

TAMARA LANDAU

Accoucher  
*et*  
faire naître

*Dialogues et séparations  
durant la grossesse*



AUZAS ÉDITEURS

IMAGO

## *Remerciements*

Mes plus vifs remerciements

À toutes les femmes et à toutes les analysantes, aux psychanalystes et aux chercheurs qui ont participé à l'élaboration de cet ouvrage.

À Touria Mignotte et à Frédéric Rousseau pour leur lecture attentive et, en particulier, à Jean-Claude Liaudet pour sa lecture critique tout au long de l'écriture.

Site internet : [www.tamara-landau.net](http://www.tamara-landau.net)

ISBN : 978-2-84952-972-0  
© Éditions Imago, 2019  
7 rue Suger, 75006 Paris  
Tél : 01-46-33-15-33  
[info@editions-imago.fr](mailto:info@editions-imago.fr)  
[www.editions-imago.fr](http://www.editions-imago.fr)

## ***Préface de François Olivennes***

*L'ouvrage de Tamara Landau est le fruit d'une longue expérience d'une thérapeute psychanalyste qui a travaillé avec des femmes, et s'est intéressée tout particulièrement à la période de la grossesse et de l'accouchement.*

*Le rôle de la petite enfance n'est plus à démontrer dans le devenir de l'adulte. Cependant, l'originalité de la perspective développée par Tamara Landau est l'importance qu'elle accorde à cette période de bouleversement intense que constitue la grossesse.*

*La description de ce temps si particulier, qu'elle qualifie de « révolution de l'esprit autant que du corps », met en évidence les ambivalences de la mère, ses émotions et ses angoisses.*

*Pour Tamara Landau, les répercussions des bouleversements de la grossesse sur la vie future de la mère sont d'une importance que beaucoup sous-estiment. Et l'importance du vécu de la mère dans la relation qu'elle aura avec son enfant permet d'imaginer aussi l'impact potentiel sur la vie future de l'enfant lui-même.*

*La diversité des sentiments ressentis par la mère, aussi antinomiques que les angoisses de mort ou les pulsions de vie, montre à quel point le vécu de la grossesse peut être différent d'une femme à l'autre, et probablement d'une grossesse à l'autre chez la même femme.*

*Tamara Landau insiste sur la nature de la relation de la future mère au fœtus in utero. Elle s'emploie à analyser profondément les déterminismes de ces relations et les conséquences potentielles des éventuels troubles qui peuvent se faire jour.*

*Outre son caractère novateur et didactique, cet ouvrage nous enrichit par la structure même de son approche, séparant l'analyse des phénomènes observés au moment des premier, deuxième et troisième trimestres de la grossesse.*

*À l'évidence, ce livre sera utile pour les femmes enceintes soucieuses de mieux comprendre leur vécu, mais aussi pour les soignants quels qu'ils soient pour trouver des clefs à des observations parfois surprenantes.*

*Il pourrait aussi aider les futures femmes enceintes pour anticiper des pensées qui parfois les effraient, alors qu'elles sont si communément partagées.*

*En un mot, un ouvrage d'un très grand intérêt.*

Professeur François Olivennes

Gynécologue obstétricien, spécialiste en fécondation *in vitro* et en médecine de la reproduction, ancien chef de l'unité de médecine de la reproduction à l'hôpital Cochin (Paris).

## *Introduction*

La grossesse est un moment de grand bouleversement, une source tout à la fois d'inquiétude et de jubilation qui transforme à jamais la vie et le corps de celles qui en font l'expérience. Alors se manifeste le magnifique pouvoir de création des femmes, qui n'est pas sans exercer sur tous une forte fascination.

Aujourd'hui, en France et dans le monde, nous disposons de nombreux types de préparation à l'accouchement, comme le yoga, l'haptonomie, le chant, la sophrologie, etc. Ces méthodes sont très utiles, elles aident les parents à accueillir leur enfant, à mieux accompagner sa venue au monde. Ce que nous proposons dans cet ouvrage poursuit le même projet de façon complémentaire. Nous nourrissons l'ambition d'apprendre aux futures mères à écouter leur bébé alors qu'il est encore dans leur ventre, à lui parler au cours de la grossesse, et à le disposer ainsi à sa propre naissance, bien avant l'accouchement.

