Structuration signifiante du corps déficient moteur congénital du bébé et dépression masquée dans le couple

Appolinaire OMBEGA OMBEGA
Université de Yaoundé 1, Psychopathologie et Clinique
ombegaappolinaire3@gmail.com
Vandelin MGBWA
Université de Yaoundé 1
Professeur de Psychopathologie et Clinique
mgbwavandelin@gmail.com
Simon Pierre 2 NOMY ONGOLO
Université de Yaoundé 1, Psychopathologie et Clinique
simonpierrenomyongolo@gmail.com

Résumé

La présente contribution fait une exploration de la culpabilité écran du fait de la venue d'un enfant non conforme, hors norme, voire non rentable, différent de l'enfant désiré. Il s'agirait d'un enfant libidinalement pré investi mais dont à la naissance, l'aspect physique ne correspondrait pas à l'idéal du couple du fait des malformations congénitales. Toute chose, qui bloque la pensée psychique individuelle et groupale (les capacités de représentation et de liaison pulsionnelle) et engendre une blessure narcissique au sein du couple. Les parents sont emprisonnés dans une double contrainte culpabilisante, accepter, intégrer l'enfant porteur des malformations congénitales mais souffrir avec lui. La difficulté ici pour ces parents, c'est qu'ils n'arrivent pas toujours à transformer le statut de l'enfant pré investi mais sont amenés à « faire avec lui » pour « faire taire » l'angoisse. L'objectif de cet article est d'examiner l'expression de la dépression masquée induite par la présence d'un sujet non conforme au sein du couple parental. La recherche s'est appuyée sur une étude de cas des parents des enfants porteurs d'une déficience motrice congénitale. L'analyse des données recueillies au CNRPH d'Etoug-Ebé révèle que les parents font face à un double piège, le piège du faire pour faire taire l'angoisse. Mais comme ça ne réussit pas toujours tel qu'ils le souhaitent, ils le font tout de même parce qu'ils sont parents. D'où la culpabilité écran du fait de n'avoir pas été capable de transformer la situation. La dynamique inconsciente qui se met en place s'observe par les signes cliniques tels qu'un style haché, un discours souvent inachevé, la frigidité, des douleurs, des céphalées et la dépendance chez les sujets puisque la problématique relève de la désymbolisation de la pensée. L'appétence addictive court-circuitant le Surmoi par resexualisation et en le rebattant sur le besoin. Ce détournement n'est pas sans évoquer une pathologie : la dépression masquée.

Mots clés : Enfant désiré, déficience motrice congénitale, couple parental, culpabilité écran, dépression masquée

Abstract

The present contribution explores the screen guilt due to the arrival of a non-conforming child, out of the norm, even unprofitable, different from the desired child. It would be a child libidinally pre-invested but whose physical aspect at birth would not correspond to the ideal of the couple because of congenital malformations. All this blocks the individual and group psychic thought, that is to say the capacities of representation and of impulsive connection and generates a narcissistic wound within the couple. The parents are imprisoned in a double guilt constraint, to accept, to integrate the child carrying the congenital malformations but to suffer with him. The difficulty here for these parents is that they do not always manage to transform the status of the pre-invested child but are led to "do with him" to "silence" the anguish. The aim of this article is to examine the expression of the masked depression induced by the presence of a non-conforming subject within the parental couple. The research was based on a case study of parents of children with congenital motor disabilities. The analysis of the data collected at the CNRPH of Etoug-Ebé reveals that the parents face a double trap, the trap of doing to silence the anguish. But since this does not always succeed as they wish, they do it anyway because they are parents. Hence the guilt screen of not having been able to transform the situation. The unconscious dynamic that is put in place can be observed by clinical signs such as a choppy style, an often-unfinished speech, frigidity, pain, headaches and dependence in the subjects since the problematic is the desymbolization of thought. The addictive appetence short-circuits the superego by resexualization and by reattaching it to the need. This detour is not without evoking a pathology: the masked depression.

Key words: Desired child, congenital motor deficiency, parental couple, screen guilt, masked depressions

Problématique de recherche

La situation du handicap est un phénomène humain qui touche les sociétés, les cultures et les familles. Dans le monde, la question du handicap s'est posée et continue de se poser dans toutes les sphères de la vie sociale. Ainsi, nous rencontrons dans la vie sociale deux grands types de handicap : le handicap mental et le handicap moteur.

D'après le Rapport Mondial du Handicap (2012, p.292), plus d'un milliard de personnes vivent avec une forme de handicap, soit environ 15 % de la population mondiale. Ce chiffre est moins élevé que les résultats obtenus lors de l'enquête sur la santé dans le monde, qui révèle qu'environ 15,6 % soit 785 millions de personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec un handicap. D'après ce rapport, environ 33

millions sont des enfants âgés de 14 ans au moins qui vivent avec un seul type de handicap modéré ou grave (UNICEF,2003). Dans le même sens, les estimations de la charge mondiale de morbidité avancent à un chiffre voisin de 975 millions (OMS & BM, 2011).

Ce phénomène va de manière croissante. Ces dernières années, l'OMS se servant des sources disponibles a réévalué la *charge mondiale de morbidité*, elle a estimé l'incidence, la prévalence, la sévérité, la durée et la mortalité de plus de 130 problèmes de santé dans 17 sous-régions du monde. Selon l'analyse des données de l'étude 2004 de la *charge mondiale de morbidité* exécutée par ce rapport, 15,3 % de la population mondiale, soit environ 978 millions de personnes sur les 6,4 milliards d'individus estimés en 2004, vivaient avec un « handicap modéré ou sévère », et 2,9 % de la population mondiale, soit 185 millions de personnes, souffriraient d'un « handicap sévère ». Chez les enfants de 0 à 14 ans, ces chiffres étaient respectivement de 5,1 % et 0,7 %, soit 93 millions d'enfants, dont13 millions présentant un handicap sévère. Parmi les 15 ans et plus, les proportions étaient de 19,4 % et 3,8 %, soit 892 millions d'individus, dont 175 millions concernés par le handicap sévère.

