

# **Tout se joue-t-il avant la naissance ?**

**Conférence à l'Hôtel de Ville de Chartres,  
salon Marceau, le 1<sup>er</sup> octobre 2004**

**par Benoît BAYLE**

Tout se joue-t-il avant la naissance ? Comme vous le savez, je suis pédopsychiatre. Vous ne vous attendez donc pas, en venant assister à cette conférence de l'ASPIC, à entendre un exposé sur l'embryologie ou sur la génétique humaine. Pourtant ces disciplines ne manqueraient pas d'apporter des éléments importants et montreraient, à n'en point douter, qu'il se joue du côté de la biologie du développement des étapes absolument essentielles avant la naissance, comme l'acquisition de l'identité génétique, l'organogenèse, c'est-à-dire la formation du corps humain, ou encore le développement des diverses sensorialités du fœtus.

Je vous propose plutôt d'envisager la place qu'occupent la conception et la période prénatale dans le développement psychologique de l'être humain. Pour commencer, je citerai cette définition issue d'un dictionnaire de philosophie déjà ancien, le dictionnaire d'André Lalande. André Lalande définit ainsi l'ontogenèse : « Développement de l'individu, tant mental que physique, depuis la première forme embryonnaire jusque l'âge adulte, par opposition au développement de l'espèce ». J'aime cette définition austère, car sa rigueur nous plonge au cœur même de la problématique de ce soir : explorer le développement psychologique depuis la première forme embryonnaire jusqu'à la naissance. Nous pouvons reformuler autrement l'interrogation que nous nous posons initialement. Le développement psychique commence-t-il dès la conception ? La période prénatale représente-t-elle la première étape du développement mental de l'être humain ? Quelles en sont les modalités et les particularités ? Ces données incitent-elles à voir autrement la grossesse ? En particulier, faut-il envisager dès la grossesse des soins « psychologiques » pour l'enfant à naître ?

### *Les remaniements psychiques de la maternité*

Il reste difficile d'évoquer la période prénatale sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. La conception de l'enfant provoque chez la femme et chez l'homme une période de crise identitaire et de maturation psychologique. Je rapporterai dans leurs grandes lignes les travaux de quatre auteurs.

Dans un article célèbre sur *La préoccupation maternelle primaire*, Winnicott (1956)<sup>1</sup> a décrit les remaniements psychiques particuliers qui surviennent chez la femme au cours de la grossesse et qui durent encore après l'accouchement. La femme enceinte présente un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une. Cet état que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire », se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un degré accru à la fin de la gestation. Il persiste quelques semaines après la naissance de l'enfant et disparaît sans laisser de souvenir à la mère lorsqu'elle s'en est remise. Cet état de préoccupation maternelle primaire au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend temporairement le dessus au point d'être comparable à un trouble pathologique, fournit un cadre essentiel pour l'enfant : la mère ainsi sensibilisée peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins.

Dans les années 50, le pédiatre Ted Berry Brazelton<sup>2</sup> s'intéresse également aux pathologies infantiles et à leur origine dans l'environnement psycho-affectif. Les travaux qu'il entreprend sur l'interaction mère-nourrisson l'orientent notamment vers la pratique d'entretiens prénataux effectués selon une approche psychanalytique. Le pédiatre exprime son étonnement sur les remaniements psychiques ordinaires qu'il observe chez la femme enceinte et qui lui laissait présager un sombre pronostic, avant qu'il n'en comprenne la portée psychologique. Les femmes qu'il examine sont toutes enceintes pour la première fois. Elles présentent un état d'anxiété qui, au départ, lui semble pathologique. La bizarrerie des matériaux inconscients exprimés, l'univers fantasmatique de ces femmes, l'inquiète et lui font redouter des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance. Cependant il n'en est rien. Contrairement aux prévisions, ces mères s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle. Ces observations incitent l'auteur à penser que l'ébranlement qui survient lors de la grossesse prépare les liens d'attachement entre la mère et l'enfant. Il faut qu'apparaisse cet état de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences pour que la mère soit capable de s'occuper de

---

<sup>1</sup> Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, Paris, 1969, p.285-291

<sup>2</sup> 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

son enfant. L'équilibre antérieur ordinaire ne permettrait sans doute pas cette adaptation. On voit combien ces observations rejoignent celle de Winnicott.

