



DYNAMIQUES D'IDENTIFICATION PROJECTIVE ET SUBJECTIVATION PARENTALE FACE A LA TRISOMIE 21 : UNE ÉTUDE CLINIQUE DANS LE NORD-CAMEROUN

[Étapes de traitement de l'article]

Date de soumission : 21-05-2025 / Date de retour d'instruction : 05-06-2025 / Date de publication : 15-07-2025

Ortance Célestine NGUEMO

Université de Yaoundé 1

✉ hortycelestine@gmail.com

&

Emilie Clarisse TCHOKOTE

Psychologue clinicienne et psychopathologue, Maître de Conférence, ENS de Yaoundé-Cameroun.

✉ emilietchoko@yahoo.fr

RESUME : Cet article explore l'identification projective parentale et son retentissement sur le processus de subjectivation des parents. Le problème de l'étude se concentre sur le processus de subjectivation chez les parents camerounais confrontés à la trisomie 21 de leur enfant, au regard de la nature de l'identification projective parentale mise en œuvre. La question de recherche posée est : comment l'identification projective rend-elle compte du travail de subjectivation chez le parent ayant un enfant porteur de trisomie 21 ? L'hypothèse de l'étude propose que la nature des identifications projectives parentales, qu'elles soient normales ou pathologiques, mobilisées par le parent d'un enfant trisomique, organise les processus de subjectivation permettant de donner sens au handicap de l'enfant. Cette étude est un travail de terrain qui s'est déroulé à l'Hôpital Régional de Garoua-Cameroun. Les résultats auxquels nous sommes parvenus ont montré que la représentation de soi est un facteur manifeste. Les participants ont exprimé des réflexions profondes sur leur identité parentale, ce qui indique que leur perception d'eux-mêmes influence de manière significative leurs interactions avec leurs enfants. De plus, le retrait excessif des relations objectales chez certains participants met en exergue l'importance des représentations mentales dans la construction de l'identité.

Mots-clés : Trisomie 21, Identification projective, Subjectivation.

DYNAMICS OF PROJECTIVE IDENTIFICATION AND PARENTAL SUBJECTIVATION IN THE FACE OF DOWN SYNDROME: A CLINICAL STUDY IN NORTHERN CAMEROON

ABSTRACT: This study investigates how parental projective identification influences the subjectivation process in parents of children with Down syndrome in Northern Cameroon. Using a qualitative clinical approach, eight parents were interviewed through semi-structured interviews and the Thematic Apperception Test (TAT). The findings reveal various defense mechanisms (denial, projection, rationalization) and a persistent tension between traditional beliefs and biomedical explanations. Faith and cultural resources emerge as key resilience factors. The study highlights how the

nature of projective identifications, whether normative or pathological, shapes the parents' ability to symbolize the disability and engage in a transformative process of subjectivation and parental redefinition. The results we reached showed that self-representation is a manifest factor. The participants expressed deep reflections on their parental identity, which indicated that their perception of themselves significantly influenced their interactions with their children. Moreover, the excessive withdrawal from object relations in some participants highlights the importance of mental representations in the construction of identity.

Keywords : Down syndrome, projective identification, subjectivation

Introduction

La naissance d'un enfant atteint de trisomie 21 constitue un bouleversement profond dans la trajectoire psychique des parents. C'est souvent un choc, une irruption inattendue qui vient mettre à mal l'image idéalisée de l'enfant attendue pendant la grossesse. Comme le soulignent Diserens et Vatré (2003), l'altérité introduite par le handicap confronte les parents à une réalité radicalement autre, qui nécessite un travail d'élaboration psychique souvent douloureux. Ce processus implique une remise en question des représentations initiales, des liens affectifs en construction, et des projections parentales sur l'avenir de l'enfant. Lorsque cette situation survient dans un contexte culturel spécifique, comme celui du Nord-Cameroun, elle prend une résonance encore plus singulière.

Ici, les croyances traditionnelles, les interprétations religieuses, et les normes sociales façonnent la manière dont le handicap est perçu : parfois comme une épreuve, d'autres fois comme une anomalie ou une sanction surnaturelle. Ce tissu de représentations culturelles ne détermine pas uniquement le regard de la société sur l'enfant ; il retentit profondément à la manière dont les parents s'approprient cette expérience, la racontent, la symbolisent. C'est dans cette dynamique, à la fois individuelle et collective, que se déploie le travail de subjectivation parentale.

Aussi, Klein (1946) décrit l'identification projective comme un mécanisme par lequel le sujet expulse hors de lui des parties de son moi, souvent chargées d'affects négatifs, pour les déposer dans un objet externe. Ce processus peut avoir une valeur structurante, à condition que les éléments projetés puissent être ultérieurement réintégrés. En revanche, lorsqu'il se fige ou qu'il envahit l'objet, il devient pathologique, brouillant les frontières entre le soi et l'autre. De la même manière, Bion (1962), prolongeant cette réflexion, distingue une identification projective « normale », qui favorise la communication émotionnelle et la compréhension mutuelle, d'une forme « pathologique », qui empêche la pensée et la différenciation psychique. Il introduit à cet égard la notion de fonction alpha, désignant la capacité de l'appareil psychique à transformer les expériences brutes en éléments pensables, étape essentielle du développement psychique. C'est précisément à cette articulation, entre ce qui peut être projeté, transformé, réintégré, que se joue le processus de subjectivation parentale.



