

Introduction aux connaissances de la psychologie clinique fœtale

S. Missonnier

Depuis la fin du deuxième millénaire, dans de nombreux pays industrialisés les progrès technologiques mis au service du diagnostic anténatal exposent publiquement un nouvel acteur, le fœtus, resté jusque-là en Occident dans l'intimité du sein maternel à l'abri d'une invisibilité sacrée. Cette médicalisation grandissante de la grossesse maternelle et la personnalisation du fœtus s'accompagnent d'un constant risque de déshumanisation et de scientisme iatrogènes des soins. Indissociable de son enracinement interdisciplinaire et du dialogue entre « somaticiens » et « psychistes », la psychologie clinique fœtale a pour objet privilégié ce paradoxe et ses multiples tensions éthicocliniques quotidiennes. Dans sa phase émergente, la psychologie clinique fœtale s'organise autour de trois espaces/temps de rencontre emblématiques : la dialectique du devenir parent et du naître humain ; les procédures médicales de la grossesse en général et le diagnostic anténatal en particulier ; les consultations thérapeutiques anténatales. Les enjeux théoriques, cliniques, institutionnels et éthiques des deux premiers éléments de ce tryptique sont ici explorés (la consultation thérapeutique prénatale fait l'objet d'un autre article). Au final, la psychologie clinique fœtale revendique aujourd'hui un fort potentiel heuristique en périnatalité, mais pas seulement : tous les âges de la vie bénéficieront à l'avenir d'une anamnèse attentive de ce premier chapitre anténatal au cœur du fonctionnement biopsychique du sujet et de ses échanges relationnels toute sa vie durant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Fœtus ; Grossesse ; Parentalité ; Diagnostic anténatal

Plan

■ « Invention » du fœtus	1
■ Le devenir parent et le naître humain pendant la grossesse	3
Parentalité et grossesse	3
Devenir mère et naître humain : une triade biologique	3
Entre nidification parentale et nidation embryofœtale : une relation d'objet virtuelle ?	4
■ Diagnostic anténatal	5
Scientisme et extrémisme du diagnostic anténatal	5
Couple incertitude/anticipation : une variable essentielle dans le diagnostic anténatal	6
Exemple d'anticipation : angoisses de malformation	6
Un fœtus au risque du diagnostic anténatal	7
■ Modalités d'intervention psychologique parents/fœtus	7
■ Conclusion : le fœtus, un original empêché de tourner en rond sur notre origine	7

■ « Invention » du fœtus

Depuis la fin du deuxième millénaire dans de nombreux pays industrialisés, les progrès technologiques mis au service du diagnostic anténatal mettent en œuvre l'exposition publique d'un nouvel acteur : le fœtus. Jusque-là, il était resté en Occident blotti dans l'intimité du sein maternel à l'abri d'une invisibilité sacrée de l'infusion divine de l'âme interdisant toute profanation exploratoire.

Cette profonde obscurité règne sur la caverne primitive et ses étranges habitants jusqu'aux premières dissections du XVI^e siècle

des pionniers de la représentation iconique transgressive de l'intérieur des corps : de Vinci, Hunter, von Sömmering, etc. Leurs atlas anatomiques de la matrice et de son contenu sont épistémologiquement indissociables des propositions révolutionnaires des découvreurs modernes des théories de la génération [1] libérées des carcans de la tradition antique (hippocratique et aristotélicienne) et moyenâgeuse catholique. En 1651, Harvey affirme que tous les mammifères proviennent d'un œuf (école oviste), De Graaf décrit les follicules ovariens en 1673, Van Leeuwenhoek découvre des animalcules dans le sperme (intitulés spermatozoïdes en 1841) et l'Abbé naturaliste Spallanzani démontre que la reproduction des mammifères requiert un spermatozoïde et un ovule en mettant des caleçons à des grenouilles qui sont alors privées de descendance : il met ainsi un point final à la sacrosainte longévité de la théorie de la génération spontanée.

À l'issue de ces quatre siècles de découvertes magistrales sur la génération, c'est en l'espace météorique des quatre dernières décennies que la grossesse et son « espérance invisible du dedans » se sont métamorphosées en une saga médicale imagée de l'embryon (jusqu'à 10 semaines d'aménorrhée) puis ensuite du fœtus, tous deux désormais « patients » à part entière d'une grossesse rendue transparente par une médecine prénatale conquérante.

De puissants leviers historiques médicaux mais aussi juridiques se sont entremêlés dans cette véritable « invention » [2] du fœtus. On retiendra schématiquement en France : la procréation médicalement assistée (années 1970), les lois sur l'avortement (1975, 2001), la généralisation de l'échographie obstétricale (1980), les conditions de déclaration à l'état civil des enfants

mort-nés et nés vivants (1993, 2001) et les droits civils administratifs et sociaux conséquents, le dépistage d'anomalie chromosomique systématiquement demandé (1997).

Il est intéressant d'observer à ce sujet l'évolution des objectifs prioritaires des successifs « plans périnatalité » hexagonaux (1970, 1995, 2005) qui instaurent en « bien public » prioritaire le naître humain et le devenir parent. Les mortalités infantiles et maternelles sont les cibles privilégiées (et millénaires) des premiers plans. Le plus récent n'échappe pas à ce souci premier de « sécurité » maternelle et infantile, mais étend son spectre au profit de valeurs qualitatives et psychologiques : « humanité – proximité – qualité ».

Cette piste est d'ailleurs approfondie par deux recommandations complémentaires de la Haute autorité de santé (HAS). D'une part, la circulaire DHOS/DGS/O2/6C 2005-300 du 4 juillet 2005 pose comme principaux enjeux du plan 2005-2007 l'amélioration de l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant, et précise une démarche articulée autour de trois mesures : la mise en place de l'entretien individuel du quatrième mois de la grossesse ; la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ; le développement des réseaux en périnatalité. D'autre part, les recommandations de la HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP – communiqué du 9 février 2006) plaident en faveur d'un soutien humaniste des professionnels des processus complexes de la maternalité et de la paternalité. La formule générique de « Préparation à la naissance et à la parentalité » synthétise cette option novatrice.

Il faut aussi évoquer une autre composante essentielle dans le paysage scientifique et sociologique de l'époque : la reconnaissance du bébé comme une personne à part entière. Le nourrisson décrit par le pédiatre Brazelton ^[3] n'est plus un tube digestif passif, mais bien un être social compétent s'inscrivant d'emblée activement dans l'échange humain avec un style singulier. Ce nouveau statut coïncide avec la prise en compte des psychiatres et des psychologues de la première enfance qui n'est plus seulement l'objet d'une reconstruction après-coup (à l'instar de l'enfant reconstruit dans la cure psychanalytique) mais d'une observation de plus en plus précoce dans des conditions naturalistes et expérimentales. Tous les travaux d'après la deuxième guerre des psychologues développementalistes, des psychanalystes travaillant avec des bébés et ouverts à la discussion de la théorie de l'attachement de Bowlby, ont constitué la boîte à outils théorico-cliniques des premiers intervenants « psychistes » immergés en clinique périnatale. Les unités mères/bébé et, plus largement, les consultations thérapeutiques parents/bébé ^[4] dédiées aux troubles de la parentalité, aux dysharmonies relationnelles précoces et aux troubles psychosomatiques de l'*infans* s'imposent aussi rétrospectivement comme des laboratoires précurseurs dans ce domaine.