Selon les estimations de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples réalisée en 2011, 5,4 % de la population du Cameroun souffrent d'au moins un handicap : les déficiences sensorielles (3,5%) sont les plus fréquentes, en particulier les déficiences visuelles (2,2%) et auditives (1,2%), suivies des déficiences motrices (1,6%), essentiellement les déformations des membres inférieurs ou supérieurs. Par ailleurs, 0,5% de la population souffrirait des troubles du comportement et 0,4% de la perte de certaines extrémités du corps. De façon générale, le handicap modéré est dominant : il concerne 87 % des personnes souffrant d'au moins un handicap, soit 4,7 % de la population.

Pour les membres du ménage qui souffrent de déformation des membres inférieurs ou supérieurs ou qui ont des difficultés à se servir des membres inférieurs ou supérieurs, le handicap est modéré dans 87 % des cas (1,4 % de la population), c'est-à-dire que la personne a des difficultés à se servir de ses bras ou jambes ; dans 12 % des cas (0,2 % de la population), il est sévère, c'est-à-dire que la personne ne peut pas du tout se servir de ses bras ou jambes. Chez les personnes atteintes de déficiences sensorielles, le handicap est modéré dans 91

% des cas ; cette proportion est de 67 % en ce qui concerne les troubles du comportement. Force est de constater d'après les chiffres qui précèdent que le handicap est un phénomène mondial et est bien présent au Cameroun comme dans bien d'autres pays dans le monde. D'après les dernières données de l'Institut National de Statistiques au Cameroun, 5% de la population souffrent du handicap congénital (INS, 2018).

En fait, la question de la déficience congénitale au sein de la famille a souvent été abordée en termes de traumatisme psychique. L'enfant est un projet pour couple, l'enfant est désiré, l'enfant est fantasmé. Du point de vue freudien, le fantasme renvoie à une représentation, un scénario imaginaire, conscient, préconscient ou inconscient, qui implique un ou plusieurs personnages et qui met en scène de façon plus au moins déguisée un désir. Le couple désir avoir un enfant idéal qui vient compléter les manquements des parents et inscrire le couple parental dans la lignée parentale. L'enfant à venir est doté d'une haute fonction symbolique celle d'assurer la continuité de la lignée familiale.

Chaque famille, chaque couple parental dans son désire, son projet d'avoir un enfant, fantasme d'avoir un enfant idéal dont surtout les caractéristiques physiques (beau, bien portant et actif) permettent de préserver l'image du corps familial, l'identité du groupe familial et de favoriser la continuité de la lignée (Mgbwa, 2017). L'arrivée d'un enfant porteur de malformation congénitale vient briser l'image de l'enfant idéal (Sausse, 1996).

La venue d'un enfant différent de l'enfant désiré, de l'enfant libidinalement pré investi et qui ne correspond pas à l'idéal du couple, à l'idéal du groupe devant faire renaître le couple dans le groupe pose un problème pour les parents. Il constitue un objet interne non contenant, non fiable, persécuteur, donc pathogène pour le couple parental. En fait, la naissance d'un enfant devrait permettre aux parents de s'inscrire dans la lignée mais lorsque cet enfant s'écarte de l'idéal du couple, du groupe, cela bloque la pensée psychique individuelle et groupale c'est-à-dire les capacités de représentation et de liaison pulsionnelle et engendre le chaos systémique, c'est-à-dire la mort du couple. Les parents sont donc des éternels coupables non pas qu'ils soient plus coupables que les autres mais pour n'avoir pas pu offrir au monde un enfant idéal qui répond aux normes de la société et

qui ferait d'eux des parents idéals. De ce point de vue, les parents sont donc emprisonnés dans une double contrainte culpabilisante, accepter, intégrer l'enfant porteur des malformations congénitales mais souffrir avec lui.

La naissance d'un enfant porteur des malformations congénitales ne répond pas au standard du corps, sa caractéristique majeure est qu'il est non conforme aux légitimes attentes des parents qui ont conçus et enfantés mais aussi de la société. Il provoque une blessure narcissique qui se vit sous la forme d'une dépression masquée avec les facteurs blancs dont les signes somatiques, les réactions comportementales, les modes de défenses masquent une véritable douleur psychique.

Scelles (2009) avait déjà souligné que la naissance de l'enfant atteint de malformation congénitale altère et dénature l'image du « corps familial ». Ce qui, suscite la honte et la culpabilité dans la fratrie. Selon elle, lorsqu'arrive au monde un enfant inattendu, les parents se retrouvent devant une « étrangéité », un mystère dont ils auraient pu éviter la présence. Pour Francesco (2012), la naissance d'un enfant handicapé est le plus souvent associée à une rupture de la continuité parmi les différents types de représentations psychiques chez les parents et met en échec des systèmes prévisionnels normaux à prévoir et à donner sens à la situation. Reprenant Sausse (1996), Francesco indique que « *l'enfant handicapé nous tend un miroir qui met à nu nos propres imperfection et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître.* » (Francesco, 2012, p. 401).

Complétant les analyses de Sausse (1996), Francesco (2012) dans ses rencontres cliniques avec les parents à parentalité difficile, constate que la naissance d'un enfant handicapé est le plus souvent associée à une rupture de la continuité parmi les différents types de représentations psychiques chez les parents et met en échec des systèmes de prévisionnels normaux à prévoir et à donner sens au situation (Francesco, 2012). En s'appuyant sur les dimensions de la parentalité décrite par Houzel (1997) à savoir : l'exercice, l'expérience et la pratique ; Francesco remarque que la naissance d'un enfant en situation du handicap rend difficile le processus de parentalité dans toutes ces dimensions. Il relève que « *les éléments de base de cette fonction sont gravement endommagés, troublant l'ensemble de*

l'architecture qu'une telle expérience suscite. » (Francesco, 2012, P.401).