Selon Aulagnier (1975), subjectiver, c'est devenir progressivement auteur de son propre discours, en inscrivant ses vécus affectifs dans une trame signifiante. Pour le parent d'un enfant porteur de trisomie 21, cela implique un remaniement identitaire profond : il ne s'agit pas simplement d'accepter le handicap, mais de pouvoir l'intégrer à une histoire personnelle et familiale qui fasse sens. Dès lors, Aulagnier insiste sur l'importance des premières traces psychiques, les pictogrammes dans la constitution du sujet. Ces représentations pré-verbales servent de socle à la pensée symbolique. Dans le champ parental, cela signifie que l'enfant réel, avec ses particularités, doit pouvoir être intégré dans le récit psychique du parent, et non figé dans une image projetée ou idéalisée.

Par ailleurs, comme le souligne Kaës (2009/2014), la subjectivation ne se joue pas uniquement dans la relation duelle parent-enfant, mais aussi à travers les transmissions psychiques intergénérationnelles ; aussi souligne-t-il que les alliances inconscientes jouent un rôle fondamental dans la structuration de la réalité psychique. Ce qui retentit sur nos pensées, nos émotions et nos comportements de manière souvent imperceptible. Ces alliances inconscientes peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur notre vie psychique, selon qu'elles nous aident à nous sentir sécurisés, aimés et valorisés, ou qu'elles nous enferment dans des patterns de comportements répétitifs et destructeurs.

Aussi, les conflits non élaborés, les traumatismes latents ou les alliances inconscientes peuvent soit soutenir, soit freiner cette élaboration. Toutefois, la présente étude s'intéresse aux mécanismes d'identification projective en tant que facilitateur ou frein à la symbolisation du handicap et à la construction identitaire de l'individu face au vécu du handicap. La naissance d'un enfant porteur de trisomie 21 provoque, chez les parents, une déflagration psychique qui remet en cause les attentes inconscientes projetées sur l'enfant idéalisé. Ce surgissement de l'altérité impose une recomposition du lien parental, souvent traversée par des mécanismes de défense, dont l'identification projective constitue une modalité centrale.

Dans ce processus, le parent peut déposer sur l'enfant des éléments psychiques non élaborés : culpabilité, angoisse, agressivité ou espoirs qui agissent parfois comme leviers d'élaboration, mais peuvent aussi cristalliser un noyau traumatique. L'enfant devient alors, au-delà de sa condition, le reflet de conflits internes que le parent peut difficilement reconnaître comme siens.

Dans la région du Nord-Cameroun, ces dynamiques sont amplifiées par un contexte culturel fortement imprégné de croyances traditionnelles, de discours religieux et de représentations sociales parfois stigmatisantes. L'assignation du handicap à des causes magico-religieuses, les injonctions au silence ou à la honte, peuvent renforcer l'isolement psychique du parent. Il se retrouve alors à la croisée d'un vécu intime chargé d'ambivalence, et d'un cadre symbolique qui peut tantôt soutenir, tantôt entraver, le travail de subjectivation. La question centrale devient alors : comment un parent peut-il se subjectiver, c'est-à-dire devenir sujet de son expérience, lorsqu'il est confronté à un enfant porteur de handicap, dans une relation médiatisée par des identifications projectives plus ou moins pathologiques ? En d'autres termes, dans quelle mesure ces projections inconscientes facilitent-elles ou empêchent-elles un

travail de symbolisation du handicap, dans un univers culturel où les repères sociaux et psychiques sont souvent ambivalents ?

1. Méthodologie

1.1 Site de l'étude et participants

La présente étude s'est déroulée à l'hôpital régional de Garoua. Il est important de rappeler que cet hôpital ne comptait pas de psychologue avant notre arrivée dans cette structure. Ce qui a été un obstacle dans le suivi des patients, et de parents, puisqu'ils découvraient une approche de suivi et de prise en charge nouvelle. Nous nous sommes intéressée dans cette études aux parents dont les enfants sont porteurs de T21 et suivi ou internés à l'hôpital Régional de Garoua. La sélection de ses participants s'est faite suivant les critères d'inclusion retenus à cet effet.

1.2 Outil de collecte des données

Les entretiens individuels ont été utilisé pour collecter les données de cette étude auprès des participantes. Ces entretiens ont été réalisé de manière semi-directive sur la base d'un guide d'entretien. Nous avons choisi cet outil pour la simple raison qu'il offre un cadre adéquat pour voir émerger de manière spontanée, la subjectivité du participant liée au vécu de la maladie, de la représentation subjective de celle-ci sur l'enfant et le saisir de manière approfondie et exhaustive. Ces entretiens ont eu lieu dans la salle d'écoute du service de la santé mentale de l'Hôpital Régional de Garoua. Un entretien durait en moyenne 45 minutes par cas. Nous faisons deux entretiens par cas, soit six (06) entretiens au total. A côté des entretiens semi-directifs, nous avons fait usage du TAT (Thematic, apperception Test) pour évaluer la dynamique psychique complète des participants et avoir un aperçu des mécanismes projectives qui émergent durant la recherche.

