



# Culpabilité

Je t'aime... moi non plus !

**Sylvain Missonnier**

DANS **SPIRALES - LA GRANDE AVENTURE DE BÉBÉ** 2016/3 N° 79 , PAGES 93 À 102  
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1278-4699

ISBN 9782749253381

DOI 10.3917/spi.079.0093

Date de mise en ligne : 21/10/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-spirale-2016-3-page-93?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Sylvain Missonnier

## Culpabilité

### Je t'aime... moi non plus !

Sylvain Missonnier

psychanalyste SPP, professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'université Paris-Descartes Sorbonne-Paris-Cité, directeur du laboratoire PCPP (EA 4056), coprésident de l'ivoso.

syl@carnetpsy.com



*« À notre connaissance, il est facile pour le barbare d'être bien portant, pour l'homme de la culture, c'est une tâche difficile. »*

S. Freud, Abrégé de psychanalyse (1938)

Service de maternité, 18 heures. En fin d'une après-midi de consultations, je reçois Mme C., une jeune femme que je n'ai jamais vue. Je sais une seule chose : une gynécologue-obstétricienne de l'équipe me l'adresse dans le cadre d'un suivi d'infertilité. Je n'ai pas encore échangé avec cette correspondante et pas plus lu le dossier. Précision topographique importante : la salle d'attente de mon bureau se trouve au voisinage de chambres d'accouchés en post-partum avec leur nouveau-né.

Mme C. bondit littéralement de sa chaise et entre dans mon bureau avec une énergie considérable. Je l'invite à s'asseoir et m'installe. Une fois assis, je m'aperçois qu'elle est restée debout au milieu de la pièce. Je suis surpris par son regard d'une farouche intensité. Ce n'est qu'un début ! Lentement, et avec une émotion tragique, Mme C. me toise, puis profère avec une voix profonde, très inhabituelle dans ce contexte : « Monsieur ! Vous devriez avoir *honte*. Comment pouvez-vous faire votre métier avec des personnes comme moi, dans cet endroit ? J'ai *perdu un enfant* et vous me recevez dans une maternité où l'on respire une odeur de bébé et où on entend ces cris. C'est insupportable ! C'est comme ça que vous pensez m'aider ? Si j'avais su, je ne serais pas venue. J'ai trouvé le courage de rester dans la salle d'attente uniquement pour vous dire combien je suis scandalisée. » Touché de plein fouet par cette introduction décapante, je lui

demande, encore groggy, si elle peut me dire comment s'est décidée cette consultation avec moi. Toujours debout, agrippée à son sac et à un foulard, elle me répond qu'elle est suivie depuis trois mois pour infertilité par madame le Dr S., qui l'a invitée à me rencontrer car « elle n'a pas fait son deuil ». Redoublant alors dans le registre rageur, elle déclame : « Je vous prévient, cette histoire de faire son deuil, je n'y crois pas du tout. Je n'oublierai jamais. Le souvenir de Léon ne s'effacera jamais, ni chez moi et ni chez mon mari. » Je reprends, interrogatif : « Léon ? » Mme C. reformule en écho « Léon », en se laissant littéralement tomber sur son siège. Elle pleure un long moment avec des sanglots d'une rare violence qui ponctuent sa répétition du prénom.

Quelques minutes plus tard, je propose à Mme C. des Kleenex car elle vient de finir ceux de sa pochette. Tranchante, elle me remet à ma place : « Oh non, les Kleenex, je n'ai besoin de personne, vous savez, j'ai toujours sur moi une réserve conséquente ! » et, de fait, elle prend dans son sac un paquet neuf.

Un court silence, puis nous nous regardons en face quelques longues secondes. Je sens chez elle comme la corde d'un arc qui se tend puis, d'un coup, Mme C. s'élançait : « Léon est mort d'une fausse route chez sa nourrice à 4 mois. Elle ne s'en est pas aperçue tout de suite. Elle gardait trop d'enfants. Elle a appelé les secours beaucoup trop tard. J'avais confiance en elle. Elle m'a trahie. Maintenant je la hais, je rêve de la tuer, de tuer un de ses enfants devant elle, même quelquefois de la torturer. Je me sens terriblement *coupable* d'avoir de telles pensées. »



Mme C. se remet à pleurer, s'arrête, me dit que cette odeur de bébé est insupportable car elle lui rappelle trop de souvenirs avant la mort de Léon. Elle s'interrompt, me dit qu'elle veut partir, se lève et disparaît comme elle était entrée. Je reste sur mon siège, KO assis.