Pour lui, l'expérience d'une maternité « différente » renferme une très profonde désorientation et cette expérience rejoint celle que Freud (1919) avait décrite dans *l'inquiétante étrangeté.* Celle-ci est imprégnée d'angoisse, peurs et de fantasmes de fautes archaïques observe Francesco (2012). Citant Sausse (1996), Francesco indique que « *l'enfant handicapé nous tend un miroir qui met à nu nos propres imperfection et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître.* » (Francesco, 2012, P.401). Il relève que le moment d'annonce du diagnostic est un moment instinctif de rejet, de répulsion, bref de déni de la réalité chez les parents d'enfant en situation de la déficience congénitale. Francesco (2012) souligne qu'au début la frontière entre l'imagination et la réalité devient extrêmement labile. Les parents d'enfant en situation de déficience congénitale se livrent à une série de mécanismes réparateurs de type maniaque, passant d'une consultation à l'autre d'expert à la recherche d'une confirmation, d'une certitude sur laquelle s'appuyer.

Dans ses observations cliniques, Francesco (2012) relève d'importante blessure narcissique chez la mère liée à l'échec de sa tâche biologique comme génitrice, son désir de reproduction et sa fonction symbolique d'être mère. En fait, pour Francesco (2012) l'enfant handicapé est la preuve objective que quelque chose qui est strictement lié au rôle de la femme en tant que génitrice n'a pas marché dans la conception ou pendant la grossesse. Pour Francesco (2012), cette « erreur » biologique en rappelle une autre de type plus symbolique, celle de l'échec de la transmission dans la lignée féminine par identification à sa propre mère. Ce qui d'après Francesco (2012) « *provoque une fracture dans la continuité de son groupe d'appartenance et déclare l'impuissance de la femme à satisfaire le désir de sa propre famille et de la famille de l'époux d'avoir une descendance saine*. » (P. 402). La mère se retrouve, donc, blessée dans son narcissisme car elle ne peut pas satisfaire son désir de complétude par rapport à son propre père et au désir d'enfant et de descendance de son clan souligne Francesco (2012).

À en croire Francesco (2012), tout investissement de l'enfant en soi-même devient irréalisable, tout comme une séparation symbolique de ce même enfant qui ne satisfait pas le désir lié à l'enfant

imaginaire et pour lequel une identification est également impossible au vu de l'étrangeté, la diversité, et le fait donc devenir « un étranger » pour elle-même. L'enfant devient donc un « objet de soin » pour la mère, réduit à quelque chose de non séparé et de non séparable d'elle-même qui nécessite ses soins pour exister. Reprenant les conclusions de Korff-Sausse (1996), Francesco (2012) souligne que la naissance d'un enfant invalide déclenche un processus de deuil. En effet, selon lui, « *l'enfant handicapé d'un côté détruit les espoirs d'immortalité présents dans la filiation et brise le système narcissique des parents, de l'autre, en restant en vie, il est incorporé à l'intérieur du psychisme du parent pour donner à ses instances narcissiques une voie de repli.* » (Francesco, 2012, P. 403). Cela caractérise, pour Francesco (2012), l'immobilisation du temps, caractéristique des relations des parents avec leur enfant handicapé. Pour lui, le deuil devient impossible, car perdre l'enfant, effectuer un désinvestissement, signifie désinvestir une partie d'eux-mêmes. Le manque de perspective temporelle relative à l'enfant est lié à l'impossibilité de le symboliser. Ce qui est impossible, c'est de réaliser le passage de la représentation imaginaire et fortement investie de l'enfant désiré à la représentation terrifiante et persécutrice De l'enfant réel.

L'enfant en situation du handicap est la preuve objective que quelque chose qui est strictement lié au rôle de la femme en tant que génitrice n'a pas marché dans la conception ou pendant la grossesse. Cette « erreur » biologique en rappelle une autre de type plus symbolique, celle de l'échec de la transmission dans la lignée féminine par identification à sa propre mère.

Face à cette « inquiétante étrangéité », le couple parental n'arrive pas toujours à transformer le statut de l'enfant pré investi mais est amené à « faire avec lui » pour « faire taire » l'angoisse. Il éprouve des difficultés d'élaboration, leur capacité de psychisation reste faible parce qu'il est bloqué, bloqué parce qu'il est pris par le double piège celui de l'acception et du rejet. Il a fantasmé mais l'enfant n'est pas tel qu'il l'a désiré. Ils veulent montrer qu'ils sont les bons parents et du coup ils sont dans le leurre, l'illusion mais ils ne parviennent pas à résoudre le problème. D'où la culpabilité écran du fait de n'avoir pas été capable de transformer la situation. Toute chose qui rend possible l'identification de la pensée opératoire au sein du couple parental à la naissance d'un enfant porteur d'une déficience motrice congénitale.

Partant de ce constat, ce travail vise à appréhender la culpabilité inconsciente dans le couple parental. Le problème qui se dégage dans cette étude est celui de l'incapacité du couple à pouvoir transformer le statut de l'enfant malforme et de l'intégrer psychiquement dans l'espace psychique du couple.

Méthodologie de recherche

Pour éprouver cette hypothèse, la recherche s'est inscrite dans un paradigme compréhensif adoptant une méthodologie qualitative avec pour outil un guide d'entretien semi-structuré. L'entretien clinique est utilisé dans cette recherche pour expliciter les couches du vécu du couple parental à l'épreuve de la déficience motrice congénitale de leur enfant. Ces couches du vécu permettront de rendre compte de la dynamique inconsciente et la culpabilité écran mise en œuvre dans cet article. En fait, ce que les parents expriment ce n'est pas ce qu'ils ressentent, ce qu'ils ressentent est enfouit. L'entretien clinique nous permettra d'expliciter l'exercice de la parentalité qui est mise en mal.

