

**« Vers une sémiologie
du dialogue corporel foeto-maternel :
à propos d'une observation clinique »
par Benoît Bayle**

**WAIHM francophone,
Groupe « Le premier chapitre »
Paris, Hôpital Necker, le 23 juin 2004**

Quels enjeux ?

Parler de dialogue corporel foeto-maternel est une tâche ambitieuse à plus d'un titre. En premier lieu, le terme de dialogue renvoie à la réalité d'un échange, ici corporel, entre deux partenaires : le fœtus et la mère. Mettre en évidence ce dialogue *in utero* reste une entreprise difficile pour un praticien pédopsychiatre qui rencontre des femmes enceintes en consultation hospitalière. Il m'est par exemple impossible d'étudier la sensibilité du fœtus aux manifestations corporelles de sa mère, ni les « signaux » moteur que celui-ci émet. Une telle recherche paraît accessible à d'autres approches, par exemple psychothérapeutique comme l'haptothérapie, ou encore à travers l'étude des mouvements fœtaux par des techniques de visualisation comme l'échographie tridimensionnelle. Je ne dispose guère, pour ma part, de ces moyens ou de ces compétences. Le dialogue dont il va être question est donc proposé comme une hypothèse de travail, à partir d'entretiens que j'ai eu avec quelques femmes enceintes seulement.

Une première question se pose alors : les manifestations corporelles de la mère, par exemple les gestes qu'elle adresse au fœtus, ses stimulations ou ses inhibitions, ou encore son propre portage utérin, influencent-elles la motricité et le tonus du fœtus ? Cependant, en émettant cette hypothèse, je reste en deçà de la notion de dialogue. Pour se situer pleinement dans la notion de dialogue, il faut envisager la réciproque de ce mouvement, à savoir : les manifestations corporelles du fœtus ont-elles une action sur l'état

affectif et tonico-moteur de la mère ? Cette réciprocité apparaît assez peu, tout au plus en filigrane, au cours de l'observation que je vais présenter, n'ayant pas songé à l'étudier davantage à ce moment.

Un deuxième point mérite d'être précisé. La notion de dialogue corporel foeto-maternel est abordée dans la perspective du développement de l'enfant, en particulier de son développement psychomoteur. Les interactions corporelles foeto-maternelles prénatales contribuent-elles à un type particulier de psychomotricité de l'enfant ? A défaut d'une objectivation de la motricité fœtale, la clinique prénatale se trouve confrontée au développement du nourrisson après la naissance. Nous tentons alors d'établir des liens entre ce que nous observons au cours de la période de gestation et le développement ultérieur de l'enfant. En réalité, la clinique du dialogue corporel foeto-maternel pose plus fondamentalement la question de l'existence ou non d'une « proto-psychomotricité fœtale », c'est-à-dire d'une élaboration prénatale du tonus moteur et de la motricité de l'enfant à naître sur la base d'interactions foeto-maternelles où les émotions, les préoccupations conscientes et les fantasmes maternels sont susceptibles d'entrer en ligne de compte et de commencer à imprimer leur marque dans le corps même du fœtus. Le corps du foetus pourrait alors devenir, dans certains cas psychopathologiques, le lieu d'incarnation de problématiques maternelles mal résolues, ou difficiles à résoudre. La transmission psychique n'attendrait pas la naissance pour emprunter la voie du corps. Il existerait déjà en prénatal une élaboration de ces problématiques.

La notion de dialogue psycho-corporel paraît peut-être plus pertinente, ou encore celle de dialogue tonique foeto-maternel, la motricité du fœtus s'ajustant au portage utérin et aux stimulations motrices de la mère, et vice et versa. Nous dégagerions alors plusieurs niveaux d'ajustement foeto-maternels.