Encore sous le coup de cet orage, je lis le dossier, rencontre sa consultante et discute abondamment avec elle. Mme C. est venue la voir avec son mari pour être enceinte après deux années infructueuses. L'infertilité maternelle est sans étiologie médicale connue. Il semble évident pour le Dr S. que la catastrophe de la mort de leur fils survenue trois ans plus tôt est encore un obstacle incontournable pour engager un nouveau projet d'enfant. Ma collègue insiste : ce couple est, selon elle, ravagé mais très attachant, elle croit en leur potentiel. Elle a envie qu'on essaye ensemble de les aider.

Deux jours après, j'adresse un courrier à Mme C. en lui donnant un rendez-vous. Je lui propose de la recevoir avec son mari et, si elle le souhaite, à l'hôpital mais en dehors de la maternité. Par retour, elle me dit qu'elle sera présente et précise que ce changement de lieu n'est pas nécessaire. Mme C. arrive seule un quart d'heure en avance. C'est le matin et le temps de la ronde du pédiatre dans les chambres de la maternité.

Dès le début de notre rencontre, elle me raconte qu'elle a repensé à l'autre jour et que si elle est conséquente avec elle-même, si elle veut réussir à avoir un enfant, elle doit pouvoir supporter ça. Mme C. semble réussir à s'en convaincre avec efficacité. « Je n'ai que Léon dans les yeux », affirme-t-elle. Je ne l'oublierai jamais. Je ne veux pas l'oublier. » Sans plus attendre, Mme C. s'engage ensuite dans une description détaillée de la *passion démesurée* qui l'envahit quasi constamment : la *vengeance*. « Jamais, me dit-elle, je n'ai senti avec autant de force cette envie de tuer quelqu'un. Je me sens infiniment *coupable* de cette envie mais c'est plus fort que moi. Je pense à Léon, aux échographies, puis à Léon bébé, et inmanquablement le visage de la nourrice s'interpose et, là, les pires scénarios se répètent indéfiniment. Une fois je la tue. Une autre fois je tue un de ses enfants devant elle. »

Ses nuits sont ponctuées d'un cauchemar récurrent où elle voit Léon déglutir et s'étouffer alors que la nourrice s'occupe d'autres enfants et ne voit rien. « Curieusement, me dit-elle, je suis incrustée à distance de la scène mais figée, impuissante, je ne peux rien faire. J'assiste de loin à l'agonie de Léon, paralysée, et je suis en rage contre les liens invisibles qui me retiennent et l'indifférence de la nourrice. Le pire pour moi, c'est la culpabilité de ne pas avoir rempli ma mission de mère qui protège. »

Je crois être fidèle à la souffrance de Mme C. en affirmant qu'elle est venue me dérouler pendant près de six mois, tous les quinze jours, un récit répétitif de cet acabit dont elle déplorait elle-même la ressemblance et la circularité. Les thématiques inlassablement récurrentes étaient

les suivantes : passivité, impuissance, piège douloureux d'un destin inéluctable conduisant à la folie de la passion, de la vengeance et de la fureur destructrices, et surtout, *culpabilité* de vouloir tuer la nourrice et *remords* de ne pas avoir été une mère protectrice à la hauteur. Ces ingrédients constituent les pièces maîtresses de la *dolor* et de la *furor* de la tragédie depuis les Grecs. Ils sont au cœur de la conception psychanalytique du débordement traumatique et de la compulsion de répétition, où la passion aliène à son objet dans la culpabilité.

*D'un côté, l'idéalisation de la parentalité est extrémiste dans le temple moderne de la fécondité, et, de l'autre, la destructivité et les désillusions y sont redoutables. La clinique de l'origine confronte peu ou prou à la passion de la douleur tragique.*

Bien sûr, quand j'invitais Mme C. à emprunter d'autres chemins, elle le faisait volontiers, comme pour faire une courte pause dans son envoûtement totalitaire de la haine et de la culpabilité. Oui, elle en convenait furtivement, elle avait une histoire avant ce drame ; oui, elle avait une grand-mère maternelle d'une infinie tendresse ; oui, elle avait passé enfant des moments inoubliables sur la plage à faire voler un cerf-volant avec son père ; oui, elle s'était beaucoup engueulée avec sa mère à l'adolescence ; oui, elle aimait son travail ; oui, elle avait un mari affectueux, oui, oui, oui... Mais aujourd'hui, depuis le coup de tonnerre du commissaire venu lui annoncer la nouvelle à son bureau, tout son être était démesurément dédié à la *possession exclusive* de ce projet de vengeance.