Les pratiques émergentes de ces spécialistes autour des nouvelles cliniques de l'infertilité, du deuil prénatal (interruption volontaire de grossesse [IVG], interruption médicale de grossesse [IMG]), du vécu du diagnostic anténatal et de ses tragédies ^[5] (annonce d'anomalies foetales, interruption de grossesse, poursuite avec un fœtus malformé), de la maltraitance à fœtus ^[6], etc. leur ont permis de reconnaître peu à peu la véritable scotomisation du « premier chapitre » ^[7] de la biographie vraie de l'individu.

Confrontés au fœtus patient, leur curiosité vis-à-vis des compétences du fœtus s'est parallèlement déployée, d'autant plus qu'en France une équipe internationalement reconnue sous la direction de Lecanuet a décrit et diffusé des connaissances pertinentes sur la genèse de la sensorialité foetale et les interactions fœtomaternelles ^[8]. Grâce à elles, les compétences du nourrisson sont désormais indissociables de cette genèse prénatale.

Toutes ces données se sont cristallisées dans la qualification d'un embryon/fœtus désormais « personne potentielle » selon la formule emblématique du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui s'est exprimé en ces termes dès 1984 ^[9] et a régulièrement réitéré cette formulation ^[10].

Or, le paradoxe crucial dans lequel va s'imposer la psychologie clinique prénatale est le suivant : la médicalisation grandissante de la grossesse maternelle et la personnalisation du fœtus s'accompagnent d'un constant risque de déshumanisation et de scientisme des soins (cf. infra). C'est sur cette tension éthico-clinique que se fonde le quotidien des pratiques périnatales interdisciplinaires. La psychologie foetale plonge ainsi ses racines profondes dans l'ancestrale fascination/répulsion humaine pour l'« inquiétante étrangeté » de l'« antique terre natale du petit d'homme, du lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord » ^[11].

De fait, l'embryon et le fœtus restent encore aujourd'hui, plus de 30 ans après le discours de Simone Veil à l'Assemblée nationale sur la légalisation de l'IVG le 26 novembre 1974, objet de positions individuelles et collectives éminemment défensives. Et, quand ils sont à l'ordre du jour, c'est trop souvent entre le Charybde de l'évitement d'un scientisme maltraitant, de l'effroi, et le Scylla des diktats idéologiques d'une fétichisation idéalisante, de la fascination dogmatique pour l'origine.

Convenons-en : si le bébé mobilise en nous les sous-bassements énigmatiques de notre être, justifiant ainsi nos silences ou la passion de nos échanges à son sujet, alors l'embryon et le fœtus sont a fortiori inducteurs de positions défensives décuplées car ils sont électivement les supports projectifs de l'inquiétante étrangeté de la dialectique contenant/contenu à la source même de notre toute première identité « utérine ».

La rareté des explorations explicitement nostalgiques (étymologiquement *nostos* [retour], *algie* [douleur], littéralement « mal du retour », « mal du pays natal » de l'exilé) vers cette terre natale reflète bien l'étanchéité défensive de son enceinte. Les spécialistes de la psyché font rarement exception : l'archaïque « aérien » du nourrisson est le plus souvent chez eux l'arbre qui cache la forêt de l'archaïque « liquidien » foetal !

Bien sûr, comme une exception qui confirme la règle, il y a la célèbre citation freudienne de 1926 sur la continuité périnatale au-delà de la césure de la naissance ^[12] : « Entre la vie intra-utérine et la toute première enfance, il y a beaucoup plus de continuité que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire », dont Bion fait un lumineux commentaire ^[13], mais, globalement, le fœtus (dans l'adulte) n'est pas convié explicitement sur le divan !

Qu'il suffise pour s'en convaincre d'évoquer les attractions/résistances de grands psychanalystes d'hier et d'aujourd'hui à l'égard de la condition utérine ^[14]. Ou encore, l'histoire de la psychanalyse et la polémique princeps entre les freudiens orthodoxes et les pionniers de la psychologie foetale Ferenczi (*Thalassa*, 1924) et, surtout, Rank (*Le Traumatisme de la naissance*, 1924). Depuis, plusieurs psychanalystes se sont néanmoins risqués sur cette « terra incognita » : Winnicott, Bion, Meltzer, Grunberger, Marty, Soulé, Bydlowski, Maiello, Bergeret, etc. Il est intéressant d'observer les résistances d'une majorité de cliniciens à l'égard de ces auteurs et, plus encore, le tri sélectif de leurs propositions : la « préoccupation maternelle primaire » ^[15] de Winnicott par exemple est tout aussi connue que son ancrage prénatal scotomisé.

Pour se dégager de cet aveuglement, la dette de la psychiatrie et de la psychologie clinique contemporaines à l'égard de l'interdisciplinarité périnatale est grande. Le partage entre « somaticiens » et « psychistes » de la clinique de la grossesse et de ses avatars a permis d'en initier une authentique exploration collégiale.

Les titres des deux premiers textes fondateurs en France sont des illustrations exemplaires à ce sujet : *Introduction à la psychiatrie foetale* : « Les aspects psychologiques et psychopathologiques en médecine foetale et diagnostic prénatal » ^[16] et *Le Diagnostic prénatal – Aspects psychologiques* ^[17]. Dans les deux cas, l'émergence de la psychiatrie foetale et de la psychologie clinique est enracinée, d'une part dans le partage clinique entre des obstétriciens, sages-femmes, pédiatres de néonatalogie, puéricultrices, infirmières, etc. et des psychiatres, psychologues se référant à la psychanalyse et, d'autre part, dans la réflexion clinique, juridique, politique, éthique du diagnostic anténatal qui joue là un rôle de véritable aiguillon en périnatalité.

De fait, depuis les années 1980, les « somaticiens » ont convié des psychiatres [18] et des psychologues à venir partager la complexité de cette clinique périnatale dans les services de maternité, les centres de diagnostic anténatal, de procréation médicalement assistée, de néonatalogie (les prématurés sont des fœtus dehors !), etc. Dans les institutions et les réseaux ville/hôpital, ils limitent ensemble, dans le meilleur des cas, les méfaits d'un clivage soma/psyché et d'un scientisme dont l'inertie persistante reflète bien l'histoire de la médecine occidentale. C'est à l'épreuve de cette interdisciplinarité que la psychologie clinique fœtale fonde sa légitimité éthique et clinique.

