

Identification d'un embryon humain

par Benoît Bayle

*Université de Moncton (Canada), session de formation
à l'éthique médicale, septembre 2004*

Pour ne pas prêter à confusion, je préfère commencer cet exposé en précisant d'emblée que le terme d'« identification » est entendu ici dans son sens le plus large, et non dans le sens psychologique auquel certains d'entre nous sont peut-être habitués : identification signifie tout simplement « l'action d'identifier ». Comment identifions-nous l'embryon humain ?

Trois aspects vont ainsi retenir notre attention. En effet, identifier l'embryon humain a d'abord consisté à déterminer son corps biologique, sa matérialité. Cette première étape a recouvert de nombreux siècles et n'a pas seulement amené l'homme à comprendre le mystère de sa conception, mais aussi à intervenir sur celle-ci. Parallèlement, les philosophes puis les théologiens se sont interrogés sur l'âme de l'embryon. Cependant, au fur et à mesure que l'attention s'est concentrée sur ces découvertes biologiques, la question de l'animation de l'embryon humain s'est effacée et l'intervention sur l'embryon humain est devenue un enjeu majeur pour la science comme pour la société, concourant à la fois à la compréhension cellulaire de notre corps et à la maîtrise de la procréation.

Ces interventions biomédicales autour de la procréation de l'être humain ont alors entraîné une véritable révolution conceptionnelle qui repose notamment sur une logique de surproduction, de surconsommation et de sélection des embryons humains. Les embryons humains sont surproduits et détruits en masse, ils sont aussi « sélectionnés » selon divers critères. Ce nouveau rapport social à l'embryon marque notre capacité à identifier celui-ci :

d'un côté, l'embryon humain tend à devenir objet d'expérimentation, et son identification matérielle, biologique, s'en trouve facilitée ; d'un autre côté, la réification de l'embryon obscurcit notre capacité à identifier l'embryon humain au niveau philosophique, tant éthique qu'ontologique. Dans la deuxième partie de mon intervention, je montrerais donc que les conditions sociologiques actuellement réunies autour de l'embryon humain sont peu favorables à son identification ontologique.

Enfin, la troisième partie, la plus importante, sera consacrée à l'identification psychologique de l'embryon humain, voie qui constitue à mon avis une occasion privilégiée de surmonter les difficultés évoquées.

I – La lente identification du corps biologique de l'embryon humain : rappel historique

1.1 De l'antiquité au XVIIIème siècles: l'observation des liquides

Trois périodes historiques, d'inégales durées, se succèdent et permettent de mieux comprendre la lente identification du corps biologique de l'embryon humain. La première époque s'étend de l'Antiquité jusqu'au dix-septième siècle. Médecins et philosophes tentent de penser la conception biologique de l'être humain à partir de l'observation macroscopique des liquides procréateurs. Trois grandes figures de l'Antiquité dominent les débats : Hippocrate, Aristote et Galien. L'influence de leur travaux s'exerce jusqu'à la Renaissance, sinon jusqu'au dix-septième siècle.

A la différence d'autres traditions qui considèrent la femme comme un champs où se développe la semence déposée par l'homme, qui ainsi, est seule à se continuer dans l'enfant, Hippocrate, Aristote et Galien admettent à juste titre que les deux semences parentales, masculines et féminines, participent à la génération. Cependant, leur vision de la procréation humaine reste erronée sur bien des points. En effet, ils observent les semences à l'œil nu : ils en ont une vision macroscopique. Ils attribuent aisément le pouvoir fécondant masculin au sperme, mais ils l'envisagent tout naturellement comme un liquide, et non comme l'émission de cellules reproductives transmettant la vie. L'observation de la semence féminine s'avère plus difficile encore. Au cours de cette période étendue, le choix n'a jamais été pertinent : le plus souvent, le sang menstruel s'est trouvé assimilé à la semence ; ailleurs, ce sont d'autres sécrétions féminines externes. La notion d'ovule reste inconnue durant de nombreux siècles. La composition du corps se trouve également envisagée selon la

physique de l'époque, c'est-à-dire à partir des quatre éléments fondamentaux : l'air, le feu, la terre et l'eau.

Il est néanmoins remarquable de constater les efforts déployés par les médecins et les philosophes de l'Antiquité pour appréhender ce sujet en faisant preuve d'une admirable capacité de réflexion et d'une véritable rigueur, malgré les errements. Certes, ils pensent la conception de l'être humain à partir de la réunion de deux liquides, comme le sperme et le sang menstruel, mais ils cherchent aussi à rendre compte des nombreuses observations qu'ils ont recueillies, et tentent d'expliquer le développement embryonnaire, les règles de l'hérédité, la différenciation sexuelle, les monstruosité, etc.

J'illustrerais ce propos en résumant les théories des deux auteurs les plus marquants : Hippocrate et Aristote, l'un médecin, l'autre philosophe.

Pour **Hippocrate** (v.460-v.377), la conception de l'enfant a lieu au sein de la matrice utérine, réceptacle conçu à la manière d'un récipient qui ne doit guère laisser échapper les liquides. Les semences sont produites grâce au mouvement des corps lors de l'étreinte amoureuse. L'humeur s'échauffe et forme une écume qui se sépare du corps pour donner le sperme ou le sang menstruel. Les semences des parents, qui ont même valeur, se mélangent et forment une seule semence qui en s'échauffant se condense et s'épaissit, prend le souffle de la mère, gonfle et s'entoure de membranes successives. La chair se divise alors en membres. L'enfant est formé en trente à quarante jours (selon qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille). La ressemblance de l'enfant à ses parents est expliquée par la théorie, alors répandue, de la *panspermie*. Chaque semence provient de l'ensemble du corps, dont elle apporte les diverses parties.

Aristote (388-324) écrit son traité sur *La génération des animaux* vers 330 avant notre ère. Il s'oppose au courant hippocratique sur deux points essentiels : il assigne un rôle différent aux deux semences, et réfute la théorie de la panspermie. Fidèle à sa théorie de l'hylémorphisme¹, il pense que le sperme est animé et transmet le mouvement au sang menstruel contenu dans la matrice. Il agit comme une présure sur le lait. Quant aux règles, elles sont une semence imparfaite, dépourvue d'âme ; elles constituent une matière inerte à laquelle le sperme communique la forme et le principe du mouvement. Le développement embryonnaire est alors déclenché. Le cœur se forme en premier, car c'est le principe de l'être, puis les autres parties se différencient sous l'influence du froid et de la chaleur. Cette vision préfigure la théorie de l'épigénèse.

Ces idées sur la génération issue de l'Antiquité évolueront assez peu jusqu'au 17^{ème} siècle. Ce qui fait défaut durant ces siècles, c'est une conception biologique, c'est-à-dire cellulaire, du corps. La composition du corps est pensée à partir des quatre éléments : la terre, l'eau, le feu et l'air. Ces éléments se

¹ Tout être comprend une matière et une forme.

mélangent, et coagulent sous l'effet de la chaleur corporelle ou précipitent par le froid.

1.2 Du XVIIème au milieu du XXème siècle : observation microscopique et expérimentation

Les progrès de l'anatomie puis la mise au point du microscope bouleversent peu à peu cet ordre. Une deuxième période s'ouvre alors, durant laquelle l'observation microscopique et l'expérimentation jouent un rôle prépondérant.

Pendant cette période, les partisans de la préformation semblent l'emporter. Cette théorie envahit la pensée biologique, dès le XVIIème siècle jusqu'au début du dix-neuvième siècle. Dans cette vue, il n'y a plus de véritable génération, mais un simple agrandissement, qui fait passer sur le plan visible un être jusque là trop petit pour être aperçu. Cette théorie renoue ainsi avec une très vieille tradition, qui avait été battue en brèche par les philosophes et médecins de l'Antiquité. Les partisans de l'épigenèse existent, mais ils restent en marge. De grandes découvertes se succèdent qui ne peuvent encore être interprétées avec justesse. Les théoriciens s'affrontent. Voici quelques dates.