Le fœtus nage dans le liquide amniotique. L'enceinte utérine est un lieu d'échanges nourriciers, avec sa vascularisation placentaire et ses battements artériels, ses bruits intestinaux transmis par la paroi, etc. A cet univers sonore s'ajoute une paroi musculaire contractile capable de souplesse, mais aussi de résistance continue ou discontinue : cette enceinte musculaire transmet des pressions d'intensité différentes au corps du fœtus. Différents styles de portage de l'enfant semblent probables. Songeons à ces femmes qui déniaient leur grossesse et dont on voit à peine le ventre. Le fœtus semble bel et bien confronté à un tonus utérin singulier. Pour certains auteurs, comme Suzanne Maiello, de fortes contractions utérines représentent

aussi un authentique traumatisme prénatal susceptible d'entraver les perceptions sensorielles du fœtus, la pression transmise par l'utérus altérant notamment la sensorialité auditive de celui-ci.

De son côté, le fœtus, par ses caractéristiques biologiques propres, possède selon toute vraisemblance un style moteur singulier, avec son tonus propre et sa façon de se mouvoir. Ce style moteur sollicite probablement le portage maternel, la tonicité du muscle utérin. Par exemple, deux fœtus, l'un hypertonique et hyperactif, l'autre hypotonique et hypo-actif, provoquent sans doute des effets physiologiques différents sur le muscle utérin, contribuant peut-être à des styles de portage maternel différents. Mais les mouvements propres du fœtus sollicitent aussi les émotions maternelles, impliquant la vie affective consciente ou inconsciente de la femme devenant mère ou mère à nouveau. Ainsi, une femme enceinte avait un mari violent, dont l'agressivité se réveillait particulièrement à l'occasion de ses grossesses. Elle racontait avoir rêvé récemment que son mari se tuait, en se tapant la tête, et elle enchaîna aussitôt, en parlant de son bébé : « comme je dors sur le ventre, il me donne des coups ». Les mouvements du bébé avaient-ils favorisé la survenue de ce rêve ? Ne pourrions-nous pas observer alors les effets de la motricité fœtale sur les émotions maternelles, et peut-être aussi, à un autre niveau sur le portage et la motricité volontaire maternelle adressée au fœtus ?

La mère s'adresse en effet à son bébé *in utero*. Elle lui parle, par exemple en caressant son ventre, mobilisant ainsi la motricité du fœtus dans un climat émotionnel particulier. Ailleurs, elle se trouve au contraire dans un état d'inhibition et d'évitement phobique du toucher, n'osant pas toucher son ventre de crainte de s'attacher au fœtus. La mère porte et entoure ainsi son enfant dans un style psycho-corporel qui implique sa motricité volontaire, par l'intermédiaire de ses gestes, chaleureux ou évitants, mais pourquoi pas aussi intrusifs ou malveillants. Ces échanges maternels en direction du fœtus ont lieu dans un bain émotionnel qui ne manque pas de mettre en scène la vie affective de la femme, avec ses nœuds existentiels et sa conflictualité.

Il faut signaler d'autres niveaux possibles d'ajustements foeto-maternels. Il existe une motricité globale de la femme enceinte, qui adopte un rythme de vie particulier à l'occasion de sa grossesse. Ce rythme n'est pas dépourvu d'enjeux psychiques. Certaines femmes ne vont-elle pas travailler activement jusqu'au dernier moment possible, ou au contraire se reposer à l'excès, d'une façon qui paraît parfois sous-tendue par une conflictualité psychique ? Le fœtus s'ajuste-t-il à ces rythmes de vie singuliers ? S'en trouve-t-il marqué dans ses

rythmes biologiques, ou dans sa propre activité motrice, à court- ou moyen terme ?

A un autre niveau encore, différents médiateurs humoraux circulent peut-être dans le sang à l'occasion d'états affectifs maternels. La libération de médiateurs biologiques de l'anxiété est-elle, par exemple, susceptible d'influencer la motricité fœtale ? Songeons aux réactions motrices que déclenche l'anxiété chez l'adulte, allant de la sidération anxieuse à l'agitation. Ces comportements ont-ils un substratum neuro-physiologique ? Une libération de facteurs humoraux maternels peut-elle entraîner une sidération motrice du fœtus, d'une nature comparable à la sidération anxieuse observée chez l'adulte ?