Par ailleurs, il nous permettra d'expliciter les imagos, les fantasmes des parents car avoir un enfant fantasmé est un leurre. Les parents sont pris au piège et vivent la culpabilité écran et la culpabilité inconsciente qui entravent leur travail de la symbolisation. Les données ont été recueillies à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de deux couples parentaux ayant chacun un enfant porteur d'une déficience motrice congénitale aux CNRPH d'ETOUG-EBE à Yaoundé.

Analyse des résultats

Malgré la volonté des couples à vouloir symboliser la perte de l'objet idéalisé, cette symbolisation reste liminale et inachevée. En fait, malgré l'effort de Mr A et Mme A à vouloir se représenter et faire exister David comme un enfant singulier, l'entretien avec ceux-ci fait observer un recours au langage non verbal comme les mimiques et les silences qui laissent penser que la blessure narcissique reste ouverte de l'intérieur, non cicatrisée. Mme A réagi beaucoup avec les silences qui traduisent le refus, signe inconscient d'une désorganisation du

système préconscient. Ils n'arrivent pas à trouver des mots aux maux. La représention de l'enfant imaginaire reste impossible avec David. Car lorsque nous cherchons à comprendre comment Mme A a investi l'objet fantasmé ; elle reste silencieuse. Ce silence laisse percevoir le choc, le traumatisme non dépassé. On voit que le Moi de Mme A a encore des difficultés à se reconstituer, à se restructurer. De plus, l'entretien fait observer des hésitations, une voix timide, un langage grommelant, une sorte de résistance, de l'évitement de la réactivation des angoisses masquées.

Nous constatons que le discours du couple A est peu structuré avec des phrases inachevées, des réponses inadaptées des passages de coq-à-l'âne. Un Moi non élaboré et mal structuré qui n'a pas pu psychiser l'affect déplaisant. Mme A dit : « *ça me dépasse vraiment comment te répondre, toi tu peux souhaiter quelque…seulement* ». Cet inachèvement du discours et le sentiment d'être dépassé témoigne à suffisance que son Moi est débordé par un flux d'excitations ne lui permettant pas de se représenter l'affect. Ainsi, la symbolisation de Mr A et Mme A reste inachevée d'où une oscillation entre l'acceptation et le rejet de David. En ce sens, le pied de David continue d'être perçu comme un « *unheimliche* » au sens Freudien du terme c'est-à-dire un non familier symbolisant sa non représentativité dans l'espace psychique du couple.

Cette situation seuil s'observe aussi dans le couple B. Car, malgré sa volonté à vouloir symboliser la perte de l'objet idéalisé en faisant exister Solange comme un être non différent des autres, laisse encore transparaître certains indicateurs d'une symbolisation inachevée, liminale, oscillant entre rejet et acceptation. En fait, l'entretien clinique avec Mr B et Mme B fait relever de nombreuses résistances, le recours au langage non verbal tel que les gestes et les mimiques témoignent à suffisance de l'état d'agonie et de douleur dont fait encore montre le couple B symbole d'une blessure ouverte et non cicatrisée. Mme B a réagi beaucoup avec les silences qui traduisent le refus, signe inconscient d'une désorganisation du système préconscient. Ils n'arrivent pas à attribuer des mots aux choses puisque la représentativité de l'enfant imaginaire reste impossible avec Solange.

Mme B face aux sollicitations qui l'invitent à se représenter l'enfant idéal dont elle s'est construite avant la naissance de Solange

réagit par les résistances. C'est ainsi qu'elle dit par exemple : « *rêver ? non, moi je demande tout à Dieu* ». Cette résistance est un mécanisme de défense pour Mme B signe du refoulement d'un souvenir angoissant et source de déplaisir. Le retour de ses fantasmes refoulés réactualise au sein du système conscient l'écart qui existe entre Solange imaginée et la Solange présente dans la réalité et par conséquent les anciens conflits inconscients entre le Moi et l'idéal du Moi. Ce qui laisse penser que la symbolisation est en situation seuil ou liminale s'il faille reprendre l'expression Murphy (1990).

Le discours du couple B est peu fluide avec des phrases inachevées, des réponses inadaptées des passages de coq-à-l'âne. Nous pouvons apercevoir un Moi désorganisé et incapable d'élaborer de manière satisfaisante le discours. Mr B dit : « *Si c'est vraiment possible qu'elle puisse sortir de cet état, ça c'est vrai c'est encore une très bonne chose si ça arrive que…* ». Cet inachèvement du discours témoigne à suffisance que son Moi est débordé par un flux d'excitations ne lui permettant pas de se représenter l'affect. Nous pouvons donc dire à partir des entretiens que la symbolisation reste inachevée chez Mr A et Mme A d'où un fonctionnement liminal oscillant entre l'acceptation et le rejet de Solange. En fait, elle continue d'être perçu comme un « *unheimliche* » au sens Freudien du terme c'est-à-dire un non familier symbolisant sa non représentativité dans l'espace psychique du couple. Sa mère semble l'exclure parmi les enfants qui peuvent sauver leur honneur lorsqu'elle dit : «*j'ai demandé à Dieu quatre enfants mais avec elle, ils restent seulement trois. J'exhorte l'éternel que l'un des trois puisse sauver l'honneur de la famille* ».

L'entretien avec le couple A met en exergue le clivage comme mécanisme de défense privilégié chez Mr A et Mme A. Ce mécanisme de défense laisse percevoir les préoccupations identitaire et hypochondriaque chez le couple A. En fait, Mr A révèle au cours des entretiens que le pied du petit David l'énerve. Il le dit en ces termes : « *quand je vois son pied comme ça là, le pied là ça m'énerve* ». Il y a là si nous reprenons Francesco (2012) une sorte de séparation symbolique du petit David qui ne satisfait pas le désir lié à l'enfant imaginaire et pour lequel une identification devient également impossible au vu de sa nature étrangère. Cette insatisfaction de l'objet décevant dont constitue David suscite chez ses parents les

préoccupations identificatoires et hypochondriaques. En effet, comme la souligné Bokanowski (2003), le traumatisme a entravé le processus de la liaison pulsionnelle et a entrainé une véritable douleur agonisante dans le couplé A. C'est ainsi que Mr A déclare avec effroi : « *mon frère j'ai mal* ». Cette douleur agonisante est aussi la préoccupation de Mme A. Elle l'exprime ainsi : « *je n'arrive pas à manger parce que la tête me fait mal* ». En fait, la situation de déficience de David reste au centre de leur préoccupation.