Mme C. manque deux rendez-vous puis revient. Le souvenir de cet entretien est gravé dans mon esprit de manière indélébile. Elle ne me parlera pas ce jour-là une seule fois de la nourrice, ni de sa vengeance, ni de sa honte. *Le cri avait laissé place au langage*. Elle était calme, j'allais dire apaisée. Son message peut se rapporter en ces termes : « Mon enfant est mort en moi. C'est une affaire entre lui et moi et... personne d'autre. Il est mort dans les meilleures conditions. Ils n'ont rien trouvé à l'autopsie. Le fœtopathologiste a bien insisté : il n'y a pas eu de souffrance fœtale. Il n'y a pas de souci pour une autre grossesse. Il suffit d'attendre un peu. » En un mot : une mort *irréprochable*. Enfin, une mort d'enfant en présence, ou plutôt en fusion, et du coup, une mort cette fois recevable par la mère. À l'issue de cette rencontre, alors que je posais la main comme à l'accoutumée sur l'agenda, Mme C. me dit d'un ton assuré : « Non, je préfère vous voir dès que je serai à nouveau enceinte. »

C'est précisément ce qui s'est produit un an et demi plus tard. Mme C. me contacta par téléphone pour reprendre rendez-vous avec son mari.

M. C. prit d'abord la parole pour dire combien il pensait que sa femme allait mieux depuis que le procès avait eu lieu. Contrairement aux audiences, auxquelles sa femme n'avait pas voulu se rendre et rencontrer la nourrice, elle avait accepté de la voir au procès. La

nourrice, condamnée à ne plus faire son métier, y avait reconnu son manque de vigilance, avait demandé aux parents d'envisager ce que, en tant que maman, elle considérait elle-même comme impossible : qu'ils lui pardonnent l'impardonnable et qu'ils croient en la profondeur de sa culpabilité. M. C. était convaincu que cette confrontation avec la nourrice serait bénéfique pour sa femme, et il avait eu raison. Elle s'est trouvée enceinte un mois après le procès.

Des rencontres suivantes avec Mme C., je retiens leur contraste avec celles du départ. Léon était présent mais à bonne distance d'ainé, ne condamnant plus sa mère à un culte monothéiste exclusif. La grossesse se déroula tranquillement. Claire émergea doucement du nid prénatal et naquit lors d'un accouchement sans heurt. Un suivi familial avec moi fut maintenu pendant six mois après la naissance de Claire. La date anniversaire des 4 mois du décès de Léon fut explicitement anticipée et franchie avec une *angoisse signal* maternelle et familiale adaptée. Six mois après la naissance de Claire, d'un commun accord, nos rencontres se sont interrompues.

## Culpabilité de vie et de mort

À l'issue de ce récit, je souhaiterais en extraire quelques éléments pour amorcer brièvement une réflexion sur la *passion douloureuse de la haine à l'aube de la vie, et son ombre de culpabilité*. Je me concentrerai sur les deux premières séquences du récit clinique avant la grossesse et la naissance de Claire.

*La période périnatale vient mettre peu ou prou à l'épreuve les forces de vie et de mort chez tous les acteurs en présence.*

– D’abord, le décès de Léon. Dans la tragédie grecque, à l’instar de Médée trahie par Jason, la nourrice est systématiquement celle qui tente de contenir la douleur maternelle et s’oppose à sa fureur meurtrière infanticide. Dans ce contexte, la nourrice représente la préoccupation maternelle primaire sans justement ce qui la caractérise : *la passion « normale » de la folie maternelle* valse-hésitation entre hyperadaptation hypomaniaque, phobie d’impulsion coupable et dépressivité. Or, ici, c’est le monde à l’envers : la nourrice se transforme en bourreau. Elle devient par accident détentrice en pensée et en acte du pouvoir suprême qui signe l’identité maternelle : son pouvoir sacré de vie et de mort sur l’enfant qu’elle a mis au monde. La négligence de la nourrice vole à la mère bien sûr l’enfant, mais plus encore, le monopole de la virtualité agissante du fantasme infanticide. Et, suite à la catastrophe de ce rapt, Mme C., paralysée par la culpabilité, n’arrive pas à avoir un enfant, elle consulte alors avec son mari un professionnel de la procréation médicalement assistée (PMA) qui perçoit la détresse en présence et l’oriente vers moi. Le travail psychothérapeutique avec moi s’instaure, favorisant, dans le meilleur des cas, une élaboration narrative du traumatisme parental et, surtout, de la culpabilité invasive maternelle.

