HAL
open science

Prendre corps : apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux

Justine Bossé

To cite this version:

Justine Bossé. Prendre corps : apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562005

HAL Id: dumas-01562005

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562005v1

Submitted on 13 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Prendre corps

Apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux

BOSSÉ Justine

Née le 27 décembre 1995, à Nantes (44)

Mlle Pauline ANGLA GRE

Juin 2017

Avant propos :

« Il ne suffit pas d'avoir une peau « tout autour » pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maitriser et apprécier les échanges avec son environnement ».

Anne-Marie LATOUR

Remerciements

Ce mémoire vient mettre un point final à trois années de formation, à l'issue desquelles je souhaite remercier chaleureusement :

Olivia, ma maître de stage, pour son soutien et sa confiance, sa générosité et son énergie débordante. Merci à elle de m'avoir transmis sa passion du métier avec enthousiasme. Nos échanges constructifs m'ont permis d'étayer ma réflexion de future professionnelle.

Pauline, ma maître de mémoire, pour ses nombreuses relectures et ses précieux conseils. Elle m'a accompagnée tout au long de l'élaboration de ce mémoire, avec une grande disponibilité.

L'équipe et les jeunes de l'IMPro pour leur accueil chaleureux et leur sens du partage. Ce sont autant de rencontres qui m'ont fait grandir.

Ma famille et mes amis, présents malgré la distance. Mais aussi mes deux colocataires, sans qui cette année n'aurait pas été si joyeuse. Plus généralement, tous mes camarades de promo, avec qui j'ai vécu trois belles années de découvertes.

Tous les professionnels que j'ai pu rencontrer, avant ou pendant ma formation, qui m'ont confortée dans mon envie d'exercer et accompagnée dans ma construction en tant que future professionnelle.

SOMMAIRE :

Introduction……4

PARTIE I. La construction corporelle……6

A. Qu'est-ce que la construction corporelle ?……6
B. Quelles sont les étapes de la construction corporelle ?……9
C. Conclusion……24

PARTIE II. Rencontre avec une population d'adolescents déficients intellectuels……25

A. L'adolescence……25
B. La déficience intellectuelle……34
C. Une ouverture au monde limitée……37
D. Conclusion……40

PARTIE III. La construction corporelle chez les individus déficients mentaux……41

A. Les perturbations pendant l'enfance……42
B. Les difficultés durant l'adolescence……51
C. Conclusion……58

PARTIE IV. L'apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux – Exemple de prises en charge en IMPro……59

A. La psychomotricité au sein de l'IMPro ……59
B. Les prises en soin psychomotrices……61
C. Rencontre avec Emilie……76

Conclusion……89

Bibliographie……91

Table des matières……94

Annexe……97

INTRODUCTION

« Il n'est pas automatique de posséder un corps qui nous appartienne personnellement. » Gauthier, 2001

Mon premier contact avec la déficience intellectuelle remonte à 2013. Je m'étais alors proposée pour accompagner bénévolement des cavaliers adultes présentant un retard mental durant une promenade à cheval.

Je me rappelle d'un moment en particulier. Alors qu'Anna[1] était installée sur le cheval pendant que je tenais les rennes, je m'exclamais : « attention à la branche ! ». La jeune femme m'avait alors regardée, perplexe, n'initiant aucun mouvement pour se baisser afin de ne pas se cogner la tête. Elle n'avait pas compris ce que je lui signifiais.

Cette expérience m'a amenée à me questionner sur l'impact de la déficience intellectuelle au niveau du corps. En effet, cette pathologie est plutôt responsable de troubles cognitifs. Pourtant, en psychomotricité, où le lien corps-esprit est au centre de la pratique, nous pouvons nous interroger sur les répercussions que de telles difficultés pourraient avoir au niveau du vécu corporel du sujet.

Si les mots ne font pas sens, si l'esprit ne permet pas d'établir des connexions entre un fait énoncé et la réalité extérieure, comment l'individu peut-il s'organiser corporellement dans l'action et agir sur son environnement extérieur ?

Cette réflexion se rappellera à moi lors de mon stage de troisième année de psychomotricité, dans un Institut Médico-Professionnel (IMPro) qui accueille des adolescents déficients mentaux. Dans la cour de récréation, je constatais avec étonnement la difficulté de certains à mettre leur corps en mouvement de façon volontaire. Des tâches qui nous paraissent automatiques, comme enjamber un obstacle ou fermer son manteau, deviennent parfois une épreuve pour certains adolescents.

Par conséquent, je m'interroge sur les phénomènes permettant la mise en place d'un corps « maîtrisé ». Comment acquérons-nous le « contrôle » de notre corps, ou plutôt, par quels mécanismes nous l'approprions-nous ? Finalement, comment prend-t-on corps ?

[1] Les prénoms ont été changés afin de préserver l'anonymat

Ce phénomène m'apparaît d'emblée comme étant le fruit d'une construction, et non pas quelque chose d'inné. Je me questionne alors sur les conséquences de la déficience intellectuelle sur cette « construction corporelle ». Le développement cognitif étant éminemment lié à la structuration du corps, je fais l'hypothèse que le retard mental de l'individu aura un impact au niveau corporel.

A l'adolescence, le corps change avec l'entrée dans la puberté. Nous pouvons présupposer que cela va venir perturber les acquisitions précédentes. Le phénomène d'appropriation du corps, qui s'est déroulé pendant l'enfance, va ainsi être suivi d'un nécessaire travail de *réappropriation*.

Qu'en est-il de l'adolescent déficient mental ? Quel rapport entretient-il avec ce corps qui change ? Et quelle compréhension a-t-il de cette période de transition ?

Au sein de mon stage, j'ai pris part à de nombreuses prises en charge, qu'elles soient individuelles ou groupales. La place centrale que le corps y occupe m'amène à réfléchir sur le rôle que la psychomotricité pourrait jouer dans la construction de ce dernier. Finalement, je me demande : **la psychomotricité peut-elle soutenir l'adolescent déficient mental, possiblement en difficulté dans sa construction corporelle ?**

Avant toute chose, il me paraît essentiel de définir le terme de « construction corporelle », ainsi que les mécanismes qui entrent en jeu dans sa structuration tout au long de l'enfance.

Dans une seconde partie, je m'attacherai à décrire la période de l'adolescence, qui est à l'origine de nombreux changements au niveau du corps. Nous verrons ainsi ses conséquences au niveau du Moi corporel du sujet. Mon mémoire s'intéressant à une population adolescente présentant une déficience mentale, je définirai les caractéristiques de cette pathologie, ainsi que ses répercussions sur le vécu de l'adolescence par les individus.

Puis je tenterai de mettre en lumière les fonctions qui se sont mal ou pas mises en place chez les sujets déficients mentaux durant l'enfance, et les retentissements que cela peut avoir au moment de la période de l'adolescence.

Je chercherai ensuite à identifier en quoi la psychomotricité peut jouer un rôle dans la construction corporelle du jeune déficient mental. Je m'appuierai notamment sur l'atelier que j'ai mis en place durant mon stage. Enfin, je présenterai le cas d'une jeune adolescente scolarisée à l'IMPro.

PARTIE I :

La construction corporelle

Au sein de cette partie, je vais m'attacher à faire la synthèse des différents mécanismes qui entrent en jeu dans la construction du corps. J'ai choisi volontairement de me concentrer sur la structuration corporelle, mais celle-ci est bien évidemment indissociable du développement psychique du sujet.

Cette construction se fait dans la relation à l'autre. Comme le dit D. WINNICOTT, un bébé n'existe pas seul (36). C'est un processus long, qui évolue petit à petit durant l'enfance. L'arrivée dans **la période adolescente va venir remettre en question certaines des assises que le sujet avait précédemment établies**.

I.A. Qu'est-ce que la construction corporelle ?

Je considère la construction corporelle comme étant le processus par lequel **l'enfant va peu à peu prendre conscience de lui-même et pouvoir pleinement habiter son corps**. L'enfant possède dès la naissance une connaissance implicite de lui-même, cependant, je vais m'intéresser aux événements qui vont lui permettre de s'approprier son corps, de passer d'un fonctionnement réflexe à une existence pleinement consciente. Laurence DARCOURT énonce que l'enfant « vit ce corps avant de savoir qu'il existe » (10).

La construction corporelle comprend ainsi la **structuration du schéma corporel** mais aussi la **création d'une image du corps**, dont je développerais les concepts en suivant.

I.A.1. Le schéma corporel

Le neurologue Henry HEAD est le premier à parler de la notion de schéma corporel, ou schéma postural. Pour lui, le cerveau possède un **modèle interne, représentatif des caractéristiques et des grandeurs biomécaniques du corps**. Cela nous permet de situer notre corps dans l'espace et d'avoir une représentation topographique des différentes parties du corps. Ceci est essentiel pour se mouvoir.

Paul SCHILDER considère le schéma corporel comme étant « **l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même** » (20). C'est dans les mouvements corporels et dans la perception que l'on en a que se construit ce schéma fonctionnel du corps. Il dépend donc de l'anatomie, des expériences motrices et de la sensibilité de chacun. Il insiste sur le **rôle de l'appareil sensoriel et du tonus** dans la construction de cette notion ; le tonus étant essentiel dans le maintien postural. Cependant, la théorie de P. SCHILDER considère le schéma corporel comme identique à l'image du corps. Ce concept a été controversé par la suite.

Le schéma corporel se construit durant les premières années de la vie. On peut le considérer comme étant établi vers l'âge de 12 ans, mais **il est en permanente évolution**. Ainsi, un changement morphologique va entraîner un remaniement de ce dernier. Le schéma corporel est sensiblement identique pour les individus valides d'une même espèce. En effet, il se base sur des données anatomiques, qui forment une base commune.

J. DE AJURIAGUERRA en parle en ces termes : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le **cadre spatial de référence** où ils prennent leur signification » (1).

Le schéma corporel va donc s'appuyer sur les systèmes vestibulaire et proprioceptif, ainsi que sur la sensorialité du sujet pour se développer. Le système vestibulaire permet de sentir son corps en mouvement. Il intervient dans la stabilisation du corps dans les déplacements, ou en position statique. La proprioception est une perception interne de soi, c'est une sensibilité de l'organisme à la position de chacun de ses membres et à son propre mouvement.

En d'autres termes, le schéma corporel est une **représentation du corps qui s'organise sur la base de perceptions**. Il intègre les différentes informations sensorielles, proprioceptives et vestibulaires pour former une structure, un modèle perceptif qui servira de référence pour l'action. Le schéma corporel donne en effet des indications pour avoir une action adaptée, en prenant en compte l'environnement. Pour Eric PIREYRE, cela correspond à la sensibilité somato-viscérale (27).

I.A.2. L'image du corps

Pour Paul SCHILDER, l'image du corps regroupe **les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps**, et qui sont chargées d'affects (20).

A. SANGLADE parle de cette représentation de soi comme étant **influencée par la relation aux autres** ainsi que par leur qualité. Elle est également liée à la construction du narcissisme. L'image du corps a un caractère plastique et modifiable, et elle est **indépendante de la réalité du corps physique** de l'individu.

L'image du corps concerne les aspects subjectifs de l'expérience corporelle. Il s'agit de la **manière dont le sujet perçoit et rapporte cette expérience**, la manière dont il la vit. Selon M. BRUCHON-SCHWEITZER, l'image du corps concerne à la fois ce qu'elle appelle le corps-objet, qui est doté de caractéristiques physiques particulières (taille, poids, volume), mais également le corps-sujet, qui est investi d'affects plus ou moins conscients et souvent auto-évaluatifs.