Le couple B fait recours au déni et à la projection comme mécanismes de défense privilégiés. Ces mécanismes de défense laissent percevoir les préoccupations paranoïaques chez le couple B. En fait, Mr B révèle au cours des entretiens que son père est responsable de son échec scolaire. Il le dit en ces termes : « *si je n'avais pas beaucoup fréquenté c'est parce que j'avais mes parents, un, mon père ne voulait pas, à l'époque, l'école était à 1500 franc mais on me faisait toujours sortir* ». Il y a là si nous reprenons Francesco (2012) une réactivation de fantasmes de persécution. L'extériorisation et la projection de l'angoisse se vit chez Mr B sous un mode persécutif. En fait, l'angoisse et le sentiment de faute archaïque que provoquent la naissance de Solange n'arrive pas à être intégrer psychiquement comme les éléments faisant partie du Soi de Mr B ; il les projette chez son père qui devient alors le persécuteur inconscient et responsable de ses échecs biologiques.

Cette projection de l'angoisse s'observe aussi chez Mme B. Celle-ci dit en effet : « *même si tu es dehors que tu veux me faire quelque chose de mal, je ne peux pas avoir des mauvais rêves pour toi-même si je suis au bar en train de boire ma bière, même si vous bagarrez là, je me recule, je ne mets pas ma main le genre qui est que tu prends la bouteille, tu cognes à quelqu'un, nous on n'a pas le cœur là* ». Mme B serait en train d'expulser ses tendances masochistes et la pulsion de mort qu'elle a vis-à-vis de sa fille Solange. Ce désir de mort est autant perceptible chez Mme B lorsqu'elle souligne qu'avec Solange il lui reste trois enfants. C'est dire que celle-ci n'existe plus en tant qu'objet d'investissement libidinal pour ses parents. Elle est exclue donc tuer symboliquement dans l'espace psychique du couple parental. Ainsi, après désinvestissement de Solange, ses parents cherchent à surinvestir la réussite scolaire de ses frères et sœurs. L'école de ses frères et sœur devient le centre d'intérêt du couple B et

par conséquent Solange devient une préoccupation secondaire. Son père déclare : « *mon problème c'est d'éduquer mes enfants et les envoyer à l'école pour qu'il y ait quelque chose bon le reste parce que je ne peux pas baisser mes bras, le reste c'est avec Dieu ce qui est là que ton enfant sort quoi, si je ne cherche pas d'abord à éduquer l'enfant et l'envoyer à l'école, l'enfant peut devenir quoi ?* »

Les données des entretiens cliniques avec le couple A révèlent d'importantes plaintes physiques et affectives. En fait, Mr A et Mme A se plaignent d'une douleur atroce, de fatigue. Mr A se livre comme l'explique sa femme à des comportements impulsifs, il est agressif. Elle dit en effet : « *maintenant dès que je parle même on commence ça là, il se lève seulement qu'il va me gifler quand il me voit seulement comme ça* ». Mme A présente des troubles de sommeil (insomnie) et des troubles alimentaires, elle est anorexique. Le couple A se plaint d'avoir perdu l'élan vital. Mr A explique en effet : « *quand tu me vois là je suis comme le panneau je me demande bien comment je peux avoir un enfant comme ça ?* ». Sur le plan affectif Mr A semble avoir perdu tout désir vis-à-vis de sa femme, il est dépendant à l'alcool ; le couple vit dans une instabilité émotionnelle. Mr A vit une sexualité à risque. Mme indique que « *il ne dormait pas dehors, même s'il a une copine dehors, il me racontait qu'il a une copine dehors machin machin…son comportement a changé en début décembre passé* ». Quant à Mme A elle-même, elle est « *timide et anxieuse*. »

Les mêmes observations sont faites avec le couple B. Mr B et Mme B se plaignent d'une douleur atroce. Mme B dit en effet : « *ça va me faire du mal, ça fait mal même quand je la vois comme ça. Il y a des jours qu'on reste comme ça là même mon mari, les larmes coulaient dans mes yeux* ». Mr B présente un repli sur soi et interagit difficilement avec le monde extérieur. Il indique : « *tu sais c'est difficile, je ne sors pas avec mes enfants parce que moi-même je n'aime pas d'abord les sorties* ». Sur le plan affectif, Mr B est triste et sent mal. Il se livre à l'alcool, elle a une sensation d'angoisse. Mr B quant à lui s'autocritique avec une tendance à la dépréciation. Il dit : « *moi-même je ne suis pas d'abord rien* ». Mr B dit être dérangé beaucoup pas la situation de sa fille. Ce gène le conduit très souvent dans les bars pour dissoudre sa douleur dans l'alcool. Au cours des entretiens avec B, il s'est montré impulsif et irrité.