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier<sup>3</sup> se consacre à l'étude des psychoses puerpérales. En 1961, dans un article intitulé *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum*, il propose une importante analyse du processus psychique en oeuvre au cours de la grossesse, qu'il désigne sous le terme de « maternalité ». Pour cet auteur, l'amour maternel est un composé d'une grande complexité ; son accomplissement réussi ne va pas de soi. Durant la grossesse, l'économie psychique de la femme s'oriente progressivement vers un régime narcissique et fusionnel, qui se concentre autour du fœtus. La femme a tendance à s'aimer plus fortement. Elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son propre corps. Le fonctionnement psychique s'approche alors normalement mais réversiblement d'une modalité « psychotique », terme qu'il ne faut pas entendre au sens d'une entité clinique regroupant les symptômes que l'on rencontre au cours de ces maladies, mais qu'il convient d'utiliser dans le sens d'une organisation particulière du moi et de la personnalité : « le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel ; [...] le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile ; [...] la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui ».

Dans le prolongement de ces différents travaux, forte de son expérience auprès des femmes suivies au sein d'une maternité hospitalière, la psychanalyste Monique Bydlowski<sup>4</sup> a employé le terme de *transparence psychique* pour qualifier l'état de susceptibilité particulière de la femme au cours de la grossesse. Selon Monique Bydlowski, les raisons de cette transparence psychique s'expliquent par l'hyperinvestissement sur le mode narcissique de l'enfant. Celui-ci envahit progressivement le psychisme de la mère avec une intensité comparable à celle que l'on rencontre dans l'état amoureux. La transparence psychique se caractérise par deux éléments spécifiques au cours de la grossesse. Tout d'abord, ce concept traduit un état relationnel particulier, où la femme se trouve dans une situation d'appel à l'aide latent, quasi permanent, envers un référent. Cet état relationnel conditionne une aptitude particulière au transfert. En deuxième lieu, il existe une authenticité particulière de la vie psychique qui est perceptible dès les premières semaines de la gestation. Les remémorations infantiles vont de soi. Elles ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'état de conscience est modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient, abaissé. L'inconscient est à nu. Les fantasmes régressifs et les remémorations infantiles affluent à la conscience. Il est facile dans ce contexte d'exhumer des conflits anciens et de

---

<sup>3</sup> Racamier P.-Cl., *La maternalité psychotique*, in : *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques*, Paris, Ed. Payot et Rivages, 1979, 1998, p.193-242.

<sup>4</sup> Bydlowski M., *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997

les dédramatiser. Cette transparence psychique explique que la problématique ordinaire des femmes enceintes ait pu dans un premier temps être confondue avec un état pathologique.

Au total, nous voyons combien ces différentes approches se rejoignent : la conception et la gestation de l'enfant provoquent un véritable bouleversement psychique chez la femme. Si l'on en croit Monique Bydlowski, la transparence psychique apparaît dès le début de la gestation. À l'autre bout du processus, autour de la naissance, cet état psychique permet à la femme de s'adapter aux besoins de son enfant, d'éprouver ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire ».

### *La nidification psychique de l'être conçu*

Pourtant, c'est peut-être faire preuve de naïveté, ou de finalisme excessif, que d'affirmer que le processus psychique gestationnel est presque « naturellement » destiné à l'enfant conçu pour son bien-être. Il est peut-être plus juste de remarquer le processus *invasif* que supporte la femme : l'envahissement par l'être conçu de son espace corporel et psychique. Sur le plan psychologique, la femme enceinte doit s'adapter à la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de son sexe jusqu'à établir avec le nouvel être une forme particulière et inhabituelle de relation, où autrui non connu et inconnaissable se trouve enserré à l'intérieur de soi avant d'être « délivré »<sup>5</sup>. Au terme de ce tour de force, la femme –transformée jusque dans son identité– accède au statut de mère ou se trouve mère à nouveau.

Il convient alors de s'interroger sur le sens que l'on donne aux remaniements psychiques de la grossesse. Ceux-ci correspondent à des phénomènes que l'on rencontre en temps ordinaire dans des situations pathologiques. Ce constat choque volontiers. On comprend mal le besoin des psychiatres de décrire l'état de la mère en terme de pathologie. On aimerait s'affranchir de ces phénomènes étranges et encombrants. Il importe pourtant de comprendre le « pourquoi » de cet état d'allure pathologique.