Pour jeter les fondations de cette psychologie novatrice, nous allons en évoquer ici successivement deux objets privilégiés : les processus du devenir parent, du naître humain durant la grossesse, et le diagnostic anténatal. La consultation thérapeutique prénatale fait l'objet d'un autre article.

■ Le devenir parent et le naître humain pendant la grossesse

Parentalité et grossesse

La parentalité [19] périnatale englobe la synergie potentielle dans un espace conjugal et familial de trois processus indissociables : (re)devenir mère (maternalité), (re)devenir père (paternalité) et naître humain.

La première condition de validité de cette formule est de se tenir véritablement à l'écart de toute vision réductrice « uni-sexe » qui masquerait un déni de la différence des sexes et des genres. Ces devenirs mère et père correspondent à de longues évolutions spécifiques en pelure d'oignon qui traversent l'enfance et l'adolescence, et se poursuivront toute la vie durant (notamment avec l'éventuel devenir grands-parents). À ce titre, la séquence périnatale de la parentalité est seulement un segment d'actualisation hypothétique de la diagonale d'un devenir parent virtuel. L'adoption par des couples hétérosexuels infertiles et par des couples gays illustre bien l'impasse dans laquelle s'emprisonnerait une définition du processus de parentalité qui se limiterait à une parentalité biologiquement advenue.

Deuxième condition de pertinence de cette parentalité périnatale : elle bénéficie d'être conçue comme un processus à « double hélice » biopsychique tout autant à l'abri d'un clivage psyché/soma simplificateur que d'une confusion des modèles épistémologiques dans une psychosomatique impressionniste.

Troisième condition de validité de cette définition de la parentalité périnatale dans notre contexte d'une psycho(patho)logie psychanalytique : bien sûr, elle recouvre les relations comportementales, émotionnelles, les représentations conscientes mais elle aspire, tout autant, à prendre en compte dans une vision bifocale « complémentariste » [20], les affects et les représentations préconscientes/inconscientes. En effet, en accord avec l'optique psychanalytique, la parentalité correspond au quotidien de la clinique périnatale au franchissement d'étapes générationnelles, dont le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familier qu'est l'enfant. Pour le meilleur et pour le pire, cette infiltration se cristallise électivement pendant la période périnatale chez des adultes confrontés à une inflation de réminiscences de la « situation anthropologique fondamentale » [21] où la dissymétrie entre l'inconscient sexuel de l'adulte et du fœtus/*infans* culmine.

On décrit en ce sens, chez la femme enceinte, sa « transparence psychique » [22]. Métaphoriquement, nous parlons de fonctionnement psychique « placentaire » pour bien mettre en exergue sa finalité : la gestation des fonctions maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant à naître. Au début de la grossesse, l'embryon/fœtus est une extension corporelle maternelle. Mais chemin faisant, à l'entrecroisement des interactions foetoenvironnementales (où la proprioception joue – en creux ou en plein – un rôle majeur pour la mère) et des identifications projectives qui expriment le projet d'enfant, une

objectalisation de l'« enfant virtuel » s'impose progressivement. Du degré de maturation objectale en prénatal de cet enfant initialement narcissique dépend notamment le devenir de l'empathie maternelle à l'égard du nouveau-né en postnatal. La proposition de « relation d'objet virtuelle » (ROV) parent-fœtus explore les variations cliniques de cette géométrie variable (cf. infra).

Ce processus mental spécifique de « transparence psychique » maternelle se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, une certaine levée du refoulement habituel. Les souvenirs enfouis affluent avec une censure psychique moindre. Bien sûr, la névrose infantile fait retour (et sa révision adolescente), mais c'est d'abord et surtout des reviviscences archaïques précédipiennes plus anciennes encore qui affluent à la conscience. Globalement, la période prénatale s'affirme comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de répétitions traumatiques. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures est reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somatopsychiques inhérentes à la maternité, au suivi médical de la grossesse (procédures du diagnostic anténatal, examens échographiques) [23], aux interactions foetomaternelles surdéterminantes et aux éventuelles complications médicales.

Entre haine et amour, la mère chemine dans un conflit d'ambivalence à l'égard du fœtus. Sirol [24], en se référant à Winnicott, décrit avec acuité les 21 raisons qu'une femme enceinte a de haïr son fœtus. Un fœtus qui contraint a priori la femme à réorganiser rétrospectivement son histoire et son identité, et à s'engager prospectivement dans la métamorphose du devenir mère.

Le paradigme d'une conflictualité de la parentalité mise en relief dans la période prénatale décrite chez la femme est aussi valide, dans un registre singulier non confusionnant, pour le géniteur. De fait, mutatis mutandis, le devenant père traverse durant cette période une phase de réaménagement biopsychique qui questionne son histoire individuelle et générationnelle. Il reste encore à ce jour beaucoup à entreprendre pour que le père soit véritablement accueilli à la juste mesure de ses vertus et vertiges par les professionnels de la périnatalité.

Plus largement, ce sont aussi bien tous les acteurs principaux du « système » familial – grands-parents, fratrie, proches, etc. – qui rencontrent simultanément une phase de réaménagement propre durant toute la période prénatale et, à ce titre, ils méritent attention.

La naissance est donc avant tout un passage d'un état à un autre, une modification radicale, un bouleversement, mais d'une vie déjà en cours tant pour la mère, l'enfant, que pour le père et la famille. Entre rupture et continuité, il existe pour chacun un point d'équilibre entre catastrophe naturelle (traumatisme parental de la naissance) d'une impossible adaptation spontanée, et anticipation créative à l'accouchement et à la confrontation au nouveau-né. Cette proposition conduit à un examen critique de la conception de Rank [25] d'un traumatisme biologique systématique de la naissance chez l'humain (matrice de toutes les angoisses ultérieures), mais prolonge le débat ouvert par ce découvreur sur la sensorialité pré- et périnatale chez le fœtus-nouveau-né et, après coup, sur l'inertie des traces mnésiques périnatales toute la vie durant, en particulier lors de leur commémoration à l'occasion du (re)devenir parent.

Devenir mère et naître humain : une triade biologique

En point d'orgue à sa militance pour la clinique prénatale, l'article de Soulé « La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique » [26] est un plaidoyer très convaincant en faveur de l'empreinte chez l'homme du fonctionnement matriciel de la triade biologique foetus-placenta-mère.

