

TRISOMIQUOPHOBIE Phobie des personnes trisomiques

**Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11**

VOIR : GOGOLOPHOBIE

Le terme “trisomie” souligne l'anomalie génétique avec 3 chromosomes – tri – au lieu de deux sur le chromosome 21, d'où l'appellation trisomie 21.

La trisomie 21 est la première cause diagnostiquée de déficience intellectuelle d'origine génétique.

Les caractéristiques physiques des bébés atteints du syndrome de Down peuvent inclure :

- Muscles mous.
- Petite taille.
- Petite tête et visage aplati.
- Cou court.
- Visage large et yeux bridés.
- Minuscules taches blanches sur la partie colorée des yeux.
- Parfois, langue anormalement grosse.

La trisomie 21 est-elle causée par la mère ou le père ?

La trisomie 21 n'est généralement pas héréditaire. Elle est causée par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21e paire. Dans 95 % des cas, cette anomalie est le résultat d'une non-disjonction souvent d'origine maternelle. L'incidence de la non-disjonction augmente avec l'âge maternel.

L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomie 21 a considérablement augmenté : une nouvelle génération de personnes porteuses de trisomie 21 vit désormais jusqu'à l'âge avancé de 60 ou 70 ans, avec des besoins spécifiques de prise en charge et d'accompagnement.

Le trisomiquophobe

Note d'interprétation. L'énoncé est une proposition infinitive sans prédicat ; je le traite comme l'objet d'une analyse (la crainte éprouvée à l'égard des personnes porteuses de trisomie 21), non comme une assertion normative. Je substitue par ailleurs « personne porteuse de trisomie 21 » à « trisomique », l'usage contemporain privilégiant la dissociation entre la personne et la condition.

1. Une peur rarement phobique, le plus souvent *anxiété de l'altérité*

Cette crainte relève moins d'une phobie spécifique au sens nosographique que d'une réaction d'inconfort face à une ambiguïté catégorielle. Au sens de Mary Douglas, ce qui menace est ce qui trouble les classifications : un visage reconnaissable comme humain, mais dont les

marqueurs phénotypiques (faciès, hypotonie, particularités de la communication) échappent aux attentes de la normalité perceptive. L'affect négatif procède alors d'une incertitude interactionnelle (« comment me comporter ? ») bien plus que d'une représentation de dangerosité.

2. Le stigmatisme et la désorganisation du script interactionnel

Chez Goffman, le stigmatisme *visible* impose aux interactants un travail de gestion de la « tension » : le sujet « normal » redoute de commettre un impair, de trop montrer sa gêne, ou de mal interpréter les signaux. L'évitement est ici une stratégie de protection de soi, non une hostilité. Les travaux sur l'*intergroup anxiety* (Stephan et Stephan) établissent que cette anxiété, alimentée par la méconnaissance et la rareté des contacts, prédit l'évitement indépendamment des attitudes explicites.

3. Des soubassements plus profonds : dégoût, menace symbolique, saillance de la mortalité

La *terror management theory* suggère que l'anomalie corporelle rappelle la contingence biologique et la vulnérabilité, ravivant l'angoisse de finitude. S'y ajoute l'hypothèse d'un système immunitaire comportemental (Schaller, Park) : l'écart morphologique active à bas bruit des heuristiques de détection de l'infection, sans fondement épidémiologique, d'où le décalage entre la réaction affective et la rationalité du jugement.

4. L'horizon historique et biopolitique

On ne peut isoler cette peur de son arrière-plan eugéniste (les politiques d'extermination de l'Aktion T4, la stérilisation forcée) ni de la configuration contemporaine du dépistage prénatal, où l'écart à la norme est devenu un objet de décision. La peur de la trisomie se redouble alors d'une peur *de naître* ou *de faire naître* trisomique, et ce déplacement contribue à rendre la personne concrète moins visible tout en la rendant plus symbolique.

5. Ce que corrige l'expérience du contact

L'hypothèse du contact (Allport, vérifiée par la méta-analyse de Pettigrew et Tropp) trouve ici une application robuste : le contact prolongé, coopératif et de statut égal réduit l'anxiété et l'infantilisation. L'enjeu éthique central est d'éviter le double écueil de l'*évitement* et de l'*idéalisation* (le stéréotype du « gentil éternel enfant »), qui constitue lui aussi une forme de déni de subjectivité adulte.