Au moment de la naissance, le bébé a déjà neuf mois d'existence. C'est dire que, lorsqu'il vient au monde, il a une histoire construite grâce à la relation fine que les parents, la mère en particulier, ont pu tisser avec lui dès la conception. Selon d'anciennes traditions orientales, chinoises par exemple, à sa naissance le nouveau-né est âgé d'un an. C'est pourquoi on célèbre son anniversaire en même temps qu'on enterre symboliquement les deux parents d'avant la naissance. Cette tradition souligne l'idée que nous allons développer dans notre ouvrage : durant la grossesse se tisse un lien très fusionnel entre le fœtus et les parents. Ces derniers projettent leur amour, leurs désirs,

leurs angoisses, leurs espoirs et leurs fantasmes sur l'enfant, avant même de le concevoir. À sa naissance, ils doivent se débarrasser de ces projections, de ces angoisses et de ces fantasmes, en quelque sorte les enterrer pour commencer à construire avec le nouveau-né des relations nouvelles à inventer avec lui en rapport avec le fœtus perçu, imaginé et rêvé durant la grossesse.

Cette idée de l'oubli à la naissance, nous la retrouvons dans l'Ancien Testament, reprise par la suite dans un commentaire talmudique célèbre : celui de l'ange qui vient à la naissance donner une petite tape sur la bouche du nouveau-né pour le faire taire et lui faire oublier ce qu'il sait déjà. Ainsi se trouve refoulé ce qu'il a vécu avant sa naissance. Car, en tant qu'embryon puis en tant que fœtus, il aurait tout entendu, tout lu et tout appris. De ce geste de l'ange, il reste comme trace le sillon entre le nez et la bouche, qui s'appelle en langage médical le *philtrum*, un mot qui vient du grec ancien, *philein*, et signifie « aimer ». Un mot qui évoque en français le « philtre d'amour » et de nostalgie pour la mère, alors même qu'elle regarde son enfant pour la première fois, à la naissance.

Ces légendes soulignent la nécessité pour les parents et le nouveau-né d'oublier ce qui s'est passé durant la grossesse, d'effacer le savoir acquis. En garder le souvenir pourrait être dangereux pour les parents et, surtout, pour l'enfant. Cette idée anticipe la découverte de Freud, à savoir l'oubli à la naissance (c'est-à-dire le refoulement originaire) de l'expérience vécue et des fantasmes inconscients à l'œuvre durant la vie fœtale.

Pour l'être humain, naître et devenir parent n'est pas une affaire simple. La relation maternelle avec l'enfant s'élabore au fil de la grossesse et se compose d'élans d'amour passionnel, mais aussi de rejets. En effet, le sentiment de plénitude et de communication fusionnelle cache des angoisses et des fantasmes indicibles.

Nous allons tenter de débusquer ces angoisses, de repérer les fantasmes et les rêves qu'elles provoquent, car nous pensons que, lorsqu'elles restent inconscientes, elles peuvent être à l'origine de certaines difficultés de l'accouchement.

Les hypothèses avancées dans notre ouvrage ont été forgées à par-

tir de l'expérience clinique auprès des femmes, en particulier celles qui souffrent de boulimie et d'anorexie. Leurs gestes répétitifs, leur compulsion à manger ou à jeûner, m'ont fait comprendre qu'elles souffraient de réminiscences fœtales ; plus exactement, qu'elles luttaient avec des angoisses et des traumatismes qu'elles avaient connus avant leur naissance. Mon travail avec les femmes enceintes m'a permis de vérifier qu'elles traversent souvent des moments de crise, dus aux changements ressentis, qui peuvent être à l'origine de problèmes pour la mère et pour l'enfant. Dès lors, il m'a paru important d'identifier ces difficultés afin de prévenir parfois les accidents de la grossesse (fausse couche, accouchement prématuré, césarienne...), mais aussi les différents troubles de la perception de soi et du comportement de l'enfant après la naissance. Plusieurs hypothèses formulées ici commencent à être démontrées par certaines recherches récentes en neurosciences. On trouvera les références à ces recherches à la fin du livre.

Notre ouvrage cherche avant tout à faire œuvre de prévention à destination des mères comme des professionnels qui les accompagnent.





*Première partie*

**LE PREMIER TRIMESTRE**



## CHAPITRE 1

### PREMIERS REPÈRES

Depuis longtemps, les gynécologues ont bien compris que le temps de la grossesse n'est pas seulement celui de la réalisation magique du désir d'enfant d'un couple. Par la dimension médicale de leur travail, ils accompagnent les femmes dans les accidents de la conception et de l'accouchement. Mais ils sont aussi à l'écoute de la femme enceinte, car ils savent par expérience que son vécu psychique, et en particulier l'intensité de ses angoisses, permet souvent de prévoir la manière dont va se passer l'accouchement.