En d'autres termes, l'image du corps correspond à une **configuration globale qui rassemble l'ensemble des représentations que l'individu se construit sur son propre corps**, au travers des expériences qu'il vit. Annie BIRRAUX énonce que « l'image du corps n'est donc pas visuelle, elle a de la densité sensorielle, émotionnelle et affective » (7). Elle concerne la façon dont le sujet se vit.

Selon DOLTO, l'image du corps est inconsciente. Elle résulte d'une articulation dynamique entre :

- l'image de base qui est un sentiment de sécurité. Elle assure la « mêmeté d'être »,
- l'image fonctionnelle qui elle porte le sujet vers l'action et vers la relation à l'environnement.

- et l'image érogène qui érotise la relation à l'autre, en se focalisant sur le plaisir ou déplaisir vécu (10).

Je me baserais sur la théorie de E. PIREYRE, qui traduit ces trois notions en **sentiment de continuité d'existence, identité et identité sexuée**. Pour cet auteur, le sentiment d'exister est « la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace » (27). La notion d'identité est liée au processus d'individuation, c'est-à-dire se percevoir comme unique et séparé de l'autre. L'identité sexuée est également le fruit d'une construction.

I.B. Quelles sont les étapes de la construction corporelle ?

I.B.1. Un Moi corporel en relation avec l'autre et l'environnement

A la naissance, le bébé se trouve dans un état d'indifférenciation à la mère. Il n'a pas conscience de son corps et possède une motricité et un fonctionnement réflexes. Progressivement, il va découvrir son espace corporel, apprivoiser ses sensations à l'aide de son environnement et acquérir le sentiment d'un « Moi corporel », comme l'exprime G.HAAG (19).

I.B.1.a. Le corps subi

A la naissance, le bébé est confronté brutalement à la vie aérienne. Lui qui vivait une expérience rassemblée au sein de l'utérus maternel, se retrouve totalement morcelé par le monde extérieur. Dans un état de grande dépendance à l'environnement, le bébé n'a aucune maîtrise ni compréhension sur ce qu'il vit. J. DE AJURIAGUERRA parle de cette période comme celle du corps subi. Elle se termine aux alentours de trois mois.

Le bébé éprouve progressivement les rythmes physiologiques de son corps. Ainsi, il alternera entre des phases d'éveil et de longs temps de sommeil, des phases de sensation de faim et de sentiment de plénitude. Il est également soumis en permanence à des stimulations provenant de l'environnement extérieur.

A. BULLINGER parle de flux sensoriels pour qualifier ce flot constant d'informations sensorielles qui parviennent au bébé (33). C. POTEL assure que le contact de l'air sur la peau, ainsi que les matières que le bébé rencontre par hasard lui confère des sensations d'exister : le fait de ressentir l'expérience d'une sensation atteste que l'on est vivant (30).

Ces flux sensoriels, associés aux sensations provenant des mécanismes physiologiques du corps, renseigne l'individu sur son intériorité, **et permettent donc d'actualiser la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps**. E. PIREYRE parle d'une limite corporelle en deux feuillets : un feuillet interne, renseigné par la proprioception et les variations toniques, et un feuillet externe, renseigné par les organes sensoriels et en relation avec le milieu extérieur, physique et humain (27).

Ces stimulations sensorielles et toniques permettent de **faire la différence entre ce qui est « soi » et « non soi ».** Cela se fait sur un plan inconscient ; à cet âge, le bébé ne différencie pas les sensations qui viennent de l'intérieur de son corps et les sensations du monde extérieur. Il vit chaque expérience de façon morcelée.

Selon D. WINNICOTT, le nourrisson est une unité psychosomatique inorganisée. Il est commandé par ses besoins et va par conséquent nécessiter que l'autre mette du sens sur ce qu'il vit. Pour exprimer ses états somato-psychiques, le bébé n'a d'autres possibilités que de les expulser hors de lui. Il le fait sur un mode corporel et comportemental, par le biais de son tonus.

Le tonus est en effet son principal moyen de communication. Pour J. MULLER, le tonus est une légère tension dans laquelle se trouve tout muscle squelettique normal, non engagé dans une action spécifique. Cette notion est une des dimensions fondamentales de l'être humain. Le tonus est la toile de fond du fonctionnement musculaire, au niveau de la motricité, du maintien de la posture et de l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective de l'individu. A. BULLINGER assure que « la tonicité est le baromètre de notre identité corporelle et de la qualité de nos relations » (27). H. WALLON ajoute qu'elle permet de préserver l'unité du sujet.

Au niveau de sa motricité, à la naissance, le nourrisson possède une organisation tonique particulière caractérisée par une hypotonie de l'axe et une hypertonie des membres. En état d'éveil, il est capable de voir, entendre, sentir, se mouvoir. Cependant, **ses comportements sont pour la plupart involontaires et réflexes.**

Il va alors s'instaurer ce que J. DE AJURIAGUERRA appelle le dialogue tonico-émotionnel entre le bébé et son entourage (5). Il est mis en jeu dès le début de la vie. Il est le support de la communication et **il véhicule l'expression des émotions**. En effet, c'est tout le corps de l'enfant qui se mobilise pour rejeter hors de lui les impressions négatives qu'il ressent et qu'il n'est pas capable de traiter par lui-même, qu'il ne comprend pas.

J. DE AJURIAGUERRA expose que « dès la naissance, l'enfant s'exprime par le cri, les réactions toniques axiales où tout le corps parle. L'enfant réagit aux actions extérieures par la protestation hypertonique ou par l'apaisante relaxation. »

La Mère – symbolisant ici toute personne privilégiée s'occupant des soins – va s'adapter, en réponse aux manifestations toniques de son enfant. Elle « s'oublie » pour s'accorder de façon dynamique à ce que lui renvoie son bébé, en modulant Elle aussi son tonus. E. PIREYRE explique que « s'installe alors, à notre insu et en retour, entre la personne et nous [ici, entre l'enfant et la Mère] une forme de communication extrêmement pertinente et signifiante, forte et le plus souvent inconsciente » (27).

Dans les moments de désorganisation du bébé, la Mère va venir prendre soin de lui, et Elle va également réaliser un travail de traduction pour tenter de comprendre les besoins du bébé. Pour W. BION, cela correspond à la notion de fonction alpha (16). Le bébé exprime tout d'abord des éléments Bêta, qui n'ont pas de signification pour lui. Il ne sait pas ce qui lui arrive, et c'est la Mère, de par son travail d'interprétation, qui vient apporter une réponse qu'Elle juge adaptée au besoin de l'enfant.

Ce travail intellectuel, associé à la parole et au toucher apaise la tension éprouvée par le bébé. **Toutes les réponses apportées par la Mère sont de nature non verbale**. En effet, le bébé n'a pas accès à la compréhension des mots. Il va percevoir les intonations, la qualité du toucher, toutes ces choses à valeur de communication non verbale. L'intention possède par conséquent une importance.

Ce travail de pensée se réalise sur une base intuitive ; la Mère décode ce qu'elle perçoit de son bébé en fonction de ce qu'elle a vécu et de ce qu'elle ressent, de ce que son bébé lui renvoie. W. BION parle de l'instauration d'une boucle interactive. En effet, les comportements de la Mère, répondant de manière adaptée aux besoins du bébé, vont se répéter de façon cyclique dans le temps. Cette répétition permet à l'enfant de faire du lien et de construire une certaine anticipation.

Ce phénomène apporte une rythmicité et a donc un effet organisateur dans la vie du bébé. **Celui-ci éprouve un sentiment de continuité d'existence ; il sait qu'il va survivre à chaque nouvelle « crise ».**

Cette fonction est à mettre en lien avec le *holding* et le *handling* dont parle D. WINNICOTT. Par le *holding*, la mère soutient en effet l'enfant en le portant, en le berçant. Elle le rassemble et fait de lui un être à part entière. Le *handling* correspond à tous les soins que la Mère prodigue au bébé. Toutes ces manipulations physiques vont former une enveloppe qui permettra à l'enfant de se constituer une intériorité.

Le dialogue tonico-émotionnel s'exerce également dans ces situations de portage et de soins. Il est fonction de la qualité de contact entre la Mère et l'enfant. Pour C. POTEL, c'est une dimension corporelle de la relation qui unit la Mère à son bébé. Au cours des différentes interactions, le nourrisson se construit progressivement une peau à lui, en expérimentant le sentiment d'une peau commune avec sa Mère. La relation au monde extérieur s'ancre dans la relation à l'autre. **Un attachement affectif suffisamment sécure est à la base du processus d'individuation**.

Dans une situation de portage, l'enfant est détendu et éprouve son corps du côté de l'hypotonie, du mou. Au niveau affectif, cette expérience sera vécue du côté du plaisir, et elle sera indissociable de la relation à l'autre. Cette dimension affective va par conséquent soutenir le développement du domaine représentatif ; de la bonne et mauvaise Mère par exemple.

Suzanne ROBERT-OUVRAY affirme que toute l'organisation de l'enfant s'appuie sur le tonique et le corporel (34). Pour que le bébé se développe et se construise, il faut qu'il soit tenu, contenu, porté physiquement et psychiquement par son parent. A cette période où il ne maîtrise pas son vécu, il expérimente à travers son corps et la relation est son moyen de compréhension de soi et du monde.

I.B.1.b. Le corps vécu

Cette période débute à l'âge de trois mois et s'étale jusqu'aux trois ans de l'enfant. La répétition des situations de portage et de soins que nous avons vues précédemment permet une intégration progressive de ces vécus chez le bébé. **Cela soutient également un sentiment de continuité d'existence**.

La continuité des soins et la qualité de réponse de la Mère assure en effet une certaine sécurité intérieure à l'enfant, qui favorise son bon développement. Ces expériences répétées permettront progressivement au bébé de faire la différence entre lui et autrui.

D. WINNICOTT parle du concept de « Mère suffisamment bonne » (35). C'est-à-dire que la Mère doit présenter des réponses fiables et adaptées pour que l'enfant se structure. Il est en effet essentiel qu'il éprouve cette alternance entre les aspects durs et mous de son tonus, ainsi que la régulation de ces états toniques par la relation.

Cependant, pour être une Mère « suffisamment bonne », cette dernière ne doit pas être « trop présente » et intervenir tout de suite auprès de son enfant, mais lui laisser un temps d'intégration. Ce temps de latence permet au bébé de passer d'un état de fusion à la Mère et de satisfaction immédiate (voire « magique ») de son besoin à un état de différenciation. Cela se produit aux alentours de six mois.

Selon D. ANZIEU, « la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci » (27). L'enveloppe psychique qui en résulte est nécessaire à la formation du pré-Moi corporel. **Le dialogue tonique ainsi que la sensorialité et la relation à l'autre permettent le développement du processus de subjectivisation.**

Durant ce temps d'attente où la Mère ne répond pas à son besoin, le bébé va alors tenter de s'auto-apaiser. Il va par exemple sucer son pouce. Cela lui permet d'éprouver un sentiment d'apaisement, conféré par lui-même. Cela entre en jeu dans la construction du narcissisme, puisque l'enfant devient capable de se satisfaire seul pendant un court instant. **Ces conduites signent également le début de l'érotisation du corps, ainsi qu'un sentiment d'appropriation de ce dernier.**

Par conséquent, l'enfant devient capable de faire la différence entre les informations perceptives venant de son propre corps et celles qui proviennent de l'environnement, et cela va soutenir la différenciation soi/non soi, la reconnaissance de lui et de l'autre. C. POTEL énonce qu'en découvrant son corps, le bébé est en marche vers la différenciation car il trouve des moyens de s'auto-satisfaire.

Au niveau moteur, le bébé nait avec un patrimoine génétique de base et des compétences innées, qui vont se développer et se potentialiser en fonction de son environnement, de ses expériences.