En effet, la relation d'objet maternelle est modifiée dans le sens d'une confusion entre soi et autrui. Or, en terme technique, la relation d'objet désigne schématiquement le mode de relation au monde et à l'autre (le terme d'objet signifiant, en psychanalyse, ce qui est investi par la pulsion). Si on le rapporte à l'état de grossesse, ce mécanisme d'indifférenciation soi- autrui pourrait témoigner de la réaction du psychisme féminin à la présence de l'être

---

<sup>5</sup> La philosophe Edmée Mottini-Coulon a traité admirablement ce thème de la présence d'autrui en soi chez la femme, in : Mottini-Coulon E., *Essai d'ontologie spécifiquement féminine*, Paris, Vrin, 1978.

conçu et résulterait alors du processus psychique qui accompagne la « greffe » biopsychique de l'être humain conçu dans le corps et la psyché de la femme.

C'est dire tout l'intérêt du concept de *nidification psychique*, terme que j'ai emprunté à Sylvain Missonnier, pour situer les remaniements psychiques de la grossesse dans la perspective de cette intrusion de l'être 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 logiquement rejeter la « greffe » que représente l'enfant à naître –corps étranger pour la femme.

En réalité, la gestation de l'être humain impose des remaniements psychologiques non moins importants, qui impliquent pour la femme un 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. Parallèlement à sa nidation biologique, l'être conçu effectue sa nidification psychique.

Cette modalité particulière du fonctionnement psychique maternel que les psychiatres observent au commencement de la grossesse et qu'ils appellent, en termes techniques, « la relation d'objet narcissique et fusionnelle », 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, autrui est confondu avec moi. Cette fragilité du sentiment d'identité de la femme et la réaction psychique d'indifférenciation soi-autrui rend alors possible et tolérable l'intrusion du nouvel être dans le corps et le psychisme maternels.

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 humain conçu déclenche d'importants remaniements psychologiques et suscite chez la femme une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique.

## *La gestation psychique*

Peu à peu, une activité de représentation mentale à la fois nouvelle et spécifique se développe au cours de la grossesse, dont la période la plus active se situe entre le quatrième et le septième ou le huitième mois de la grossesse (période de déconstruction de l'enfant imaginaire, selon Daniel Stern).

L'image de l'enfant s'affirme progressivement dans le psychisme maternel. Chez la plupart des femmes enceintes, une représentation de l'enfant à naître s'organise et contribue à développer un modèle opérationnel d'anticipation de l'enfant. L'enfant se voit peu à peu attribuer un tempérament, à la faveur notamment de ses mouvements à l'intérieur de l'utérus. La mère construit une image différenciée de l'enfant à naître. Parallèlement, la femme s' imagine dans son rôle maternel, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant également la relation qui l'unira à son enfant. Elle anticipe la façon dont elle va être mère.

Ces deux sortes de représentations concourent à l'individuation d'une *organisation* ou d'une *structure* de fonctionnement interne : la femme élabore au cours de la grossesse une image du soi maternel à partir de laquelle elle semble forger son espace interne de relation avec l'enfant et qui forme déjà *son* style maternel. Ces représentations, qui rassemblent en un ensemble suffisamment cohérent les significations, les affections, les expériences et les anticipations de la femme, ont une valeur organisatrice des relations futures. Plusieurs auteurs ont souligné la continuité entre le style maternel développé au cours de la grossesse et le type de maternage observé par la suite. Les représentations maternelles élaborées au cours de la grossesse semblent même permettre de prédire de façon fiable la qualité de l'attachement de l'enfant à l'âge de un an.

En effet, il semble exister une relation entre l'organisation et la qualité du monde des représentations de la mère pendant la grossesse et le développement du nourrisson (Massimo Ammaniti). Les mères dont le monde de représentations est suffisamment équilibré, ont des nourrissons dont l'attachement est stable. En revanche, lorsque les mères sont incapables de se dégager des relations qu'elles ont entretenues avec leurs parents au cours de leur enfance et qu'elles se maintiennent dans une forte dépendance aux images parentales, le développement du nourrisson s'en trouve affecté. Ces mères ont du mal à répondre aux attentes du nourrisson et à soutenir son attachement.

