui racontent leurs accouchements avec de nombreux détails sur leurs douleurs, leurs forceps, leurs hémorragies. Comment être détendue avec de telles personnes? Certains objets n'évoquent-ils pas les soucis quotidiens de l'existence, les tâches qui sont restées inachevées? La mère acceptera-t-elle d'abandonner ces activités pour se reposer, récupérer et prendre son temps après l'accouchement? A-t-elle des ami(e)s qui l'aideront à faire le ménage?

L'accouchement à domicile n'est qu'exceptionnellement possible, car rares sont les praticiens qui l'acceptent. Dans ce cas, il serait néfaste de se crispier sur cette exigence, pour le bien-être de la mère et du bébé. On peut en effet rendre le séjour à la maternité assez agréable en la choisissant bien. Il est recommandé de la visiter à l'avance afin de se familiariser avec la salle d'accouchement. La mère est-elle autorisée à changer elle-même son bébé? Le cadre passe plus facilement inaperçu si l'on suit une préparation sérieuse et si l'accoucheur respecte les rythmes propres de la mère et la valeur affective familiale de l'accouchement. On améliore la nourriture de la mère en lui apportant des compléments alimentaires, on favorise sa respiration en disposant une soucoupe contenant des essences de plantes qui ionisent l'air ambiant. Ainsi, par le choix d'une bonne maternité et d'un bon accoucheur, on minimise les inconvénients de la maternité. La mère profite de son séjour pour bien se reposer et pour faire mieux connaissance avec son bébé.

Note additionnelle 2008: Certaines associations et certains médecins (par exemple le Dr Michel Odent) demandent la **reconnaissance et l'établissement en France de maisons de la naissance** qui ne soient pas des établissements médicaux, mais des foyers d'accueil pour le bébé, la famille, des lieux de préparation, d'éducation sexuelle et familiale. Le Dr Faillières et son équipe avaient déjà établi un solide dossier sur ce sujet dans les années 1970. Voir [plus bas](#)

A8: Hygiène psychosomatique pour une naissance heureuse

Pr Raymond Lautié, docteur ès sciences

L'heureux état psychique des géniteurs avant la procréation, pendant la gestation et l'accouchement, pendant l'allaitement, est d'une importance indéniable. Les drames conjugaux retentissent toujours sur le fœtus et sur le nourrisson. Cependant, il ne saurait suffire pour que l'embryon se développe normalement, pour que l'enfantement se produise sans accident ou que le bébé se développe en pleine vigueur intellectuelle et organique.

Je mets à part l'**hérédité** des procréateurs contre quoi on ne peut guère réagir, sauf dans des cas très particuliers et aussi certains accidents imprévisibles. Cela dit, **les parents ont le devoir d'observer très tôt une hygiène psychosomatique totale** pour maintenir le sang de l'un comme de l'autre en grande pureté et en bon équilibre des acides aminés essentiels, des lipides, des glucides, des minéraux, des vitamines, etc. Sans ce souci constant, dès avant l'accouplement, spermatozoïdes et ovules manquent de vitalité; pendant la grossesse, le fœtus, si sensible, se développe mal et prépare des tares qui l'accableront tout au long de l'existence; le nouveau-né ne bénéficie pas d'une croissance régulière.

On ne doit jamais perdre de vue que l'**équilibre nerveux**, que la **puissance cérébrale et physique** d'un homme se préparent dès avant l'acte sexuel et s'amplifient par l'hygiène psychosomatique de la femme enceinte puis de la nourrice.

Préprocréation

Dans les jours, si possible les semaines, qui précèdent la conception, le **climat moral** doit créer une douce euphorie dans un environnement de paix, où les bruits ne surmènent pas les neurones, où les activités physiques et intellectuelles restent équilibrées et dans les limites des possibilités psychiques et organiques du couple, où le sommeil est vraiment reposant et suffisant afin de réduire au maximum ces poisons que sont les ptomaines du surmenage, de la fatigue et des soucis.

L'**air dynamisé** est plus que jamais nécessaire, donc anionisé, aromatisé par des essences végétales (eucalyptus, lavande, romarin, thym, etc), à taux très bas en acide carbonique, exempt d'oxyde de carbone, de fumées de tabac, de poussières irritantes, etc. Les exercices quotidiens de respiration profonde sont indispensables dans une atmosphère ventilée, saine et vivifiée par la lumière naturelle et par les arômes.