En 1670, **Swammerdam** et **de Graaf** rapportent l'existence des follicules dans les ovaires.

En 1677, **Louis de Hamm**, aperçoit pour la première fois les spermatozoïdes humains au microscope : il fait part de sa découverte à **Van Leeuwenhoek** qui voit à travers les "animalcules" les véritables germes de l'homme. La querelle entre les ovistes, partisans du germe maternel, et les "animalculistes", partisans du germe paternel, éclate.

En 1672, **Malpighi** publie ses travaux d'embryologie sur le développement de l'oeuf fécondé, mais ses observations renforcent paradoxalement l'idée de préformation.

Un siècle plus tard, vers 1780, **Spallanzani** réussit les premières fécondations artificielles chez la grenouille et la première insémination artificielle chez la chienne.

En 1839, **Schleiden** et **Schwann** énoncent la théorie cellulaire : "*tous les organismes sont constitués de cellules*" ; "*chaque cellule possède en elle-même les attributs du vivant*".

En 1850, **Newport** observe enfin la pénétration du spermatozoïde dans l'oeuf de grenouille.

Peu à peu, les notions de fécondation et de développement embryonnaire deviennent intelligibles. L'embryologie progresse. La découverte des chromosomes a lieu au début du XXème siècle. Durant la seconde guerre

mondiale, **Avery** identifie les acides nucléiques comme support de l'information génétique. **Watson** et **Crick** exposent la structure de l'ADN dans un article paru en 1953.

Le mystère de notre origine biologique est désormais élucidé. Le nouvel être est issu d'une cellule unique, le zygote, formé par la fusion de deux cellules sexuelles, l'ovule et le spermatozoïde, respectivement émises par la mère et par le père. Chaque gamète apporte l'information génétique nécessaire à la constitution du génome.

1.3 XXème siècle à nos jours : l'intervention sur la scène conceptionnelle

L'intervention sur la procréation humaine connaît alors un essor considérable. Déjà, à la fin du XVIIIème siècle (en 1799), **Hunter** avait appliqué l'insémination artificielle à l'espèce humaine, injectant du sperme à une femme dont le mari était atteint d'une malformation du pénis (hypospadias).

En 1928, **Graffenberg** publie le premier article scientifique sur le stérilet. A la fin des années 50, **Pincus** expérimente les hormones progestatives synthétiques dans le contrôle du cycle féminin, et met au point la pilule contraceptive. Une dizaine d'année plus tard, c'est l'essor de la contraception hormonale et du stérilet. Ces techniques anticonceptionnelles ou anti-gestationnelles représentent autant d'interventions sur les gamètes humains ou sur l'embryon humain. La contraception hormonale bloque l'ovulation, coagule la glaire cervicale, et modifie la muqueuse utérine qui devient atrophiée. D'un côté, l'ovule est retenu ; de l'autre, les spermatozoïdes ne peuvent franchir la barrière du col utérin ; enfin, en cas de conception accidentelle, l'embryon ne peut pas se développer dans le réceptacle maternel. Quant au stérilet, il s'oppose surtout à la nidation des embryons dans la muqueuse utérine.

En 1969, **Edwards** réussit officiellement la première fécondation extra-corporelle humaine. En 1978, après plusieurs années d'expérimentation, il obtient la première grossesse humaine menée à terme après fécondation externe et transfert utérin de l'embryon. Peu à peu, la FIVETE est proposée aux couples. En 1982, Amandine naît en France, issue d'une fécondation externe menée par **Testart** et **Frydman**. En 1984, Zoé, naît en Australie après fécondation externe, congélation au stade embryonnaire, décongélation et transfert intra-utérin. A son tour, la pratique de la congélation embryonnaire s'étend. En 1992, l'on compte près de 60.000 embryons humains congelés en France. Parallèlement, les recherches se poursuivent, en particulier sur le diagnostic génétique pré-implantatoire ou sur la congélation et la culture d'embryons à des stades plus tardifs. De nouvelles pratiques apparaissent. Les biologistes savent désormais "assister" la fécondation humaine par diverses techniques de micro-injection, faisant ainsi pénétrer eux-mêmes le spermatozoïde au sein de l'ovule humain. Les médias évoquent avec fracas la possibilité de cloner l'œuf humain. Les

scientifiques s'intéressent aux cellules souches embryonnaires, dans la perspective de diverses thérapies.

L'ensemble de ces interventions modifie la manière de concevoir l'enfant, et par conséquent la scène conceptionnelle de chaque nouvel individu. La révolution engagée n'est pas seulement sexuelle, mais aussi conceptionnelle. Nous assistons à un double mouvement d'objectivation et de transformation de la scène conceptionnelle humaine. Une nouvelle scène conceptionnelle surgit, dont il nous faut saisir les enjeux.

II – Médecine de la procréation et réification de l'embryon : un obstacle sociologique ?

En effet, l'émergence de cette nouvelle scène conceptionnelle ne va pas sans peser sur notre capacité à identifier l'embryon humain. Elle repose notamment sur un véritable paradoxe. L'intervention sur la conception humaine entraîne la procréation en masse d'embryons humains, qui seront pour la plupart éliminés. Contrairement à ce que l'on croit, la contraception -au sens habituel du terme- n'a pas pour effet de limiter le nombre de conceptions, mais au contraire de l'accroître.

Par exemple, le stérilet repose sur un mécanisme d'action principalement antinidatoire, c'est-à-dire qu'un embryon humain est susceptible d'être conçu à chaque cycle, puis d'être détruit. Son utilisation en France entraîne probablement la conception chaque année de quelques millions d'embryons précoces qui disparaîtront. La pilule contraceptive possède également une activité antinidatoire susceptible de se manifester : dans des proportions extrêmement infimes, voire nulle, au cours de l'administration des oestroprogestatifs et des macroprogestatifs ; dans des proportions non négligeables lors de la prescription des microprogestatifs, cependant peu utilisés.

En matière de procréation artificielle, seulement 5% des embryons humains fécondés *in vitro* survivent lorsqu'ils sont immédiatement transférés, et 3% seulement lorsqu'ils ont été préalablement congelés. Ces rendements médiocres incitent à une surproduction de zygotes humains afin d'augmenter les chances de succès de ces techniques.

Non seulement, nous pouvons nous interroger à de multiples niveaux, éthiques ou psychologiques. Par exemple, la surproduction, la surconsommation et la sélection des embryons humains est-elle éthiquement acceptable ? L'embryon peut-il être ainsi « réifié », traité sans respect ? Ou encore, l'enfant issu de cette nouvelle scène conceptionnelle n'encourt-il pas certains risques psychologiques ? Se considérera-t-il fantasmatiquement comme un survivant qui

a échappé à la puissance mortifère des techniques biomédicales qui ont mis en péril son existence ? Etc.

Mais aussi, parallèlement, notre capacité à identifier l'embryon humain se trouve affecté par ce rapport social particulier qui lie à présent la société à l'embryon humain. Si la surproduction, la surconsommation et la sélection des embryons humains structure notre propre rapport à la sexualité et à la procréation, comment penser à présent l'embryon humain ? Comment discuter par exemple de son statut personnel ?