Chaque participant a été informé sur le but de la recherche (examiner les mécanismes d'identification projective en tant facilitateur ou frein à la symbolisation du handicap et à la construction identitaire de l'individu face au vécu du handicap). Toutefois, nous ne leur donnions pas l'hypothèse de recherche, pour éviter tout biais pouvant contraindre cette étude. Pour avoir toutes les unités de sens, et permettre une analyse exhaustive des verbatim des participants, nous avons opté pour des enregistrements à l'aide d'un dictaphone. Son utilisation était signalée à l'avance aux participants afin d'éviter tout idée ou sentiment d'être épié. En effet, le matériel clinique quel qu'il soit n'est jamais utilisé sans le consentement de celui à qui il appartient. En procédant ainsi, nous nous sommes conformés à l'un des grands principes de l'éthique de la recherche.

1.3. Technique d'analyse

Les informations (données) collectées ont été analysées par la technique d'analyse thématique de contenu. Les thèmes essentiels appelés aussi unités de sens



contenus dans le discours des participants ont été relevés, les mots et les passages essentiels ont été retenus afin de fonder empiriquement l'analyse. Ces informations sont des paroles qui ont été transformées en écrits via la transcription sur ordinateur à l'aide du logiciel informatique Word, pour avoir le corpus (verbatim) sur lequel l'analyse a été faite.

2. Résultats

L'analyse des données cliniques a permis de dégager plusieurs thèmes récurrents, révélateurs des tensions psychiques traversant les parents dans leur tentative de subjectivation. Mais avant, nous faisons une brève présentation des participants de cette étude.

2.1 Présentation des participants

Par souci de confidentialité, et de respect des normes éthiques, nous avons donné des noms fictifs à nos participants.

- **Aboukacar**

Il s'agit d'une maman de 15 enfants, dont le pseudonyme d'Aboukacar lui a été donné. L'enfant porteur du handicap est la dernière de la fratrie. Elle dit avoir 60 ans, elle est ménagère ; foudé d'ethnie, elle est de religion musulmane. Très participante dans les entretiens et la passation de TAT, elle présente avec aisance ses émotions et répond sans résistance aucune aux questions qui lui sont posées. Sa dernière enfant est porteuse de handicap et fréquente une école spécialisée (ES) ; elle a été diagnostiquée IMC par le spécialiste de son l'ES, à savoir CRESAS. Elle a fait avec son mari 40 ans de mariage et est la première épouse d'un foyer polygamique de deux femmes.

- **Jean-Paul**

Les rencontres se sont déroulées dans son bureau au quartier Plateau. Gendarme retraité, il est âgé de 75 ans, mais continue à exercer en tant qu'Ancien-combattant. Ses grands- parents de deux côtés, maternel et paternel sont venus du Tchad, né au Cameroun, il n'est plus jamais retourné au Tchad, ne connaît aucun oncle ni tante du côté de Tchad, devenu camerounais, il est d'ethnie Ngambaye, de religion protestante et sa femme moudang de religion catholique ; il a fait six enfants et sa dernière fille, trisomique est âgée de 15 ans. Il a été très coopératif, lors des entretiens.

- **Baba**

Mère de huit enfants, donc le dernier est T21 et âgé de 8 ans. Baba est âgée de 49 ans, selon son estimation, car elle dit qu'à cause de la maladie de son fils, elle n'a pas pu faire sa carte nationale d'identité. Elle et son mari sont Peuls, du village Diam Baba ; ils sont tous deux de religion musulmane, 40 ans de mariage monogamique ; elle est ménagère et son mari agriculteur, ils sont tous deux des cousins. Ils ont fait tout comme Aboukacar 15 enfants et dont celui qui est porteur de handicap est le 15e de la fratrie. L'entretien s'est déroulé en 1 séance dans sa concession au quartier Sanguéré Paul, et la passation du TAT s'est faite en deux, soit trois rencontres.

- Adj

Elle est une jeune maman de 30 ans, de famille monoparentale, elle est sur le point d'accoucher un troisième enfant, malgré qu'elle ne se soit jamais mariée. Elle a été orpheline de mère très tôt et son père s'est remarié. Elle a accouché son premier fils T21 à l'âge de 17 ans, et le père de son fils ayant refusé de donner la dot exigée par son papa, ils se sont séparés ; et depuis lors, le géniteur ne s'est jamais occupé de l'enfant, encore moins sa famille dont selon les dires de Adj, cet « *enfant n'existe pas simplement dans leur pensée ; ils ne savent rien de l'enfant* ». Elle est coiffeuse de profession ; ethnique Laka, elle est de religion protestante, elle vit avec ses deux enfants, son fils porteur de handicap a 12 ans et sa petite sœur.