La maturation neurologique du bébé, qui soutient ses acquisitions, est favorisée lorsque le bébé évolue dans un milieu stimulant et sécurisant. Comme nous l'avons vu précédemment, durant les trois premiers mois de son existence, le bébé est régit par un fonctionnement réflexe. Sa motricité est désorganisée et involontaire.

La maturation du tonus va rendre possible des acquisitions posturales et motrices, qui vont se diversifier grâce aux diverses sollicitations du milieu mais aussi grâce à la motivation de l'enfant. En effet, c'est son envie d'explorer, de manipuler qui va le pousser à essayer, à toucher, à « aller vers ».

D'un point de vue maturatif, on va observer progressivement une poussée du tonus dans tout le corps du bébé. **Les mouvements réflexes s'atténuent pour laisser place à des ébauches de mouvements volontaires**, qui ne sont au début, pas encore très contrôlés.

L'augmentation du tonus du tronc, et le développement de la musculature, qui s'effectue notamment grâce à des mouvements répétitifs, va permettre au bébé de tenir sa tête, de se retourner sur le ventre puis de revenir sur le dos. Plus tard, il pourra se tenir assis puis expérimenter divers déplacements avant d'accéder à la marche. Le développement de la motricité se fait, comme nous l'avons vu précédemment, en lien avec les afférences sensorielles et affectives.

S. ROBERT-OUVRAY décrit trois schèmes moteurs de base du bébé. Pour cette auteure, **c'est avec l'intégration des schèmes de base que l'enfant commence à construire son schéma corporel** (34). Cette notion est à mettre en lien avec l'intégration des différents espaces corporels d'André BULLINGER (33). Selon lui, le premier espace expérimenté par l'enfant correspond à l'espace utérin. Le fœtus vit une expérience rassemblée au sein du ventre maternel.

Après la naissance, le bébé découvre l'espace de la pesanteur. L'enfant ressent l'effet de la gravité, aux niveaux proprioceptif et vestibulaire. Il expérimente des situations de regroupement, des réactions d'appui, de repoussé. Cela lui permet d'**intégrer la notion de verticalité**.

Pour S. ROBERT-OUVRAY, le bébé expérimente tout d'abord le schème de l'enroulement fondamental. C'est la première position du bébé ; elle est rassurante et sécurisante. **C'est une position de ressource narcissique.** La motricité du nourrisson le ramène sans cesse à un retour sur lui-même.

Il faut que l'enfant ait acquis une certaine sécurité corporelle et psychique de base pour pouvoir ensuite s'ouvrir à l'extérieur. Au niveau corporel, cette ouverture se traduit par des schèmes d'extension ; au niveau psychique, par un investissement du « dehors ».

A. BULLINGER énonce ensuite la découverte de l'espace oral. Avec sa bouche, il va « capturer » des objets, explorer différentes textures, différentes qualités de surface. Ces explorations se font dans une position de flexion globale, ou enroulement. Cela permet **l'élaboration d'un sentiment de contenance**.

L'enfant investit ensuite l'espace du buste. Il découvre la coordination entre l'avant et l'arrière de son corps. C'est à cette période qu'il va expérimenter des conduites de flexion et d'extension, en mettant son pied à la bouche par exemple. Cette étape permet **la création d'un arrière fond**.

Cela rejoint les écrits de Geneviève HAAG qui insistent sur l'importance de l'intégration du dos dans la création de l'image du corps. Le dos est un objet d'arrière-plan qui étaye et structure les premières actions sur le monde extérieur. Son intégration passe également par des situations de portage, où le contact corporel de la Mère au niveau du dos du bébé vient s'associer aux échanges de regard, et ceci va participer à la création d'un arrière fond. Je détaillerai cette notion plus tard.

Selon E. PIREYRE, l'immaturité tonique caractérisée par un faible tonus axial donne au bébé un vécu particulier d'enfoncement dans le sol et donc un manque d'arrière-fond (27). La découverte de l'espace du buste permet au bébé de tonifier son tronc et d'expérimenter le décollement du sol.

Le deuxième schème de S. ROBERT-OUVRAY correspond au schème de l'axialité et de la symétrie. Le bébé est organisé par un axe de symétrie, qui sépare le corps en deux espaces gauche et droite. **Le bébé va vivre et éprouver ses deux côtés, et les réunir par l'espace de la bouche**. Cette expérience est très structurante. Pour S. ROBERT-OUVRAY, « la construction de l'image de soi s'étaye sur le mouvement de symétrie corporelle engendré par la prise de position du rachis comme axe du corps ».

A. BULLINGER parle lui de l'espace du torse. Le bébé découvre les coordinations gauche/droite, qui viennent s'unifier au niveau de l'espace oral. Il élargit ainsi son espace de préhension ; la rotation lui permettant d'attraper des objets situés sur les côtés. Cet espace permet **la création de l'axe corporel**, le corps s'organisant autour de cet axe de symétrie.

Enfin, l'enfant investit l'espace du corps. Il va pouvoir accéder aux coordinations entre le haut et le bas de son corps et ainsi partir à la découverte du monde extérieur. En accédant à la locomotion, l'enfant fait de son corps un corps « véhicule ». Il intègre la fonction d'appui des pieds et explore son environnement avec ses nouvelles facultés.

Cela suppose également qu'il soit en mesure d'investir la **possibilité de se séparer corporellement de sa mère**. La locomotion autonome signe en effet un renoncement momentané au portage du parent, pour investir l'espace par soi-même. C'est se porter soi et donc renoncer au corps parental. On est d'emblée dans des enjeux d'individuation, puisque l'enfant tolère la séparation.

Le déplacement du corps dans l'espace implique que l'enfant ait acquis des repères corporels fiables et stables. Il est en effet nécessaire que l'enfant se soit construit une représentation interne de son corps, qui lui servira de référence à l'action. Un schéma corporel bien structuré lui permettra d'adapter ses gestes et ses mouvements en fonction de l'environnement extérieur. L'espace du corps doit être suffisamment intégré pour pouvoir aller à la rencontre de l'espace extérieur.

S. ROBERT-OUVRAY évoque enfin le schème des coordinations. Les muscles agonistes et antagonistes se coordonnent pour permettre des combinaisons de mouvements de plus en plus complexes. La régulation du tonus des bras va libérer l'espace de préhension. L'enfant passe du grasping réflexe à une préhension plus volontaire. Sa capacité à saisir un objet s'affine au fur et à mesure ; l'enfant passe d'une prise palmaire à une pince précise.

Selon E. PIREYRE, **la préhension et la locomotion permettent l'assomption de l'individualité** en rendant possible la pénétration de l'espace, le contrôle du geste et la maîtrise de l'objet. Tous ces mouvements et ces explorations réalisés par l'enfant contribuent à la construction et à l'organisation de son schéma corporel (27). Pour S. ROBERT-OUVRAY, **la structure et la dynamique de ces schèmes de base confèrent à l'enfant une connaissance innée et proprioceptive des trois plans spatiaux, et donc de sa motricité** (possibilités de rotation, de torsion etc.).

L'enfant, en grandissant, va progressivement gagner en maîtrise de sa motricité, de son geste. Petit à petit, sa locomotion se fera plus assurée ; ses appuis se consolident, ses coordinations gagnent en précision, sa régulation tonique se fait plus ajustée etc. Son schéma corporel se structure de plus en plus. Pour l'instant, l'enfant est encore dans une motricité « brute ». Il est dans l'agir, dans le plaisir de faire.

A un niveau plus symbolique, l'enfant commence à pouvoir nommer certaines parties de son corps. Une certaine connaissance théorique du corps se met en place, bien qu'à cette période, l'enfant est plus dans une découverte sensorielle et tonique du corps – un corps vécu. Autour de trois ans, il commence également à devenir propre. Cette étape s'accompagne d'enjeux narcissiques.

Avant cela, vers vingt mois, l'enfant acquiert la capacité de dire « non ». C'est une affirmation du Moi. Cela suppose ainsi que l'enfant se sente différent de l'autre ; il oppose son Moi à autrui, différent de lui.

C'est également l'âge où l'enfant prend pleinement conscience de son unité corporelle et de son individualité avec le stade du miroir. Durant les premiers mois de sa vie, le bébé ne montre aucun signe de reconnaissance de lui face à un miroir. Il présente de l'intérêt pour l'image qu'il voit, mais réagit comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre. Petit à petit, il apprend à se reconnaître et à s'identifier en faisant le lien entre ce qu'il observe dans le miroir et les sensations proprioceptives qui lui viennent de son corps.

Lorsque la reconnaissance de soi est acquise, **l'enfant perçoit pour la première fois une image de lui comme objet total, avec un corps unifié et séparé de l'autre**. Cette étape vient signifier de manière concrète ce que l'enfant percevait jusqu'alors de manière inconsciente.

I.B.1.c. Le corps perçu

Cette période s'étale de l'âge de trois ans à sept ans. L'enfant va perfectionner sa motricité. Avant cela, il est dans l'éprouvé de la sensation, il agit dans une optique de découverte. Avec l'entrée dans la période du corps perçu, **il y a une prise de conscience du corps propre**. Dès quatre ou cinq ans, l'enfant peut d'ailleurs débuter une pratique sportive. Le corps est investi dans un but autre que l'exploration. Cela vient soutenir la création d'une image du corps gratifiante. Les activités physiques permettent en effet de valoriser l'enfant dans ses acquisitions.

On retrouve également la mise en place de jeux symboliques ; le corps est utilisé pour « faire semblant », par la gestuelle et les mimiques.

Par ailleurs, l'enfant est capable d'avoir une attention perceptive centrée sur son corps ; **il peut corriger un geste mal exécuté, améliorer un mouvement**. En effet, il sent au niveau proprioceptif la position de ses différents segments corporels et peut ainsi la réajuster. La représentation que l'enfant a de son corps s'est construite et s'étaye dans les perceptions qu'il éprouve.

L'enfant apprend également à distinguer sa gauche de sa droite. On observe une latéralisation progressive du corps. L'enfant devient plus à l'aise et plus performant avec l'une de ses mains, l'un de ses pieds.

Au niveau de la connaissance « symbolique » du corps, l'enfant peut nommer un grand nombre de parties du corps. **Il peut également représenter son corps par le dessin ou d'autres supports** (la pâte à modeler par exemple). L'enfant a suffisamment intériorisé son corps pour pouvoir le figurer de manière symbolique. Cela vient attester d'une certaine capacité de représentation mentale.

D'après A. BULLINGER, « La régularisation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des différents segments corporels ainsi que les représentations de l'organisme sont les différentes facettes de la construction de la subjectivité » (22).

I.B.1.d. Le corps représenté

Après la période du corps perçu, l'enfant va continuer de structurer son schéma corporel. On considère comme étant établi vers douze ans, mais il continuera d'évoluer durant toute la vie de l'individu.

Pendant la période du corps représenté, ou connu, l'orientation corporelle est acquise. L'enfant peut ainsi se placer dans la même position que celle d'une autre personne. Il est capable de suivre une indication verbale pour se positionner. Il connaît les termes d'orientations et de positionnements corporels (accroupi, à genoux, les jambes tendues, etc.).

Cette période est également celle de la décentration. **L'enfant devient ainsi capable de sortir de son référentiel égocentré** pour décrire la position de quelqu'un d'autre ou d'un personnage schématisé (il a les bras devant lui etc.).

L'enfant est de plus en plus à l'aise avec son corps. **Son organisation corporelle lui permet de s'adapter aux circonstances de l'environnement extérieur.** Il peut par conséquent s'organiser d'un point de vue corporel pour franchir un obstacle.