La révolution sexuelle et conceptionnelle repose sur une triade technobiomédicale (contraception, interruption de grossesse et assistance médicale à la procréation) qui génère surproduction, surconsommation et sélection embryonnaire. La médecine procréatique contemporaine est fondée sur l'acceptation de la destruction embryonnaire, ce qui suppose un pouvoir particulier sur l'embryon humain, traité en objet. La maîtrise contemporaine de la procréation dépend bel et bien de ce pouvoir que nous nous sommes octroyés sur l'embryon humain : pouvoir de le supprimer selon certains critères, en particulier selon les catégories de l'enfant désiré et de l'enfant non désiré, expression pudique de l'indésirable ; ou encore selon les catégories de l'enfant à naître en bonne ou en mauvaise santé. Refuser cette destruction, respecter l'embryon humain, tout embryon suppose alors que nous renoncions à ce pouvoir nouveau sur l'embryon humain et que nous envisagions autrement la révolution sexuelle et conceptionnelle.

Que l'embryon ait une dignité qu'il faille respecter pleinement, alors ce pouvoir s'effondre, limitant notre liberté sexuelle et procréative. Que l'embryon soit traité comme une chose, notre pouvoir s'étend peu à peu à d'autres maîtrises. Ainsi, la révolution sexuelle et conceptionnelle revendique d'autres révolutions, génétiques ou médicales, qui dépassent peu à peu le cadre de la conception humaine. La fécondation *in vitro* permet à présent le diagnostic embryonnaire, à un stade préimplantatoire, de diverses maladies génétiques. Les embryons humains pourraient également être utilisés à des fins thérapeutiques pour soigner autrui (greffes, production de médicament, etc.). L'avènement de la procréatique moderne s'est effectué au dépend d'une médecine « réifiant » l'embryon humain.

Nous voyons dans quel embarras nous place aujourd'hui les mœurs sexuelles et procréatiques contemporaines. D'un côté, nous détruisons facilement des embryons humains, en ignorant par exemple si l'embryon humain est déjà une personne, ou s'il possède une dignité égale à celle de tout être humain. De l'autre côté, nous ne pouvons réfléchir avec objectivité sur ces questions dans le contexte social qui est le notre. La logique de surproduction et de surconsommation embryonnaire nous empêche d'y voir clair. Comment poser en toute sérénité l'hypothèse possible d'un embryon humain participant pleinement au genre humain et devant être traité comme une personne humaine. Cette hypothèse oblige alors à considérer la destruction de l'embryon humain

comme un crime. Or, l'élimination des êtres conçus relève de pratiques médicales qui sont courantes, voire même valorisées par la société (contraception, IVG, PMA, etc.). Valider l'hypothèse du statut personnel de l'embryon humain, revient à jeter l'opprobre sur notre propre société et à la déclarer criminelle et indigne. C'est également appeler la société à renoncer à la révolution sexuelle et conceptionnelle en cours et à inventer une nouvelle révolution sexuelle et procréatique, respectueuse cette fois de l'embryon humain, dont elle ne possède pas encore les clés.

L'identification ontologique de l'embryon humain occupe ainsi une place, à la fois centrale et périlleuse, au cœur de l'analyse éthique de la nouvelle scène conceptionnelle. Selon la réponse à ce problème philosophique, l'image que nous avons de notre propre société comme de nous-mêmes risque de basculer. Découvrir des arguments rationnels et incontournables attestant du statut personnel de l'embryon humain obligerait par exemple à admettre que nous avons réifié jusqu'à présent une catégorie d'êtres humains qui nous imposaient un respect absolu. C'est, sans exagérer, révéler un véritable crime contre l'humanité, puisque l'embryon humain est actuellement traité comme un moyen, non comme une fin. La situation paraît sans doute plus confortable, si nous découvrons que l'embryon humain appartient à l'ordre des choses. La cohésion de la société n'en sera guère ébranlée ni remise en question, nous serons confirmés dans nos choix, nous reprochant seulement notre trop grande prudence.

L'ignorance ontologique à l'égard de l'embryon humain ne se heurte donc pas seulement à la difficulté intrinsèque du sujet, mais aussi à la question du pouvoir que nous nous sommes octroyés sur l'embryon. « Ce qui impose de considérer l'embryon tel qu'il se présente, pris dans le triple étau du *savoir* (ce qu'on sait de lui), du *pouvoir* (ce qu'on fait de lui) et du *devoir* (ce qu'il exige que nous) », comme le souligne Dominique Folscheid². Force est de constater qu'il y a eu prise de pouvoir sur l'embryon humain dans un contexte de révolution à la fois sexuelle et conceptionnelle, d'où se trouvait écarté toute discussion aboutie sur le statut ontologique de l'embryon humain. A cette époque, la question n'était pas d'ailleurs pas là. Il s'agissait de libérer le sexe.

La diversité de nos positions actuelles prouve d'ailleurs, s'il en est besoin, l'état d'ignorance ontologique dans lequel nous sommes plongés actuellement. Si nous n'étions pas ignorants, nous saurions aujourd'hui si l'embryon est une chose ou non, s'il est une personne ou non, car il existe sur ce sujet une vérité que le philosophe doit rechercher. Cette vérité n'est cependant pas neutre, comme nous venons de le souligner, puisqu'elle engage la société tout entière et peut remettre en cause son pouvoir sur l'embryon. Qui cherche à étendre son savoir sur l'embryon humain doit ainsi reconnaître ce qui l'engage. En traitant

² D. Folscheid, L'embryon ou notre docte ignorance. In : CRJO (dir. B. Feuillet-Mintier), *L'embryon humain. Approche multidisciplinaire*. Economica, Paris, 1996, pp. 26-43

ce sujet, nous acceptons de mettre en péril notre « joyeuse possession du monde » ; nous risquons notre pouvoir sur l'embryon pour inventer si nécessaire de nouvelles et authentiques formes de respect (de nouveaux devoirs) sans tomber dans les pièges du passéisme ou de l'idéologie.³

Reste malgré tout à entrevoir quelles voies emprunter pour rassembler les éléments qui permettent de mieux appréhender l'embryon humain. Une identification psychologique de l'embryon humain fait sans aucun doute défaut aujourd'hui et, si nous voulons identifier correctement l'embryon humain, nous ne devons pas seulement comprendre la conception sur le plan biologique, mais aussi psychologique. L'ontogenèse représente en effet « le développement de l'individu, tant mental que physique, depuis sa première forme embryonnaire jusqu'à l'état adulte [...] », comme le souligne à juste titre André Lalande⁴. Cette formule rigoureuse et pourtant ancienne montre combien la psychologie contemporaine a négligé jusqu'à présent la question du développement psychologique prénatal. L'embryon humain est-il un être dont le développement psychologique a commencé, et sur quelles bases ? La psycho(patho)logie de la conception humaine et du développement prénatal apporte des réponses essentielles à ces questions et permettent d'envisager une identification psychologique qui prend en compte toute la subjectivité du corps embryonnaire.

La troisième partie de cet exposé sera ainsi consacrée à l'identification psychologique de l'embryon humain. Je m'orienterai vers l'étude des phénomènes de subjectivation réciproque à l'œuvre dès le commencement de la grossesse, en particulier dans la perspective de ce que j'appellerai le « surgissement en soi-même de l'intersubjectivité ».

³ En France, la position du Comité Consultatif National d'Éthique rend compte de ces tensions et de cette incapacité ontologique. La notion de « personne humaine potentielle » que le Comité introduit est en soi une notion éthique forte. Elle prend le parti de placer d'emblée l'embryon humain dans le registre de l'être et non de l'avoir, de la personne et non de la chose, dénonçant les dangers d'une réification de l'embryon. Cependant, le CCNE ne parvient pas à tenir le cap qu'il s'est fixé, et se laisse incontestablement déborder par les exigences pratiques de la société. Il est absorbé par les mœurs sociales, et cherche en fin de compte un consensus qui nie les exigences rationnelles qu'il pose. Le Comité introduit insidieusement un gradualisme éthique qui est en contradiction avec les principes qu'il énonce. Le respect de la personne humaine se trouve alors soumis à variation selon les stades de développement des êtres humains, en dépit de la dignité humaine proclamée sans prix.