- Titi

Âgé de 43 ans, il est chaudronnier de profession. Tout comme son épouse, il est mboum de Mayo Rey. Il a fait 17 ans de mariage avec son épouse qui est aussi mboum. Père de six enfants ; ses deux premiers enfants sont porteurs de handicap, et celui pour qui l'étude s'intéresse est âgé de 12 ans. Son fils a pour le moment arrêté l'école en classe de cours préparatoire, sans jamais réussir à aller en classe supérieure. De religion protestante, il est diacre dans son église ; lui et sa femme sont des cousins. On retient en outre que Titi et Simone sont de la même famille, ou du moins, Simone est la belle-sœur de Titi.

- Bachirou (père adoptif : oncle maternel)

Âgé de 35 ans, il est le père adoptif des trois enfants de sa grande sœur, décédée deux semaines avant leur venue en consultation à l'HRG, dont l'aîné porteur de t21 est âgé de 7 ans. Il est commerçant de profession, Guiziga et musulman de religion. Au moment où nous commençons les premiers entretiens, il était fiancé, mais s'est marié avant la fin des entretiens. Au départ, il était également question pour lui, que l'enfant aille à l'école, après avoir parlé, mais maintenant, il l'a inscrit dans une Ecole Spécialisée. Étant bien instruit de la problématique de son protégé, il est plus détendu lors de l'entretien et, est prêt à assumer le rôle qui est le sien, aussi on peut dire qu'il est désormais résilient et n'a plus coulé une goutte de larmes, par rapport à la première consultation, où il avait pleuré jusqu'à sangloter.

- Abouba

L'entretien s'est déroulé en deux séances dans sa concession à Bibemiré (1h heure d'entretien, 1heure de passation du TAT). Il est âgé de 39 ans et blanchisseur de profession. De religion musulmane, lui et sa femme sont foubé, mais de famille différente. Il est de foyer monogamique, père de quatre enfants dont l'aînée âgée de 11 ans, est porteuse de t21 et élève dans une Ecole Spécialisée.

- Simone

C'est une jeune femme âgée de 36 ans, centrafricaine de nationalité, dont la tante l'a prise chez sa maman en République Centrafricaine, lorsqu'elle avait trois ans, et on l'a forcé à épouser un camerounais à 16 ans. Elle a quatre enfants, dont l'aînée âgée de 12 ans est une fille porteuse de handicap. En plus de la situation de sa fille, elle est



troublée, car depuis son départ de la République Centrafricaine, elle n'a plus jamais vu ses parents et selon elle sa propre maman l'a abandonné, parce qu'il les a accouchés au nombre de 12 enfants parmi lesquels un décès. Simone perd espoir et ne sait pas quand elle reverra ses parents. On lui a dit que son papa est devenu aveugle.

2.2. Analyse thématique du contenu des entretiens avec les participants

Nous avons circonscrit cette analyse à six (06) grands niveaux à savoir : projection de la culpabilité et du rejet ; poids de croyances culturelles ; peurs parentales et anticipation de l'avenir ; difficultés d'acceptation du handicap ; fort engagement personnel et difficultés émotionnelles/émotion complexe.

2.2.1. Projection de la culpabilité et du rejet

- **Projection de la culpabilité**

Chez les parents interrogés, la culpabilité se conçoit comme un mécanisme profondément enraciné dans le vécu parental, particulièrement maternel. Dans les discours d'Aboubacar, on peut ressentir cette culpabilité lorsqu'elle déclare avec résignation : « *je sais que si mon enfant est comme ça, c'est mon ventre qui est la cause* ». Ceci illustre une culpabilité somatisée, où le corps maternel est perçu défaillant. Cette projection introjective s'accompagne d'une quête de sens théologique « *c'est la volonté de Dieu* » déclare-t-elle. La mère de Baba quant à elle s'effondre sous l'épuisement : « *je suis fatigué Je prie seulement mon Dieu... je n'ai pas prié pour avoir ce genre de situation... j'ai très mal* ». L'expression verbale de cette douleur montre comment la culpabilité s'adosse au sentiment d'impuissance, avec une absence d'élaboration psychique face au destin biologique. Cette charge émotionnelle déborde dans le rapport au corps : « *je ne parviens même pas à manger, regardez-moi comment je suis devenue* ». Ainsi, la culpabilité ici se cristallise dans une identité maternelle blessée, sacrificielle, qui endosse la responsabilité comme une faute d'origine.