La jonction épistémologique que Soulé développe entre la vie fœtale et les travaux de l'École de psychosomatique de Paris est essentielle. Le fondateur de ce courant, Marty [27], avait fait référence à un « niveau de fixation très archaïque, (...) prénatal » dans une de ses premières publications de 1958 portant sur la

relation d'objet allergique. Mais depuis, force est de constater que cette voie a été peu explorée par les membres de l'École de Paris, alors que leurs riches travaux peuvent être interprétés comme une invitation constante à s'y engager. Or, justement, c'est ce que propose Soulé, en définissant la triade biologique fœtus-placenta-mère comme le socle des « noyaux psychosomatiques originaires » [28] évoqués par Kreisler. Dans ce cadre, Soulé envisage de nombreux exemples de (dys)fonctionnements de cette triade biologique prénatale. Il propose aussi de considérer certains comportements fœtaux comme des « prémices des procédés autocalmants » [29, 30] s'inscrivant dans un « système de décharge pendant la vie fœtale ».

Dans cette lignée, Missonnier [31] élabore une proposition conceptuelle, la ROV. En étayage sur la conception de la triade biologique, elle met en exergue la réciprocité fœtus-environnement, la trajectoire transformationnelle intra- et inter(proto)subjective de la gestation, le caractère virtuel de son objet, et, dans la filiation des relations d'objet orale, anale, génitale, son site utéroplacentaire.

Dans ce creuset théorique, la grossesse est une double métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du devenir humain ; le fœtus ne naît pas humain, il le devient durant la grossesse ; on ne naît pas parent à la naissance, on le devient ; l'espace utéroplacentaire est l'interface fœtus-environnement ; les métamorphoses prénatales habitent l'humain toute sa vie durant.

Initialement, cette théorisation de la ROV est aussi bien sûr indissociable d'une pratique interdisciplinaire, et plus particulièrement dans deux directions : l'accompagnement des parents à l'occasion d'une fausse-couche, d'une mort du bébé à l'accouchement ou juste après et le suivi de parents « enceints » confrontés à l'IMG à la suite de la révélation d'anomalies fœtales.

Cette clinique confronte à la limite de la validité du célèbre schéma freudien développé dans « Deuil et mélancolie » [32], où la perte concerne un objet constitué externe au corps propre alors que la spécificité du deuil périnatal de l'« enfant du dedans » se situe bien en amont dans la filière objectale psychanalytique. Il s'agit là au premier degré d'une amputation variable pour la devenant mère et pour l'espace conjugal.

Blin et Soubieux [33] ont conceptualisé en termes freudiens d'investissement nostalgique cette perte d'un « objet non-objet » « mi-moi, mi-autre » situé dans un entre-deux d'investissement narcissique et d'investissement objectal.

Dans le groupe « Le premier chapitre » de la World Association for Infant mental Health (Waimh) francophone, l'étude polémique de Hugues et al. [34] publiée dans *The Lancet*, a été l'objet d'une analyse critique. Cette recherche (éminemment discutable dans sa forme et son fond) remet en cause le bien-fondé et l'efficacité psychologiques des scénarios d'accompagnement proposés depuis une décennie par les professionnels aux parents qui ont perdu l'enfant de la grossesse.

Sans rentrer dans le détail de ce passionnant débat, l'essentiel peut se formuler ainsi : il y a grand danger à systématiser les procédures de présentation du fœtus aux parents, de nomination, de ritualisations civiles et/ou religieuses etc. en décidant de les engager ou non à partir du seul terme chronologique de la grossesse. À l'évidence, à termes égaux, les parents – individuellement et conjugalement – sont rendus à un moment du chemin de la grossesse psychique qui diffère à chaque fois. L'embryon puis le fœtus se situent, du point de vue du projet des parents au moment du drame, quelque part entre rien et tout, entre chose et personne dans le processus continu périnatal de l'humanisation. La ritualisation proposée a donc du sens si elle est adaptée « sur mesure » à cette maturation ; sa protocolisation « prêt-à-porter » est opératoire et dangereuse si elle est rivée au seul terme de la grossesse ou systématisée à l'identique en l'absence d'évaluation psycho(patho)logique.

C'est très précisément à ce point de la réflexion que la notion de ROV entre en jeu. Plutôt que de rester sur une vision photographique statique d'embryon ou de fœtus, anhistorique, figé dans son statut d'objet non-objet mi-moi, mi-autre, elle défend la vision cinématographique dynamique d'un investissement parental évolutif situé pour chacun à un point précis

entre le degré zéro narcissique et une véritable esquisse préobjectale prénatale faisant fonction de nid à la relation d'objet ultérieure de l'enfant à naître. Cette variable entre extension du corps propre et inclusion en soi d'une altérité en devenir correspond au versant maternel de la ROV.

Entre nidification parentale et nidation embryofœtale : une relation d'objet virtuelle ?

La ROV, c'est la constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re)devenant parents opérant une « nidification » (du latin *nidificare* « construire son nid », « nicher ») biopsychique et le fœtus qui s'inscrit dans un processus de « nidation » (fixation de l'œuf fécondé des mamifères dans la muqueuse utérine) biopsychique.

Jusqu'à présent, l'attention des cliniciens s'est surtout concentrée sur ce que l'on pourrait considérer comme le seul versant parental de la ROV. L'enfant du dedans y est situé à l'entrecroisement du bébé virtuel prénatal et du bébé actualisé en postnatal. C'est la confrontation dialectique permanente des deux qui constitue la réalité biopsychique de l'anticipation parentale périnatale qui ne correspond donc pas un état psychique statique chez les parents « enceints », mais bien à un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus. Le choix du terme virtuel est justifié par sa capacité à faire entendre ce dynamisme évolutif du processus, sa géométrie variable.

La ROV, c'est, du point de vue strict de la relation d'objet, une nouvelle modalité conceptuelle qui concerne les parents, l'embryon puis le fœtus.

Comme on parle en psychanalyse d'objet typique de la relation orale, anale, génitale, caractéristique princeps, la ROV est utérine. Comme le phallus, qui appartient à l'évolution libidinale des deux sexes, le contenant utérin de cette ROV concerne les femmes et les hommes. La ROV est inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité chez la femme et chez l'homme.

Elle se conçoit comme la matrice de toute la filière ultérieure qui va de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total. Sa fonction première est de contenir cette genèse et d'en rendre possible le dynamisme évolutif à l'œuvre. On peut, avec profit, considérer que cette ROV correspond à la version prénatale de la « fonction contenant » [35, 36] telle qu'elle a initialement été conçue par la filière psychanalytique anglaise qui se démarque d'une conflictualité freudienne seulement intrapsychique au profit d'une conflictualité simultanément intrapsychique et intersubjective.

En se référant au cadre d'une « intersubjectivité primaire » dont les racines plongent en prénatal (selon les propositions de Trevarthen en 2003), on peut décrire la ROV côté embryon/fœtus/bébé puis côté devenant parent à condition de ne pas oublier qu'il s'agit justement des deux versants d'un même processus (proto-intrasubjectif et proto-intersubjectif).