L'**hydrothérapie** a une place de choix. En particulier, je pense aux bains du soir, froids ou chauds ou à température alternée suivant les tempéraments, mais tous plutôt enrichis de: marjolaine, pin, romarin et thym (décoction à poids égaux versée au dernier moment dans le bain, en agitant fortement).

L'**alimentation** gagne à être riche en fruits murs, en fruits secs doux, en crudités variées où entrent le basilic, l'ail, l'ognon et la menthe crue, les fromages non fermentés (plus particulièrement de chèvre) et le miel. Si possible, préparer une sorte de **miellat** citronné dont on absorbe très lentement et en l'insalivant bien, environ 30 grammes par jour. Pour ce faire, *prendre des citrons murs, non traités, bien lavés, à peau fine. Au mixer, les réduire finement en une sorte de bouillie (zeste et jus) que l'on incorpore avec soin au miel de lavande ou de bruyère. (Proportions: citron complet: 60 grammes, miel: 40 grammes)*. Se conserve quelques jours au réfrigérateur. Voilà un aliment très dynamisant, gorgé de vitamines d'oligoéléments et d'huiles essentielles (essence de citron désinfectante, tonique cardiaque, antianémique, antihémorragique, reminéralisante).

Ce même *remède* est bénéfique pendant la grossesse et l'allaitement. Durant les jours qui précèdent la fécondation, boire au réveil une tisane (140 cc) de sarriette (60 g par litre), dans laquelle on dissout un ou deux grammes de chlorure de magnésium desséché ou cristallisé.

A 10 h, sur un morceau de sucre roux, verser une goutte d'essence de cannelle. Sucrer doucement. Après le repas, boire une infusion de menthe poivrée. Mettre dans les salades du repas du soir, en plus de l'ail, du basilic et de l'ognon, quelques feuilles de roquette. A 16 h, sur un morceau de sucre roux, verser deux gouttes d'essence de sarriette. Sucrer doucement. L'usage de ces huiles essentielles est d'éviter surtout l'ennui d'une sorte d'impuissance passagère ou de stérilité.

J'ajoute qu'il est essentiel de **supprimer le tabac** (ou de séjourner dans une atmosphère non tabagique), **le café, le thé, les alcools et tous les excitants pharmaceutiques**.

Il peut être utile de **purifier quotidiennement le vagin** par des injections vaginales au coucher (infusion de lavande ou de lamier blanc, 60 g par litre).

L'accouplement

Compte tenu des rythmes biologiques et contrairement à certaines croyances, l'accouplement se fait sans violence, plutôt après une nuit reposante, c'est-à-dire entre quatre heures et sept heures du matin.

La femme enceinte

La femme enceinte gagne à ne pas vivre au ralenti, à ne pas se mettre en une espèce de quarantaine; mais au calme, loin des énervements d'une société surexcitée, au bon air, donc vivifiée par le soleil et les parfums végétaux. Pas de séjour dans une atmosphère stagnante, polluée, conditionnée. Elle doit **s'oxygéner au maximum pour que son sang soit vif et donne au fœtus le maximum d'oxygène actif** et par conséquent faire le plus possible d'exercices respiratoires et de marches. Bains et frictions au gant de crin favorisent sa circulation sanguine. Impérativement, elle évite tabac, alcools, nervins et drogues.

Sa nourriture est frugale, variée et de grande qualité. Des crudités, des salades vertes, avec ail, basilic, persil, citron, oignon, huile d'olive ou de tournesol (peu de sel), carottes crues, betteraves rouges, un peu de pain bis, deux ou trois cuillerées à soupe de levure alimentaire saupoudrées à froid sur l'ensemble des mets de la journée juste au moment de les consommer, quelques céréales, de temps à autre, un peu de blé germé, un peu de viande rouge grillée, un peu de poisson maigre bouilli et parfumé. Pas de fritures. Des fromages blancs, des caillés doux (à la chardonnette par exemple). Des oeufs mollets. Des fruits murs (raisin, pêche, cerise, pomme bien mure, cassis, myrtille, groseille, ananas, etc). Confiture de cynorhodon. Gelée de pomme, de cassis etc. Des fruits secs.

L'oignon cru permet d'éviter, le plus souvent, la petite **albuminurie** des derniers jours. Le jus de citron (des salades et du miellat) maintient la souplesse des capillaires et protège des **varices** et combat la déminéralisation et les **troubles hépatiques**. Si des **vomissements** arrivent, boire des infusions d'anis vert, de mélisse ou de sauge bien miellées et chaudes (varier le plus possible).