Ainsi, se construit progressivement au cours de la grossesse un espace de représentations maternelles qui accompagne le développement somatique du fœtus. Cet espace psychique maternel participe notamment à la construction du lien d'attachement entre la femme devenant mère et l'enfant à naître. J'appelle pour ma part cet espace maternel, l'EMDIPEHC, c'est-à-dire

*l'espace maternel d'identification et de différenciation psychique de l'être humain conçu.* Ce terme un peu compliqué signifie tout simplement qu'au cours de la grossesse se construit un espace maternel, destiné à la gestation psychique de l'enfant à naître. Cet espace contribue à l'identification psychique de l'être en gestation et possède déjà une grande importance pour le développement présent et à venir de l'être humain conçu. On peut entendre le terme d'identification tout simplement comme « l'action d'identifier ». La mère identifie son enfant avec sa subjectivité de femme devenant mère (ou mère à nouveau), selon les modalités psychiques qui sont propres à la grossesse, en particulier avec un inconscient « à fleur de peau », et selon l'identité même de l'être en gestation, comme nous le verrons plus loin.

Certains exemples psychopathologiques illustrent *a contrario* la réalité et l'importance de la nidification et de la gestation psychique. Par exemple, certaines femmes présentent ce qu'on appelle un déni de grossesse, c'est-à-dire qu'elles ne se rendent pas compte consciemment qu'elles sont enceintes. Elles accouchent par exemple dans leurs toilettes, croyant avoir mal au ventre. Dans ces situations parfois dramatiques, le processus de nidification psychique 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 : il en résulte une gestation psychique « à blanc », passée « sous silence ». 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.

Ailleurs, la gestation psychique est envahie par une problématique qui est liée par exemple aux circonstances mêmes de la conception. La situation qui a été la mieux étudiée dans ce domaine est certainement celle de « l'enfant de remplacement ». Cet enfant est conçu pour « remplacer » un enfant précédent, en général mort en bas âge. Ces grossesses après deuil semblent volontiers placées, je dirais presque « physiologiquement », sous le sceau de l'anxiété maternelle, de la réactivation du deuil de l'enfant précédent et de la confusion entre l'enfant mort et l'enfant à naître, ainsi que d'une difficulté à s'attacher à l'enfant à naître. Lorsque l'élaboration du deuil de l'enfant précédent par les parents est insuffisante, ou que le deuil est franchement pathologique, la gestation psychique se traduit par la création d'un espace maternel envahi par la présence de l'enfant mort précédent. 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, et où l'enfant mort est volontiers idéalisé.

### *Les interactions foeto-maternelles psycho-corporelles*

Je voudrais vous montrer à présent que cet espace de préoccupation maternelle que j'appelle l'EMDIPEHC n'est pas seulement un espace psychique, mais aussi un véritable espace psycho-corporel. C'est concrètement, dans le corps à corps, que l'enfant à naître rencontre parfois certaines difficultés maternelles. Voici une observation clinique.

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. Comme c'est volontiers le cas dans de telles circonstances, me semble-t-il, la grossesse est placée sous le sceau d'une 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 toutefois de pénibles moments d'angoisse, où elle craint de perdre son enfant. Elle est obsédée par les mouvements du bébé à naître. 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, être en vie... De ce fait, elle semble passer son temps à stimuler son enfant *in utero*, allant peut-être jusqu'à désorganiser ses rythmes propres. Caroline sur-stimule son fœtus au gré de son besoin subjectif de porter en son sein un être en mouvement, dont elle doit être certaine de la vitalité. Elle identifie ainsi son bébé à un être en mouvement, non seulement dans ses pensées mais aussi à travers ses gestes physiques.

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, angoissée, 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 au sommet 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 une motricité fœtale particulière, et peut-être aussi à un certain degré de désorganisation des rythmes physiologiques du fœtus.

Ainsi, il semble exister au cours de la grossesse une dynamique psycho-corporelle, une sorte de dialogue tonique foeto-maternel qui se trouve étroitement intriqué à l'univers des représentations mentales maternelles et

qui participe à la subjectivation naissante de l'être humain conçu.

D'une façon générale, ce dialogue tonique me paraît associer trois niveaux, qui sont susceptibles de participer à la naissance d'une proto-psychomotricité foetale.