- **Le rejet**

La souffrance parentale est également nourrie par un rejet social implicite ou explicite, qui renforce la culpabilité. La participante Baba confie : « *certain disent que mon fils est tombé malade parce que je me suis opposée aux coutumes en fuyant le village* ». Le discours social devient ici le lieu de stigmatisation, réactivant un sentiment de transgression et de dette envers la communauté. Adj, pour sa part, parle de l'isolement de son fils : « *il ne joue pas avec les autres enfants... il aime rester seul* ». Le rejet ne vient pas seulement de l'extérieur, mais aussi de l'enfant lui-même vis-à-vis du lien social, en réaction à une perception de non appartenance. Le père Jean-Paul évoque avec tristesse : « *même quand elle fait le langage des signes, je ne comprends rien ... cela me fait très mal* ». Ce rejet devient un miroir inversé de l'impuissance parentale: on ne parvient ici à se faire comprendre, ni à comprendre, et cela engendre une désorganisation du lien affectif. C'est la solitude relationnelle qui alimente ici la projection de la culpabilité et de l'abandon.

2.2.2 Poids des croyances culturelles

- **Culture comme filtre d'identification de la maladie**

Chez de nombreux parents, les croyances culturelles locales apparaissent comme des premiers référentiels mobilisés pour comprendre le handicap. Le cas de Baba est emblématique : « *on m'a dit que c'est le rouge-fesse ... on m'a demandé d'aller chez le marabout ... j'ai beaucoup marché* ». Ce recours prioritaire aux pratiques traditionnelles révèle une lecture surnaturelle ou mystique des symptômes, dans laquelle le trouble est perçu comme un des règlements spirituels plutôt d'un état biologique ou neuro-développemental. Cette lecture va retarder la prise en charge médicale, comme en témoigne aussi la participante Adjé : « *on m'a dit que c'était le frein de langue ... j'ai laissé parce que je n'avais pas l'argent* ». Le problème du handicap est donc filtré à travers un prisme culturel où la médecine occidentale est secondaire ou inaccessible, et souvent perçu comme inefficace face au mot d'ordre invisible. Ce diagnostic empêché entretient le flou et la confusion autour de l'enfant, alourdissant le vécu parental.

- **Sorcellerie, malédiction et transgression sociale : enfant handicapé comme messager**

Les témoignages révèlent que l'enfant porteur du handicap est parfois interprété comme le symptôme visible d'un désordre social ou familial. Baba mentionne : « *on dit que j'ai accouché un enfant hanté ... que je me suis assise sous un arbre hanté* », tandis que Jean-Paul évoque des murmures : « *certains disent quoi, quoi, que c'est la sorcellerie* ». Le handicap devient ici porteur d'une dimension punitive ou expiatoire, et l'enfant est alors perçu comme le médium d'une transgression collective. Cela renforce un stigma silencieux, avec des conséquences d'exclusion : « *certains voisins interdisent au grand frère de le promener ... on l'insulte qu'il parte ailleurs* ». La souffrance parentale est ainsi amplifiée par une assignation culturelle à la faute, dont le handicap est la preuve visible. L'identité familiale toute entière se trouve alors mise en accusation, à travers l'enfant perçu non comme sujet, mais comme signal d'un déséquilibre symbolique.

2.2.3 Peurs parentales et anticipation de l'avenir

- **Un avenir sans contours pour l'enfant handicapé**

Les parents interrogés témoignent d'une incapacité à se projeter sereinement dans l'avenir, marqué par l'incertitude et l'angoisse. Jean-Paul exprime clairement cette tension : « *je crains qu'elle ne réussisse pas dans la vie ... si on arrive pas à l'autonomiser, qu'elle sera son sort ?* ». L'enfant porteur du handicap devient une figure de l'avenir menacée, empêchant toute projection positive. Cette inquiétude n'est pas seulement d'ordre matériel, mais existentiel : elle touche au devenir, à l'identité, au destin même de l'enfant. Baba, quant à elle, s'interroge douloureusement : « *je vais rester seul avec mon mari, je me demande comment ça va se passer après le départ de ma fille ...* ». Ces propos montrent combien le handicap entraîne une anticipation anxieuse du vide relationnel, d'un quotidien insoutenable sans relais. L'avenir est ici synonyme d'abandon, de charge insupportable, voire d'effondrement. L'absence de structures de soutien renforce cette vision négative d'un futur ressenti comme inéluctablement difficile.



- **Projection d'un futur parental non maîtrisé : entre fatigue et désespoir**

L'anticipation de l'avenir est également marquée par une fatigue morale et physique qui rend tout projet parental incertain. La participante Baba avoue : « *je suis fatiguée ... je prie seulement mon Dieu que le Seigneur épargne aussi cette personne* ». Cette prière n'est pas simplement religieuse, elle exprime une lassitude existentielle face à un avenir qui n'offre pas d'issue. L'enfant est perçu comme une dépendance à vie, sans perspective d'autonomie : « *on doit toujours l'attacher ou l'accompagner* ». La peur de mourir ou de vieillir sans pouvoir garantir la sécurité de l'enfant est omniprésente, même si parfois elle est formulée qu'en creux. Jean-Paul évoque : « *je vais bientôt mourir ... si elle ne peut pas se prendre en charge, qui va s'occuper d'elle ?* ». Cette angoisse de la transmission interrompue, à défaut d'une relève familiale ou institutionnelle nourrit une forme de désespoir passif où la temporalité se fige dans un présent sans promesse.