Surveiller l'état de la **denture**. Bien brosser les dents et bien les nettoyer avec une eau dentifrice à base d'essence de girofle et de thym.

Au coucher, boire une infusion de basilic ou d'oranger ou d'aubépine pour améliorer le sommeil. Dans les derniers jours, **pour préparer la mère à l'accouchement et lui éviter les fièvres puerpérales**, prendre sur un morceau de sucre roux, à dix heures, une goutte d'essence de girofle et, à seize heures, une goutte d'essence de niaouli.

En même temps, elle masse doucement ses **seins** et les soigne avec des cataplasmes d'argile ou de feuilles fraîches pilées de ricin.

La nourrice

Comme la femme enceinte, la nourrice se plie à une hygiène stricte tant dans ses activités intellectuelles que physiques. Elle surveille scrupuleusement son alimentation semblable à celle de la femme enceinte, mais enrichie s'il se peut, de châtaigne, de cresson, de raifort, d'ortie. Les carottes crues lui sont bénéfiques de même que les choux cuits à l'étouffée. Elle boit des infusions d'anis vert, de carvi, de fenouil, de verveine officinale, de galéga.

Un peu de lentilles bien cuites et parfumées, de temps à autre. L'orge germée peut parfois l'aider à avoir suffisamment de lait. Par contre, elle consomme peu d'avoine ou même la supprime. (Tenir compte du tempérament).

La qualité de son lait dépend de celle de son sang et par conséquent de son hygiène psychique, de ses exercices respiratoires et de sa nourriture. Elle s'interdit à la fois les lieux bruyants, pollués, à atmosphère stagnante et tabagique. Il est essentiel qu'elle respire profondément un air animé et parfumé. Elle renonce, comme elle l'a fait pendant sa grossesse, au café, au thé, à la chimiothérapie, aux fortifiants, aux somnifères, que le bébé retrouve dans sa nourriture et qui acquiert ainsi le besoin, déclenché beaucoup plus tard, de recourir aux nervins et aux poisons pharmaceutiques.

Si elle évite les yaourts décalcifiants, elle recherche par contre les fromages blancs, surtout celui de chèvre, et les **caillés doux** (faits avec de la chardonnette) et en particulier celui-ci: *mettre dans un bol du lait de chèvre (pur ou étendu de moitié d'eau sucrée). Préparer du jus de citron mûr. Le verser très lentement, goutte après goutte, dans le lait de chèvre que l'on agite régulièrement avec une cuillère en bois, et cela jusqu'à ce que l'on obtienne une masse granuleuse.* On réalise ainsi un aliment très énergétique, hautement vitaminé, sans microbe virulent, sans germe paludéen ou typhique, et qui se conserve deux ou trois jours au réfrigérateur.

Si la nourrice redoute l'**anémie**, malgré le miellat au citron, elle améliore ce dernier de la façon suivante: *dans le miellat fait comme précédemment mais à partir de 300 g de citron total pour 100 g de miel, introduire un oeuf frais bien lavé (sans le casser). Mettre le tout dans un récipient clos.* Deux semaines plus tard, les sels calciques de la coquille ont disparu sous l'action de l'acide citrique et l'on dispose d'un aliment reminéralisant remarquable, très vitaminé et riche en protides assimilables et en glucides précieux, sans compter de nombreux oligoéléments. C'est aussi un moyen de consommer un oeuf cru, facilement digeste même pour la majorité des hépatiques, l'albumine n'étant plus nuisible.

La femme enceinte, si ses **dents** souffrent de décalcification, peut, elle aussi, recourir à ce fortifiant atoxique. Elle gagne, comme d'ailleurs la nourrice, à consommer des bourgeons de luzerne ajoutés à la salade verte ou à boire des tisanes de jeunes pousses (fraîches ou convenablement séchées) de luzerne *non traitées* (60 g au litre) qui apportent l'indispensable chlorophylle, sorte d'hémoglobine magnésienne, du calcium, du fer, des vitamines A, B, C, D, K, pour le plus grand profit du fœtus ou du nourrisson (par la voie lactée).