Ainsi, l'objectivation de critères biologiques ou psychologiques ne permettra pas d'établir la vérité éthique ou ontologique que nous recherchons, si la catégorie d'être que nous devons identifier se trouve engloutie dans une réalité sociale qui tend à son instrumentalisation. La personne humaine se trouve anéantie si elle ne parvient à trouver en autrui l'écho d'un accueil : une reconnaissance qui ne soumet pas l'existence d'autrui à la condition de mon désir. Toute société qui exclue de son accueil une catégorie d'êtres humains, au mépris de leur dignité, toute société qui tire de cette exclusion de profonds bénéfices, ne peut parvenir à définir correctement le statut ontologique et éthique de cette catégorie d'êtres. Les révélations scientifiques ou philosophiques, biologiques ou psychologiques les plus pertinentes sont vaines si la catégorie d'êtres se trouve exclu de la reconnaissance des individus et de la société. Les intérêts de la société, ses pratiques individuelles et collectives, c'est-à-dire ses mœurs comme nous l'avons vu, vont jusqu'à obscurcir le jugement éthique et ontologique des penseurs eux-mêmes.

Une identification psychologique de l'embryon humain, fondée sur une clinique psychologique et psychopathologique de la conception humaine et du développement prénatal, n'en apporte pas moins des éléments essentiels pour orienter notre réflexion...

⁴ Article « ontogenèse ». In : A. Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 1923

III - Identification de l'embryon humain et psychologie prénatale : le surgissement en soi-même de l'intersubjectivité

En réalité, l'identification psychologique de l'embryon humain, et la question du surgissement en soi-même de l'intersubjectivité, peuvent être entendues de deux façons. En premier lieu, l'identification de l'embryon humain peut être considérée comme une objectivation : celle du savant qui se pose la question d'analyser « ce qu'est l'embryon ». Si les biologistes ont découvert que le corps des êtres vivants est constitué de cellules et que l'embryon résulte de la fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde, la science contemporaine a négligé l'approche psychosocioculturelle de l'embryon humain. Pourtant cette objectivation est possible. Par exemple, pour choisir un exemple extrême, l'embryon issu d'un viol ou d'un inceste acquiert une identité qui dépasse largement le registre biologique et qui inscrit d'emblée l'être humain conçu dans l'ordre psychosocioculturel. Dans le champ de la psychologie, l'*identification objective* de l'embryon humain consiste alors à souligner que l'embryon humain possède une identité conceptionnelle qui s'exprime dans l'ensemble des registres humains, tant biologiques que psychosocioculturels. L'embryon humain est un être conçu et incarné ; il est « être conçu d'un homme et d'une femme, qui ont telle histoire » ; il est conçu à tel moment de l'histoire du couple, mais aussi à tel moment de l'histoire de l'humanité, en tel lieu, avec l'ensemble des déterminations biologiques et psychosocioculturelles que cela comporte.

Partant de cette objectivation, la conception humaine semble poser une sorte d'équation psychogénétique qui relie trois termes : l'être humain conçu, la femme et l'homme qui lui donne vie. En définissant l'embryon humain comme « être conçu de cet homme et de cette femme, etc. », nous posons le fondement de *son* identité psychosocioculturelle. Cette identité dépend étroitement de l'identité de ceux qui l'ont conçu, sans toutefois s'y réduire. L'embryon humain semble alors structurellement en relation avec autrui à l'intérieur de lui-même. Il ne s'agit pas d'une relation sensible, mais plutôt d'une relation ontologique ou structurelle.

C'est dans cet esprit que je peux envisager en premier lieu « le surgissement en soi-même de l'intersubjectivité ». Le corps embryonnaire témoigne, dès la conception, de l'incarnation d'une relation entre deux êtres humains sexuellement différenciés. Nous sommes « reliés » à autrui à l'intérieur de nous-mêmes, charnellement. Parler de l'intersubjectivité qui surgit en soi-même, c'est alors souligner que l'embryon humain possède une *structure intersubjective* : il est impossible de définir son identité sans référence à autrui et à la communauté intersubjective des humains.

Cependant, le titre de cet exposé doit être envisagé d'une deuxième façon. L'identification d'un embryon humain peut être considérée également dans sa dimension *subjective*. L'embryon humain est identifié par autrui au cours de la gestation, à commencer par la femme qui le porte en elle, mais aussi par les différents acteurs, familiaux ou sociaux, qui entourent l'être conçu. Pour reprendre l'exemple de la conception après traumatisme sexuel, il semble exister des réponses différentes d'une femme à l'autre face à la venue d'un enfant issu d'un viol ou d'un inceste, lorsque la grossesse n'est pas interrompue. Certaines femmes semblent gommer la détermination traumatique ; d'autres vont réduire l'être conçu à cette détermination et évacuer la problématique malgré tout présente « d'avoir un enfant » ; d'autres encore vont être tiraillées entre la question de l'attachement à l'être en gestation et le poids évident de son identité conceptionnelle traumatique. De leur côté, les soignants risquent de réduire l'être humain conçu à sa détermination d'enfant inconcevable, au risque de rendre son existence symboliquement impossible.

De même, l'embryon issu d'une relation adultérine possède une identité psychosocioculturelle particulière qui introduit toute une palette d'identifications subjectives bien différentes selon les contextes et les acteurs en présence.

Telle que je l'évoque à présent, l'identification subjective représente l'action extérieure d'identifier l'embryon humain, avec sa subjectivité propre (et par conséquent tout un cortège de projections ou d'intérêts singuliers). Ce processus d'identification par autrui de l'embryon participe à la subjectivation de l'être conçu, dès la période prénatale. Cependant, je voudrais montrer que cette identification subjective ne dépend pas seulement de la subjectivité d'autrui, celle par exemple de la femme enceinte qui identifie l'enfant en gestation ; elle dépend aussi de la nature psychosocioculturelle de l'être conçu, et de son identité conceptionnelle, c'est-à-dire de la subjectivité même du corps embryonnaire, incarnation de l'histoire d'autrui et incarnation aussi d'une histoire propre.

En réalité, ce processus paraît réciproque, intersubjectif. L'être en gestation contribue à la subjectivation même de ceux qui l'ont conçu, en fonction de son identité, et vice versa. La subjectivité embryonnaire ne doit pas être entendue alors comme une conscience de soi, mais plutôt comme une subjectivité ontologique ou structurelle, posée à l'état de fondement et qui n'atteint pas encore le stade de la réflexivité.

Le surgissement en soi-même de l'intersubjectivité conduit dans ce cadre à l'étude de l'*intersubjectivité prénatale*. La femme découvre en elle-même la présence de l'être humain conçu, elle l'identifie à l'intérieur même de son corps. Nous observons alors un processus d'inter-subjectivation basé sur la réciprocité. L'être humain conçu est subjectivé par celle qui le porte. Mais aussi, la femme est transformée dans son identité même par l'être humain conçu qui se niche en elle : femme-enceinte, elle est devenant mère « d'une certaine manière » en

fonction de l'identité même de l'être humain conçu. Nous pressentons que la femme enceinte ne porte pas en elle un enfant de la même manière, elle ne devient pas mère de la même façon, selon que l'être en gestation est issu de la tendresse de l'homme qu'elle aime, ou d'une liaison adultérine, ou encore du viol d'un agresseur sexuel ou d'un inceste paternel.