Du côté de l'embryon/fœtus/bébé (nidation), on considère la genèse de la « fonction de contenant » de la ROV comme la préhistoire de l'incorporation de la fonction parentale aérienne. Par exemple, sur le plan nourricier que la clinique du reflux gastro-œsophagien a conduit à explorer en détail [37], avant que la bouche et le tube digestif ne soient des contenants fiables du mamelon externe et du lait, le fœtus dans son entier est recouvert, enveloppé, bref contenu par le placenta dans l'utérus. Sur cette base, la contenance utérine initiale est, dans le meilleur des cas, secondairement incorporée par le bébé qui tète et contient le lait.

Plus globalement, l'épigenèse prénatale (au point de rencontre des compétences évolutives embryofœtales et des influences environnementales proximales et distales) fonde la première étape prénatale du développement psychologique du fœtus résolument animé par son orientation (proto)intersubjective primaire vers l'« autre virtuel » [38]. Le devenir de cette épigenèse anténatale constitue son altérité humaine en devenir que Bayle [39] a fort justement intitulé son « identité conceptionnelle ».

Du côté des parents (nidification), la contenance utérine de la ROV parentale en devenir est le nid prénatal de la filière objectale ultérieure de l'enfant. La commémoration générationnelle est vive quand les devenant parents sont enceints et bâtissent une ROV contenant à l'égard du fœtus/nouveau-né : leur transparence psychique réactualise électivement leur ROV d'ex-contenu et ses éventuels avatars dysharmonieux.

Mais, répétons-le, dans une conception résolument « interpersonnelle » de la relation d'objet, la ROV concerne donc simultanément les (re)devenant parents de la grossesse et l'enfant du dedans, devenant humain.

Pour le fœtus et les parents enceints, on peut donc dire que la ROV se réfère, avec une grande variabilité individuelle, à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal.

Au fond, cette ROV est une interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède – et rend possible – celle de la relation parents/bébé. Sa persistance et sa coexistence tout au long de la vie avec d'autres modalités objectales doivent être bien sûr envisagées.

À ce sujet et en accord avec la proposition de Bergeret et Houser [14], il est probable que les « souvenirs/non-souvenirs » (les hypothétiques traces sensorielles protoreprésentatives engrammées de la ROV utérine) ne soient pas ultérieurement directement symbolisables mais, en revanche, actives dans l'homéostasie psychosomatique du sujet et tous les nombreux conflits affectifs intrapsychiques et interpersonnels qui commémorent la dialectique primordiale contenu/contenant et son expression narcissique.

L'universalité du fantasme originaire de vie intra-utérine de Freud [40] est un excellent argument en faveur de la permanence de cette ROV. On manque encore actuellement de données sur l'équation génétique pour y décrypter la transmission phylogénétique intuitivement défendue par Freud. En revanche, on peut raisonnablement déceler dans cette récurrence nostalgique (aussi insistante qu'objet systématique d'un refoulement massif), une constante culturelle de ce signifiant utérin et le dynamisme structurant de sa transmission générationnelle et non verbale. Les quatre strates des fantasmes originaires décrites par Bergeret et Houser [14] éclairent ce débat :

- niveau 1, le plus proche du registre manifeste d'un ordre sexuel et œdipien à l'œuvre dans des reconstructions en après-coup ;
- niveau 2 latent, d'ordre narcissique ;
- niveau 3, plus archaïque, s'enracinant dans la vie intra-utérine ;
- niveau 4, d'un registre phylogénétique.

Finalement, bien avant la mère archaïque des premières relations (pré)objectales, la mère utérine s'impose fantasmatiquement, après-coup, comme la matrice de l'existence même. Elle offre à l'embryon/fœtus la possibilité d'être un mammifère viable... pouvant prétendre naître humain au sein d'une ROV suffisamment bonne : la nidation embryofœtale dans une nidification parentale constitue la partition interactive de la ROV.

■ Diagnostic anténatal

La définition légale du diagnostic anténatal est de « détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (loi du 29 juillet 1994). On parle de diagnostic anténatal pour toute technique permettant cette détection.

Scientisme et extrémisme du diagnostic anténatal

Il est souhaitable d'inaugurer le débat sur les aspects psychologiques du diagnostic anténatal en soulignant d'emblée deux obstacles majeurs :

- le fréquent scientisme d'une médecine « high tech » qui mettrait soi-disant l'usager à l'abri de la maladie, la mort et la castration ;

- l'extrémisme du diagnostic anténatal. C'est en effet une pratique que l'on peut qualifier de « clinique de l'extrême ».

L'extrémisme du diagnostic anténatal tient essentiellement en ceci : sous une apparence trompeuse, banale et anodine, il condamne ses usagers (parents et professionnels) à s'interroger sur les limites de l'humain. Plus précisément, il conduit à explorer ce qu'il y a de virtuellement humain chez le fœtus qui peut, certes, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi basculer à tout moment dans la mort (l'IVG puis l'IMG), l'informe ou la monstruosité.

Cette incertitude s'impose comme une des données psychologiques et éthiques majeures du diagnostic anténatal. Elle est synonyme de « précarité ontologique » [41].

Pour autant, cette incertitude est-elle uniquement due au diagnostic anténatal, historiquement récent ? Certainement pas, c'est le (re)devenir parent pendant la grossesse en elle-même qui s'accompagne depuis que l'homme est homme de multiples interrogations source d'incertitudes.

Ai-je envie, avons-nous envie de donner la vie ? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet... ? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales ? Est-ce que le fœtus/bébé se développe normalement ? Quel est son héritage génétique ? Est-il bien contenu dans le nid périnatal ? Que ferais-je, que ferions-nous s'il meurt ? Comment va se passer l'accouchement ? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap ? Comment vont se dérouler le post-partum, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice... ? Quels seront le tempérament et le style relationnel du bébé ? Comment l'éventuelle fratrie va-t-elle se recomposer ? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes ? ...

Bref, le diagnostic anténatal ne crée pas l'incertitude de la grossesse, mais elle l'amplifie en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant. Ainsi, le diagnostic anténatal donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point aveugle, mais il n'évacue pas l'incertitude pour autant et, parfois, l'exacerbe singulièrement.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte comme on vient de le voir une réponse privilégiée : l'anticipation sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

De fait, répétons-le, sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de l'anticipation est cruciale car, quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse, d'une part à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux, aux désirs soignants, et d'autre part à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Or, en la matière, il faut bien reconnaître combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation.

D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album, il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès » ou enfin, s'il est grand prématuré, « survivant » dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel.