L'observation qui suit fait plus particulièrement référence aux questions de stimulations motrices du fœtus par l'intermédiaire des caresses maternelles, survenues dans un contexte d'anxiété. Bien des questions restent en suspens. Comment penser également l'articulation entre la période prénatale et post-natale après la césure de l'accouchement et du passage de la vie intra- à extra-utérine ? Un travail d'observation s'impose qui, sur ce dernier point, n'a pas manqué de nous réserver quelques surprises.

Une grossesse après deuil : Stéphanie.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Stéphanie est enceinte de 4 mois. Elle a perdu voici moins d'un an et demi une petite fille, Chloé, décédée à l'âge de 5 jours dans les suites d'une rupture utérine.

Un procès est en cours car les médecins ne sont pas intervenus suffisamment rapidement, semble-il. Elle a rencontré il y a environ deux semaines un expert au sujet de cet accouchement tragique. L'enfant mort a repris une place et une dimension importante dans ce moment difficile. Stéphanie explique : « j'ai mis une chape sur le bébé dans le ventre... j'ai tellement peur... c'est complètement abstrait... j'arrive pas à en faire un bébé dans mon ventre, c'est pas que j'ai rien dans mon ventre, je n'arrive pas à le concrétiser » et d'enchaîner « je suis d'une agressivité... la moindre contrariété me fait sortir de moi... ».

Stéphanie exprime sa difficulté à s'attacher au bébé et à se le représenter. Elle a peur. Elle s'était tellement attachée au bébé

précédent. La grossesse précédente est peut-être idéalisée : une grossesse facile, « super, où elle n'avait jamais été malade, nettement meilleure que la précédente ». Celle-ci est plus difficile. Stéphanie a la nausée le matin et a des effets « secondaires » qu'elle ne connaissait pas. Elle est volontiers angoissée, a du mal à respirer, se sent oppressée, ça lui prend à la gorge. Elle est irritable, agressive, nerveuse. Elle aimerait arriver à se détendre.

Stéphanie est tombée enceinte presque un an jour pour jour après l'accident. Le couple essayait d'avoir un enfant depuis environ 6 mois. Les parents ont finalement choisi d'appeler l'enfant Saba. Ils avaient pensé au début à Zoé, prénom proche de l'enfant précédent (Chloé). Le prénom de Saba évoque un voyage au Yémen, temps fort de l'histoire du couple.

Stéphanie appréhende le terme de la grossesse. Elle aperçoit autour d'elle les accidents périnataux : une cousine a perdu un bébé par rupture du placenta et une amie a perdu une fille par étranglement du cordon... Stéphanie avait l'impression de sortir du deuil. Une page s'était tournée près d'un an après l'accident, mais la grossesse ravive son anxiété. Quand elle pense au bébé, elle voit Chloé, l'enfant précédente.

J'encourage pour ma part Stéphanie à s'autoriser à penser au bébé actuel, à faire des choses pour lui. Elle aime dessiner et s'était interdit de continuer le faire-part de naissance qu'elle avait commencé.

Lors du deuxième rendez-vous, alors qu'elle vient de passer un complément d'expertise, Stéphanie fait part de la tension qu'elle ressent. Elle évoque ses difficultés de compréhension avec son mari, au sujet du deuil de l'enfant. Cependant, les démarches entreprises en commun autour du procès, de la tombe de l'enfant précédent et du nouveau bébé offre l'occasion d'un meilleur dialogue. Mais surtout, Stéphanie rapporte une crise de panique, hier soir. Elle a essayé de faire bouger le bébé et il ne bougeait pas pendant près d'une heure. Elle a poussé dans tous les sens le ventre. Cela rappelle la grossesse de l'enfant précédent. Quelques jours avant l'accident périnatal qui avait coûté la vie à Chloé, Stéphanie avait eu l'impression que son bébé ne bougeait plus beaucoup dans son ventre. Elle avait passé un monitoring, mais il n'y avait rien de particulier. Dans son mouvement de panique, l'autre soir, elle imagine que son bébé est mort et elle n'a pas envie d'avoir un deuxième bébé mort. Elle aurait voulu avoir un

appareil pour entendre le cœur du bébé. Elle n'a d'ailleurs qu'une seule envie, c'est que la grossesse soit passée.