– La seconde séquence est temporellement plus courte et concerne la deuxième grossesse se finissant par une fausse couche. On s’en souvient, Mme C. me disait juste après : « Mon enfant est mort *en moi*. C’est une affaire entre lui et moi et... *personne d’autre*. Il est mort dans les meilleures conditions. Ils n’ont rien trouvé à l’autopsie. Le foetopathologiste a bien insisté : il n’y a pas eu de souffrance foetale. Il n’y a pas de souci pour une autre grossesse. Il suffit d’attendre un peu. » Cette perte est authentifiée en temps réel. Mais, ce qui me paraît essentiel, *c’est qu’elle disparaît ensuite de la scène consciente*. Tout est en place pour que cette séquence soit scotomisée par tous, parents et professionnels. De fait, ce qui m’a le plus frappé à l’époque, et plus encore en rapportant après coup cette histoire, *c’est le silence du couple au sujet de cette perte, lors de la troisième grossesse*. Par exemple, il n’y a pas eu explicitement, tout du moins chez Mme C. en consultations, de classique rebond anniversaire de la fausse couche précédente aux trois mois de la grossesse suivante de Claire. Confrontée à l’horreur de la culpabilité de ne pas avoir maintenu Léon en vie, Mme C. transforme la passion amoureuse d’une nécessaire préoccupation maternelle primaire du bébé en une ravageuse passion de la haine de la nourrice. La « folie maternelle normale » devient une passion addictive douloureuse.

Je perçois cette passion démesurée de la haine de la nourrice, et de la culpabilité persécutoire en miroir, comme une manière pour cette mère de survivre, de s'autoconserver face à la privation douloureuse d'un don d'amour passionnel qui fait exister le nouveau-né vulnérable. La haine et la culpabilité se substituent à l'impossible travail de deuil. Quand il n'y a pas de catastrophe, à la fin d'une lune de miel fusionnelle, la mère suffisamment bonne prend progressivement de la distance à l'égard du bébé et l'inscrit dans un processus de séparation/individuation. Après la folie amoureuse inaugurale, une conquête de l'ambivalence émerge. Après une période d'illusionnement du bébé, sa désillusion progressive lui ouvre la voie des compromis entre principe de plaisir et de réalité.

Privée par la perte réelle de Léon de cette trajectoire intersubjective potentielle de l'élaboration de la passion de l'amour maternel, Mme C. devient prisonnière de la haine primitive, une haine « en tant que relation à l'objet, plus ancienne que l'amour », nous dit Freud (1915), dont la culpabilité abyssale en est l'incarnation. Dans ce contexte de blocage condamnant Mme C. à la rumination de sa passivité et de son extériorité traumatiques face au drame, la survenue de la fausse couche peut être envisagée comme une répétition cathartique car *processuelle*.

Mon hypothèse est alors la suivante : la mort de cet enfant virtuel du dedans vient s'inscrire pour Mme C. en contrepoint de la perte de Léon, car elle y est cette fois fantasmatiquement à l'abri du défaut de contenance, de l'extra-territorialité du drame et de la culpabilité inhérente : cela s'est produit chez elle, dans son corps ; c'est-à-dire

au sein d'un espace autochtone qui, au-delà de l'issue, témoigne en valeur absolue de sa contenance matricielle.

En ce sens, il est alors possible de risquer l'idée que cette fausse couche est mutative pour Mme C., car elle permet l'investissement *inconscient* des vertus dynamiques d'un *sacrifice expiatoire, d'une culpabilité dépressive inaugurant un travail de deuil*.