Au cours de cette troisième partie de mon exposé, ces différents aspects se chevaucheront : identification objective et identification subjective de l'embryon humain, intersubjectivité structurelle de l'être humain conçu et intersubjectivité embryo- ou foeto-maternelle. Il paraît nécessaire, pour les traiter, de choisir un thème qui puisse servir de fil conducteur. *J'ai choisi d'évoquer la période prénatale dans la perspective du développement psychologique de l'être en gestation.* Je reste conscient du caractère téméraire de cette entreprise, pour laquelle j'avancerai avec prudence. Sans doute est-il ambitieux de vouloir appliquer le concept d'intersubjectivité à la période anténatale. Il paraît néanmoins possible d'évoquer un processus d'inter-subjectivation entre les trois termes de l'équation psychogénétique dont j'ai parlé : l'être humain conçu qui devient enfant, la femme qui devient mère et l'homme qui devient père.

3.1 Des remaniements psychiques de la grossesse au concept de nidification psychique de l'être humain conçu

Il reste difficile d'évoquer la période prénatale sans rappeler les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. Je ne reprendrai pas dans leur détail les observations des auteurs qui ont souligné ces phénomènes, mais je signalerai les travaux de trois auteurs.

La « préoccupation maternelle primaire » a été décrite par Winnicott⁵, comme un état particulier d'hypersensibilité qui se développe progressivement au cours de la grossesse et qui permet à la mère de répondre aux besoins de son enfant en lui offrant un cadre adapté.

En France, Paul-Claude Racamier⁶ a décrit le régime narcissique et fusionnel observé pendant la grossesse sous le terme de « maternalité ». La relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui ; la femme a tendance à s'aimer plus fortement ; elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son propre corps.

Enfin, toujours en France, Monique Bydlowski⁷ a développé la notion de « transparence psychique » : une authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de la gestation. Les remémorations infantiles vont de soi et ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'état de

⁵ Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, Paris, 1969, p.285-291

⁶ Racamier P.-Cl., La maternalité psychotique, in : *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques*, Paris, Ed. Payot et Rivages, 1979, 1998, p.193-242

⁷ Bydlowski M., *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997

conscience est modifié et le seuil de perméabilité de l'inconscient, abaissé. L'inconscient est à nu. Les fantasmes régressifs et les remémorations infantiles affluent à la conscience.

Ces travaux, et ceux d'autres auteurs⁸, tendent à souligner deux phénomènes.

Tout d'abord, les remaniements psychiques de la grossesse prennent l'allure d'un état comparable à certains états psychopathologiques. L'enfant est investi sur le mode narcissique. Le fonctionnement psychique maternel s'approche normalement mais réversiblement des modalités psychotiques, terme qu'il convient d'utiliser dans le sens d'une organisation particulière du moi et de la personnalité : le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile ; il y a confusion entre le soi et autrui ; *autrui* devient *moi*.

D'autre part, cette réorganisation psychique est considérée par différents auteurs comme un phénomène qui permet à la femme de s'adapter aux besoins de son enfant après la naissance. En réalité, je me demande si cette vision ne fait pas preuve d'un finalisme excessif. Faut-il vraiment considérer que le processus psychique gestationnel est tout naturellement destiné à l'enfant conçu pour son bien-être ? Ne faut-il pas plutôt remarquer le processus quasi invasif que supporte la mère : l'envahissement par autrui de son espace corporel et psychique ? Il me semble davantage que la femme subit cette intrusion, et que le remaniement psychique observé témoigne du travail d'adaptation psychique face à cette situation nouvelle. La femme enceinte doit s'adapter à la présence de l'être humain conçu à l'intérieur même de son corps, jusqu'à établir avec lui une forme particulière et inhabituelle de relation, où autrui se trouve enserré à l'intérieur de soi avant d'être délivré et mis au monde.

C'est dire tout l'intérêt du concept de *nidification psychique*, terme que j'emprunte à Sylvain Missonnier, pour situer les remaniements psychiques de la grossesse dans la perspective de cette intrusion de l'être humain conçu à l'intérieur du corps de la femme.

Les physiologistes connaissent bien les modifications que supporte l'organisme maternel confronté à la croissance de l'embryon et du fœtus *in utero*. La nidation biologique de l'embryon constitue une véritable exception aux lois physiologiques ordinaires et les immunologistes soulignent volontiers le caractère étonnant de la grossesse, puisque l'organisme maternel devrait « normalement » rejeter la « greffe » que représente l'enfant à naître – corps étranger pour la femme. La gestation de l'être humain impose des remaniements psychologiques non moins importants, qui impliquent pour la femme un

⁸ Les travaux de Brazelton vont également dans ce sens. Cf. Brazelton T.B., Als H., Quatre stades précoces au cours du développement de la mère-nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2, 1981, 397-418. On trouve une étude très complète sur les remaniements psychiques de la grossesse, in : Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., *Maternité et grossesse*, PUF, Paris, 1999

processus d'intégration psychique de l'être conçu au sein même de l'unité psycho-physique maternelle. L'être humain conçu ne s'implante pas seulement dans le corps maternel, il envahit le psychisme de la mère et doit « s'y implanter » sans provoquer de « rejet ».

Ainsi, parallèlement à sa nidation biologique, l'être conçu effectue sa nidification psychique. La relation d'objet narcissique et fusionnelle qui se manifeste au commencement de la grossesse peut s'interpréter alors comme une façon particulière de gommer la différence entre l'être humain conçu et la femme, qui favorise la nidification psychique de l'être conçu : ici, autrui *est* moi. Cette fragilité du sentiment d'identité de la femme et la réaction psychique d'indifférenciation soi-autrui rend tolérable l'intrusion du nouvel être dans le corps et le psychisme maternels.

Certains exemples psychopathologiques illustrent *a contrario* la réalité et l'importance de la nidification psychique. Par exemple, certaines femmes présentent ce qu'on appelle un déni de grossesse, c'est-à-dire qu'elle ne se rendent pas compte consciemment qu'elle sont enceintes et accouchent par exemple dans des toilettes, croyant avoir mal au ventre. Dans ces situations, le processus de nidification fait défaut, ou plutôt, il s'opère selon un mécanisme de défense particulier et actif, le déni, qui consiste à nier l'intrusion de l'être conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme. Le déni de grossesse montre bien à quel point il importe qu'un espace psychique maternel se constitue au fur et à mesure de la grossesse, afin de permettre l'accueil de l'être en gestation et sa naissance psychique.

Parler de « nidification psychique » permet de rapporter l'économie psychique de la gestation à la présence de l'être conçu. Par sa présence intrusive, l'être conçu déclenche d'importants remaniements psychologiques et suscite peu à peu une activité de représentation mentale à la fois nouvelle et spécifique. L'être humain conçu « se niche » dans la psyché maternelle, imposant à la femme qu'elle se préoccupe non seulement d'elle-même, car elle va devenir mère, mais aussi de lui, car il va être son enfant. Divers travaux ont en effet montré que deux sortes de représentations importantes coexistent au cours de la gestation. Certaines représentations mentales concernent la femme et correspondent à une réactivation psychique de son histoire et des liens qui la relie à sa mère ou à ses proches : ces représentations contribuent à la construction d'une image mentale de la femme en tant que mère. D'autres représentations s'orientent vers l'enfant à naître⁹ et favorisent l'établissement d'une relation anténatale à l'enfant. Ces représentations maternelles contribuent ainsi, au cours de la grossesse, à la construction d'un espace maternel de

⁹ Qui n'est d'ailleurs pas envisagé dans sa réalité physiologique comme un embryon ou un fœtus mais plutôt comme un enfant plus âgé.

préoccupation pour l'enfant à naître qui me semble participer déjà à la subjectivation de l'être en gestation.