Au demeurant, nous relevons la saillance de la pensée opératoire. On la voit à travers le style haché, les couple ne terminent pas les phrases du discours. Mme A dit : « *ça me dépasse vraiment comment te répondre, toi tu peux souhaiter quelque…seulement* ». Cet inachèvement du discours et le sentiment d'être dépassé témoigne à suffisance que son Moi est débordé par un flux d'excitations ne lui permettant pas de se représenter l'affect. Le couple éprouve des difficultés d'élaboration, leur capacité de psychisation reste faible parce qu'il est bloqué, bloqué parce qu'il est pris par le double piège celui de l'acception et du rejet. Il a fantasmé mais l'enfant n'est pas tel qu'il l'a désiré. Les parents se trouvent donc dans la problématique du faire pour faire, ils veulent montrer qu'ils sont les bons parents et du coup ils sont dans le leurre, l'illusion mais ils ne parviennent pas à résoudre le problème. Malgré la volonté des couples à vouloir symboliser la perte de l'objet idéalisé, cette symbolisation reste liminale et inachevée. En fait, malgré l'effort de Mr A et Mme A à vouloir se représenter et faire exister David comme un enfant singulier, l'entretien avec ceux-ci fait observer un recours au langage non verbal comme les mimiques et les silences qui laisse penser que la blessure narcissique reste ouverte de l'intérieur, non cicatrisée. C'est ça qui fait mal et est à l'origine du sentiment d'effondrement. C'est la raison pour laquelle le couple B à travers la voix de Mr B déclare : *« ça me fait mal, ça fait mal quand je la vois mon enfant comme ça. Les parents sont dans l'incapacité d'assurer les fonctions contenantes, pare-excitantes et de maintenances ».*

Interprétation des résultats

De la non-conformité entre la structure de l'enfant imaginaire à l'enfant présente dans la réalité participe à l'émergence de la dépression masquée dans le couple.

Madame A depuis sa tendre enfance a toujours souhaité avoir deux enfants, une fille et un garçon dans ses jeux d'enfances. Elle le dit en ces termes : « *j'ai souhaité que quand je serai grande je veux avoir un garçon et une fille* ». Elle a souhaité que ses enfants soient ceux-là qui devront surpasser ses limites c'est-à-dire faire mieux dans leur vie qu'elle. Elle explique « *je ne veux rien que si mes enfants*

peuvent avoir une grosse vie plus que moi, là moi aussi je peux vivre heureuse derrière eux » c'est-à-dire que Mme A rêvait avoir des enfants qui feront sa joie, son bonheur. Mme A souhaitait avoir des enfants admirables physiquement, d'une beauté sans contestation, qui peuvent être l'objet du désir de tout son entourage. Quant à Mr A, il voulait accoucher beaucoup de garçon qui viendra combler le manque de frère qu'il ressentait dans sa fratrie car ils n'étaient que deux comme garçon. C'est la raison pour laquelle il dit : *« je veux accoucher beaucoup de garçons parce que nous sommes seulement deux dans le ventre de ma mère* ». En plus, Mr A souhaitait avoir des enfants qui viendront corriger ses défaillances ; ce désir narcissique se voit lorsqu'il déclare : « *je n'aimerais pas que mes enfants travaillent au champ, j'aimerais que mes enfants soient plus que moi, qu'ils soient des Ministres, comme Paul Biya.* » Mr A se veut compenser ses désirs inassouvis à travers ses enfants. Mr A et Mme A souhaitent que s'ils n'arrivent pas à construire, que leurs enfants puissent construire. Mme A dit à cet effet « *si je ne construire pas aujourd'hui et je souhaite que mon enfant construise demain.* ». Ces fantasmes se verront brisé quelques mois après la naissance de David. En fait, David n'est pas l'enfant que ses parents avaient imaginé et investi avant la naissance. L'enfant merveilleux que les parents de David s'étaient représenté depuis leur tendre enfance n'est pas conforme au monstre qui se retrouve devant eux. L'écart si profond entre la structure imaginaire de David et sa structure dans la réalité a provoqué une blessure narcissique chez ses parents. En fait, comme l'avait souligné Sausse (1996) ; David vient mettre à nu tel un miroir brisé les propres imperfections de ses parents. La naissance de David constitue une violation du contrat narcissique qui devrait s'établir avec ses parents. Car, il n'a pas intégré les énoncés du discours de ses parents afin d'être reconnus et investi comme sujet du groupe.

Le contrat narcissique permet de comprendre que les parents d'enfants porteurs de déficience congénitale n'intègrent pas leur enfant comme partie constituée et constituante du groupe familial du fait de la rupture du contrat. L'enfant déficient constitue alors pour ses parents un objet interne abîmé et par conséquent non satisfaisant rendant tout subjectivation de l'objet impossible chez ces derniers. Il n'y a pas accordage structural entre le David imaginaire et le David réel. Ainsi, ce non accordage structural provoque un déficit de la

représentation inconsciente du David imaginaire. Cette non représentativité place les parents comme le souligne Winnicott devant un sentiment d'agonie primitive suite à l'effondrement du Moi parental. Les parents n'arrivant pas à trouver un objet transitionnel sur qui investir la libido devenue négative, ils se trouvent obligé de s'auto-investir sous un mode masochiste cette pulsion destructrice qui blesse leur propre Moi laissant une douleur atroce, insupportable. C'est la raison pour laquelle le couple B à travers la voix de M B déclare : *« ça me fait mal, ça fait mal quand je la vois comme ça. »*. La même douleur ébranle le couple A qui devant leur incapacité de subjectiver David déclare vivre une terreur agonisante suite à une pulsion de mort qui n'arrive pas à trouver d'issue ni interne ni externe. M A explique : « *mon frère quand je vois mon enfant comme çà je ressens mal, ça ne me laisse pas tranquille* ».

Ces résultats font dans le sens des observations de Bokanowski (2003) qui expliquait que lorsque le traumatisme entrave le processus de liaison pulsionnelle et entraine une véritable douleur agonisante. Ainsi, contrairement à ce qu'avait souligné Golse (1990), le couple ayant un enfant porteur d'une déficience congénitale et notamment la femme n'arrive pas à faire usage de sa capacité de rêverie qui devrait permettre au couple de transformer les éléments bêta que suscite la naissance d'un enfant porteur de déficience congénitale en élément alpha. La désorganisation du système préconscient rend l'usage des capacités de représentation de l'absence impossible de même que l'usage des capacités fantasmatiques puisqu'il n'y a aucune possibilité de communication entre le système inconscient et le système préconscient. **De la non-conformité entre la structure l'enfant symbolique à l'enfant présente dans la réalité participe à l'émergence de la dépression masquée dans le couple.**

Pour Mr A l'enfant est une richesse, son désir d'avoir beaucoup d'enfant et surtout les garçons laissent voir de manière symbolique que Mr A vit dans un état de pauvreté qui engendre en lui un sentiment de manque. La quête de plusieurs enfants, dont les garçons symbolisent sa puissance et par conséquence sa richesse. Il est obligé de surinvestir sa libido dans la procréation. En effet, il déclare : « *vous savez mon frère, la richesse des africains ce sont les enfants, moi j'avais décidé qu'on ait au moins dix enfants quand tu me vois là si je perds mon enfant maintenant je vais rester seul.* ».