Cela suppose une bonne connaissance corporelle, une capacité d'adaptation à l'espace et une possibilité d'orientation du corps par rapport au milieu extérieur. L'enfant peut exécuter des mouvements de plus en plus complexes, les coordonner, les gérer dans l'espace. **Il peut également anticiper un geste à accomplir, ce qui démontre des capacités de représentation mentale.**

I.B.2. Un corps unifié et différencié

Je souhaite à présent développer plus précisément certaines notions qui me paraissent essentielles dans la construction corporelle de l'individu, dans l'accès au sentiment d'unité corporelle et de séparation de l'autre. Comme nous avons pu le voir, le corps se structure progressivement dans les interactions entre l'enfant et son environnement, mais aussi dans toutes ses expériences toniques, sensorielles et motrices.

La peau est une limite tangible, qui marque de manière matérielle la frontière entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Elle forme une enveloppe qui contient les os et les organes, qui les maintient ensemble. Elle est ainsi **essentielle dans la construction d'un Moi global et entier**.

La contenance physique, par le toucher, par le contact de la peau contre la peau, appelle une sensation de contenance psychique, le sentiment d'être porté par l'autre. L'expérience d'un toucher vient délimiter le corps, le psychisme en éprouve une sensation agréable et intériorise cette fonction contenante.

Didier ANZIEU théorise la notion de « Moi-peau », qui s'étaye sur les différentes fonctions de la peau. Par Moi-peau, il « désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (27).

Le Moi-peau correspond aux prémices du Moi, à un stade sensoriel. L'individu n'a pas encore conscience d'être un corps, d'être une personne ; **le Moi-peau serait une certaine « pré-conscience » archaïque.** D. ANZIEU décline neuf fonctions du Moi-peau :

- Une fonction de maintenance : la peau soutient le squelette et les muscles, maintient le corps dans un état d'unité et de solidité. Dans un premier temps, c'est la Mère qui joue ce rôle. En portant l'enfant, Elle le rassemble en un être entier. Elle le porte physiquement et psychiquement. Le bébé, qui n'est pas encore différencié de sa Mère éprouve le sentiment d'un corps qui tient ; c'est le *holding* de WINNICOTT.
- Une fonction contenante : la peau recouvre toute la surface du corps et enveloppe les organes ainsi que l'appareil psychique. C'est tout d'abord dans les soins que sa Mère lui prodigue que le bébé se sent enveloppé et contenu. WINNICOTT parle de *handling*.
- Une fonction de pare-excitation : elle régule les stimulations internes et externes. Dans un premier temps, c'est la Mère qui joue ce rôle, notamment par le *holding* et le *handling*. Elle protège l'enfant d'un surplus de stimulation qu'il ne peut pas gérer seul pour le moment.
- Une fonction d'individualisation de soi : elle apporte le sentiment d'être unique, et donc différent de l'autre.
- Une fonction d'inter-sensorialité : permet de réunir les différentes modalités sensorielles dans un sens commun, alors que l'univers du bébé est au départ totalement morcelé.
- Une fonction de soutien de l'excitation sexuelle : la peau est la toile de fond du plaisir.
- Une fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique : c'est un facteur de relance de l'énergie entre les sous-systèmes psychiques.
- Une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles : elle fournit des informations directes sur l'environnement, et renvoie une image de la réalité.
- Une fonction d'autodestruction de la peau et du Moi.

G. HAAG parle d'une étape initiale d'intégration d'un vécu de contenance, grâce à ce premier sentiment d'enveloppe que confèrent les sensations tactiles éprouvées par la peau (34).

Pour Edmond MARC, **la notion de limite est essentielle à la constitution de la conscience de soi** (23). Le sujet a besoin de se sentir séparé de l'autre pour se constituer son identité. En prenant conscience de ses propres sensations, et donc de lui-même, l'enfant apprend à reconnaître l'existence d'un environnement « non-je ». La notion d'objet est essentielle à la création de l'identité du sujet. En effet, elle est à la base de la capacité de discrimination entre le même et l'autre.

Ainsi, pour se sentir comme un être « entier » et séparé de l'autre, l'enfant doit faire preuve de capacités d'élaboration. **C'est par l'expérience corporelle que le psychisme va percevoir, après un travail d'intégration, la notion de soi/non-soi et d'une unité corporelle.**

De la différenciation soi/non soi naît le sentiment d'une identité propre qui perdure dans le temps et dans l'espace. Benoit LESAGE parle d'être identique à soi-même, de sentir sa continuité indépendamment des changements de contexte (22).

La peau n'est pas le seul élément permettant de faire l'expérience d'un corps unifié et rassemblé. La vision joue ainsi un rôle unificateur : elle lie les perceptions des différents sens entre eux. Elle permet au sujet d'avoir une image unifiée de son corps dans l'espace, ce qui aboutira à l'émergence de représentations.

L'audition permet notamment de renseigner l'individu sur sa propre existence, qui est séparée de l'autre. Selon F. DOLTO, la temporalité des perceptions auditives et olfactives est à l'origine de l'espace corporel.

Le goût, très lié à l'olfaction, permet des sensations corporelles internes, avec affirmation de soi comme sujet individué.

Le tonus, comme on l'a vu précédemment, confère le sentiment d'une certaine enveloppe tonique qui maintient le corps ensemble. S. ROBERT-OUVRAY énonce qu'il participe à la **construction d'un sentiment d'unité psychocorporelle**. Elle le considère « comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme ».

Le tonus est également à la base de la motricité, de la communication non verbale et de l'expressivité. C'est donc un support de l'individualité – Moi, sujet, je m'exprime par mon corps.

Il intervient dans le maintien de la posture et des positions antigravitaires. Il permet ainsi que l'individu ne soit pas « écrasé » par le poids de la gravité. L'activité posturale s'organise en fonction de l'attraction terrestre, et établit un certain équilibre avec celle-ci, en y opposant un mouvement contraire.

L'intégration du poids en relation active avec la gravité est importante pour garantir une sécurité de base à l'individu, ainsi qu'une capacité de modulation tonique adaptée.

Le maintien antigravitaire permet que le sujet se « décolle » du sol et trouve une certaine mobilité et liberté de mouvement. Il est donc essentiel afin que l'individu perçoive son corps comme était solide et résistant.

Le contrôle postural est associé à la notion d'appuis, qui sont sollicités dans cette lutte contre l'écrasement. L'homme vit en permanence une succession de déséquilibres. La marche elle-même nécessite de perdre l'équilibre pour mieux le retrouver. Cela nécessite des appuis fiables et un sentiment de sécurité interne, une certitude de pouvoir survivre face aux contraintes extérieures.

Le contrôle postural, qui assure une certaine stabilité au sujet, se base sur une connaissance interne de soi. Il intègre les notions de masse, de taille et de positionnement dans l'espace à l'aide des systèmes vestibulaire et proprioceptif.

Le système vestibulaire permet en effet de sentir son corps en mouvement. Il intervient dans la stabilisation du corps dans les déplacements, ou en position statique.

La proprioception est une perception interne de soi, c'est le fait de sentir la position dans laquelle on se trouve. Elle va donc organiser le schéma corporel de l'individu, c'est-à-dire la représentation qu'il a de son corps. La synthèse de ces différentes données permet un contrôle postural efficace.

Dans cette lutte contre la gravité, **il ne faut pas oublier l'importance de la charpente osseuse, qui confère tout d'abord une solidité au corps**. B. LESAGE en parle comme la structure porteuse du corps ; elle permet d'en définir l'espace et d'assumer des directions à l'extérieur (22).

Ce squelette interne donne également la sensation d'être tenu à l'intérieur, par quelque chose de dur, de solide. Il confère ainsi à la fois un sentiment de sécurité et d'identité. La charpente osseuse est en lien avec tout un réseau musculaire et tonique, qui permet également cette sensation de « maintien » pour l'individu. Les sensations toniques permettre d'éprouver le dur en soi, de manière globale et unifiée.

Selon B. LESAGE, ces éléments sont essentiels dans la constitution de **soi comme entité stabilisée, cohérente, ancrée, et spatialement orientée et dirigée**. Ils s'organisent dans une « dynamique de verticalisation qui aboutit à un schéma posturo-tonique modulable, condition essentielle pour une coordination efficace ».

Un autre élément essentiel au sentiment d'un corps qui tient va être la construction d'un axe corporel. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le bébé expérimente autour des espaces gauche et droite de son corps. Cela correspond au schème de l'axialité et de la symétrie pour S. ROBERT-OUVRAY et à l'espace du torse pour A. BULLINGER.

L'enfant découvre les mouvements de rotation et repère qu'il s'organise autour d'un axe. L'hypotonie initiale est progressivement diminuée par la tonification des muscles profonds. Cela va permettre un redressement puis une verticalisation.

La position verticale permet à l'enfant de percevoir l'espace selon cinq dimensions : dedans/dehors, avant/arrière, dessus/dessous, haut/bas et droite/gauche. Ces dimensions participent à la construction d'un corps redressé et orienté.

L'axe corporel peut être symbolisé par l'axe vertébral : **c'est la colonne vertébrale qui permet le redressement et le maintien du corps**. Mais au-delà de cela, il y a aussi la notion d'arrière-plan développé par certains auteurs. En effet, l'enfant va introjecter le regard de sa Mère sur lui, et cela lui donne une consistance, une sensation de solidité, qui vient compléter la notion d'axe vertébral. L'enfant n'est pas qu'un corps qui tient, il est un volume. **L'interpénétration des regards lui fait éprouver ce sentiment d'avoir une consistance et donc un arrière fond, qui lui confère un sentiment de sécurité et de solidité.**

S. ROBERT-OUVRAY note la relation entre l'existence corporelle et psychique de l'enfant et la qualité du regard que l'adulte portera sur lui. Pour elle, « l'enfant a besoin de se sentir aimé à travers le regard de son parent ».

I.C. Conclusion

La construction corporelle s'origine dans la relation à l'autre. A la naissance, le bébé vit des expériences morcelées à partir des sensations que lui procurent son corps propre et le milieu extérieur. La Mère tente d'y apporter du sens. La façon dont l'enfant va ressentir la sensation, l'émotion qui va venir s'y associer ainsi que la répétition de ces expériences, va permettre la création de perceptions, que l'enfant reconnaît et intériorise. Elles vont alors permettre la construction de représentations mentales, et donc l'accès au symbolisme.

Cette capacité est essentielle dans la construction corporelle. Elle permet en effet à l'enfant de **se représenter son corps comme une entité unifiée et séparée de l'autre**. Par l'expérience corporelle, l'enfant se construit un schéma interne, une représentation de son corps qui lui servira de référence à l'action. En parallèle, il s'approprie également son corps sur un plan plus émotionnel. Il devient de plus en plus autonome, s'éloignant de ses figures parentales afin d'affirmer son identité propre.

Je vais à présent aborder la période de l'adolescence afin de constater les remaniements qu'elle impose au niveau du schéma corporel et de l'image du corps. C'est en effet une période riche en changements, ce qui demande d'importantes capacités d'adaptation. Je présenterai ensuite le public auquel je me suis intéressée pour l'écriture de ce mémoire. Nous verrons ainsi comment les individus déficients mentaux vivent leur adolescence.

PARTIE II :

Rencontre avec une population d'adolescents déficients mentaux

II.A. L'adolescence

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence est « la **période de croissance et de développement humain** qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 à 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements ».

D'un point de vue étymologique, le terme « adolescence » vient du latin « *adolescere* » qui signifie grandir, croître. Un adolescent serait donc **celui qui est en train de grandir**. Pour Pierre COSLIN, l'adolescent vit une période de transition (9). Il cherche à conquérir un statut nouveau d'adulte en reniant sa position d'enfant, mais il est finalement dans un entre deux, oscillant entre deux âges. Par conséquent, les capacités d'adaptation du jeune sont mises à l'épreuve.