Stéphanie apparaît très vigilante sur les mouvements du bébé. Le sien bouge drôlement. Je prescris de la relaxation afin de l'aider à se détendre dans ce climat de tension nerveuse.

Stéphanie semble se détendre à partir de la troisième séance. Elle essaie de sentir son bébé. Elle a davantage envie de le toucher à présent, avant c'était la panique... elle ne voulait pas toucher son ventre, car elle ne voulait pas penser au bébé. Chloé, l'enfant précédent, l'accaparait. Stéphanie a passé son échographie de la 22^{ème} semaine, elle a vu le profil du bébé. Nous évoquons les représentations de l'enfant au cours de la grossesse et Stéphanie exprime à cette occasion le regret de ne pas avoir eu une meilleure photo de l'enfant disparu. De l'enfant à naître, elle ne voit qu'une seule chose : un bébé qui bouge, qui n'est pas mort... Elle imagine un bébé qui est né et qui bouge. C'est ce qu'elle ressent du bébé. L'aboutissement de cette grossesse, c'est d'avoir un enfant qui bouge... et elle associe avec l'enfant précédent : « Chloé, on lui prenait la main, elle retombait toute seule... ».

A la 4^{ème} séance, l'état s'est amélioré. Stéphanie est prise en charge en relaxation. Elle a meilleur moral, mais sent qu'elle peut replonger facilement. La mort de Chloé reste toujours présente à son esprit. Elle ne peut vivre sa grossesse normalement. Elle explique qu'elle stimule son bébé jusqu'à ce que celui-ci bouge. L'obstétricien lui a dit de ne pas solliciter autant son utérus. Stéphanie a toujours caressé son ventre pour entrer en contact avec l'enfant *in utero*. Elle l'a fait pour les deux grossesses précédentes. Cependant, cette fois, elle a besoin que le bébé réponde et a l'impression qu'elle le sollicite vraiment trop. Stéphanie explique comment elle s'y prend. Elle pose sa main sur son ventre et le caresse, elle parle au bébé intérieurement en lui disant ce qu'elle va faire. Elle est toujours en échange, explique-t-elle, « je ne suis jamais en monologue... j'imagine les réponses ». Pour la grossesse actuelle, le matin, au réveil elle se met sur le dos et touche son ventre avec ses mains. Elle va dans tous les sens, doucement jusqu'à ce que Saba réponde. Parfois, elle appuie un peu plus fort pour essayer de faire bouger le bébé lorsqu'il ne répond pas à ses premières sollicitations. « Globalement, ça marche ... » ajoute-t-elle. Lorsque l'utérus se contracte, elle a appris à se relaxer, elle essaie de respirer calmement et se relâche. En ce moment, elle s'aperçoit que lorsqu'elle recommence à reposer ses mains et à stimuler le bébé, cela déclenche des contractions. Dans l'ensemble, Stéphanie a remarqué

que ses pressions sur l'utérus ont toujours déclenché des réponses chez le bébé, sauf quand elle a eu sa crise de panique. Ce jour-là, elle était allongée chez elle, son mari n'était pas encore là, elle avait ses mains sur le ventre pour sentir bouger son bébé, « j'ai tripoté, j'ai tripoté.... Cela a duré une demi-heure. Il n'y avait toujours pas de réponse ». Au bout de 45 minutes, le bébé n'avait toujours pas répondu et cela agaçait tellement Stéphanie qu'elle s'est levée, a couché son fils Hugo qui était là et est revenu s'installer sur le canapé, jambes semi-allongées. Elle a reposé ses mains à nouveau sans stimuler et au bout d'une heure, elle a fini par ressentir son enfant. La mise en évidence de ces stimulations gestuelles m'a incité à demander à Stéphanie de tenir un petit calendrier des rythmes de son bébé, en se mettant à l'écoute de ses rythmes propres.