2.2.4 . Les difficultés d'acceptation du handicap

Tout d'abord, il est frappant de constater que la plupart des parents, comme Abouba et Adjì, expriment une intense douleur et un choc émotionnel face à l'annonce du handicap de leur enfant. Les mots d'Abouba, « *j'étais dans le désespoir... les larmes coulaient* », illustrent une réaction immédiate de désespoir et un processus de deuil face à l'image idéalisée qu'ils avaient de leur avenir familial. Cette réaction soulève la question de l'acceptation du handicap, qui semble se manifester comme une lutte émotionnelle intense, marquée par des sentiments de tristesse et de perte. En parallèle, Adjì présente une dynamique intéressante où elle choisit de dissimuler sa souffrance. Son affirmation « *je suis rongée à l'intérieur, mais je ne leur montre pas que ça m'affecte* » souligne la pression sociale ressentie par les parents pour afficher une façade de force et de résilience. Cette dissimulation de la douleur peut signaler une forme d'identification projective, où la nécessité d'être perçue comme forte la pousse à ignorer ses propres émotions. Ce phénomène peut également contribuer à un sentiment d'isolement, car le partage de la souffrance est souvent un vecteur de soutien mutuel parmi les parents.

Le commentaire de Simone autour de ses propos « *je me demande si mon enfant va rester définitivement comme ça* » et les larmes de Bachirou révèlent un questionnement profond sur l'avenir de leur enfant et une difficulté à accepter la permanence de la situation. Il apparaît que la peur de l'incertitude et la crainte de la stigmatisation sociale sont des préoccupations communes, augmentant la complexité de leur processus d'acceptation. La naïveté exprimée par Adjì à propos de son ignorance des signes précoces met également en lumière le décalage entre les attentes parentales et la réalité. Cela reflète une forme de déni initial qui, en se confrontant à la réalité, engendre une douleur plus intense. Ce constat est partagé par quatre des huit participants, ce qui suggère que le choc émotionnel lié à l'annonce du handicap est un thème central et récurrent parmi eux.

2.2.5. Le fort engagement parental

La détermination des parents à améliorer la vie de leurs enfants porteurs de trisomie 21 se manifeste au travers de leurs déclarations. Les témoignages d'Abouba, Titi, Simone, Bachirou et Adjì révèlent une forte volonté et un engagement profond envers leurs enfants, malgré les défis que pose le handicap. Abouba incarne ce dévouement avec sa déclaration : « *Je continue toujours à me battre... je ne laisse pas ça comme ça.* » Cette phrase résume non seulement sa détermination, mais aussi une lutte active pour le bien-être de sa fille. Il apparaît que, pour lui, le combat pour une vie meilleure est une responsabilité essentielle, ce qui peut être interprété comme une forme d'identification projective positive, où ses efforts et ses aspirations se projettent sur l'avenir de sa fille.

De même, Titi souligne une connexion émotionnelle forte en déclarant : « *Je l'aime plus que tous mes autres enfants ; c'est mon ami intime* » Cette phrase met en lumière le lien affectif spécial qu'il entretient avec son enfant, ce qui peut contribuer à une dynamique familiale plus ouverte et bienveillante. La notion d'amitié suggère également une forme de complicité, renforçant l'idée que l'amour inconditionnel peut servir de levier pour surmonter les obstacles.

Simone exprime son souhait que sa fille soit autonome et capable de se débrouiller, ce qui témoigne d'une projection de ses propres désirs sur l'avenir de son enfant. Son désir que sa fille ne souffre pas comme elle l'a fait dans sa vie est révélateur d'une volonté de briser le cycle de la douleur et de donner à son enfant des opportunités qu'elle n'a peut-être pas eues. Ce type de motivation est souvent présent chez les parents qui ont vécu des difficultés, car ils cherchent à offrir une vie différente à leurs enfants. Bachirou, en affirmant : « *Moi, tant que je suis vivant, je ferai tout pour qu'il ne manque de rien* », renforce l'idée que la responsabilité parentale est à la fois une source de force et un engagement profondément ancré. Sa détermination à ne pas laisser son enfant (neveu) souffrir va de pair avec une volonté de surmonter les défis qui se présentent à lui. Enfin, Adjì, avec sa promesse : « *Je vais faire tout ce qui est en mon pouvoir* », souligne une approche proactive face aux difficultés. Cette volonté de prendre des mesures pour améliorer la situation de son enfant montre une transition vers une acceptation active du handicap, ce qui peut être bénéfique pour son propre processus de subjectivation.

2.2.6. Difficultés émotionnelle/émotion complexe

Les témoignages de Bachirou, Abouba, Simone, Jean-Paul, Titi, Abouba, Baba et Aboubakar révèlent une palette d'émotions complexes, allant de la douleur à l'espoir, illustrant ainsi la lutte intérieure que ces huit parents doivent affronter quotidiennement.