L'enfant une oeuvre de synthèse

La santé intellectuelle et physique de l'enfant se conquiert avant même la conception puis pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Elle exige des parents une hygiène psychique intégrale, un amour vigoureux, une recherche constante de l'harmonie du couple, de la qualité de l'environnement (le fœtus est très sensible aux anomalies

extérieures), de l'art de respirer profondément un air vraiment pur et dynamisé, d'une nourriture de choix simple, variée, équilibrée, le plus près possible de l'état naturel, parfois renforcée par la phytothérapie et l'aromathérapie atoxique, mais non pas par la chimiothérapie agressive. Cela implique des repas largement pourvus de crudités végétales, de crudités vertes qui font pur le sang du fœtus et nutritif le lait de la nourrice, de fruits murs, de fruits secs, de pain bis, d'œufs mollets (très modérément), de fromages blancs, de caillés doux (les laitages de chèvre l'emportant si possible) et de miels, de confiture de cassis, de cynorhodon, d'abricot, de raisin, de myrtille, de pomme, etc.

Ces précautions prises, la gestation, l'accouchement et l'allaitement présentent le minimum d'ennuis.

En savoir plus

Références des renvois dans le texte

1. FAILLIERES (Mme Elise). *Propos d'une sage-femme*, bulletin de la société française de PPO, n 21, 1965
2. ADERMN, Association de Diffusion, d'Étude et de Recherches pour Mieux Naître. Bulletin n°6
3. KRISHNAMURTI (J.). *Commentaires sur la vie*, éd. Buchet- Chastel
4. LINSEN (R.). *Le Zen*, Marabout Université
5. BULLA DE VILLARET (H.). *Introduction à la sémantique générale de Korzybski*, Courrier du livre. Voir aussi Revues Vie et Action n°84 et 87 ainsi que *L'attitude libératrice* par A. Passebecq, Vie et Action n°49 ter
6. SERVAIS (C.) et MOREAUX (F.). *Biodynamique de la personne*, Revue Vie et Action
7. REVAULT D'ALLONES (C.). *Le mal joli*
8. MARTIN DE BEAUCE (J.P.). *Cours de rééducation cardio-pulmonaire*, Revue Vie et Action n°51
9. FAILLIERES (Dr Jean). *Préparation à la naissance et dialogue conjugal*, bulletin de la Société Française de Psycho - Prophylaxie Obstétricale, n°30, 1967
10. CHERTOK (L.). *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*, éd. L'expansion industrielle française, 1958
11. READ (G.D.). *L'accouchement sans douleur*. (Titre original *Childbirth Without Fear*, c'est-à-dire accouchement sans crainte!), 1953
12. ADERMN, Association de Diffusion, d'étude et de Recherches pour Mieux Naître. Bulletin n°1
13. ADERMN. *Mieux naître, une expérience vécue*, bulletin juin 1978
14. ADERMN. *Réflexions à propos de maternité, paternité et sexualité*, bulletin rouge 1976
15. FAILLIERES (Dr J.). *La prophylaxie des préjugés*, Dossiers de l'obstétrique, spécial n°2
16. INSERM enquête nationale, C. Roumeau-Rouquette et coll., J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1978, 7, 905
17. Revue L'impatient n°13 (renommée [Alternative Santé](#))
18. CHADEVRON (Pr P.A.). *Joie et technologie*, in Dossiers de l'obstétrique, n°26, 1976
19. GALACTEROS (Dr E.). *Apport psychologique comparé de la psycho -prophylaxie et de la péridurale à la maternalité*, in Dossiers de l'obstétrique, n°26, 1976.
20. VELLAY (Dr P.). *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, éd. du Seuil
21. THIS (Dr B.). *Naître et sourire*, éd. Aubier Montaigne. Réédition 2007, Flammarion
22. BOON (Dr H.), DAVROU (Dr Y.) MACQUET (J.C.), *La sophrologie*, éd. Retz 1980
23. LEBOYER (F.). *Pour une naissance sans violence*, éd. du Seuil
24. ODENT (M.). *Bien naître*, éd. du Seuil