De l'autre, l'IMG, possible en France jusqu'à la fin de la grossesse, rappelle avec cynisme le statut du fœtus, au pire, de « débris humain », au mieux d'« humain potentiel » mais, au fond, de non-humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain, entre le rien, la chose innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain. Au fond, cette incertitude décuplée inhérente au diagnostic anténatal entre « fœtus projet » et

« fœtus tumoral »^[42] est en permanence potentiellement traumatogène. Et pour faire face à cette incertitude du diagnostic anténatal, l'humain dispose notamment de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

Couple incertitude/anticipation : une variable essentielle dans le diagnostic anténatal

Écartons d'emblée un malentendu. Une anticipation tempérée adaptative ne correspond pas à une (chimérique !) prévision exacte du futur, mais bien à une inscription dans un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles. Une des grandes vertus de l'approche systémique contemporaine est de mettre en exergue la critique d'une récursivité des processus humains : un moyen pour atteindre une fin transforme cette fin et, ce faisant, suggère déjà, irréversiblement, quelque nouveau moyen. Tout acte engageant engendre toujours des effets non anticipés et, par conséquent, la santé de l'anticipation, c'est son ouverture à l'imprévisible.

Mais l'anticipation – même normale – est source d'angoisse. Soulignons-le de nouveau : cette angoisse (signal) est la signature de l'anticipation adaptée. L'angoisse « automatique ou traumatique »^[43] en est la version pathologique qui a contrario muselle l'adaptation.

Ainsi définie, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant face au diagnostic anténatal. Quand le projet parental est attaqué par l'effraction d'un handicap, d'un trouble psychique chez l'enfant, l'analyse approfondie de l'anticipation de chacun des acteurs en présence se révèle cliniquement pertinente. Dans le domaine de l'anticipation familiale blessée, la qualité de l'anticipation du soignant et de son institution s'affirme comme un marqueur fidèle de la contenance cicatrisante du cadre. Anticipation meurtrie et anticipation soignante sont deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique.

Par conséquent, pour aborder la complexe interaction du soin en périnatalité, il est opportun de concevoir cet échange comme une négociation entre les schèmes d'anticipation des parents et des soignants à l'égard du fœtus/bébé. Dans ce creuset, évaluer cliniquement l'anticipation est éclairant.

Dans le meilleur des cas, en périnatalité, l'anticipation soignante est « sur mesure », jamais systématisée, et elle supplée l'anticipation parentale sans empiètement ni emprise qui induisent la dépendance et favorisent l'émergence de ce que la prévention prétend combattre.

Exemple d'anticipation : angoisses de malformation

« Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ? ... ». En regard de la clinique, cette question à l'égard du nouveau-venu est familière à la femme enceinte en particulier confrontée au diagnostic anténatal. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'« inquiétante étrangeté »^[11]. Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre « en réalité rien de nouveau, d'étranger, mais bien plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique (...), quelque chose qui aurait dû rester caché et qui a reparu ». Il s'agit ici, pour Freud, « du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du *moi*, d'une régression à l'époque où le *moi* n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui ». L'impression d'inquiétante étrangeté est « produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile ».

Pour une future mère, l'émergence consciente et a fortiori la verbalisation de cette « anticipation imaginaire » d'une possible anomalie dépendent d'un côté de la nature et du contenu de sa

transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que réservent ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer, entre autres, à travers ses angoisses d'enfants monstrueux. Elles sont classiquement interprétées comme la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse. La pratique suggère aussi combien ces affects peuvent rentrer simultanément en résonance avec les avatars précœdipiens. C'est dans ce creuset fondateur que se sont éventuellement joués d'archaïques effondrements, synonymes de ruptures de la continuité d'existence du bébé.

Dans cette complexité structurale s'inscrivent les angoisses de malformations. Elles sont quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou, à l'inverse, furtives et discrètes, mais de toute façon majoritairement présentes, même si peu souvent partagées. Dans le cadre préventif des conflits de parentalité, mais aussi d'une annonce périnatale possible d'un handicap réel, il paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

Or, rares dans la littérature sont les témoignages cliniques qui ont souligné la large présence de ces représentations du monstrueux chez la femme enceinte. Il existe un fort contraste entre les témoignages des cliniciens qui attestent de cette fréquence et la quasi-absence d'évocation dans la littérature^[44].

Dans une étude sur les représentations maternelles pendant la grossesse, Ammaniti^[45] évoque les peurs maternelles de malformation fœtale comme caractéristiques essentielles d'un sous-groupe de la catégorie des représentations dites « étroites/désinvesties ». En opposition aux représentations maternelles « intégrées/équilibrées » qui donnent un tableau riche, souple et cohérent de l'expérience de grossesse, les mères avec les représentations « étroites/désinvesties » affrontent la grossesse comme une étape nécessaire de la vie. La crise de la grossesse est contrôlée, rationalisée, laisse peu de place à la rêverie de l'enfant à venir et à son investissement.

De son côté, Leifer^[46] considère qu'une accentuation des angoisses maternelles à son sujet et à l'égard du fœtus est caractéristique de la grossesse. Leifer défend l'idée que les angoisses à propos du fœtus peuvent être un reflet significatif positif du lien d'attachement maternel et leur absence un signe négatif.

Elles sont interprétées par Matarazzo^[44] comme, d'une part, la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse et, d'autre part, comme projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée.

En l'absence d'anomalie foetale décelable et révélée, ces productions psychiques sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui-même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?

Une hypothèse clinique est formulée : comprises entre les polarités dialectiques de l'angoisse signal psychologique et de l'angoisse automatique psychopathologique, ces représentations sont des marqueurs privilégiés de la nature structurale et de la maturité objectale de l'anticipation maternelle au cœur du « devenir mère » anténatal.

Angoisse signal, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle effective. Ici, caractéristique majeure, l'angoisse est un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à l'élaboration du processus de parentalité. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation périnatale organisatrice d'identifications projectives empathiques. Elle est aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels possibles : une anomalie foetale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap... des possibles, qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à la réactualisation de points de fixations traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisante nuisible à l'anticipation adaptative parentale. La crainte rigide et durable d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant une « agonie primitive » [47] avec une « violence fondamentale » [48] restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux car règne la loi de la survie du « lui ou moi » sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion d'identifications projectives pathologiques prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique fœtomaternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être perçue et entourée par les soignants comme un possible clignotant de « maltraitance du fœtus » [49].

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale car, justement, c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étaillage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendent, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal – consultants, animateurs de groupes de préparation à la naissance et la parentalité, etc. – est évidente en ce domaine, mais on peut appeler de ses vœux une sensibilisation particulière des échographistes à cette double face de l'angoisse de malformation. L'expérience de groupe Balint d'échographistes s'impose comme une des voies les plus prometteuses en ce sens [50].

Un fœtus au risque du diagnostic anténatal

Pour ramasser le propos, il semble pertinent d'évoquer le diagnostic anténatal aujourd'hui comme un rituel au milieu du gué, hésitant entre une fonction symbolique structurante et destructurante, oscillant entre étaillage culturel et obstacle iatrogène.

Le rituel créatif, c'est celui que nous décrivent les anthropologues. Le rituel morbide, c'est celui de la sémiologie psychiatrique.