L'entrée dans l'adolescence se caractérise par des **modifications physiologiques, que l'on rassemble sous le terme de « puberté »**. Le début de la puberté variant d'un individu à l'autre, l'adolescence peut commencer dès l'âge de 9 ans ou après l'entrée au collège.

Les changements biologiques qui la caractérisent s'accompagnent également de bouleversements psychologiques. Françoise DOLTO considère que la sortie de la période adolescente se fait par l'adaptation du jeune à son nouveau statut d'adulte. L'entrée à l'âge adulte est marquée par une indépendance économique et sociale, ainsi que les responsabilités qui en découlent.

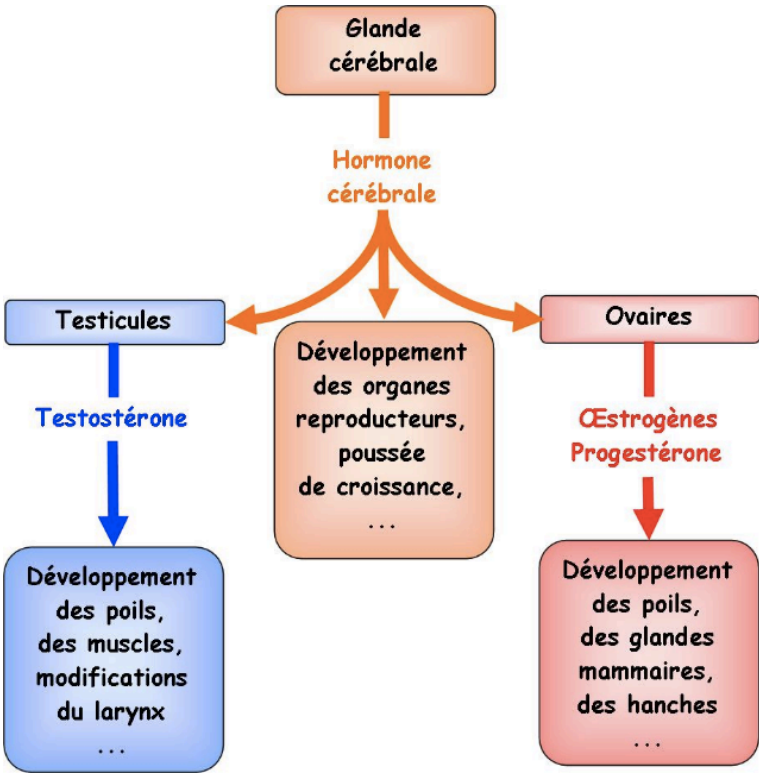
On pourrait ainsi situer l'adolescence sur une période comprise entre l'âge de 9 et 25 ans. Plus qu'une période précise de la vie, il s'agit finalement d'un **ensemble de processus permettant à l'enfant de devenir adulte**, dans une dynamique propre à chaque individu.

II.A.1. La puberté

D'un point de vue physiologique, le corps va subir d'importantes modifications. La puberté est marquée par l'acquisition de la fonction reproductive et l'apparition des caractères sexuels secondaires. L'entrée dans cette période se fait suite à la maturation du système hypothalamo-hypophyso-gonadique, qui va causer un remaniement hormonal.

Le processus pubertaire débute par la sécrétion de l'hormone gonadolibérine (GnRH) par l'hypothalamus. En réponse, l'hypophyse sécrète en quantité importante des hormones gonadotrophines folliculo-stimulantes (FSH) et lutéinisantes (LH), qui vont venir stimuler les glandes testiculaires chez le garçon et les glandes ovariennes chez la fille. L'hypophyse sécrète également une hormone adénohypophysaire, l'ACTH, qui va venir stimuler les glandes corticosurrénales. Ces glandes vont alors produire des hormones androgènes, qui vont elles aussi soutenir la sécrétion de FSH et LH.

Schéma explicatif :



Sous l'influence de ces hormones, les glandes sexuelles vont produire davantage d'hormones sexuelles (la testostérone chez le garçon, l'oestradiol chez la fille). Ces hormones vont entraîner la **maturation des organes reproducteurs**. Chez les filles, les ovaires, le vagin et l'utérus se développent, permettant l'apparition des premières règles entre 11 et 14 ans. Chez les garçons, les testicules, le scrotum et le pénis se développent, ce qui permet l'apparition des premières éjaculations entre 12 et 15 ans.

Les hormones sexuelles vont également permettre le **développement des caractères sexuels secondaires.** On observe ainsi un pic de croissance chez l'adolescent, qui va grandir et prendre du poids de manière rapide.

En parallèle, la pilosité pubienne et axillaire apparaît, la voix mue, le volume des poumons augmente et la fréquence cardiaque diminue, ce qui entraîne une meilleure tolérance à l'effort physique. L'adolescence est ainsi la période où certains jeunes vont se réaliser dans une pratique sportive.

Chez les filles, les seins se développent, la masse adipeuse augmente et les hanches s'épaississent. Chez les garçons, la masse musculaire et la pilosité faciale augmentent, les épaules s'élargissent.

A la fin du processus pubertaire, les **différences corporelles entre les filles et les garçons sont beaucoup plus marquées** que pendant l'enfance.

II.A.2. Les remaniements psychologiques et identitaires

II.A.2.a. L'évolution psychique

A l'adolescence, de nombreux remaniements psychiques vont faire écho aux changements corporels qui s'opèrent chez le jeune. A partir de 12 ans, l'adolescent commence en effet à **développer une pensée détachée de tout support concret.** Il accède donc à une forme de pensée abstraite, qui va lui permettre d'enrichir son rapport au monde. L'adolescence est par conséquent une période propice aux découvertes. J. PIAGET la définit comme l'apogée de la pensée formelle.

L'accès aux mathématiques et au raisonnement hypothético-déductif devient notamment possible grâce à la maturation psychique de l'adolescent. **Cette évolution s'origine dans les expériences corporelles du sujet et dans la relation à l'autre**.

En effet, selon J. PIAGET, « l'intelligence nait de l'action ». C'est en expérimentant que le sujet va pouvoir progressivement donner un sens à ce qu'il vit, passant ainsi d'une intelligence dite sensori-motrice à une intelligence plus intériorisée et abstraite.

Selon A. BIRRAUX, ce phénomène psycho-physiologique est accompagné d'une poussée d'excitation (7). L'adolescent va chercher de nouvelles voies pour décharger ces pulsions, et c'est pourquoi il va investir de nouveaux objets, de nouveaux intérêts solitaires ou partagés, au niveau intellectuel, sexuel, social.

Les transformations physiques s'imposent « naturellement » à l'adolescence alors que la maturité psychique va nécessiter un réel travail de l'individu, mettant à l'épreuve ses capacités d'adaptation.

II.A.2.b. La crise identitaire

La période de l'adolescence est souvent définie en terme de « crise ». Certains auteurs parlent de « crise d'identité juvénile » ou de « seconde phase de séparation/individuation » pour la qualifier. On retrouve la notion d'émancipation : quitter une certaine identité rattachée aux parents, pour se trouver soi, l'adulte en devenir.

Pour G. ZRIBI et J. SARFATY, le terme de « crise » est employé à chaque fois que le développement physique du sujet (là où il en est) est en décalage avec sa position physiologique (là où il pense être). Cela va nécessiter une adaptation de la part du sujet, qui sera favorisée par une maturité affective et une certaine autonomie, c'est-à-dire, sa **capacité à s'émanciper de l'influence parentale** (37).

L'adolescent est ainsi en recherche d'indépendance. Il va s'employer à trouver d'autres figures identificatoires car ses figures parentales ne suffisent plus à son développement. Il rompt de manière active avec ses images parentales. Pour cela, la transgression va être essentielle car elle permet à l'adolescent de s'affirmer, de s'individualiser.

P. COSLIN énonce que « l'adolescent négocie ainsi son passage de l'enfance à l'état adulte à travers des comportements dérogatoires, cherchant à déterminer quelles sont ses propres limites et quelles sont celles d'autrui » (9). Le jeune accède à de nouvelles relations ; c'est une ouverture au monde extérieur.

L'adolescent apprend à se passer de l'étayage parental pour pouvoir ainsi **s'approprier ses propres pensées, ses actes, ses désirs et son corps**. Cela s'accompagne d'enjeux narcissiques. Ce passage nécessite en effet une certaine confiance en soi.

Selon A. BIRRAUX, la fonction parentale étaye le sentiment d'existence de l'enfant, c'est-à-dire le sentiment de pouvoir affronter les frustrations et blessures de la vie (7). Le jeune, en s'éloignant de ses images parentales, quitte cet étayage rassurant et doit juger seul sa propre valeur.

Le sentiment d'existence est également lié à la sensation « d'avoir un corps habité et pensé par soi » pour Catherine POTEL (31). A l'adolescence, ceci est remis en doute par l'intensité de la poussée pubertaire, qui vient désorganiser l'intériorité du jeune. **Le sentiment d'identité s'en trouve réinterrogé, parfois de manière douloureuse.**

En effet, le corps change et devient comme « étranger » pour le jeune. Les sensations et les éprouvés qui découlent de ses transformations sont non familières et peuvent donc paraître inquiétantes. Cela pose la question de l'identité, de « qui suis-je dans ce nouveau corps » comme le dit A. BIRRAUX (7).

Les repères somatiques établis par l'enfant ne sont plus valables. Il est ainsi fréquent que l'adolescent ne se reconnaisse plus, ne sache plus qui il est ni celui qu'il est en train de devenir. Ces interrogations viennent fragiliser son monde interne. Selon C. POTEL, **les impératifs biologiques déséquilibrent les assises narcissiques que le sujet avait acquises pendant l'enfance**.

L'identité est un ensemble de sentiments, de représentations, d'expériences et de projets qui constituent le sujet. D'après P. COSLIN, c'est un sentiment d'unité, de continuité et de similitude à soi-même dans le temps et l'espace (9). Durant l'adolescence, il s'opère une rupture, une discontinuité dans le vécu du sujet.

L'adolescence est ainsi une période de recherche identitaire. Le corps, étant source de nombreux questionnements et doutes, devient **l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité** d'après C. POTEL. C'est pourquoi l'on retrouve une explosion de conduites exploratoires au niveau du style vestimentaire ou capillaire, ainsi qu'au niveau du marquage corporel. Le jeune se « cherche », explore, tente de se réapproprier son corps.

Le corps peut également être dissimulé derrière des vêtements. Ces derniers font office d'uniforme et épongent le sentiment d'insécurité du jeune. Ils forment un contenant pour le corps et agissent comme une seconde peau, en venant conférer une certitude du point de vue de l'identité, que le jeune peut revendiquer.

Le style vestimentaire devient finalement une partie de l'adolescent, et renforce son narcissisme. Il signe également une appartenance à un groupe, ce qui permet de rassurer le jeune. Faire partie d'un groupe est contenant et sécurisant. Pour C. POTEL, cela permet **d'accéder à une nouvelle forme de socialisation et à de nouveaux modes de relations** passionnelles, conflictuelles, amicales et amoureuses.

Selon H. DEUTSCH, il est difficile pour l'adolescent de se détacher de ses premiers objets d'amour. Il peut alors investir et adhérer à un groupe, comme moyen de défense, comme moyen de ne pas se sentir seul et perdu. Cela rejoint le concept de phénomène transitionnel de D. WINNICOTT. Le groupe est finalement comparable à un espace intermédiaire, où le jeune est séparé de ses parents mais pas encore tout à fait seul. Cette aire permet le **passage vers une certaine autonomie**.