A la 5^{ème} séance, à plus de 6 mois de grossesse, Stéphanie apporte un tableau sur lequel elle a marqué les périodes d'activité du fœtus. Elle a distingué trois périodes d'activité. La période de mouvement la plus intense est celle de son réveil « là, ça bouge ». Une autre période d'activité intense vient régulièrement vers 21h30/22h00 lorsqu'elle se repose sur le canapé, etc. Stéphanie se sent plus calme. Elle ne stimule plus autant le bébé et a l'impression que c'est plus reposant pour elle. Elle prend conscience que son enfant peut dormir et se sent capable désormais de respecter un certain nombre d'heures. Elle arrive maintenant à penser doucement que le bébé sera avec la famille. C'est vrai qu'elle se rapproche maintenant de la période de viabilité. Elle arrive à imaginer l'enfant avec eux. Ces moments viennent régulièrement, de façon spontanée. Elle a préparé le berceau et cela ravive des souvenirs de l'enfant précédent. Stéphanie oscille toujours entre la peur et la joie, mais les moments paisibles commencent à prendre le dessus. Elle exprime la crainte que son fils Hugo s'attache au bébé à naître et qu'il se passe quelque chose, un accident. Cet enfant est très proche du bébé. Stéphanie préférerait qu'il s'en détache un peu.

La fin de la grossesse reste difficile, épuisante pour Stéphanie. Elle ne supporte pas d'entendre parler de celle-ci. Elle voudrait avoir accouché. La césarienne est prévue environ un mois avant terme et une hospitalisation préalable est demandée par l'obstétricien. L'anxiété est plus vive, exacerbée lorsque son mari doit séjourner quelques jours au Maroc, pour son travail. Stéphanie a peur de « craquer » au moment de l'accouchement. Un traitement anxiolytique d'appoint est donné. Stéphanie s'en trouve mieux. Peu avant l'accouchement, elle raconte qu'elle stimule davantage le bébé, qu'elle le caresse de nouveau. Cela active alors son rythme cardiaque :

l'enfant bouge, Stéphanie lui parle alors, lui dit de se calmer, etc. La grossesse précédente reste présente à son esprit. Elle pense tous les jours à l'enfant mort et plus elle approche de la date de la césarienne, plus elle se dit que son décès est injuste. Elle fond en larmes lorsque sa voisine passe un monitoring. Cela lui rappelle le cœur de l'enfant précédent. Certaines images restent encore très présentes. Stéphanie s'en veut de ne pas avoir été plus vigilante.

Finalement, l'accouchement se déroule dans de bonnes conditions. Stéphanie ira très bien les trois premiers jours, mais s'effondrera en larmes au 4^{ème} jour, pensant au bébé précédent. Les cinq premiers jours, elle appelle son bébé de façon impersonnelle, le désignant par « il ». Elle explique que la dissemblance d'avec l'enfant précédent l'aide à ne pas identifier Saba à l'enfant mort. Le mari est présent et s'occupe bien du bébé, ce qui surprend Stéphanie de façon agréable. Le post-partum sera marqué par une réaction dépressive qui sera traitée par anti-dépresseur, un traitement qui sera à la fois bien supporté et efficace.