La psychopathologie conceptionnelle¹⁰ montre les perturbations qui affectent parfois cet espace. Par exemple, à considérer la nidification psychique de l'enfant de remplacement, conçu pour remplacer un enfant mort précédemment, nous observons que l'élaboration insuffisante du deuil par les parents aboutit à la création d'un espace maternel envahi par la présence de l'enfant mort précédent¹¹. C'est un espace mental de confusion, où l'enfant à naître ne parvient pas à occuper une place suffisamment différenciée pour permettre son individuation psychique propre.

Dans le cadre de la conception de l'enfant chez la femme schizophrène, cet espace mental est occupé par une problématique psychique maternelle où la relation d'objet se situe dans le registre narcissique et fusionnel ; la différenciation d'autrui y pose d'importantes difficultés. Cette réaction ne serait pas pathologique, vus les remaniements habituels de la grossesse, si elle ne perdurait, rendant difficile l'objectalisation de l'être conçu. Etc.

3.2 L'identification prénatale de l'embryon. L'être conçu et son identité conceptionnelle

J'appelle l'espace maternel qui se construit au cours de la grossesse, *l'espace maternel de différenciation et d'identification psychique de l'être humain conçu* (EMDIPEHC, en abrégé). Je voudrais vous montrer à présent que cet espace ne se construit pas seulement en fonction de ce qu'est la femme, de son histoire, de son psychisme, mais aussi en fonction de ce qu'est l'être humain conçu, en particulier de son identité conceptionnelle. Il existe dès la grossesse un processus mental d'identification de l'être humain conçu, qui ne s'effectue pas seulement sur la base du psychisme maternel, mais qui prend en compte aussi l'identité psychosocioculturelle de l'enfant conçu.

Comme je l'ai annoncé en introduction, nous pressentons que la même femme ne forme pas les mêmes représentations de son enfant, selon que l'être en gestation qu'elle porte est issu de la tendresse de l'homme qu'elle aime, ou de la liaison adultérine qu'elle entretient avec son amant, ou encore selon qu'il est issu du viol qu'elle a subi. Or, ces affirmations laissent supposer que l'EMDIPEHC dépend aussi de la nature de l'être humain conçu, et en particulier de ce que j'appelle son *identité conceptionnelle*. Il paraît ainsi légitime de penser que l'hypothèse suivante est vraie : « chez une même femme, l'espace maternel de différenciation et d'identification psychique de l'être humain conçu ne sera pas le "même" (et en définitive la préoccupation maternelle primaire), selon que

¹⁰ Bayle B., *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*. Paris, Masson, 2003

¹¹ Sur ce sujet, consulter : Porot M., *L'enfant de remplacement*, Frison-Roche, Paris, 1996

l'être humain conçu est le fruit de la tendresse de l'homme qu'elle aime, ou selon qu'il est issu d'un viol ».

En effet, si nous analysons *ce qu'est* un embryon humain, nous nous apercevons que le registre biologique ne suffit pas pour le définir. À matériel génétique identique, étant conçu du « même » homme et de la « même » femme, l'embryon humain ne se définit pas de la même façon selon les caractéristiques psychologiques, sociales et culturelle de l'homme et de la femme qui lui donne la vie, et la femme enceinte qui le porte ne construit pas les mêmes représentations mentales, de même que l'entourage familial ou l'environnement social.

Par exemple, l'être humain conçu à la suite d'une procréation médicalement assistée est porteur de cette détermination conceptionnelle particulière, d'être humain conçu *in vitro*, qui le relie à une histoire et à une culture technologique donnée, qui n'ont rien à voir avec sa nature biologique. Ici aussi, la création de l'EMDIPEHC sera influencé par cette détermination conceptionnelle : la femme enceinte « rêve » et « se préoccupe » sans doute d'une façon particulière de cet embryon issu de la technique PMA, conçu après tant d'année d'infertilité avec le soutien biologique et médical d'une équipe entière, fécondé à l'extérieur de son corps et qui a peut-être été congelé avant d'être introduit dans son utérus par le médecin.

De même, l'être conçu dans notre pays, d'une femme de culture asiatique et d'un homme de culture française est déjà porteur d'une identité conceptionnelle, qui suggère le métissage de deux cultures différentes, et dont les particularités culturelles se trouvent renforcées par les déterminations biologiques. Nul ne sait ce qu'il adviendra de ce métissage culturel, nous ne savons rien de son devenir ; celui-ci dépend en partie de l'environnement culturel dans lequel l'être conçu se développera par la suite. Nous l'observons simplement dans son fondement et nous en percevons les effets immédiats : l'être humain conçu force en quelque sorte sa mère à inscrire davantage sa propre histoire en cette terre qui lui est étrangère ; l'être en gestation l'amène à être mère « dans ce pays-là », avec cet homme-ci.

Dernier exemple. La préoccupation des soignants pour l'être humain conçu n'est pas la même selon que l'être en gestation est l'être conçu d'une femme schizophrène et d'un homme paranoïaque, ou l'enfant à naître issu d'un couple en bonne santé mentale. Certes, cette préoccupation particulière des soignants se trouve déterminée par des facteurs liés aux géniteurs eux-mêmes, et par conséquent à l'environnement psychoaffectif de l'être en gestation. On ne peut négliger cependant le poids identitaire qui pèse dès la période prénatale sur l'enfant conçu de parents malades mentaux...

En objectivant ces déterminations conceptionnelles, nous accédons à la nature psychosocioculturelle de l'embryon humain. L'être humain conçu possède

une identité conceptionnelle qui s'inscrit d'emblée dans l'ensemble des registres humains, c'est-à-dire tant biologique que psychique, social et culturel. Cette identité conceptionnelle suscite une activité de représentations mentales chez la femme enceinte (dans les conditions spécifiques de la grossesse), mais aussi dans l'environnement familial et social.

L'identité conceptionnelle psychosocioculturelle relie l'être humain conçu à ceux qui lui ont donné la vie. En étant « être conçu d'un homme et d'une femme », l'être humain accède dès sa conception à une identité singulière riche de nombreuses déterminations d'ordre psychique, social et culturel. Il se trouve relié à une histoire qui est aussi *son* histoire, l'histoire sans laquelle il ne *serait* pas, histoire déjà constitutive d'un pan entier de son identité.

L'identité conceptionnelle inscrit également l'être conçu dans la temporalité et la spatialité. Elle le lie à une culture et à une société données, à un temps *x* qui constitue son temps originel (y compris lorsqu'il y a congélation embryonnaire), et à un lieu géographique donné qui représente sa spatialité originelle (spatialité qui reste davantage soumise à variations dans notre civilisation contemporaine). L'être conçu n'a pas la même identité psychosocioculturelle, non seulement selon qu'il est conçu de tel homme et de telle femme, mais aussi selon qu'il est conçu dans l'Égypte ancienne, dans la France du Moyen Âge ou du XVII^{ème} siècle, ou encore en Occident, au Maghreb, ou au Japon, en ce début du vingt et unième siècle.

Ainsi, l'embryon humain est infiniment plus que le fruit biologique de la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde, il est le témoignage charnel d'une histoire humaine et de la relation de deux êtres humains sexuellement différenciés. S'il possède, sur le plan biologique, une identité génétique, il est également riche d'une identité conceptionnelle psychosocioculturelle, parce qu'il est être humain conçu à tel moment de l'histoire, en tel lieu du monde, issu de tel homme et de telle femme, qui ont chacun telle histoire, telle psychologie, telle appartenance sociale, telle culture, qui appartiennent chacun à telle famille élargie avec sa structure généalogique particulière, qui ont reçu chacun tel nom par leur filiation instituée, et qui ont telle histoire passée et présente, et qui se trouvent unis l'un à l'autre par telle relation psychoaffective... De ces différentes déterminations, dépend l'identité même de l'être humain conçu. *L'être humain conçu rassemble en son corps biologique ces déterminations psychosocioculturelles en une unité originale, qui fonde ce qu'il est, sans le confondre avec ceux qui lui donnent vie.* L'être humain conçu est d'emblée un être bio-psychique.