Ouvrages sur papier

- **Accoucher en sécurité: Plaidoyer pour choisir une naissance plus naturelle**. Sophie Gamelin-Lavois. Ed. Vivez Soleil, 2004. **Préparer son accouchement: Faire un projet de naissance**. Sophie Gamelin-Lavois. Ed. Jouvence, 2006
- **La maternité au féminin: Vers plus d'équilibre et d'autonomie**. Isabelle Challut. Editions L'Instant Présent, 2007
- **Vivre sa grossesse et son accouchement: Une naissance heureuse**, Isabelle Brabant. Ed. Chronique Sociale, 2003
- **La naissance, un voyage: L'accouchement à travers les peuples**, Muriel Bonnet Del Valle. Éditions L'instant présent, 2005
- **Mettre au monde: Enquêtes sur les mystères de la naissance**, Patrice Van Eersel. Ed. Albin Michel, 2008
- **Accouchement, naissance: Un chemin initiatique**, Martine Texier. Ed. Le Souffle d'Or, 2002
- **Intimes naissances: choisir d'accoucher à la maison**, collectif d'auteurs coordonné par Juliette Collonge et Cécile Collonge. Ed. LA Plage, 2008
- **Pour une Naissance à Visage Humain**, Claude Didierjean-Jouveau. Ed. Jouvence, réédition 2007
- **L'amour scientifique**, Michel Odent. Ed. Jouvence 2001
- **L'aimer avant qu'il naisse**, Jean-Pierre Relier. Ed. R. Laffont, 1995. **Adrien ou la colère des bébés**, Jean-Pierre Relier. Ed. R. Laffont, 2002
- **Et s'il fallait du temps pour naître?** Claude-Émile Tourné. Llibres Del Trabucaire, 1996. **Le naître humain**, Claude-Émile Tourné. L'Harmattan, 2000. Le Dr Tourné a reçu l'enseignement du Dr Faillières.
- **Naissance: Paroles d'obstétricien**, Jean-Claude Huret. Ed. Desclée de Brouwer, 2000
- **Comprendre l'haptonomie**, Jean-Louis Revardel. Presses Universitaires de France, 2007
- **Pour une naissance sans violence**, Frédéric Leboyer. Seuil, réédition 2000
- **Votre santé par la diététique et l'alimentation saine**, André Passebecq. Ed. Dangles, réédition 1999
- **Contraception et régulation des naissances**, Jean-Jacques Moalic. Revue Vie et Action n°96 bis

Sites documentés

- **Choisir Son Accouchement**, et **Association Future Maman**, deux sites de Sophie Gamelin, auteur du livre *Accoucher en sécurité, plaider pour choisir une naissance plus naturelle*
- En Belgique, **Alter-Natives** est une association de parents désireux de promouvoir le respect et l'écoute des parents et du bébé lors de la naissance.
- **Naissance.ws**, Portail de sites Internet et associations francophones pour une approche "citoyenne" de la naissance
- **Muriel Bonnet del Valle**. Ecrivain, photographe, infirmière. Auteur du livre *La naissance, un voyage*. Un diaporama y est visible.
- **Vie et Action**, Association d'enseignements sur les méthodes naturelles de santé, dont le président, André Passebecq, né en 1920, est probablement le plus ancien enseignant de ces méthodes vivant en France.

Haptonomie

- **Haptonomie, science de l'affectivité**. Le site officiel de son inventeur, le Dr Frans Veldman
- **Choisir sa préparation à la naissance: Haptonomie**. Le site de l'émission Maternelles de France 5
- **Comprendre et pratiquer l'haptonomie**. Dans le site Magicmaman. On y trouve également une liste non officielle de médecins pratiquant l'haptonomie en France
- **L'haptonomie, 35 ans de pratique obstétricale, des milliers de bébés accueillis**. L'expérience du Dr Jean-Claude HURET, auteur de *Naissance: Paroles d'obstétricien*

Chant prénatal

- **Association française de Chant Prénatal**

Maisons de la naissance

- **Les Maisons de Naissance en France, Où en est-on?** Site de Catherine Chaumont
- **MAIS-où-nait-ON** est une association, de loi 1901, créée en janvier 2006 par des parents et des sages-femmes pour porter un projet de Maison de Naissance à Rennes. Une pétition est en cours pour la mise en place de l'expérimentation des Maisons de Naissance en France.

Accouchement à domicile

- **Collectif Naitre chez soi**. Le blog de Frédérique Horowitz
- **Intimes naissances**. Témoignages sur l'accouchement à domicile
- **Doulas de France**. Accompagner la naissance

Texte conforme à la [nouvelle orthographe française](#) (1990)

Texte 1981 - Révision 04 juin 2008

Copyright 1982 - 2008 - Alain Boudet . Tous droits réservés

<http://www.spirit-science.fr> - France

Reproduction intégrale ou partielle autorisée en vue de transmettre gratuitement la connaissance, dans les conditions suivantes:

- 1.Citer la source en recopiant cette présente déclaration en entier
- 2.Avertir l'auteur
- 3.Toute utilisation pour des buts commerciaux est interdite.