#### *De l'importance des rêves*

Dans les maternités qui accueillent des femmes enceintes « à risques », comme celle de Port-Royal à Paris, certains gynécologues peuvent choisir de programmer une césarienne à l'avance, alors que toute la grossesse s'est passée sans problème. Ils retiennent cette option sur la seule base d'une récurrence de cauchemars très crus, mettant en scène la mort de l'enfant, dans le mois précédant l'accouchement. Ils prennent cette décision surtout avec des femmes qui ont eu un premier accouchement très difficile, ayant entraîné soit des séquelles graves pour l'enfant, soit carrément la mort de l'enfant. Ils ont observé que les accidents, souvent, se répétaient. Pourtant, d'après l'article de Monique et de Rodolphe Bydlowski à ce propos<sup>1</sup>, on peut supposer que ces femmes, durant la première grossesse et

jusqu'au jour de l'accouchement, n'avaient pas eu *conscience* d'angoisses particulières.

Soulignons cet aspect fondamental de l'angoisse : certaines angoisses restent totalement inconscientes, nous n'y avons pas accès, tandis que d'autres s'expriment corporellement par des signes spécifiques comme l'augmentation des battements du cœur, la sensation d'étouffement, une transpiration importante, etc. Les angoisses inconscientes sont les plus dangereuses car elles se transforment parfois (heureusement pas toujours !) en symptômes somatiques. Déjà Freud avait remarqué que la maladie canalisait, d'une certaine manière, une angoisse excessive.

Mais alors comment repérer les angoisses inconscientes afin d'éviter les difficultés et les accidents ?

Les angoisses inconscientes peuvent émerger à la conscience au travers d'idées, de fantasmes, de rêves, de lapsus ou d'actions compulsives. Des gestes, des attitudes s'imposent. Par exemple, le fait de manger sans cesse durant les « crises » pour les boulimiques, ou celui d'avoir des cauchemars récurrents, sont le signe que des angoisses inconscientes de mort d'une grande intensité sont à l'œuvre sans que le sujet les ressente physiquement. Cependant, les cauchemars violents, répétitifs, mettant en scène des morts, des meurtres dont nous nous souvenons car ils nous réveillent, montrent qu'un certain travail psychique pour se représenter ces angoisses est en cours. Un passage dans la conscience, et donc une traduction en mots, est toujours à souhaiter. On connaît et on contrôle mieux ce qui est conscient.

Selon Freud, la présence de cauchemars qui se répètent indique l'existence d'un traumatisme. Dans le cas de ces femmes décrites plus haut, après l'issue fatale d'un premier accouchement, nous pouvons comprendre que l'obstétricien décide de pratiquer une césarienne. Mais pourquoi y a-t-il eu un accident avec le premier enfant ? Était-il possible de le prévoir ?

Dans ma pratique de psychanalyste, j'ai entendu ces angoisses à l'œuvre dans les cauchemars mettant en scène la mort de l'enfant chez des femmes dès leur première grossesse. D'où venait leur

trauma ? Que revivaient-elles ? L'idée qu'elles revivent ce qu'elles ont elles-mêmes ressenti avant de naître m'est venue en repérant les mêmes cauchemars, violents et répétitifs, chez des patientes boulimiques, en majorité encore sans enfants ou infertiles, alors qu'elles envisageaient la fin de leur cure analytique. Terminer l'analyse est vécu par les patients comme une naissance, car la fin de la cure entraîne une séparation définitive de l'analyste et, souvent, l'oubli du contenu des séances.

### *Rêves pathologiques, rêves normaux*

Les rêves sont une porte ouverte sur les mouvements secrets de notre psychisme, sur les plaisirs et les terreurs que nous n'assumons pas, mais qui nous agitent. Ils sont donc riches d'enseignements. On trouvera dans notre ouvrage une série de rêves qui s'apparentent le plus souvent à des cauchemars. Certes, de nombreuses lectrices réagiront en disant : « Je n'ai jamais fait de tels rêves ! » Et pourtant...

Dans ma pratique clinique, j'ai entendu fréquemment ce genre de cauchemars chez des patientes souffrant de boulimie-anorexie. Ainsi, j'aurais pu penser qu'ils étaient strictement liés à leur pathologie. Mais, en fait, je me suis rendu compte qu'elles exprimaient plus clairement ce que d'autres femmes vivaient également, puisque j'ai retrouvé le même type de rêves ou de cauchemars chez mes patientes enceintes en analyse, et aussi lors de séances de préparation à l'accouchement que j'ai animées avec une sage-femme, Paloma Chaumette, dans son centre de naissance. Nous avions prévu une séance par trimestre avec des groupes composés de cinq femmes primipares, qui pouvaient également me demander des entretiens individuels. Ces femmes n'étaient pas en thérapie, ne présentaient pas de signe de maladie mentale, ni de grossesse à risques.