Dans cette logique inconsciente, le fœtus de 4 mois est sans doute la victime émissaire dont le sacrifice permet, dans la terminologie de la tragédie romaine :

– de dépasser chez Mme C. le *dolor* (la souffrance physique et la culpabilité morale insondable de la perte de Léon) ;

– et de décharger le *furor* (l'état de démence monstrueuse dans lequel le sujet tragique reconquiert son identité en quittant – transitoirement – son humanité) ;

– *via* le crime sacrificiel, le *scelus nefas*, dans la tragédie, un crime réel contre l'ordre du monde bien ordonné, mais avec Mme C., un sacrifice inconscient qui trouve sa cohérence dans sa réalité psychique.

Le héros tragique romain supprime une douleur insondable en commettant son *scelus nefas*. Chez Mme C., le décès spontané de l'enfant à naître lui donne l'opportunité fantasmatique de prendre ses distances avec une douleur tragique

aliénante et une culpabilité térébrante. León Grinberg (1965) parlerait sans doute à dessein du passage d'une « culpabilité persécutrice » à une « culpabilité dépressive ». La première bloque le travail de deuil, entretient la torture du masochisme moral ; la seconde nourrit le travail de deuil et permet des ouvertures sublimatoires.

*Le défi majeur en périnatalité est certainement d'accueillir et de contenir cette passion sans en éteindre, en passiver, la flamme créatrice individuelle et collective.*

Face à cette économie transgressive de la conflictualité inconsciente, tout est en place pour que le refoulement règne en maître. C'est ce qui semble s'être passé dans cette histoire clinique.

### Clinique de l'origine, origine de la culpabilité

Deux décennies de clinique périnatale m'ont convaincu de l'intrication d'Éros et de Thanatos à l'aube de la vie. D'un côté, *l'idéalisation* de la parentalité est extrémiste dans le temple moderne de la fécondité, et, de l'autre, la *destructivité et les désillusions* y sont redoutables. La clinique de l'origine confronte peu ou prou à la passion de la douleur tragique.

Cette passion en présence amplifie spectaculairement la commémoration des conflits œdipiens et, surtout, archaïques. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la passion de la haine inconsciente du fœtus (Sirof, 1999 ; Soulé, 1999) puis du bébé (Winnicott, 1947) y soit aussi banale que sa dénégation et, parfois, son déni chez les parents comme chez les soignants, dont le Moi est confronté, pour le meilleur et pour le pire, aux reviviscences fondatrices de leur Surmoi interdictif.

« La haine précède l'amour mais sans doute n'y a-t-il d'amour que parce qu'il y a haine, aux origines mêmes du sujet », écrit Roger Dorey (1986). Et c'est bien en ce sens qu'on a pu parler justement de « haine nécessaire » (Jeammet, 1989) en tant qu'elle est l'objet, dans le meilleur des cas, d'un apprivoisement œdipien où *haine et amour seront progressivement liés grâce aux vertus d'une culpabilité tempérée*. La modalité de gouvernance du Surmoi du sujet, héritier du complexe d'Œdipe, témoigne de l'issue de ce parcours.

Dans ce contexte, la vision freudienne (1916) d'une culpabilité inconsciente *antérieure* à l'acte qui « produit » le « délit » me paraît pertinente. Aussi, plutôt que d'envisager un travail psychothérapeutique centré sur la « libération » d'une culpabilité à éradiquer, la voie psychanalytique à plus à gagner, à mon sens, en pariant sur une

élaboration de la négation, sinon du déni, d'une culpabilité causée par les fantasmes agressifs contre les objets et, par conséquent, inhérente à la réalité psychique même. Selon ce schéma, la culpabilité inconsciente préexiste chez Mme C. au drame chez la nourrice, qui vient, lui, en proposer une décharge tragique dans la réalité matérielle.

En deçà et au-delà de ce récit d'une clinique de l'extrême, j'ai tenté de suggérer ici combien la période périnatale vient mettre peu ou prou à l'épreuve les forces de vie et de mort chez tous les acteurs en présence. La passion archaïque de la haine et de l'amour non liés y est – souvent monstrueusement – omniprésente dans les cris et les douleurs du quotidien.