Le *portage utérin* de la femme devenant mère sollicite bien entendu la physiologie propre de la femme, mais aussi sa vie psycho-affective, avec sa part de conflictualité, voire d'effraction traumatique, influençant la tonicité utérine. Le portage utérin maternel se met en place et prend en compte des éléments psychiques dès le début de la grossesse, comme le démontre à mon avis les grossesses « à ventre plat » des dénis de grossesse. Par la suite, il pourrait marquer le tonus et la motricité de l'enfant à naître, notamment par un mécanisme de réaction à la paroi utérine qui implique probablement aussi un ajustement interactif entre l'enfant à naître et la femme enceinte<sup>6</sup>.

Une *gestuelle maternelle* accompagne aussi le « 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, ou bien est-il un récepteur purement passif ?

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. Il est également influencé par la vie psychique de la femme.

Au total, l'EMDIPEHC apparaît véritablement un espace « psycho-corporel » pour l'enfant à naître.

### ***L'être humain conçu et son identité conceptionnelle***

Je voudrais revenir à présent sur la construction de l'EMDIPEHC et montrer que cet espace de préoccupation maternelle ne se construit pas seulement en fonction de ce qu'est la femme, de son histoire, de son psychisme, de ses projections, mais aussi en fonction de ce qu'est l'être

---

<sup>6</sup> La physiologie propre et la motricité de l'être en gestation agissent peut-être sur le portage *via* la physiologie du muscle utérin et *via* les émotions et la vie inconsciente de la femme, et *vice et versa*, la mère agit probablement sur la motricité foetale par le type de portage utérin qu'elle offre à l'être en gestation

humain conçu, en particulier de son identité conceptionnelle. On pourrait penser en effet que l'espace psychique maternel se construit autour du phénomène « grossesse » exclusivement sur la base du psychisme maternel, avec ses problématiques propres. A mon avis, il n'en est rien, et on ne peut comprendre correctement la gestation psychique si on oublie d'intégrer la structure « psychique » de l'embryon, sa véritable nature « psychique ». Le terme de psychique ne doit pas être entendu ici au sens d'une organisation psychique, tel que nous avons l'habitude en psychanalyse, avec le moi, le ça et le sur-moi freudien. Il ne s'agit pas non plus d'une hypothétique « conscience de soi » de l'embryon, mais plutôt d'une question identitaire : l'être humain conçu acquiert, dès la conception, une « identité conceptionnelle » qui l'inscrit d'emblée dans le registre psychosocioculturel et qui trouve sa place au sein de l'ontogenèse, d'où le terme d'« identité psychogénétique » que j'utilise parfois.

Revenons à l'espace psychique maternel qui se construit au cours de la grossesse. Nous pressentons en effet 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, selon qu'il est conçu d'une liaison adultérine, ou encore selon qu'il est issu d'un viol. Or, cette intuition laisse supposer que l'EMDIPEHC dépend aussi de la nature de l'être humain conçu, et en particulier son *identité conceptionnelle*. Chez une même femme, l'espace psycho-corporel maternel ne sera pas le « même » (et en définitive la préoccupation maternelle primaire) selon que 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, c'est-à-dire en définitive, selon l'identité conceptionnelle de l'être humain conçu.

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, en supposant que cela soit possible, 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 donnent 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.

Sur ce sujet, la psychopathologie conceptionnelle<sup>7</sup> nous aide incontestablement, en particulier dans ses exemples les plus extrêmes, comme celui de la conception après traumatisme sexuel. L'embryon humain issu d'un viol peut être biologiquement sain. Il peut devenir physiquement un très bel enfant. Il n'en est pas moins atteint dans sa chair même, incarnation d'une relation sexuelle contrainte et violente qui attente à sa dignité au plus profond de son être, le blessant jusque dans le fondement même de son identité

---

<sup>7</sup> Voir les ouvrages suivant sur ce sujet : B. Bayle, *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*. Paris, Masson, 2003 ; B. Bayle, *Psychopathologie conceptionnelle et développement prénatal. Soigner l'embryon et le fœtus*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005 (sous presse, titre provisoire)

psychique, être conçu d'un viol, sujet lui aussi du traumatisme à un titre différent de la femme qui le porte, mais non des moindres : une humiliation identitaire qui renvoie à la honte et à la culpabilité d'exister, au sentiment d'avoir fait souffrir celle qui lui a donné vie, au risque de s'éprouver indigne d'être né. On ne peut se soustraire à l'évidence : l'être humain conçu à la suite d'un viol est confronté dès sa conception à une problématique psychologique qui met en danger la construction de son identité psychique, ce qui ne signifie pas que le développement psychique de cet être conçu est définitivement condamné, mais ce qui montre plutôt que l'histoire de cet être conçu s'engage sous le poids d'un lourd fardeau.