Cependant, la naissance de David comme enfant en situation de déficience laisse envisager chez David un statut de « non rentabilité », de « non productibilité ». L'inadéquation entre le David qui symbolisait pour ses parents la source de toute richesse et le David incapable de produire altère chez ses parents les capacités de symbolisation. En fait, la représentativité de la pauvreté devient angoissante et invivable. L'incapacité à symboliser l'absence, le manque provoque dans le couple ayant un enfant déficient une souffrance psychique du fait de leur incapacité de se représenter et de subjectiver le représentant absent. Les résultats de cette étude corroborent avec les observations de Roussillon (1999) qui soulignait que deux types de trauma peuvent s'observer dans le couple parental : ceux qui désorganisent le processus primaire en lien avec l'inconscient et le préconscient et ceux qui perturbent gravement l'organisation même de l'économie pulsionnelle et la symbolisation. Le couple parental évolue avec le temps de la détresse vers l'agonie. En effet, Ce traumatisme a entravé comme l'explique Roussillon le processus de la liaison pulsionnelle et a entraîné chez le couple A et B une véritable douleur agonisante, un état de terreur et d'effroi en raison de la poussée pulsionnelle qui n'a pas pu trouver d'issue ni interne ni externe.

Nous pouvons comprendre avec Chabert et Verdon (2008) que la naissance de David et Solange a altéré les fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation. Le défaut de la fonction de contenance explique les difficultés pour les couples A et B de se représenter leurs contenus psychiques car ils présentent comme l'indique Chabert et Verdon (2008) un Moi-peau passoire qui caractérise les fonctionnements limites. En outre, la défaillance de la fonction pare-excitation nous permet de comprendre les angoisses paranoïdes dans le couple B et dépressive dans le couple A. Le plein d'excitation déborde les capacités du Moi à contenir les affects.

6.2.3 De la non-conformité entre la structure de l'enfant réel à l'enfant présente dans la réalité participe à l'émergence de la dépression masquée dans le couple.

Mr A a grandi dans une fratrie majoritairement féminine. Ce qui a causé en lui le désir d'avoir beaucoup de garçons. Ainsi, David est pour son couple l'enfant cause du désir tel que théorisé par Lacan.

Il le dit bien en ces termes : *« nous étions deux garçons avec six filles. C'est pourquoi, je me disais que quand je serai grand je vais accoucher au moins dix garçons.* ». David, loin d'être seulement un enfant cause du désir du couple-parental, il est aussi un objet de traumatisme, un objet imaginaire impossible à atteindre. En fait sa mère illustre cette impossibilité d'atteinte d'objet en ces termes : « *toi, tu peux souhaiter quelques…seulement.* ». David est pour ainsi dire une privation de l'objet du désir et de ce fait un objet traumatisant, faisant effraction au sein du couple. Son père déclare en effet : « *quand je vois mon enfant comme çà là je ressens mal* ». Le même manque s'exprime dans le couple car en effet Mr B a grandi dans une fratrie majoritairement féminine. Ce qui a causé en lui le désir. Ainsi, Solange est pour son couple l'enfant cause du désir tel que théorisé par Lacan. Il déclare : *« Parce que chez nous il n'y avait pas beaucoup de personnes, nous-même on n'était pas d'abord beaucoup et j'étais même d'abord seul, le seul garçon avant que mon petit frère qui a 21 ans ne naisse.* ». C'est dire à bien comprendre Mr B que Solange devrait être le frère qui a tant manqué à son père, elle devrait combler ce vide qui expliquait sa solitude. En plus, Mr B n'avait pas satisfait son désir de fréquenter et par conséquent de devenir un gendarme. Ce fantasme inassouvi a laissé un manque qui fait de Solange un objet petit a au sens Lacanien du terme. Il souligne en effet : « *je dois faire tout pour que mon enfant parte à l'école* ». Cependant, Solange est loin d'être l'enfant cause du désir du couple-parental, elle est un objet de traumatisme, un objet imaginaire impossible à atteindre. En fait, la réalité fait de Solange un enfant déficient source du traumatisme pour le couple. Sa mère indique le vécu de ce traumatisme lorsqu'elle déclare : « *mais moi je n'ai pas souhaité que je dois avoir un cas comme ça là. Moi je demandais à Dieu qu'il me donne tous mes enfants qu'ils ne soient pas le genre qui est que je dois souffrir.* ». Solange est pour ainsi dire un objet qui fait effraction au sein du couple. Elle est en opposition avec l'objet qui devrait satisfaire le désir.

En fait, comme l'expliquent Mgbwa, Tchokoté, Ngono et Princesse (2017) la défaillance et la rupture des liens avec Solange suscitent chez ses parents une expérience douloureuse de trahison, de déshérence. Solange et David représentent pour leurs parents des objets persécuteurs. En outre, le couple ayant un enfant porteur d'une

déficience congénital se retrouve devant le paradoxe du présent absent car malgré la présence de David et Solange au sein de leurs familles respectives, celles-ci éprouvent toujours un sentiment de manque et de vide. Ce paradoxe est à l'origine de l'oscillation investissement-désinvestissement.