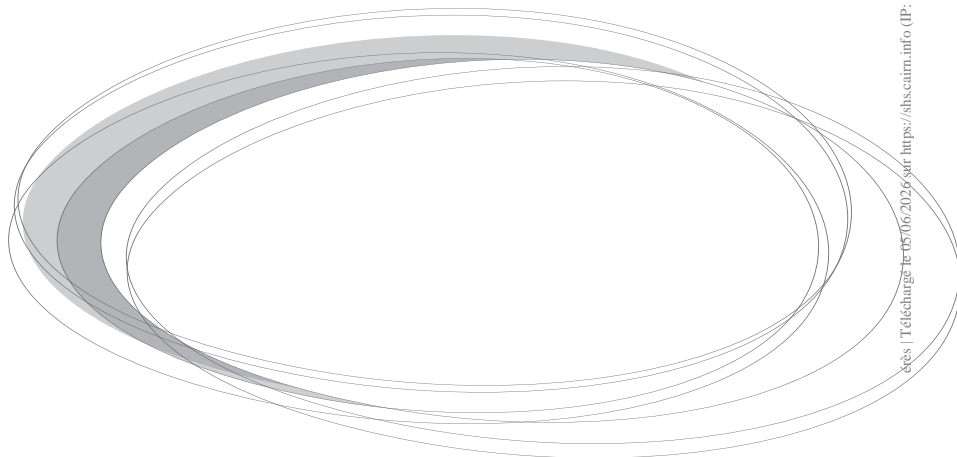
Dans son texte *Passions et destins des passions*, André Green (1980) a bien montré le bannissement de la passion dans l'analyse de la névrose chez Freud lui-même. En périnatalité, écarter cette passion serait ni plus ni moins qu'un évitement de l'essentiel. Décrire cette passion comme le signe distinctif des sujets psychopathologiques serait tout aussi erroné. La douleur de cette démesure primitive tragique, de cette « folie originelle », de cette « folie privée », est en effet *consubstantielle* au devenir mère, au devenir père, au naître humain et, probablement, à l'être soignant durant cette période.

Le défi majeur en périnatalité est certainement d'accueillir et de contenir cette passion *sans en éteindre, en passiver la flamme créatrice individuelle et collective.*

Au final, face à la passion douloureuse de la haine, je recommande l'option spinoziste (1677) : l'homme « nécessairement toujours soumis aux passions » ne pourra s'en libérer d'une qu'au profit d'une autre, plus forte. En d'autres termes, le seul antidote efficace à la douleur passionnelle de la haine ? Une autre passion, bien sûr ! Mais laquelle, me direz-vous ? Pour ma part, la passion pour la clinique psychanalytique périnatale me paraît une valeur sûre !

## Bibliographie

- Dorey, R. 1986. « L'amour au travers de la haine », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 33, p. 75-93.
- Freud, S. 1915. « Pulsions et destin des pulsions », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 11-44.
- Freud, S. 1916. « Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique », « III. Les criminels par conscience de culpabilité », dans *Œuvres complètes*, XV, Paris, Puf, 1996, p. 38-40.
- Green, A. 1990. *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard.
- Grinberg, L.; Badal, D. W. 1965. « Deux sortes de culpabilité : leurs relations avec les aspects du deuil normal et pathologique », *Revue française de psychanalyse*, vol. 29, n° 2-3, p. 191-204.



- Jeammet, N. 1989. *La haine nécessaire*, Paris, Puf.
- Missonnier, S. 2003. *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*, Toulouse, érès, 2015.
- Missonnier, S. 2009. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, Puf.
- Missonnier, S. ; Blazy, M. ; Boige, N. ; Presme, N. ; Tagawa, O. 2012. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson.
- Sirof, F. 1999. « La haine pour le fœtus », dans M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, M.-J. Soubieux (sous la direction de), *Écoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation*, Toulouse, érès, 2011.
- Soulé, M. 1999. « La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique », *Psychiatrie de l'enfant*, XLII, 1, p. 71-105.
- Spinoza, B. 1677. *Éthique*, IV, Paris, Garnier-Flammarion, 1965.
- Winnicott, D.W. 1947. « Le bébé en tant que personne », dans *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1982.

### Résumé

L'histoire de Mme C., rencontrée dans le cadre d'un suivi d'infertilité et dans le contexte d'un deuil récent d'un bébé de 4 mois, rappelle que forces de vie et de mort sont à l'oeuvre dans toute clinique des origines, qui confronte inmanquablement à la passion de la douleur tragique. L'élaboration de la culpabilité inconsciente apparaît comme un défi majeur en périnatalité, tout comme accueillir et contenir ces passions archaïques pour ne pas en éteindre la flamme créatrice individuelle et collective.

### Mots-clés

Grossesse, mort, deuil, haine, amour, culpabilité, passion, clinique de l'origine.