Un autre exemple, d'un tout autre ordre, illustre la part de la culture dans la conception humaine contemporaine. 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, avec un ou deux autres embryons. Ce n'est pas seulement de son histoire de femme infertile dont il s'agit ici, mais aussi de l'identité même de son enfant issu d'une Procréation Médicalement Assistée.

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 affectif et culturel dans lequel l'être conçu évoluera 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. Mais on ne peut négliger le poids identitaire qui pèse dès la période

prénatale sur l'enfant conçu de parents malades mentaux. Celui-ci risque d'être dorénavant et déjà stigmatisé comme l'enfant d'un couple de « fous ».

En objectivant ces déterminations conceptionnelles, nous accédons ainsi à la nature psychosocioculturelle de l'être humain conçu. L'embryon humain 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 psychiques, sociales et culturelles. 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 *t* qui constitue son temps originel (y compris lorsqu'il y a congélation embryonnaire), et dans un lieu géographique donné qui représente sa spatialité originelle. 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 à telle époque et dans telle civilisation.

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 j'appelle « identité conceptionnelle » (et que je nomme 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 même de l'être humain conçu, en particulier de son histoire conceptionnelle.

***L'intersubjectivité prénatale, ou comment l'être en gestation « subjective » la femme et réciproquement***

Il est sans doute nécessaire de donner à nouveau un peu de consistance clinique à ces propos. L'espace de préoccupation maternelle, l'EMDIPEHC, contribue dès la période prénatale à l'identification de l'être humain conçu, et par conséquent, à la subjectivation de l'être humain conçu. Je voudrais montrer maintenant 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.

Une collègue, Nathalie Presme a présenté, lors d'une réunion du groupe « Premier chapitre » de la Waihm francophone, la branche française d'une association internationale qui s'intéresse à la santé mentale de la petite enfance, l'observation de Mme K. dont l'enfant est issu d'un viol. Nathalie Presme accompagnera cette femme dans le cadre d'une demande d'interruption médicale de grossesse (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 elle se montre rassurée d'accoucher d'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. Il faut probablement associer à ces représentations mentales terrifiantes un dialogue tonique foeto-maternel particulier qui participe au déni de grossesse.

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, qu'elle connaît à son travail. 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 son père conceptionnel. 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 mène une vie sexuelle avec des partenaires multiples. Elle tombe enceinte, ignore qui est le « père » de son enfant, et mène sa grossesse avec culpabilité. Elle ne pourra dire à son enfant quel est l'homme avec lequel elle l'a conçu. Elle ne pourra dire à l'enfant quel est son père conceptionnel.

Nous voyons à travers ces 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 ces exemples le poids qu'exerce parfois l'identité conceptionnelle de l'être 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 au cours de la période prénatale un processus de « subjectivation » réciproque entre la femme et l'être humain conçu.

### ***L'être humain conçu, incarnation d'amour***

En réalité, l'exemple extrême de l'enfant issu du traumatisme sexuel nous permet de mieux comprendre la véritable « structure psychique » de l'être humain conçu et ce qui donne vie à cette structure psychique, ce qui l'anime.

Comme je l'ai déjà souligné, l'embryon humain ne peut être envisagé seulement comme corps cellulaire biologique. Il appartient à la catégorie des êtres humains conçus. Il est d'emblée un être biopsychique, possédant à la fois une identité génétique biologique et une identité psychogénétique psychosocioculturelle. L'embryon humain est « être conçu d'un homme et d'une femme, à un temps  $t$  et en un lieu  $x$  ». La conception pose une sorte d'équation psychogénétique qui relie trois termes : l'être conçu qui devient enfant, la femme qui devient mère et l'homme qui devient père. L'être humain conçu possède non seulement une sorte de squelette psychique qui le relie en lui-même à autrui (c'est en cela que je parle de structure intersubjective), mais aussi cette structure intersubjective qui le relie à autrui est le lieu où s'enracine et se résout une part essentielle de la question de son identité psychique (c'est pour cela que je parle de structure identificatoire intersubjective). Même s'il se trouve élevé par d'autres parents, l'être humain conçu ne peut faire l'économie de cette question de son identité conceptionnelle.