Le dialogue tonique fœto-maternel et le développement psychomoteur post-natal

Pendant la période prénatale, constatant les hyperstimulations que Stéphanie adressait à l'enfant *in utero*, je prévoyais qu'une telle stimulation motrice pourrait faire le lit ultérieur d'une hyperactivité. J'avais par ailleurs en tête un autre cas clinique, dans la perspective de cette présentation. Il s'agissait d'une femme au passé complexe, une enfant issue d'un viol, elle-même traumatisée sexuellement, ayant vécu une IVG sur un mode traumatique. Cette femme que nous appellerons Christiane, avait du mal à montrer son ventre de femme enceinte. Cette situation qui n'est pas rare m'interrogeait également sur le dialogue tonique fœto-maternel : quelles peuvent être les conséquences de ce type de portage de l'enfant sur le développement psychomoteur ultérieur ? Par ailleurs, Christiane était très angoissée et inhibée. La mise en comparaison de ces deux cas et surtout l'observation du tonus de ses deux enfants a bousculé mes hypothèses. A ma surprise, l'enfant de Stéphanie se présentait sur un mode plutôt hypotonique. Après la naissance, Stéphanie avait d'ailleurs tendance à hypostimuler son enfant, le calant entre deux coussins sans que celui-ci puisse se mouvoir. Il y avait là une sécurisation non consciente de l'enfant, évitant ainsi de l'exposer aux éventuels dangers domestiques, en présence d'un grand frère par ailleurs remuant. De l'autre côté,

l'enfant de Christiane apparaissait au contraire très hypertonique. Pendant la grossesse, Christiane avait eu du mal à s'attacher à son enfant *in utero*, à l'investir ; cette femme se trouvait plutôt à distance du fœtus sur le plan psycho-corporel. De plus, en raison de son passé traumatique, elle présentait par ailleurs d'importantes difficultés au niveau du toucher, me semble-t-il.

C'est la confrontation de ces deux cas qui m'a amené à approfondir ma réflexion. Il faudrait cependant analyser de nombreux autres cas afin d'affiner cette clinique des interactions corporelles prénatales. Dans le cas de Stéphanie (Saba a 12 mois à présent), la clinique ne démontre guère, en fin de compte, que les hyperstimulations maternelles prénatales contribuent à accroître le tonus psychomoteur de l'enfant après sa naissance. C'est le contraire qui se produit. En l'absence d'objectivation prénatale de la motricité fœtale, nous sommes réduit à émettre des hypothèses. La première serait l'absence de toute continuité entre les périodes prénatales et post-natales. Cependant d'autres hypothèses restent envisageables, en faveur d'une continuité entre les processus pré- et post-nataux. En premier lieu, l'hypotonie constatée peut provenir des caractéristiques propres de l'enfant. Le fœtus hypotonique resterait hypotonique en dépit des projections maternelles. Mais nous devons par exemple nous interroger également sur la charge anxieuse de la grossesse : les médiateurs de l'anxiété peuvent-ils avoir un rôle sur la sidération éventuelle du fœtus ? Ou bien, faut-il penser que les hyperstimulations peuvent induire une sorte de désensibilisation motrice ? Ou encore, ne faut-il pas les situer au niveau imaginaire, plutôt qu'à celui de la réalité physiologique ? Les hyperstimulations auraient des conséquences physiologiques négligeables, mais témoigneraient avant tout d'interactions fantasmatiques déjà à l'œuvre au cours de la période prénatale. Sur le plan des interactions fantasmatiques, qu'elles soient pré- ou post-natales, l'enfant vivant se trouverait confondu dans l'imaginaire maternel au bébé mort. En stimulant son fœtus, Stéphanie lutterait contre la représentation de l'enfant mort. Elle imaginerait dans cette lutte, son bébé comme un être plein de mouvement, un enfant qui n'est pas mort, mais ne pourrait s'empêcher d'enchaîner immédiatement : « Chloé, on lui prenait la main, elle retombait toute seule ». L'enfant précédent était bien un enfant hypotonique dans sa tête. L'hypotonie observée s'expliquerait par la continuité du processus fantasmatique sous-jacent. De tels phénomènes inconscients sont d'ailleurs bien connus et ont déjà été abondamment publiés dans la clinique du nourrisson.