Discussion

Ces résultats vont dans le sens des travaux de Bokanowski (2003) qui expliquait que le traumatisme entrave le processus de liaison pulsionnelle et entraine une véritable douleur agonisante. Le couple ayant un enfant porteur d'une déficience congénitale et notamment la femme n'arrive pas faire usage de sa capacité de rêverie qui devrait permettre au couple de transformer les éléments « bêta » que suscitent la naissance d'un enfant porteur de déficience congénitale en élément « alpha ». La désorganisation du système préconscient rend l'usage les capacités de représentation de l'absence impossible de même que l'usage des capacités fantasmatiques puisqu'il n'y a aucune possibilité de communication entre le système inconscient et le système préconscient.

En plus, comme l'avait souligné Roussillon (1999) deux types de trauma peuvent s'observer dans le couple parental : ceux qui désorganisent le processus primaire en lien avec l'inconscient et le préconscient et ceux qui perturbent gravement l'organisation même de l'économie pulsionnelle et la symbolisation. Le couple parental évolue avec le temps de la détresse vers l'agonie. Ainsi, contrairement à ce qu'avait souligné Golse (1990), le couple ayant un enfant porteur d'une déficience congénitale et notamment la femme n'arrive pas faire usage de sa capacité de rêverie qui devrait permettre au couple de transformer les éléments bêta que suscitent la naissance d'un enfant porteur de déficience congénitale en élément alpha. La désorganisation du système préconscient rend l'usage les capacités de représentation de l'absence impossible de même que l'usage des capacités fantasmatiques puisqu'il n'y a aucune possibilité de communication entre le système inconscient et le système préconscient.

Perspective théorique

Dans cette étude, nous avons questionné la contribution de la structuration signifiante du corps déficient congénitale dans l'émergence de la dépression masquée dans le couple parental. Il s'est avéré qu'il y a inadéquation entre la structure ontologique de l'enfant imaginaire et la structure de l'enfant déficient chez les participants de cette étude. Par conséquent, ils vivent une dépression masquée sous forme de terreur, d'effroi et de douleur agonisante. L'angoisse ressenti est masquée en un comportement marqué par l'impulsivité, un comportement masochiste ; des troubles alimentaires et des addictions à l'alcool, l'alternance des pulsions de vie et de morts, l'ambivalence sentimental vis-à-vis de l'enfant porteur de la déficience (haine et amour), une symbolisation liminale qui oscille entre acceptation et rejet. À partir de cette étude, nous envisageons mener une étude clinique approfondie sur la structuration signifiante du corps de déficient congénital dans le but de questionner leur apport sur le dysfonctionnement de l'équilibre psychique familial. Par ailleurs, il a été révélé dans cette étude que la religion est un cadre symboligène et que les couples ayant des enfants en situation de déficience congénitale disposaient des mécanismes de défenses qui leur permettaient d'intégrer la perte de l'objet a, de faire face aux angoisses que suscitent la figure de l'étrangéité, de savoir maintenir l'alternance des pulsions de vie et les pulsions de mort et de continuer à vivre avec l'enfant porteur d'une déficience congénitale malgré le traumatisme.

Conclusion

Les entretiens avec les couples parentaux ayant un enfant porteur d'une déficience motrice congénitale de la ville de Yaoundé permettent de soutenir l'idée que la non-conformité entre la structure ontologique de l'enfant imaginaire et la structure de l'enfant réel participe à l'émergence de la dépression masquée dans le couple. Il ressort que ceux-ci sont emprisonnés dans une double contrainte culpabilisante, accepter, intégrer l'enfant porteur des malformations congénitales mais souffrir avec lui. Ils n'arrivent pas toujours à transformer le statut de l'enfant pré investi mais sont amenés à « faire

avec lui » pour « faire taire » l'angoisse. Mais comme ça ne réussit pas toujours tel qu'ils le souhaitent, ils le font tout de même parce qu'ils sont parents. Ils veulent montrer qu'ils sont les bons parents et du coup ils sont dans le leurre, l'illusion. Le couple éprouve des difficultés d'élaboration, leur capacité de psychisation reste faible parce qu'il est bloqué, bloqué parce qu'il est pris par le double piège celui de l'acception et du rejet. Il a fantasmé mais l'enfant n'est pas tel qu'il l'a désiré. D'où la culpabilité écran du fait de n'avoir pas été capable de transformer la situation. La dynamique inconsciente qui se met en place s'observe par les signes cliniques tels qu'un style haché, un discours souvent inachevé, la frigidité, des douleurs, des céphalées et la dépendance chez les sujets puisque la problématique relève de la désymbolisation de la pensée. L'appétence addictive court- circuitant le Surmoi par resexualisation et en le rebattant sur le besoin.

Références bibliographiques

Bokanowski, T. (2003). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745-757. Doi : 10.3917/rfp.663.0745

Brusset, B. (2003). Honte primaire ou honte traumatique ? *revue française de psychanalyse*, (67), 1777-1780

Chabert, C. & Benoît, V. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. PUF

Chabert, C. (2009). *Traité de psychopathologie de l'adulte, Narcissisme et dépression*. Dunod.

Ciccone, A. & Firant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Dunod.

Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions*. PUF

Golse, B. (1990). *Insister-Exister, de l'être à la personne*. Le fil rouge : PUF

Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé*. Calmann-Lévy

Grasso, F. (2012). Effets post-traumatiques du handicap sur le système perceptif et sur le psychisme des parents, Analyse et nouvelle proposition d'accompagnement des parentalités difficiles. *La psychiatrie de l'enfant*, (55), 397-484

Institut National de la Statistique. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011* (EDS-MICS 2011).

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Dunod

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel*. Dunod

Kaës, R. (2009). La réalité psychique du lien. *Divan familial*, (22), 117-126

Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Dunod

Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé.* Calmann-Lévy

Lacan, J. (1937). *Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique*. Communication au 14e Congrès psychanalytique international, Marienbad, International Journal of Psychoanalysis

Lacan, J. (1956-1957). *La relation d'objet*. Ed du seuil

Scelles, R. (2006). Devenir parent d'un enfant handicapé. Une affaire d'homme, de femme, de couple, d'enfant et de société. *Informations sociales*, 4(132), 82-90.