En travaillant dans ce centre de naissance, mon projet était d'approfondir ma recherche et de démontrer comment, durant la grossesse, les rêves et les fantasmes de patientes névrosées éclairent souvent des processus inconscients refoulés chez toutes les femmes. On sait

que, lorsque Freud a découvert des fantasmes œdipiens incestueux chez des patients névrosés, il n'a pas qualifié ces désirs inconscients de pathologiques, même si leur mise en acte est interdite. Il s'est demandé si toute personne n'était pas traversée par de tels désirs. Vérification faite, il avança la théorie du complexe d'Œdipe. Il a toujours suivi ce principe que je fais mien : le « pathologique » nous révèle quelque chose du « normal ».

### *Quand l'enfant reste « sous clé »*

Durant le premier trimestre, l'embryon plonge déjà dans son liquide amniotique. Celui-ci est produit par la transsudation de sa propre peau, et celle des tissus des membranes ovulaires de la mère. Ce n'est qu'au cours du deuxième trimestre, lorsqu'il est déjà fœtus et que certains muscles et articulations, ainsi que son appareil rénal et intestinal, sont suffisamment développés, qu'il participe *activement* à sa production. En avalant ce premier liquide, il produit de l'urine ; et par la suite, au troisième trimestre, du liquide amniotique pulmonaire. Le liquide amniotique est essentiel pour le développement musculaire et, par ailleurs, il lubrifie tous les organes ; il contient des substances bactéricides et nutritives. Dès la sixième semaine de gestation, l'olfaction et les premiers bourgeons gustatifs se mettent en place dans la bouche du fœtus, et évoluent progressivement. Le liquide amniotique a donc une saveur qui se modifie au cours de toute la grossesse.

Le fœtus avale, inhale et crache ce liquide amniotique à un certain rythme, en principe modulé selon son évolution, et le transforme donc partiellement en urine, développant ainsi son système urinaire, puis son système intestinal avec la production du méconium (l'excrément du fœtus de couleur vert noirâtre). Le méconium se constitue à partir de desquamations de sa propre peau et de celles des membranes amniotiques maternelles. Une partie de cette production, d'ailleurs, retourne à l'organisme maternel par l'intermédiaire du sang placentaire.

Les femmes boulimiques-anorexiques éprouvent aussi ce besoin impératif d'avaler des laitages (yogourts ou glaces) et de boire en

continu pour vomir ensuite comme si, n'étant pas encore sorties du ventre de leur mère, elles se préparaient à naître à tout moment. Nous venons de le dire, le fœtus *pour bien se développer et se maintenir en vie* doit avaler et cracher en continu le liquide amniotique et, en même temps, retenir intégralement son méconium dans l'intestin. En revanche, après la naissance, la rétention et l'inhalation du méconium le mettent en danger de mort.

Il convient de souligner que la signification inconsciente des gestes répétés par les boulimiques et les anorexiques est en lien avec la pulsion d'autoconservation, avant et après la naissance : d'abord se remplir et s'attacher pour survivre, ensuite se vider et se détacher pour naître et vivre. On pourrait dire que les femmes boulimiques-anorexiques souffrent d'angoisses qu'elles n'ont pas réussi à enterrer, ou plus exactement, à refouler. Comme si elles avaient été *oubliées* et enfermées « sous clef », enclavées, dans le corps de leur mère, dans le lien fusionnel placentaire qu'elles ont vécu avec elle jusqu'à la naissance. En d'autres termes, elles se comportent comme si elles étaient en permanence en souffrance et en état de survie, contraintes de lutter contre les angoisses de mort de leur mère durant la grossesse et l'accouchement.

### *Les angoisses de mort liées à la grossesse*

Pour la femme enceinte, les raisons de s'inquiéter sont multiples. D'une part, elle connaît des angoisses touchant à sa santé et à celle du bébé à venir : elle craint souvent de tomber malade, que l'enfant soit malformé, qu'il soit lui aussi malade, ou qu'il puisse mourir suite à ses écarts physiques ou alimentaires. De fait, les recherches actuelles sont très restrictives sur les habitudes alimentaires de la future mère (ni alcool, ni café, ni fruits de mer, mais aussi abstinence fortement conseillée de certains poissons et fromages, etc.). N'oublions pas que la mortalité maternelle et fœtale fut très importante dans le passé. Quoiqu'elle ait fortement diminué avec l'avancée de la médecine périnatale, la mémoire en subsiste.