Le premier est animé par une fonction organisatrice de transitionnalité et de liaison, il offre un moyen d'élaboration des angoisses archaïques, des conflits ou des excitations traumatiques, et aide à la construction du sujet en interaction avec l'environnement.

Mixte d'affect et d'intellect, un rituel symboliquement efficient a un pouvoir de liaison individuelle et sociale dont l'immense paradoxe est de reposer sur la traversée d'une désorganisation transitoire féconde entre le dedans et le dehors. Les rites de baptême, par exemple, prototypes des rites de passage, ont été décrits comme des bains d'indifférencié d'où l'on ressort mieux différencié. Van Gennep a nommé « marge » cette indifférenciation transitoire. Elle représente l'épicentre de la séquence rituelle : séparation/marge/intégration.

Dans sa version psychopathologique, le rituel individuel et social est un cadre symptomatique, révélateur d'une grave crise. Le contexte de la névrose obsessionnelle donne en effet à voir magistralement une version pathologique individuelle des rituels détournés de leur fonction organisatrice. Rempart contre

l'angoisse invasive, ils envahissent la vie quotidienne et peuvent paralyser la vie sociale. Ils prennent un sens de prévention systématique pathologique en rupture avec une acuité anticipatrice raisonnable à l'égard de l'environnement.

Le diagnostic anténatal valse-hésite aujourd'hui entre la définition du rituel anthropologique et du rituel psychiatrique.

Pour que le diagnostic fœtal devienne un rituel de passage et s'écarte de la ritualisation obsessionnelle de fermeture, trois conditions au moins s'imposent :

- le sens vécu et partagé du rituel doit être l'objet d'une symbolisation commune entre parents et professionnels, condition sine qua non d'une « efficacité symbolique » partagée ; aujourd'hui, dans les maternités, la qualité éthique de la négociation d'un authentique consentement éclairé [51] des procédures de diagnostic anténatal et l'investissement des stratégies de préparations individuelles, conjugales et groupales à la naissance dédiées précisément à ce sujet représentent deux marqueurs parmi les plus fidèles de la qualité en présence ;
- les opérateurs professionnels du rituel méritent de bénéficier d'un espace de réflexion (groupe Balint) où les attentes et la dynamique défensive de chacun des acteurs en présence sont mises en récit et réfléchies ;
- la violence de la traversée de la « marge » de la transparence psychique transitoire de la grossesse et de son amplification avec le diagnostic fœtal doivent être reconnues et contenues ; de nouveau, les propositions individuelles, conjugales et groupales de préparation à la naissance et à la parentalité sont essentielles dans cette perspective.

En l'absence de ce contexte bénéfique, la rencontre diagnostique ne peut prétendre répondre positivement à la définition structurante du rituel favorisant l'élaboration individuelle et sociale de la précarité ontologique de la marge conceptionnelle frayant entre la mort, l'informe et le monstrueux du handicap.

En l'état, ce statut de rituel séculier constructif du diagnostic anténatal est donc à envisager comme un objectif collectif à atteindre. Dans l'agora professionnelle et, plus largement communautaire, les questions cliniques, éthiques et politiques posées par le diagnostic anténatal sont indissociables et au cœur de la psychologie fœtale.

■ Modalités d'intervention psychologique parents/fœtus

Face à toute grossesse et, a fortiori, face à la clinique de l'infertilité, des grossesses pathologiques, des suspicions ou des révélations d'anomalies fœtales au décours du diagnostic anténatal, des deuils, des troubles psycho(patho)logiques parentaux des plus légers aux plus graves, etc., la période de grossesse s'est imposée comme un lieu de prédilection de la prévention primaire et secondaire des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles très précoces. L'ensemble des rencontres médicales durant la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les consultations thérapeutiques parents/fœtus à l'hôpital ou en ville, le suivi ambulatoire ou en hospitalisation dans des « unités mère/bébé » constituent les principaux cadres de mise en œuvre de cette prévention médico-psycho-sociale [52, 53].

La consultation thérapeutique anténatale est traitée dans un autre article de l'EMC.

■ Conclusion : le fœtus, un original empêché de tourner en rond sur notre origine

L'aube prénatale de la subjectivation, c'est finalement la partition de la rencontre entre ce « sujet potentiel » et l'autre, déjà sujet humain. Ainsi, le fœtus – si l'on veut bien l'accueillir en soi et en l'autre – s'annonce en ce début du troisième millénaire comme un allié sûr de l'humanité, toujours en quête d'elle-même.

C'est d'ailleurs d'originalité au sujet de notre humaine origine que le fœtus peut faire preuve si nous limitons notre obscurantisme quotidien à son égard.

Les cliniciens ont beaucoup à y gagner. En périnatalité bien sûr, mais justement pas seulement : tous les âges de la vie bénéficient d'une anamnèse attentive aux commémorations fœtales au cœur de son fonctionnement psychosomatique [54], des échanges relationnels du sujet et de son « identité narrative [55] », notion clé de Ricœur insérée dans le champ psycho(patho)logique.

Des psychanalystes [56, 57] curieux de la clinique du premier âge ont remarqué récemment avec grande pertinence qu'à la classique métapsychologie de l'absence, il fallait ajouter désormais en amont une métapsychologie de la présence pour explorer la symbolisation primaire. Il s'agit bien là d'une présence externe. La proposition de ROV prolonge ce raisonnement et pose la question supplémentaire d'une métapsychologie de la présence interne et de la dialectique émergente présence interne/présence externe.

Enfin, le fœtus a un rôle crucial à jouer dans notre agora démocratique. En lui accordant – en nous, citoyens ex fœtus – la place (raisonnable) qu'il mérite, nous bénéficierons de son pouvoir d'influence dans les multiples débats philosophiques, éthiques et juridiques le (nous) concernant : procréation médicalement assistée, mère porteuse, IVG, diagnostic anténatal, clonage, grossesse « ectopique » [58] dans un utérus artificiel, statut légal du fœtus, euthanasie en néonatalogie, etc.

Soyons clairs : il n'y a dans ce propos aucune intention d'accorder un statut de « sujet » au fœtus avant la naissance (aboutissant à une condamnation de l'IVG), mais bien une farouche volonté d'envisager la vulnérabilité et la créativité de l'entrecroisement du travail d'humanisation des parents, des soignants et du fœtus en prénatal.

Redisons-le encore, une biographie qui débute seulement le jour de la naissance n'est pas sérieuse ! Dont acte. Notre identité individuelle et collective mérite désormais la restitution de son premier chapitre dans le cadre d'une psychologie clinique fœtale.