Selon P. COSLIN, la construction de l'identité se fait dans la relation à l'autre (9). Les pairs sont en effet des points de référence pour une autoévaluation. Le corps est l'intermédiaire de la relation, ce qui explique le phénomène de centration qui se produit sur lui à l'adolescence.

II.A.3. Se réapproprier un corps qui change

L'adolescent voit son corps se transformer progressivement et ce, en l'espace de peu de temps. Il doit faire face à ces **changements qui mettent à mal tous les repères précédemment établis**. Le jeune se retrouve finalement confronté à un corps différent et nouveau, auquel il va devoir se réadapter. De plus, l'adolescence est la période de la découverte de la sexualité génitale. C'est à ce moment que débutent les comportements masturbatoires, les premières relations amoureuses et sexuelles. Le rapport au corps s'en trouve ainsi modifié ; le jeune devant composer avec un corps qui mature et se sexualise.

L'adolescence vient bouleverser l'équilibre qu'avait jusque-là acquis le sujet, **elle vient menacer son identité**. L'enjeu de cette période va être que le jeune puisse restructurer son moi et investir de nouveaux modes d'être au monde.

II.A.3.a. Un corps sexualisé

L'adolescence va signer l'accès à la sexualité génitale. La découverte de soi passe également par là ; le jeune va chercher à satisfaire un besoin qui lui était jusqu'alors inconnu, celui du plaisir génital.

La découverte d'un corps sexuellement mature s'accompagne d'enjeux narcissiques. **Abandonner ses repères infantiles et affronter le changement menace le fonctionnement du sujet.** De plus, les représentations infantiles de la sexualité peuvent contenir des fantasmes terrifiants comme la crainte du dommage corporel. Ils peuvent être source d'une angoisse de perte d'unité du moi, d'un sentiment d'impuissance et d'effondrement d'après A. BIRRAUX (7).

L'adolescence met en suspens l'auto-érotisme infantile et marque **l'investissement du corps de l'autre comme objet sexuel**, de par la maturation de l'appareil reproducteur.

L'inceste est désormais possible. L'adolescent doit donc prendre de la distance vis à vis des objets œdipiens et des images parentales qu'il a intériorisées durant l'enfance. Pourtant, il ne peut totalement les désinvestir sans mettre en danger sa cohésion interne.

A. BIRRAUX évoque une réorganisation des défenses face à ces fantasmes incestueux. Les idéaux du moi vont ainsi se consolider et **se détacher des images parentales que l'enfant avait intériorisées, et investir des modèles extérieurs** (7).

Finalement, l'enfant se construit un « moi corps » angélique et omnipotent à l'aide de son environnement, qui influence cette construction de par son propre rapport au corps et à la sexualité. Ce corps érogène est régi par des pulsions partielles et une logique de recherche de la satisfaction et évitement du déplaisir.

A l'adolescence, **l'enjeu va être d'unifier ce corps familier avec ce nouveau corps pubère inconnu**, qui est le siège d'éprouvés nouveaux et dont la logique de satisfaction est contrôlée par des forces instinctuelles.

II.A.3.b. Les remaniements du Moi corporel

La puberté est le siège de nombreux changements corporels, qui perturbent les repères que le jeune s'était constitués. Ces changements viennent créer un **décalage entre la nouvelle réalité physique de l'adolescent et l'image qu'il s'était construite de lui-même**.

On observe alors une altération de la qualité de son rapport au corps. **Il doit apprendre à reconnaître ce corps, le redécouvrir et se l'approprier à nouveau**. Cette étape s'accompagne d'enjeux narcissiques. Le corps est en quelque sorte la « vitrine » de l'identité de l'individu, la part directement visible. POTEL explique que le corps devient une carte d'identité à l'adolescence, « il clame ce que l'on est ou ce que l'on veut être » (30).

Il est essentiel que le jeune s'approprie son corps sur un plan émotionnel. Or, la réalité physique qui s'impose à lui peut parfois heurter ses idéaux. Ainsi, il n'est pas rare qu'un adolescent ne soit pas satisfait de sa nouvelle réalité corporelle, se trouvant trop gros ou trop maigre, trop petit etc. Ce sentiment sera validé ou non par autrui. Le corps est la première cible d'attaques extérieures ou de moqueries. Il est en effet placé sous le regard de l'autre, regard souvent associé à des jugements, qui peuvent attaquer l'estime du sujet.

Selon P. COSLIN, l'adolescent possède une image de son corps, profondément liée à l'estime de soi (9). Le sujet se perçoit de façon négative ou positive, en fonction de son propre vécu mais également en fonction de l'image que l'autre lui renvoie. L'adolescent doit s'identifier à cette image. Pour cela, il doit **s'approprier son corps, aussi bien au niveau proprioceptif que représentatif.**

Les comportements de recherche identitaire vont être nombreux et variés. L'adolescent peut investir sa surface corporelle comme support pour exprimer sa créativité, son identité propre. On retrouve ainsi une explosion des changements de style vestimentaire, capillaire, du port d'accessoires en tout genre ou encore du marquage corporel (tatouages, piercings, etc.). On repère ainsi un besoin d'**investissement narcissique du corps**, qui devient un terrain d'exploration pour s'exprimer soi. L'adolescent peut également utiliser le groupe comme soutien à son développement identitaire. Les jeunes font alors « corps commun » pour affronter les changements qu'ils traversent.

Le corps est l'intermédiaire de la relation. Il joue un rôle essentiel dans la construction de liens entre les individus ; c'est en effet le premier à être perçu par autrui. **Il est le reflet de l'identité personnelle**, il révèle une partie du sujet. Il est également important dans la communication.

Le rapport à l'autre va alors se trouver modifié par les bouleversements biologiques et physiques du corps. De plus, comme nous l'avons constaté précédemment, l'adolescence est la période où l'individu accède à la sexualité génitale. Son corps propre se sexualise, tout comme le corps de l'autre, qui devient objet de désir. Ce changement dans les relations est parfois difficile à gérer pour l'adolescent.

Cette sexualisation entraîne également un redoublement de la pudeur. Le jeune éprouve un besoin d'intimité, un besoin d'avoir un corps à soi. Selon Catherine POTEL, la pudeur est « la conséquence de cette connaissance et de cette représentation de soi et de son corps, avec de surcroît une intériorisation de la différence des sexes et des générations », qui sont des repères à la relation à l'autre (30). L'accès à la génitalité lui permet d'avoir une vision totale de son corps. **La sexualisation va changer le regard du sujet sur lui-même, ainsi que le regard des autres.**

L'adolescent doit donc trouver des moyens de réinvestir son corps sur un plan affectif. Il a besoin de se construire une image du corps valorisante.

Il va également devoir réajuster son schéma corporel, ce modèle de référence à l'action. En effet, la poussée de croissance et la prise de volume le rendent inadapté. L'adolescent ne dispose plus des bonnes caractéristiques de longueur et de largeur des différents segments de son corps. Cela peut entraîner une **altération de la qualité de son rapport à l'espace et à l'autre, et donc de sa motricité.**

Il est ainsi fréquent d'observer une perturbation de la motricité des adolescents. Ils se cognent, font tomber des objets ; ils ne mesurent pas leur force nouvellement développée et leurs gestes ont perdu leur précision.

L'adolescent ne dispose plus des bons schémas internes qui lui permettaient jusque-là de se mouvoir avec adresse. Le rapport au temps et à l'espace, qui se fonde sur une intégration éminemment corporelle, s'en retrouve perturbé. Le sujet construit en effet son repérage spatial selon un point de vue égocentré. Il situe l'autre par rapport à soi.

Le schéma corporel se basant sur les perceptions corporelles, le jeune va effectuer un travail de réappropriation des sensations du corps propre, dans le but de réajuster ses schémas internes. L'individu va « actualiser » les données qu'il avait emmagasinées, pour les adapter à son corps, qui est en train de subir des transformations. De même, il va devoir se réapproprier ses sensations.

L'adolescence est aussi appelée second processus de séparation-individuation. **Le jeune cherche à s'extraire de l'autorité parentale pour affirmer son identité.** Il investit de nouveaux intérêts et enrichit son répertoire relationnel, à l'extérieur du cercle familial. Cette prise d'autonomie suppose que l'adolescent se soit constitué un solide sentiment de sécurité interne, sentiment qui s'est structuré dans la relation à l'autre. Ainsi, les sentiments de continuité d'existence et d'unité corporelle, la sensation d'être soi, vont permettre au jeune d'avoir la certitude qu'il « tient », qu'il ne va pas s'effondrer s'il prend de la distance par rapport à ses parents.

Finalement, **tous les éléments qui ont permis à l'enfant de se constituer un Moi entier et différencié de l'autre vont permettre à l'adolescent de survivre aux changements qu'il subit et de partir à la conquête de son autonomie.** C. POTEL affirme que les expériences du corps, en relation à l'autre et à son environnement, constituent un socle identitaire, une base narcissique solide, qui sera le support du développement des processus cognitifs impliquant notamment la réflexion et la symbolisation (30).

II.B. La déficience intellectuelle

II.B.1. Définition et caractéristiques

L'OMS définit la déficience intellectuelle comme étant « un **arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet**, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Cela commence avant l'âge adulte, et a un effet durable sur le développement.

La déficience mentale se caractérise ainsi par un **trouble de l'intelligence**, c'est-à-dire une capacité réduite pour comprendre des informations nouvelles ou complexes, des difficultés d'apprentissage de nouvelles compétences.

La réflexion, la compréhension des concepts, la pensée abstraite, la planification sont autant de domaines où l'individu déficient intellectuel sera en difficulté.

La déficience mentale se caractérise également par un **trouble du fonctionnement adaptatif** ; cela correspond à une aptitude diminuée pour s'adapter à une situation de façon autonome ou pour répondre à des exigences sociales de manière acceptable et adaptée. En d'autres termes, l'individu peut avoir des difficultés pour réaliser des tâches de la vie quotidienne comme préparer des repas et utiliser les transports en commun. Il peut aussi être gêné dans son autonomie et sa sécurité, pour gérer son alimentation, son habillage, ou encore, pour utiliser un téléphone.

Selon l'INSERM, **la fréquence de certains troubles psychiatriques est accrue chez les individus présentant une déficience intellectuelle**, bien que le diagnostic soit difficile à établir (15). On peut ainsi retrouver des troubles du spectre autistique, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles du comportement ou des troubles du spectre psychotique.

II.B.2. Classification

Dans le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux V* (DSM-V), les niveaux de gravité de la déficience intellectuelle sont définis sur la base de critères, répartis dans trois domaines. Le premier domaine est **conceptuel**. Il concerne le langage, l'écriture, le temps, les concepts mathématiques. Le deuxième est **social**. Il comprend des notions telles que les habiletés interpersonnelles, la responsabilité sociale, la crédulité etc. Enfin, on retrouve le domaine **pratique**. Il regroupe des critères d'autonomie à propos des actes de la vie quotidienne, des habiletés occupationnelles, de la santé ou des transports.

Plus les difficultés présentées pour chacun de ces domaines sont importantes, plus la déficiente intellectuelle sera sévère. Dans cette classification, on retrouve les déficiences légère, modérée, grave et profonde.

Un **retard mental léger** correspond à un QI compris entre 50/55 et 70. L'individu aura un niveau scolaire équivalent au niveau sixième. Il pourra ainsi être autonome dans la vie de tous les jours, pour s'alimenter, se vêtir et se déplacer. Il peut toutefois avoir besoin d'une certaine assistance pour une insertion sociale et professionnelle appropriée.