Dans le cas de Christiane, on peut s'interroger sur la place du dialogue tonique fœto-maternel dans le développement psychomoteur. Un portage avec un utérus peu proéminent, caché, n'induit-il pas une résistance particulière autour du fœtus ? L'enfant à naître ne développe-t-il pas un tonus particulier en réaction avec cette résistance de l'utérus ? Le portage ne peut-il pas alors avoir un rôle dans le tonus psychomoteur ultérieur de l'enfant ? Cette question mérite d'être posée. Cependant, il ne faut pas oublier que les phénomènes physiques observés en prénatal ont lieu dans un milieu particulier, aquatique.

Il importe donc d'étendre nos observations, si nous voulons confirmer cette sémiologie du dialogue corporel mère / fœtus dans la perspective du développement de l'enfant à naître, puis du nourrisson. Je reste convaincu qu'une clinique reste possible à condition d'inclure l'ensemble des facteurs en jeu au cours de la période prénatale, et d'envisager conjointement les interactions biologiques, tonico-posturales et motrices, fantasmatiques, etc.

Pour conclure, au terme de cette étude, je dégagerai trois niveaux intéressant le dialogue corporel foeto-maternel.

- Le *portage utérin* (tonicité utérine) sollicite bien entendu la physiologie propre de la femme, mais aussi sa vie psycho-affective, avec sa part de conflictualité, voire d'effraction traumatique (cf. déni). Il pourrait marquer le tonus et la motricité de l'enfant à naître, notamment par réaction à la paroi utérine. Il suppose probablement un ajustement interactif du fœtus et de la femme enceinte, la motricité du fœtus pouvant agir sur le portage *via* la physiologie du muscle utérin et *via* les émotions et la vie inconsciente de la femme.

- Une *gestuelle maternelle* accompagne un dialogue affectif, volontiers parlé ou pensé. La mère parle à son fœtus, elle le sollicite par ses gestes. Il convient alors de déterminer s'il s'agit d'un dialogue maternel purement imaginaire ou authentiquement interactif. Le fœtus interagit-il par son tonus et sa motricité volontaire avec la mère qui le sollicite ?

- Enfin, la femme enceinte adapte ou non son mode d'activité à l'occasion de la grossesse, en fonction de ses contraintes socio-professionnelles, mais aussi d'éléments psychodynamiques inconscients. Elle présente une *activité motrice de fond* qui lui est propre, où le mouvement occupe une place importante, avec ses déplacements, ses temps de repos, etc. Ce rythme d'activité motrice de

fond a sans doute des conséquences sur l'activité motrice générale du fœtus. La notion d'interaction reste difficile à préciser, car elle paraît très asymétrique. Il est difficile d'affirmer que la mère s'adapte à l'activité motrice de fond de son fœtus, tandis que la réciproque paraît probable. Remarquons toutefois que la mère adapte son activité motrice de fond à la présence du fœtus. Il me paraît important de ne pas oublier cette dernière *enveloppe motrice maternelle* dans l'analyse des phénomènes que nous venons de décrire : une femme ayant un rythme de vie hypoactif n'offre sans doute pas à son enfant de le même univers de stimulations motrices qu'une femme hyperactive.

Chacun de ces trois niveaux - portage utérin, gestuelle maternelle et activité motrice de fond - contribue vraisemblablement à forger la (psycho-)motricité du fœtus, sans que nous puissions cependant en apporter la preuve. Ces aspects se trouvent en étroite liaison avec la vie psychique de la mère, qu'elle soit consciente ou inconsciente. La part qu'occupe le fœtus y reste cependant à déterminer...

Un élément fondamental intervient en revanche à l'ensemble de ces niveaux. Par sa présence corporelle, dans son corps, le fœtus incarne l'enfant imaginaire ou fantasmatique de ses parents, il incarne aussi, à un niveau plus fondamental encore, c'est-à-dire onto-psychique, un être conçu qui se trouve relié en lui-même à ceux qui lui ont donné vie, dans son identité même d'être conçu. Son corps est structuré onto-psychiquement en lui-même par la relation qui le lie à autrui et qui lie autrui en lui. Les mouvements de subjectivation réciproques mère-fœtus passe par cette incarnation qui dépasse le seul registre biologique et qui font du fœtus in utero un corps subjectif.