Nous accédons au fondement psychique de l'être conçu, à partir duquel se déploie le développement mental de l'être humain, en interaction avec l'environnement psychoaffectif et social. Durant toute son existence l'être humain conçu est et demeure « être conçu de cette femme et de cet homme » qui lui ont donné vie. Cette identité originelle, que nous appelons « identité

conceptionnelle » (et que nous appelons aussi « identité psychogénétique »), trouve sa place dans le développement de la personnalité, participant notamment à la construction du sentiment d'identité psychologique de l'être humain. *Elle se décline à partir de l'identité de ceux qui lui ont donné le jour*, mais aussi de leur histoire et de l'histoire conceptionnelle de l'être humain conçu.

3.3 L'être en gestation « subjective » la femme

Il est sans doute nécessaire de donner un peu de consistance clinique à nos propos. Je voudrais approfondir encore cette objectivation de la subjectivité prénatale, et montrer que *l'être en gestation contribue à la subjectivation de la femme enceinte*, sur la base de son identité et de son histoire conceptionnelles.

Je choisirai ainsi trois exemples cliniques.

Nathalie Presme a présenté, lors d'une réunion du groupe « Premier chapitre » de la Waihm, l'observation de Mme K. dont l'enfant est issu d'un viol. Ce pédopsychiatre accompagnera cette femme dans le cadre d'une demande d'IMG. La grossesse est découverte tardivement, au terme de 28 semaines. Mme K. arrive dans un état de grande détresse et répète inlassablement à chaque interlocuteur : « enlevez-moi ça ! » On retrouve à travers cette observation la description faite par Catherine Bonnet, au sujet des viols de guerre. L'indication de l'IMG n'est finalement pas posée et Mme K. réagit sans révolte au refus qui lui est opposé, peut-être même s'en trouve-t-elle soulagée. Peu à peu, elle se restaure, accueillant avec profit l'accompagnement médico-psychologique mis en oeuvre. Mme K. ne sera cependant en mesure de témoigner du vécu psycho-affectif de sa grossesse qu'après avoir accouché. Elle dira en particulier sa peur terrifiante de donner naissance à un bébé qui ressemble à son agresseur et se montre rassurée de donner naissance à une très jolie petite fille, qu'elle choisit de confier à l'adoption. Nous voyons à travers cet exemple que l'enfant est identifié à l'agresseur sexuel, et que cette identification présente un caractère terrifiant pour Mme K.

Voici une autre vignette clinique, qui rejoint la précédente. Fabienne entretenait une relation chaotique avec son ami. À la suite d'une dispute, le couple se sépare. Dans un esprit de vengeance, Fabienne a plusieurs relations sexuelles avec un homme alcoolique, serveur dans le bar où elle travaille. Elle se trouve enceinte de cet homme qu'elle déteste. Elle a honte d'elle-même, honte d'avoir agi par vengeance. Elle n'a pas voulu avorter, mais elle s'inquiète de sa capacité à accueillir l'enfant qu'elle porte, dont elle craint notamment qu'il ne ressemble à son géniteur. Elle ne supporte pas l'idée de se rendre à son travail puisqu'elle pourrait y rencontrer cet homme, et elle met tout en oeuvre pour que l'enfant à naître ne puisse pas avoir de relation avec celui-ci... L'être conçu de Fabienne incarne cette relation chargée à la fois de vengeance et de honte ; il est

anticipé comme menaçant, potentiellement à l'image de ce géniteur alcoolique investi négativement.

Un dernier exemple. Thérèse est victime d'une agression sexuelle avec menace de mort lors d'un voyage à l'étranger. Elle porte plainte et décide de séjourner dans ce pays afin de pouvoir retrouver son agresseur. Elle n'est pas enceinte à ce moment, mais elle mène une vie sexuelle désordonnée avec de multiples partenaires, « pour se venger des hommes ». Elle tombe enceinte dans cette période tourmentée, et ignore qui est le géniteur de l'enfant qu'elle porte. La grossesse met fin à son séjour. Thérèse retourne dans son pays. Elle confie l'enfant aux soins de sa mère, et paraît animée d'une importante culpabilité. « De toute façon, je ne sais même pas qui est son père », explique-t-elle.

Nous voyons à travers ses trois exemples que la grossesse est marquée par l'identité conceptionnelle de l'être en gestation, être qui se trouve notamment à l'image du géniteur qui lui a donné vie, parfois dans des circonstances tragiques. La femme porte l'être humain conçu en fonction de ce qu'il *est* et en fonction de ce qu'il représente pour elle, subjectivement. Pour reprendre l'exemple du viol, les difficultés présentées ne résultent pas seulement de l'effet traumatique de l'agression sexuelle, elles résultent aussi de l'identité conceptionnelle de l'être conçu. Nous voyons à travers cet exemple quel poids exerce l'identité conceptionnelle de l'être humain conçu ce qui, y compris dans des circonstances très sombres, ne doit pas nous conduire à analyser les situations sur un mode déterministe : l'être humain conçu ne se réduit jamais à une seule détermination conceptionnelle.

En fait, il nous faut aller plus loin encore et considérer un autre phénomène. Certes, la femme réagit à l'être humain conçu en fonction de l'identité conceptionnelle de celui-ci, mais aussi, *la femme est transformée elle-même dans son identité de femme devenant mère en fonction de ce qu'est l'être humain conçu*. Les embryons de Mme K., de Fabienne et de Thérèse rendent ces femmes « mères d'une certaine manière », à savoir respectivement, « mère d'un enfant issu d'un viol », « mère qui a conçu son enfant avec un homme qu'elle déteste », « mère qui ne sait pas de quel homme est issu son enfant »... Dès le commencement de la grossesse, l'être humain conçu paraît « subjectiver » la femme en tant que mère, d'une façon particulière, qui laisse son empreinte et participe à la construction de l'identité de cette femme en tant que mère. *L'embryon-foetus participe à la subjectivation de la femme qui l'a conçu et qui devient mère (ou qui est mère à nouveau)*. Il existe bien au cours de la période prénatale un processus de « subjectivation » réciproque entre la femme et l'être humain conçu.

3.4 Pour une clinique des interactions foeto-maternelles

Je voudrais montrer maintenant que l'EMDIPEHC n'est pas seulement un pur espace de représentation mentale, mais qu'il s'établit sur la base d'un « dialogue » à la fois psychique et corporel avec l'être humain conçu. La clinique des interactions foeto-maternelles semble s'enrichir considérablement si nous relient le dialogue corporel de la mère avec son enfant, et les représentations mentales pendant la grossesse, sans oublier aussi la question des perceptions sensorielles du fœtus et les interactions foeto-maternelles biologiques.

Voici une autre observation. Caroline a perdu un enfant quelques jours après sa naissance. Elle attend de nouveau un enfant. La conception est survenue autour de la date anniversaire de la mort de l'enfant précédent. La grossesse est placée sous le sceau d'une très vive anxiété, de la réactivation du deuil de l'enfant précédent et d'une difficulté conjointe à investir l'enfant à naître. Caroline avait envie de choisir pour l'enfant en gestation un prénom dont la consonance se rapprochait de l'enfant précédent, mais le choix du couple s'est finalement porté vers un prénom d'origine étrangère. Ce prénom rappelle le souvenir d'un voyage en une terre lointaine qui représente un moment fort de l'histoire de ce couple. Ce choix semble témoigner du désir d'inscrire l'être humain conçu dans l'histoire fondatrice du couple, couple qui a été ébranlé et menacé par la mort tragique de l'enfant précédent.