Bachirou exprime une douleur profonde lorsqu'il dit : « *Ça me fait mal, quand je vois mon enfant parfois (silence) humm !* » Cette déclaration illustre non seulement la douleur liée à la condition de son enfant, mais aussi le lien affectif intense qu'il ressent. La douleur évoquée est un mélange d'affection et de tristesse, soulignant l'impact émotionnel qui pèse sur lui. Malgré cette souffrance, il montre également une acceptation croissante,



ce qui reflète la complexité de sa situation émotionnelle. Abouba, quant à lui, partage des sentiments d'incertitude et de désespoir : « *C'est choquant, mais on force, on va faire comment ?* » Cela révèle une lutte interne entre l'acceptation de la réalité du handicap et la nécessité de se battre pour le bien-être de son enfant. Sa déclaration met en lumière la dualité des émotions qu'il éprouve, oscillant entre résilience et impuissance.

Simone, bien qu'engagée à lutter pour l'avenir de sa fille, ressent également un profond désespoir et une impuissance lorsqu'elle affirme : « *Je veux seulement que ma fille soit bien pour ne pas souffrir comme moi* ». Son désir de protéger sa fille des souffrances qu'elle a subies elle-même accentue son inquiétude et son stress. Cela souligne également la projection de ses propres expériences de vie sur la situation actuelle de sa fille, rendant le processus d'acceptation encore plus difficile.

Jean-Paul exprime également une frustration émotionnelle lorsqu'il dit : « *Je me sens mal, parce que je ne comprends pas ce qu'elle veut* ». Cette difficulté de communication crée une barrière émotionnelle qui peut peser sur la relation père-fille, engendrant un sentiment d'impuissance et de mal-être. Le fait de ne pas pouvoir répondre aux besoins de son enfant peut être déstabilisant pour un parent, renforçant un sentiment de vulnérabilité.

Titi partage une expérience similaire en affirmant : « *Je me sens mal à l'aise et j'ai mal* ». Cette déclaration succincte résume l'angoisse et le malaise que l'on ressent face à une situation imprévisible et difficile. Enfin, le témoignage d'Aboubacar, qui se souvient de son bébé refusant la tétée, est particulièrement poignant : « *... je la nourrissais seulement avec de l'eau simple. C'est à ce moment que j'ai compris qu'elle avait effectivement des problèmes de santé. Et cela m'a brisé le cœur, mon cœur chauffait* ». Ce moment de prise de conscience est dévastateur et souligne une douleur émotionnelle intense. La métaphore du « *cœur qui chauffe* » illustre la profondeur de son attachement et de sa souffrance face à l'incapacité de son enfant à répondre à ses besoins fondamentaux.

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en lumière le rôle nodal de l'identification projective dans la manière dont les parents vivent, investissent et symbolisent le handicap de leur enfant porteur de trisomie 21 (Zamansky, 2007). Ce mécanisme, loin d'être uniquement défensif, constitue une modalité fondamentale de mise en sens de l'altérité. Selon sa nature contenant ou pathologique, l'identification projective oriente différemment le processus de subjectivation parentale. Lorsqu'elle revêt une forme souple et contenant, l'identification projective permet une élaboration psychique progressive : le parent trouve un espace interne pour accueillir la différence de l'enfant, sans perdre ni s'y effondrer. Cette mise à distance relative des projections initiales ouvre la voie à une transformation subjective, soutenant un travail de symbolisation et d'appropriation du handicap. C'est dans cet espace que peut émerger une résilience, telle que conceptualisée par Cyrulnik (2001), où le traumatisme initial devient le levier d'un remaniement identitaire.

À l'inverse, une identification projective rigide, saturée d'angoisses non élaborées, emprisonne le parent dans une représentation aliénante de l'enfant, perçu tantôt comme persécuteur, tantôt comme fardeau. Dans ces configurations, l'enfant est moins reconnu dans sa singularité que vécu comme le support des fragments clivés du moi parental, culpabilité, honte, colère projetés sans médiation. Le lien parent-enfant se trouve alors figé dans une dynamique de répétition traumatique, empêchant toute différenciation psychique véritable (Zamansky, 2007). Sur ce versant pathologique, un double mouvement d'identification se produit : le parent identifie l'enfant à la fois à lui-même dans son enfance et à son propre parent idéal qu'il aurait souhaité avoir. En même temps, le parent identifie également l'enfant à son parent frustrant et se voit lui-même comme l'enfant rejeté ou mal aimé qu'il a ressenti être. Ce processus inscrit l'enfant dans la généalogie familiale du parent, pouvant influencer son développement psychique et ses relations futures (Zamansky, 2002) revisitée par Golbert (2003).

La culture locale vient jouer ici un rôle ambivalent, voire paradoxal. D'un côté, elle propose des cadres de symbolisation ancrés dans les représentations collectives, qui peuvent offrir un contenant psychique. D'un autre côté, ces mêmes cadres, lorsqu'ils sont marqués par la stigmatisation ou des croyances fatalistes, peuvent rigidifier les positions subjectives et renforcer la culpabilité ou le rejet. Goffman (1963) l'avait déjà noté : la stigmatisation sociale transforme la différence en marque indélébile, difficilement appropriable psychiquement.