Références

- [1] Morel MF. Histoire des théories et des pratiques de la génération de l'Antiquité à nos jours. Paris: Conférence du 14 mars 2009 à la Société d'histoire de la naissance.
- [2] Duden D. *L'invention du fœtus*. Paris: Descartes & Cie; 1996.
- [3] Brazelton TB. Le bébé: partenaire dans l'interaction. In: Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, Schappi R, Soulé M, éditeurs. *La dynamique du nourrisson*. Paris: ESF; 1983. p. 11-27.
- [4] Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse: Eres; 2003.
- [5] Soubieux MJ. *Le berceau vide*. Toulouse: Eres; 2008.
- [6] Missonnier S, Golse B, Soulé M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris: PUF; 2004.
- [7] Missonnier S. L'échographie obstétricale : un lieu de prévention précoce des avatars de la parentalité? In: Mazet P, Lebovici S, éditeurs. *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF; 1998. p. 111-29.
- [8] Lecanuet JP, Granier-Deferre C, Schaal B. Les perceptions fœtales. Ontogénèses des systèmes et écologie fœtale. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, éditeurs. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1995. p. 253-63.
- [9] Comité consultatif national d'éthique. Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de fœtus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques. Rapport. 1984. <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis001.pdf>.
- [10] Comité consultatif national d'éthique. Avis sur la constitution de collections de tissus et organes embryonnaires humains et leur utilisation à des fins scientifiques. 1997. <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis052.pdf>, <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis053.pdf>.
- [11] Freud S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In: Freud S, éditeur. *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard; 1976. p. 163-210.
- [12] Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF; 1981.
- [13] Bion WR. À propos d'une citation de Freud (1976). In: *La preuve et autres textes*. Paris: Ithaque; 2007.
- [14] Bergeret J, Houser M. *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris: Dunod; 2004.
- [15] Winnicott DW. (1969). La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1989.
- [16] Soulé M. *Introduction à la psychiatrie fœtale*. Paris: ESF; 1992.
- [17] David D, Gosme-Séguret S. *Le Diagnostic prénatal. Aspects psychologiques*. Paris: ESF; 1996.
- [18] Soubieux M, Soulé M. *La Psychiatrie fœtale*. Paris: PUF; 2005.
- [19] Missonnier S. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*. Paris: PUF; 2009.
- [20] Devereux G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion; 1985.
- [21] Laplanche J. À partir de la situation anthropologique fondamentale. In: Botella C, éditeur. *Penser les limites. Ecrits en l'honneur d'André Green, Champs Psychanalytiques*. Paris: Delachaux et Niestle; 2002. p. 280-7.
- [22] Bydłowski M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freud* 1991;135-42.
- [23] Pour un traitement plus complet de l'échographie obstétricale. In: Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ, éditeurs. *Ecoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation*. Toulouse: Érès; 1999.
- [24] Sirol F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir* 1999; 11:25-34.
- [25] Rank O. (1924). *Le traumatisme de la naissance*. Paris: Payot; 1968.
- [26] Soulé M. La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *Psychiatrie Enf* 1999;XXII:71-105.
- [27] Marty P. La relation d'objet allergique. *Rev Fr Psychanal* 1958;XXII: 5-33.
- [28] Kreisler L. Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. *Rev Fr Psychosom* 1991;1:169-84.
- [29] Smadja C. À propos d'un mode particulier de maîtrise des excitations. Les textes du centre A. Binet 1991;(n°19).
- [30] Smadja C. À propos des procédés autocalmants du Moi. *Rev Fr Psychosom* 1993;(n°4).
- [31] Missonnier S. Nidification fœtale, nidation parentale : une relation d'objet virtuelle? In: Bergeret J, éditeur. *Anthropologie du fœtus*. Paris: Dunod; 2006. p. 83-97.
- [32] Freud S. (1915). Deuil et mélancolie. In: *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 1968.
- [33] Blin D, Soubieux MJ. La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie. *Le Carnet/PSY* 1997;(n°31).
- [34] Hugues P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002;360:114-8.
- [35] Bion W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF; 1979.
- [36] Anzieu D. La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir. In: *Les contenants de pensée*. Paris: Dunod; 1993.
- [37] Missonnier S, Boige N. Je reflue donc je suis, Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson. *Devenir* 1999;11:51-84.
- [38] Bråten S. The virtual other in infants minds and social feelings. In: Wold AH, éditeur. *The dialogical alternative*. Oslo: Scandinavian University Press; 1992. p. 77-97.
- [39] Bayle B. *L'enfant à naître*. Toulouse: Érès; 2005.
- [40] Freud S. (1915). Un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique. In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973.
- [41] Saulus G. « Votre enfant est un légume! » Des conditions éthiques nécessaires à toute pratique clinique en situation de handicap extrême. In: Ciccone A, Korff-Sausse S, Missonnier S, Scelles R, éditeurs. *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*. Toulouse: Érès; 2007. p. 209-18.
- [42] Boltanski L. *La condition fœtale*. Paris: Gallimard; 2004.
- [43] Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF; 1981.
- [44] Matarazzo O. Le fantasme d'engendrer un enfant anormal. In: Clerget J, éditeur. *Fantasmes et masques de grossesse*. Lyon: PUL; 1986.
- [45] Ammaniti M. Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. *Psychiatrie Enf* 1991;XXXIV: 341-58.
- [46] Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monogr* 1977;95:55-96.
- [47] Winnicott DW. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouv Rev Psychanal* 1975;11:35-44.
- [48] Bergeret J. *La violence fondamentale*. Paris: Dunod; 1984.

- [49] Robineau C, Missonnier S. Une prévention psychanalytique de la maltraitance est-elle possible? Ou à quoi rêvent les saumons? In: Missonnier S, Golse B, Soulé M, editors. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris: PUF; 2004.
- [50] Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ. *L'échographie de la grossesse, promesses et vertiges*. Toulouse: Érès; 2010.
- [51] Seguret S. *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Toulouse: Érès; 2003.
- [52] Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse: Érès; 2003.
- [53] Poinso F, Glangeaud-Freudenthal N. *Orages à l'aube de la vie. Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé*. Toulouse: Érès; 2009.
- [54] Newnham JP, Ross MG. *Early life origins of human health and disease*. Basel: Karger; 2009.
- [55] Golse B, Missonnier S. *Récit attachement et psychanalyse*. Toulouse: Érès; 2005.

- [56] Roussillon R. *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF; 2008.
- [57] Golse B. *L'être bébé*. Paris: PUF; 2006.
- [58] Atlan H. *L'utérus artificiel*. Paris: Seuil; 2005.

Pour en savoir plus

Circulaire DHOS/DGS/O2/6C 2005-300 du 4 Juillet 2005 : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-08/a0080026.htm>.

Recommandations de la HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP-Communiqué du 9 Février 2006 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite).

L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation : <http://www.aubedelavie.com/Fr/Collection/Echographie>.

Le premier chapitre : www.psynem.org/Waimh/Francophone/Presentation/GroupesDeTravail/PremierChapitre/index.htm.

S. Missonnier (syl@carnetpsy.com).

Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris Descartes, 76, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Missonnier S. Introduction aux connaissances de la psychologie clinique foetale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-19, 2011.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations



Cas clinique