Un **retard mental modéré** équivaut à un QI situé entre 35/40 et 50/55. L'individu aura des difficultés relationnelles, qui vont perturber sa vie sociale. Ses acquisitions scolaires correspondront à un niveau primaire. Il sera relativement autonome pour ce qui est de l'habillage et de l'alimentation. Prendre des responsabilités et avoir conscience du danger peut cependant être compliqué, selon la situation. Avec assistance, l'individu peut effectuer des travaux dans le monde du travail ou en milieu protégé.

Un **retard mental grave** (QI entre 20/25 et 35/40) réduit considérablement l'autonomie de l'individu, dont les acquisitions correspondront à un niveau maternel. L'individu ne pourra garantir sa propre sécurité durant un déplacement, ou la préparation d'un repas. Avec une supervision étroite, l'individu peut effectuer des tâches simples et s'adapter à la vie en communauté, au sein de leur famille ou en foyer.

Le **retard mental profond** (QI inférieur à 20/25) est souvent dû à une pathologie neurologique. Les fonctions sensori-motrices, l'autonomie et la communication sont notablement perturbées. L'individu aura besoin d'une aide pour le choix de la vêture et la réalisation des repas. Il ne pourra être autonome dans ses déplacements. L'individu pourra effectuer des tâches simples dans des conditions très protégées.

Cependant, une déficience est variable d'un individu à l'autre ; chaque individu déficient mental a ses propres capacités et difficultés.

II.B.3. Etiologies

Les causes de la déficience intellectuelle sont nombreuses. Elles peuvent être :

- **prénatales** : d'origine génétique ou dues à une maladie transmissible,
- **périnatales** : dues à un trouble mécanique durant l'accouchement,
- ou encore **postnatales** : dans le cas de maladies infectieuses, d'accidents cérébraux ou de carences graves, ou de causes environnementales (manque de stimulations entre autres).

Il arrive parfois qu'aucune cause ne soit identifiée pour expliquer le handicap mental d'un enfant, même après des examens complémentaires. Néanmoins, cela n'empêche pas de répondre aux besoins particuliers de l'enfant, et de **mettre en œuvre un accompagnement adapté à ses potentialités et respectant ses difficultés**.

II.C. Une ouverture limitée au monde

Après avoir décrit les phénomènes biologiques et psychologiques s'opérant durant l'adolescence, nous allons à présent voir comment ils interviennent dans le cas d'une déficience intellectuelle. Dans cette partie, je n'évoquerai pas l'impact de la déficience sur le schéma corporel et l'image du corps, ces deux notions étant abordées dans la partie suivante de ce mémoire.

II.C.1. Au niveau cognitif

L'adolescence est une période durant laquelle les fonctions cognitives se développent et se complexifient rapidement. On observe une explosion des processus intellectuels, qui entraîne notamment un accès à la pensée abstraite, au raisonnement logico-mathématique et une diversification des intérêts.

Dans la déficience intellectuelle, l'individu présente un trouble de l'intelligence, c'est-à-dire un développement mental incomplet. Il va ainsi présenter des **difficultés plus ou moins importantes pour l'ensemble des fonctions cognitives**, ce qui va notamment entraver l'accès à la fonction symbolique, qui commence habituellement dès 3 ans. Cette fonction permet d'entrer dans des apprentissages détachés de tout support concret. L'accès aux mathématiques ou encore à l'écriture va ainsi se révéler compliqué. Le sujet traite difficilement les notions abstraites.

La déficience mentale entrave les capacités de réflexion du sujet, ce qui est un frein pour les apprentissages scolaires mais également pour son autonomie dans la vie quotidienne. En effet, élaborer une stratégie ou planifier une action demande une possibilité de représentation mentale, que le défaut de symbolisme diminue. Cela induit une grande fatigabilité de la part de l'individu, qui déploie des efforts conséquents pour développer un raisonnement. La capacité de concentration et d'attention peut s'en trouver réduite.

A cela peut venir s'ajouter des **problèmes de communication**, aussi bien au niveau verbal que non verbal. Le langage nécessite un accès au symbolisme. C'est la mise en sens, l'élaboration de ressentis et pensées internes.

L'individu déficient mental peut ainsi être en difficultés pour organiser sa pensée, et par conséquent, avoir des problèmes pour se faire comprendre. Il présente également un défaut de compréhension, qui entrave les interactions avec autrui.

L'individu déficient mental est en difficultés pour comprendre les émotions d'autrui ou encore les codes sociaux. Cela ne fait pas sens pour lui ; il perd ainsi un certain nombre d'informations concernant la communication. Cela diminue donc la qualité des interactions. D'après Ingrid PICON, on retrouve souvent des discours empruntés chez les jeunes. Ils ont tendance à dire ce que l'adulte attend qu'ils disent, ou répéter ce qu'on leur a dit (26).

La déficience intellectuelle est souvent à l'origine de **troubles spatio-temporaux**. Etre repéré dans le temps ou encore dans l'espace nécessite une certaine compréhension de concepts abstraits, ainsi qu'une capacité de représentation mentale, ce qui est peu accessible à l'individu déficient mental.

Par conséquent, **la capacité d'adaptation à l'environnement est réduite**. Le développement des capacités intellectuelles signe une ouverture sur le monde extérieur, considérablement diminuée dans la déficience intellectuelle.

II.C.2. Au niveau relationnel

L'adolescence est une période de diversification des relations. Le jeune cherche de nouveaux partenaires d'interaction, ainsi que de nouvelles figures identificatoires pour sortir de la sphère familiale. Souvent, **le groupe est utilisé comme soutien**, comme transition vers l'autonomie. Dans la déficience intellectuelle, on retrouve ces phénomènes de « bande ». Les jeunes se regroupent entre eux, par affinités ou intérêts communs. Selon I. PICON, en groupe, les jeunes se soutiennent, s'encouragent, se donnent des conseils. Ils jouent un rôle de soutien narcissique (26).

Les troubles de la communication que l'on a vus précédemment peuvent entraîner des difficultés relationnelles. Le sujet déficient mental peut avoir du mal à se faire comprendre ou à comprendre l'autre, ce qui va impacter sur ses interactions.

De plus, les pathologies associées sont parfois source de troubles affectifs tels que l'inhibition, l'agressivité, une fuite du contact ou encore une adhésivité. Ces comportements vont avoir un **impact sur la qualité de relation aux autres et à l'environnement**.

On va ainsi observer une différence entre les jeunes : certains vont chercher le contact des autres alors que d'autres préfèreront rester à l'écart du groupe. D'autres encore voudront entrer en interaction mais de manière extrêmement maladroite ou inadaptée, ce qui peut entraîner un rejet de la part des autres jeunes.

Henri est un jeune déficient mental présentant des troubles autistiques. Il est très en demande d'interactions avec les jeunes de son âge, mais ne sait pas comment s'y prendre. Il adopte un regard intrusif ainsi qu'un sourire en coin qui irritent ses camarades. Henri se retrouve ainsi mis à l'écart, malgré son désir d'interagir.

En dehors des relations au sein de l'institution, **la sphère extrafamiliale peut être très limitée**. En effet, les individus déficients mentaux ne possèdent que peu d'autonomie, ce qui limite la possibilité de prendre de la distance par rapport au milieu familial. Ainsi, prendre les transports en commun ou encore se repérer dans l'espace peut s'avérer difficile. Dans la plupart des cas, la journée du jeune est alors rythmée par la vie familiale et la vie institutionnelle, qui ne permettent pas de diversifier les partenaires d'interaction.

Pour I. PICON, le fait de côtoyer les mêmes personnes tous les jours n'incite pas le jeune à mettre en œuvre des capacités d'adaptation, qui sont favorisées par des partenaires d'interaction variés, et qui permettent de multiplier les interlocuteurs (26).

Cependant, la capacité à utiliser les moyens de communication comme le téléphone portable, internet etc. limite l'isolement des jeunes. Cela leur permet de rester en contact, de s'organiser pour se voir en dehors de l'institution par exemple.

II.D. Conclusion

Pour conclure, l'adolescence est une période riche en questionnements, en recherche de sens. De par les changements corporels et psychiques qu'elle implique, **elle contraint le jeune à une nécessaire adaptation.** Il doit en effet réapprendre à se connaître, s'approprier son corps et ses sensations. Cela lui permettra d'affirmer pleinement son identité, dans une dynamique d'individuation, de séparation vis à vis des figures parentales.

Or dans la déficience, **les capacités de réflexion et d'adaptation sont considérablement entravées.** La compréhension du jeune déficient mental concernant les bouleversements physiques et psychiques qu'il traverse va être limitée, freinant ainsi les processus d'individuation et de construction identitaire.

L'adolescence nécessite que le sujet ait acquis une certaine sécurité interne sur laquelle il pourra s'appuyer pour traverser ces bouleversements. Or on peut faire l'hypothèse que dans la déficience intellectuelle, **la construction corporelle s'est faite de manière peu élaborée et fragile durant l'enfance**. On peut alors se demander comment l'adolescent déficient mental s'est construit corporellement durant l'enfance et **quelles vont en être les conséquences au niveau du schéma corporel et de l'image du corps au moment de la période adolescente.**

PARTIE III :

La construction corporelle chez les individus déficients mentaux

Pour B. LESAGE, la personne handicapée nous confronte à une désorganisation ou inorganisation corporelle (22). **Il parle d'un corps « qui ne s'est pas mis en place »**, caractérisé par des postures qui ne tiennent pas ou qui ne sont pas adaptées, des mouvements non maîtrisés, une gestuelle inefficace etc. Finalement, on peut parler d'un manque d'ajustement au contexte.

Dans cette partie, je vais tenter d'expliquer comment et en quoi la construction corporelle est perturbée chez les individus déficients intellectuels. Cependant, il existe une multitude de tableaux cliniques pour définir la déficience intellectuelle : chaque sujet possède ses propres difficultés, en fonction de ce qu'il a vécu, des interactions qu'il a eues avec son environnement. **Il n'existe donc pas « un » modèle de construction corporelle pour tous les individus présentant une déficience mentale**.

Il existe très peu d'écrits concernant la construction corporelle des individus déficients mentaux. Je vais donc baser cette partie sur de l'observation clinique. J'utiliserai un ensemble de vignettes cliniques pour illustrer des hypothèses développementales.

III.A. Les perturbations pendant l'enfance

III.A.1. Au stade du corps subi

De la naissance à ses trois mois, le bébé baigne dans un flot constant de stimulations. Il ressent des sensations, dues à son fonctionnement physiologique et à l'environnement extérieur, mais il ne les différencie pas. Dans un état de totale dépendance à la Mère, il est commandé par ses besoins et par un fonctionnement réflexe. La relation à l'autre est primordiale pour « détoxifier » les vécus du bébé, et contrôler l'angoisse qu'il éprouve dans les moments de désorganisation. La Mère met du sens, contient, porte physiquement et psychiquement l'enfant.

La façon dont le bébé va vivre ses sensations, en lien avec les émotions qu'il ressent et la relation à l'autre, en fera des perceptions. Une perception, c'est la façon dont la sensation arrive à la conscience. Lorsque le bébé aura suffisamment investi ces perceptions, notamment avec la répétition, il pourra se les représenter en leur absence. L'enfant accède donc au symbolisme.

Ce sera à ce niveau-là que la boucle sera perturbée pour le sujet déficient intellectuel. En effet, il présente un retard global de développement et donc des difficultés d'élaboration psychique et d'accès à la représentation. Mais cela intervient plus tard dans le développement de l'enfant.

Durant la période du corps subi, **on ne repère pas de différence entre le développement d'un enfant lambda et celui d'un enfant déficient intellectuel**. En effet, il est fréquent que les difficultés présentées par le sujet ne soient pas repérées avant l'entrée à l'école. Nous pouvons donc supposer que l'enfant va se développer en apparence comme attendu, mais qu'il aura du mal à intégrer, même de manière inconsciente, ce qui se joue durant les interactions précoces.