Maintenant parvenu à la conscience réflexive de moi-même, si je cherche à savoir « qui je suis » et « d'où je viens », je me découvre « être conçu d'un homme et d'une femme ». Je sais que je possède en tant qu'être humain conçu 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 sans s'ouvrir à autrui. Je ne peux découvrir en dehors d'autrui la condition de ma propre existence. Autrui révèle ma propre identité. Je suis l'incarnation d'une communauté d'existence entre un homme et une femme. 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.

Dans les cas « ordinairement favorables », l'être humain conçu est le fruit de l'union d'un couple parental qui s'aime et qui décide d'avoir un enfant au nom de leur amour. Le terme d'amour désigne ici un engagement affectueux et solidaire de l'homme à l'égard de la femme, de la femme à l'égard de l'homme, et du couple à l'égard de l'être humain conçu. Ces engagements mutuels d'affection et de solidarité correspondent à l'établissement de *relations* d'amour, suffisamment bonnes et durables, au sein du couple parental<sup>8</sup> et vis-à-vis de l'être humain conçu. Ces relations d'affection contribuent de toute évidence au développement de l'être humain.

Ainsi, l'être humain conçu, dès sa conception, *est* le lieu d'incarnation de l'amour charnel et psychique de l'homme et de la femme qui le conçoivent. L'embryon humain a pour condition d'existence d'incarner l'amour dans un corps humain. L'être humain conçu réalise ce que j'appelle une « incarnation d'amour ». Il apparaît alors que cette incarnation d'amour possède un sens dans la constitution même de l'identité de l'être humain conçu. L'exemple extrême de la conception après viol en atteste, puisqu'« être l'enfant d'un viol » correspond déjà à une atteinte identitaire.

Cependant affirmer que l'être humain conçu réalise une incarnation d'amour, ce n'est pas seulement penser à l'embryon, c'est également constater que les soins maternels s'incarnent dans le corps et dans la psyché du nourrisson, c'est voir aussi combien les carences affectives s'incarnent dans le corps et la psyché de l'enfant, etc. L'« incarnation d'amour » de l'être humain conçu ne repose guère dans le fait d'être conçu d'une superbe et sensuelle étreinte sexuelle qui graverait l'amour à tout jamais. L'incarnation d'amour doit être pensée dans le devenir, c'est-à-dire à travers le temps. Elle est sans cesse un appel que l'être conçu, structurellement, lance en direction d'autrui.

L'amour qui anime la structure identificatoire intersubjective de l'être humain conçu doit être envisagé dans la *temporalité du devenir*. L'incarnation d'amour ne peut se comprendre comme une réalité ponctuelle, instantanée, figée, qui graverait à jamais l'amour ou la haine dans le corps embryonnaire. Certes, la dimension historique de la relation d'amour charnelle et affective

---

<sup>8</sup> La relation du couple paraît constitutive de l'identité même de l'être conçu. La mise en évidence de ce que nous appelons « l'équation psychogénétique de l'être humain conçu » (qui relie l'être conçu et ses géniteurs) montre que le développement psychique à venir de l'être humain conçu ne dépend pas seulement de la qualité de la relation que chacun de ses parents ont et auront avec lui, mais aussi de la relation conjugale que les parents ont eux-mêmes entre eux. De cette relation dépend en effet une part de l'identité même de l'être conçu, qui est être conçu de cet homme et de cette femme (qui s'aiment ou non).

existe, mais surtout elle introduit une autre dimension qui s'inscrit cette fois dans le devenir même de l'être conçu. La structure identificatoire intersubjective de l'être conçu, c'est-à-dire sa définition en tant qu' « être conçu d'un homme et d'une femme », inaugure une relation à trois, où l'affection et la solidarité occupent une position centrale. Incarner l'Amour, cela ne signifie pas seulement être conçu d'une relation sexuelle et affective faite d'affection « suffisamment bonne », c'est incarner l'Amour dans le devenir d'une relation à trois : l'être humain conçu ne cesse d'être relié à l'amour d'autrui à l'intérieur de lui-même, dans le devenir.