Enceinte de cinq mois environ, Caroline traverse de vifs moments d'angoisse, où elle craint de perdre son enfant. Elle est obsédée par les mouvements de son enfant. Il lui faut vérifier fréquemment, en les provoquant, les mouvements de son fœtus. Son mari l'a bien remarqué : qu'a-t-elle donc à se tripoter le ventre en permanence ? Pourquoi ne laisse-t-elle pas son bébé tranquille ? Mais Caroline voudrait plutôt avoir un appareil pour entendre le cœur afin de s'assurer de la vitalité de son enfant. Elle a besoin d'avoir dans son ventre un bébé qui bouge, et elle anticipe un nouveau-né en mouvement, tant elle garde le souvenir de la main molle de l'enfant précédent : une main qui tombait aussitôt lorsqu'on venait de la soulever. Pour Caroline, bouger signifie vivre... De ce fait, elle passe son temps à stimuler son enfant *in utero*, allant sans doute jusqu'à désorganiser ses rythmes propres. Caroline sur-stimule son enfant au gré du désir subjectif qu'elle a de porter un être en perpétuel mouvement. Lors d'un entretien, elle explique avoir été prise d'une véritable crise de panique voici quelques jours. Elle essayait de faire bouger le bébé et il ne bougeait pas. « J'ai poussé dans tous les sens le ventre », raconte-t-elle. L'épisode a duré une heure environ. Son mari l'avait trouvée prostrée d'angoisse, assise sur le canapé du séjour.

Une fois mises en évidence ces interactions corporelles, remarquant que Caroline est particulièrement curieuse des particularités du monde prénatal, je lui demande de se placer désormais en observatrice attentive et d'apprendre à

connaître les cycles de veille et de repos de son enfant en gestation, respectant ainsi ce qu'il *est*, en particulier sa motricité. Ce travail d'observation amène une nette détente. Les contractions utérines qui commençaient à apparaître diminuent. Caroline cesse de sur-stimuler son enfant et de l'identifier à un être en perpétuel mouvement. Les représentations visuelles de la vie avec un nourrisson apparaissent. Des séances de relaxation avec une psychomotricienne sont associées afin de contrôler l'angoisse.

À travers cet exemple clinique, nous découvrons deux niveaux complémentaires, qui concernent la relation psycho-affective foeto-maternelle. Le premier passe par l'élaboration de représentations mentales : la mère identifie mentalement l'être en gestation à un « enfant qui bouge ». Son enfant ne peut qu'être un enfant en mouvement. Cette représentation vise à lutter contre les représentations traumatiques de l'enfant précédent, mort, sans vie et sans mouvement. Cette identification s'élabore dans la psyché maternelle, et se rapporte à l'histoire du couple qui a perdu un an plus tôt un nouveau-né. Cependant, nous notons un deuxième aspect : ces représentations mentales se conjuguent avec des séquences interactives foeto-maternelles, qui s'élaborent cette fois dans le corps à corps.

Dans son anxiété, la mère a tendance à se montrer intrusive avec l'enfant à naître. Elle stimule corporellement la motricité de son fœtus, qu'elle cherche régulièrement à mettre en mouvement par la palpation de son utérus. D'une part, nous observons à l'acmé de l'inquiétude de cette femme, une séquence particulière où l'enfant à naître partage l'angoisse de sa mère et affronte la palpation intrusive de l'utérus où il se trouve niché. Le fœtus dort-il ? Ou bien reste-t-il figé, participant à la sidération anxieuse de sa mère ? Une chose est certaine, la mère prise de panique doit absolument obtenir de son fœtus des signes de vitalité. Elle ne recevra ces signaux qu'une heure après avoir cessé de stimuler l'enfant.

D'autre part, on note un dialogue corporel plus continu entre la mère et l'enfant, et qui est centré sur la motricité : la mère recherche les mouvements de l'enfant à naître sur un mode que seul la répétition rend intrusif, car les gestes de cette femme sont doux. Dans cet échange, elle incite régulièrement l'être en gestation à se mettre en mouvement, à bouger dans son ventre, et il est vraisemblable que ce dialogue corporel contribue à un style particulier de motricité fœtale, et peut-être aussi à un certain degré de désorganisation des rythmes physiologiques du fœtus. Représentations mentales maternelles, dialogue corporel et médiation humorale de l'anxiété paraissent liés. L'EMDIPEHC apparaît non seulement un espace psychique de représentation mentale, mais aussi un espace d'interaction corporelle lié à ces représentations. Nous notons la possibilité d'un échange corps à corps, qui n'est pas sans évoquer les interactions fantasmatiques mère-nourrisson décrites par les auteurs que l'on

sait. Ces interactions participent à n'en point douter au processus de subjectivation du fœtus.

Dès la grossesse, l'être humain conçu semble donc l'épicentre d'un processus de subjectivation réciproque. L'être en gestation participe à la « subjectivation » de la femme devenant mère (ou mère à nouveau). La femme « subjective » réciproquement l'être humain conçu, par l'espace mental qu'elle lui dédie et l'état de préoccupation maternelle qu'elle atteint, oeuvrant pour sa différenciation et son identification psychique, à travers ses représentations mentales et son dialogue corporel. Il en va probablement de même pour le père, mais sur des bases différentes, où la séparation physique d'avec l'être conçu joue un rôle important.

Conclusion

Ainsi, l'embryon humain, comme le fœtus, l'enfant, l'adolescent ou l'adulte sont des êtres conçus incarnés. Nous appartenons chacun à cette catégorie... Me sachant être conçu incarné, je découvre que je possède en tant qu'être humain une structure intersubjective qui m'ouvre à autrui, et qui m'impose de passer par autrui pour répondre à la question de ma propre identité. Mon ego n'est pas enfermé sur lui-même dans la solitude, il ne peut résoudre la question de sa propre identité d'ego, sans s'ouvrir à autrui. Je ne peux découvrir en dehors d'autrui la condition de ma propre existence. Autrui apporte une solution à ma propre identité. Je suis l'incarnation d'une communauté d'existence entre deux êtres humains sexuellement différenciés. Il ne peut exister d'intentionnalité tournée vers soi-même qui ne découvre autrui, ou qui ne découvre une dette à l'égard d'autrui. Autrui m'apparaît à l'intérieur de moi-même ; autrui se reflète en moi ; je ne peux m'interroger en moi-même sur moi-même, sans me tourner vers l'histoire d'une rencontre intersubjective qui fonde, parfois avec ses aléas, mon existence.

Je ne peux donc pas envisager objectivement le corps embryonnaire sans me tourner vers la « chair » de l'embryon, chair subjective, incarnation de l'histoire d'autrui qui devient à part entière histoire et identité de l'embryon, incarnation d'une relation, mais aussi incarnation d'une histoire propre qui surgit. Le déploiement de la conscience de l'être humain conçu passe par la conscience qu'autrui a de lui. Autrui seul peut révéler la conscience de l'être-conçu-incarné, la réfléchir. La psyché se construit, on le sait, par et dans la relation à autrui.

L'être humain conçu embryonnaire, l'embryon qui surgit à l'existence, ne devient conscience réflexive de soi que bien plus tard, après la naissance me semble-t-il, par la médiation d'autrui. Cependant, dès sa conception, l'être conçu force autrui à se révéler lui-même, à se confronter à sa propre histoire, comme

nous le voyons dans ce retour à soi narcissique qui inaugure la grossesse. L'être-conçu-incarné force autrui à la révélation de soi, et c'est peut-être pour cette raison que la maternité ne va pas de soi.

Benoît Bayle