Le recours à la religion, observé chez plusieurs participants, apparaît alors comme une médiation symbolique à double tranchant. Il peut, dans certains cas, soutenir un processus d'élaboration en permettant une mise en récit du handicap comme épreuve initiatique ou volonté divine. Le tiers symbolique (Dieu, la foi, les Écritures) vient ainsi relayer la fonction alpha décrite par Bion (1962), en transformant des vécus émotionnels bruts en représentations symboliques partageables. Toutefois, cette même ressource peut aussi alimenter des discours culpabilisants ou paralysants, notamment lorsqu'elle s'appuie sur des logiques de punition ou de destin.

La subjectivation parentale apparaît dès lors comme un processus complexe, qui ne saurait être réduit à une dynamique intrapsychique. Elle s'inscrit à l'intersection de plusieurs registres : l'appareil psychique du sujet, les transmissions intergénérationnelles, les représentations culturelles du handicap, les discours religieux, et les dispositifs d'accompagnement. Cette complexité appelle une lecture clinique à la fois psychodynamique et interculturelle, capable de prendre en compte la pluralité des registres qui traversent l'expérience parentale.



Conclusion

Cette étude met en évidence que la capacité des parents à faire face au handicap de leur enfant repose fondamentalement sur leur aptitude à symboliser l'expérience vécue. Face à l'irruption du handicap, ce n'est pas tant la réalité objective de la trisomie 21 qui détermine la trajectoire subjective, que les ressources psychiques, culturelles et symboliques mobilisées pour en faire un événement pensable, dicible, transformable.

Parmi les mécanismes inconscients en jeu, l'identification projective apparaît comme un opérateur central du travail psychique parental. Selon qu'elle se manifeste sous une forme contenant ou pathologique, elle ouvre ou referme l'espace d'une subjectivation possible. Elle structure le lien au réel, au corps de l'enfant, à l'image de soi et à l'histoire familiale. Ainsi, le processus de subjectivation parentale, entendu comme la capacité à se constituer comme sujet dans et à travers cette épreuve, dépend largement de la manière dont les parents projettent, contiennent ou transforment leurs représentations internes sur leur enfant.

Les résultats montrent également que ce processus ne s'accomplit jamais hors-sol. Il s'inscrit dans une trame culturelle et communautaire qui peut tantôt soutenir, tantôt entraver le travail psychique. La foi religieuse, les croyances partagées, les solidarités familiales ou communautaires offrent, dans de nombreux cas, des points d'appui pour penser et traverser l'épreuve. Mais ces mêmes cadres peuvent aussi véhiculer des discours stigmatisants, culpabilisants ou silencieux, renforçant les mécanismes de défense et freinant la reconnaissance de l'enfant comme sujet singulier. Le handicap, dès lors, ne saurait être réduit à une entité médicale ou biologique. Il est une réalité profondément psychique, relationnelle et symbolique, engageant les sujets dans un travail de remaniement identitaire, de réorganisation narcissique, et de reconfiguration du lien à l'autre.

Au terme de cette recherche, il apparaît nécessaire de promouvoir des dispositifs d'accompagnement psychologique qui articulent les dimensions intrapsychiques et culturelles du vécu parental. Une attention particulière devrait être portée à la formation des professionnels de la santé mentale sur les enjeux inconscients de la parentalité face au handicap, ainsi qu'à la valorisation des ressources locales, culturelles, religieuses et communautaires susceptibles de soutenir le processus de subjectivation. Enfin, des campagnes de sensibilisation communautaire visant à déstigmatiser le handicap et à favoriser l'inclusion peuvent constituer des leviers puissants pour transformer les représentations collectives et renforcer la capacité des familles à élaborer une position subjective féconde.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Agathe Diserens, C., Vatré, F. (2003). Une personne handicapée mentale peut-elle parent ? *Thérapie familiale*, 24 (2), 199-212. www.cairninfo.com
- Berdoues, H. (2019). Les enfants polyhandicapés seraient-ils "non" rentables. *Empan. eres*, 1(113), 92-95. <https://www.cairn.info/revue-empan-2019-1-page-92.htm>
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann.
- Cyrułnik, B. (2001). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Doron, C., Pedinielli, J-L. (2006). Histoire, théories et méthodes. In *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice - Hall.
- Golbert, C. (2003). L'identification projective. *Gestalt*. 1 (62) pp.141-159
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*.1(34) pp. 13 - 40. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2010-1-page-13.htm>. De Boeck Supérieur
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod.
- Klein, M. (1946). *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*. In *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Roussillon, R. (1999). *Paradoxes et situations limites de la symbolisation*. Dunod
- Zamansky, É. (2002). *Les identifications projectives parentales*. Mémoire de DESS de psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Chambéry, Universitaire de Savoie.
- Zamansky, É. (2007). L'identification projective parentale. *Gestalt*, 1 (32), 129-141. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2007-1-page-129.htm>