L'incarnation d'amour dont l'être conçu est la manifestation n'a pas seulement un sens immédiat, elle appelle autrui à l'engagement, afin qu'autrui fasse exister l'être humain conçu non seulement par l'amour qu'il lui porte, mais aussi par l'amour qu'il porte au conjoint par lequel l'être conçu *est* : cet amour porté à l'être conçu et au conjoint n'a pas seulement cesse de lui donner un sens existentiel au cours de son devenir, il participe à la construction même de son identité psychique, inscrivant cet amour au cœur de son être, car l'être conçu est structuré à l'intérieur de lui-même par la relation qui le lie à ceux qui lui ont donné vie et qui incarne l'amour qu'ils se portent l'un à l'autre dès la conception et à travers le temps.

A chaque instant de son devenir, l'être humain conçu connaît son authentique dignité s'il se trouve confirmé dans l'incarnation d'amour qu'il *est*. Cet amour n'est guère perfection d'un Amour impossible à atteindre, mais représente plus simplement un amour « suffisamment bon », véritable ciment identitaire qui habite l'être humain conçu à l'intérieur de lui-même, et qui doit trouver chaque jour une confirmation concrète, non pas idéale, mais suffisamment bonne, dans le champs de la réalité externe de ceux qui l'élèvent et le côtoient.

### ***Conclusion.***

Il est temps à présent de conclure.

Au cours de cet exposé, j'ai tenté de vous montrer que la période prénatale mérite vraiment d'être envisagée dans la perspective de l'ontogenèse de l'être humain conçu, c'est-à-dire de son développement, tant mental que physique, depuis la première forme embryonnaire. En effet, les remaniements psychiques de la grossesse ne peuvent pas être compris correctement si nous négligeons l'identité conceptionnelle de l'être humain conçu et sa structure intersubjective.

La femme réagit à l'intrusion de l'être conçu par une modification de ses propres mécanismes psychiques, qui tend à établir une relation au monde marquée par l'indifférenciation soi-autrui. Ce remaniement psychologique

permet la nidification psychique de l'être conçu. Pendant la grossesse, l'état d'hypersensibilité maternelle favorise peu à peu la construction d'un espace maternel de contenance psychique et physique, que j'ai appelé l'EMDIPEHC. Cet espace se construit en empruntant deux directions : celle de la femme qui devient mère et de son histoire, et celle de l'être humain conçu, porteur d'une identité conceptionnelle qui le relie à autrui et l'inscrit déjà dans le registre psychosocioculturel. Cet espace maternel de gestation psychique contribue à la subjectivation de l'enfant à naître. Réciproquement, l'être conçu participe à la subjectivation de la femme devenant mère, en raison de la structure intersubjective qu'il possède, ou plus simplement de son identité conceptionnelle.

Cette construction théorico- clinique serait un jeu de l'esprit si une considération pratique importante ne venait directement l'étayer.

Il est possible de repérer dès la conception des problématiques psychopathologiques qui marquent le développement de l'être conçu. Parmi ces problématiques, certaines sont connues chez l'enfant comme chez l'adulte, et ont également été étudiée dès la période prénatale. Il est absurde d'attendre, pour les soigner, que l'enfant se développe, puisque nous pouvons intervenir dès la grossesse. Les soins ne doivent pas être envisagé alors dans la seule direction de la femme enceinte. Ils doivent être également pensés dans la perspective du développement mental de l'être en gestation, avec les caractéristiques propres de cette période.

C'est dire combien la grossesse mérite qu'on la considère dans sa double dimension, à la fois somatique et psychologique. L'intérêt d'un accompagnement somato-psychique de la grossesse n'est d'ailleurs plus à démontrer, mais il faut obtenir le soutien des pouvoirs publics pour enrichir le dispositif de soins médico- psychologiques existant.

Certes, tout ne se joue pas avant la naissance, puisque l'être humain conçu doit se trouver, chaque jour de sa vie, confirmé dans « l'incarnation d'amour » qu'il réalise. Cependant, la grossesse est une étape essentielle, tant pour l'homme et la femme qui deviennent parents, que pour l'enfant à naître qui traverse la première période de son développement tant psychologique que somatique.