Rappelons que ces interactions sont à la base d'un sentiment de sécurité interne et de continuité d'existence, ainsi que le support des processus d'individuation et de subjectivation.

Tristan présente des comportements de recherche sensorielle. Il touche sa langue avec ses doigts puis sent sa main, tout en émettant des sons qui font vibrer l'intérieur de son corps.
Thibaut agite de manière continue un bout de ficelle devant son visage. Il se laisse hypnotiser par les mouvements répétitifs du tissu.

Ces conduites permettent de se sentir exister sur le moment. Elles permettent également d'appréhender inconsciemment la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps, et donc la différence entre soi et l'autre.

Certains déficients mentaux vont ainsi rechercher en permanence des stimulations sensorielles pour se sentir vivants et entiers. Ces comportements sont rassurants pour le jeune mais ils ont tendance à « enfermer », et à couper de la relation avec l'extérieur. **Ils attestent d'un manque d'intégration des sensations durant l'enfance** ; l'individu reste alors sur un mode de relation sensorielle à l'environnement.

Cependant, les stimulations extérieures peuvent aussi être vécues comme trop envahissantes car l'individu ne possède pas une enveloppe corporelle suffisamment construite et sécurisante.

Lola ne supporte pas d'être dans un environnement bruyant. Lors des situations de repas, il peut parfois y avoir de l'agitation autour d'elle. Ce trop-plein de bruits et de stimulations lui est intolérable ; elle se bouche les oreilles en marmonnant. Si la situation dure trop longtemps, elle entre en « crise » et peut par exemple pousser violemment l'un de ses camarades.

Il est assez fréquent de retrouver des angoisses archaïques chez les individus déficients mentaux. Selon B. LESAGE, ces angoisses apparaissent lorsque « le sujet est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles » (22).

Certaines de ces angoisses, comme celle de morcellement par exemple, sont « normales » et physiologiques chez les nourrissons, puisqu'ils ne disposent pas d'une représentation globale et unifiée de leur corps. Dans la déficience intellectuelle, elles peuvent ainsi perdurer car l'individu présente d'importantes difficultés de symbolisation. La plupart des individus déficients mentaux n'accèderont pas à un schéma corporel abouti et unifié.

III.A.2. Au stade du corps vécu

Dès trois mois, l'enfant peut commencer à s'apaiser tout seul. Lorsque sa Mère met un moment avant d'intervenir, il peut invoquer l'image mentale de cette dernière et trouver des moyens de se rassurer seul, en suçant son pouce par exemple. Cette capacité pose les fondements de l'accès à la représentation.

Le bébé déficient mental aura possiblement du mal à s'apaiser par lui-même, ce qui peut déjà être un frein au développement du narcissisme. Cela peut également conduire le parent à présenter des conduites de surprotection vis à vis de son enfant.

De trois mois à trois ans, l'enfant va peu à peu s'approprier son corps et développer ses capacités. Grâce à sa maturation physiologique et à ses interactions avec son milieu, il accède à de nouvelles possibilités. Dans certains cas, c'est l'absence de stimulations environnementales qui va être à l'origine d'une déficience légère. Sans interactions avec son environnement, le bébé ne développe pas l'envie « d'aller vers », de se mouvoir. Il peut donc présenter un retard de développement.

Je fais la supposition que **l'enfant déficient mental va, par la maturation du tonus, pouvoir commencer à ébaucher des mouvements volontaires**. De la même façon qu'un enfant lambda, il va multiplier les acquisitions posturales et motrices. Il développe également sa préhension ; il saisit les objets qui l'entourent, s'y intéresse. A cette période, l'enfant découvre son corps, explore, il est dans l'agir et le plaisir du mouvement.

Cependant, **les conduites de surproduction parentales que j'ai évoquées plus tôt peuvent toutefois venir freiner l'investissement de l'environnement extérieur**, rendu possible par les déplacements autonomes. L'enfant a également développé une certaine dépendance au corps de la Mère, puisqu'il ne parvient pas à intégrer par lui-même ses vécus. Ce « collage » limite l'envie de l'enfant d'investir et de découvrir le monde extérieur. Il se satisfait pleinement de cette situation duelle avec sa Mère et n'éprouve pas le besoin de s'en détacher.

Par ailleurs, les expériences corporelles permettent à l'enfant dit lambda d'intégrer au niveau psychique un sentiment de contenance ou encore de créer la sensation d'un axe corporel et d'un arrière fond. Ces notions s'originent dans l'expérience, mais elles s'intègrent par un travail d'élaboration psychique.

L'enfant déficient intellectuel va donc être en difficultés pour se saisir psychiquement de ce qu'il vit. Il peut notamment en résulter un manque de conscience corporelle. Elle se définit comme étant la capacité du sujet à apprécier consciemment ses actions motrices, ses postures, ses attitudes pour les ajuster de manière volontaire dans leur intensité, leur direction, leur vitesse en fonction des buts qu'il poursuit.

Antonin a 15 ans. Il possède une silhouette longiligne, qui penche vers l'arrière. Il lui arrive fréquemment de perdre l'équilibre, jusqu'à tomber au sol. Le jeune homme ne paraît pas avoir intégré la notion d'axe corporel ; il n'y a rien qui « tient » à l'intérieur de son corps. La conscience corporelle est également faible ; Antonin peut perdre l'équilibre et reculer sur cinq mètres, sans se rendre compte qu'il faut qu'il se redresse.

En parallèle de ses acquisitions motrices et préhensiles, l'enfant commence à accéder au langage. Chez le déficient intellectuel, **il est fréquent que l'apparition des premiers mots soit retardée**. En effet, le langage suppose un accès au symbolisme, qui est entravé de par le développement mental incomplet du déficient. L'accès au langage a parfois lieu aux alentours de cinq ans. Ces difficultés langagières perdureront dans le temps.

Lilian voit une orthophoniste deux fois par semaine. Il peine à prononcer un mot de manière compréhensible. Il ne construit pas de phrases. Il utilise un jargon qui lui est propre, difficilement interprétable par l'autre.
Mélodie présente des difficultés orthophoniques. Elle s'exprime de manière convenable cependant, elle confond certaines syllabes entre elles, ce qui provoque des confusions au niveau du sens et complique l'apprentissage d'un vocabulaire spécifique. Elle peut par exemple dire « la liberté » à la place de « la puberté ».

Vers un an et demi, l'enfant prend conscience de son unité corporelle avec le stade du miroir. Nous pouvons imaginer que cette étape va être perturbée chez l'individu déficient intellectuel. En effet, cela implique de se percevoir comme une entité unifiée. Rappelons que la perception est la façon dont la sensation parvient à la conscience du sujet. De par son développement mental incomplet, le sujet déficient mental peut donc présenter des troubles au niveau de l'intégration de ses sensations.

Il va donc avoir des difficultés à se penser comme étant un être entier et séparé de l'autre. La mise en place de solutions compensatoires est parfois observée.

Martin s'organise autour d'une posture hypertonique. Cette rigidité musculaire forme une véritable cuirasse tonique qui lui permet de ne pas être débordé par des contenus psychiques angoissants. Le jeune homme se crispe pour faire tenir ensemble les différentes parties de son corps. Cela lui permet de lutter contre d'importantes angoisses de vide, et ainsi de conserver une intégrité corporelle.

Autour de deux ans, l'enfant lambda commence à s'affirmer en tant qu'individu séparé de l'autre. Il découvre notamment le « non » et oppose ainsi son identité propre face à autrui. La relation fusionnelle parent-enfant laisse place à une certaine distance, fondamentale pour l'affirmation de soi et la conquête de l'autonomie. Pour l'enfant déficient intellectuel, le handicap va limiter cette dynamique car il engendre une certaine dépendance au corps parental ainsi qu'une fréquente surprotection. D'après C. DEROUAUX, **l'enfant aura ainsi plus de difficultés à s'affirmer face à ses parents** (13).

III.A.3. Au stade du corps perçu

A partir de trois ans, l'enfant entre dans la période du corps perçu. Il améliore progressivement sa gestuelle. Il a en effet acquis une certaine conscience de lui-même et peut donc avoir un retour sur ses actions. Par les expériences corporelles qu'il a vécues jusqu'à maintenant, l'enfant a développé son sens proprioceptif ; il est alors capable de sentir où se situent les différentes parties de son corps sans avoir à les regarder. Il peut ainsi corriger ses mouvements.

C'est majoritairement à cette période que les difficultés de l'enfant déficient intellectuel vont être remarquées. Les problèmes de mentalisation ont entravé l'intégration des expériences corporelles au niveau psychique, et par conséquent, l'accès aux représentations. **Il en découle ainsi un grand manque de conscience corporelle et des difficultés au niveau proprioceptif**.

- On fait des ronds avec la tête. Il n'y a que la tête qui bouge.
Thibaut agite son buste. La psychomotricienne lui mobilise passivement la tête pour qu'il sente au niveau proprioceptif la partie du corps mobilisée. Après avoir senti le mouvement, Thibaut ne peut pas le reproduire volontairement et continue de bouger tout le haut de son corps, en un seul bloc indifférencié.

Avec cette vignette clinique, on voit également que le contrôle moteur, la motricité volontaire peut être difficile pour le jeune déficient mental, toujours du fait d'un manque d'intégration des vécus, qui ne permet pas une perception adéquate du corps.

La régulation tonique est également compliquée. Elle se définit comme la capacité à ajuster son tonus à l'action ou à la situation. Elle s'éprouve dans les premiers temps de la vie dans la relation, lorsque la Mère répond de manière adaptée aux besoins de l'enfant, puis elle devient plus volontaire.

Tristan n'a pas de difficultés pour catégoriser les objets durs et les objets mous. Il peut ainsi désigner une balle de tennis en me disant qu'elle est dure, et un oreiller en disant qu'il est mou.
- Maintenant, on va être tout dur, comme un mur, comme une balle de tennis. On serre très fort les bras, les jambes, le ventre. On est tout raide. Tristan, tu es tout dur ?
Il est assis contre le mur, en position détendue.
- Oui !
- Et maintenant on est tout mou, comme un chewing-gum, on fond, on coule comme de l'eau. Tristan, tu es tout mou ?
Le jeune homme est au sol, la tête et le buste redressés ; son corps est contracté pour maintenir la position.
- Oui !
Cette vignette clinique atteste d'une difficulté au niveau proprioceptif, une difficulté pour ressentir les muscles engagés dans l'action, la sensation de détente ou de contraction tonique dans le corps. De plus, la régulation tonique volontaire n'est pas possible.

Au niveau de la motricité, ce manque de conscience corporelle, de proprioception et de régulation tonique va perturber la qualité de la gestuelle du sujet ainsi que son sens de l'équilibre. V. DES PORTES énonce que l'individu déficient intellectuel présente **un retard psychomoteur global**, au niveau de la posture et de la motricité, mais aussi au niveau de la motricité fine, du langage, de la socialisation, de l'autonomie et du repérage spatio-temporel (14).

On peut ainsi retrouver des troubles praxiques, une maladresse, chez les sujets présentant une déficience mentale. En effet, **ils n'ont pas intériorisé un schéma interne de leur corps, qui leur servirait de référence à l'action**. Les données de longueurs des segments corporels, de positionnements dans l'espace, de distances avec les objets ne leur sont pas accessibles. Le rapport à l'espace et à l'autre est donc perturbé.

Ces difficultés peuvent être accentuées par les conduites de surprotection des parents. L'infantilisation entraîne une diminution des expériences corporelles, et renforce ainsi l'incomplétude et l'infantilisme du déficient (3). Un manque d'exploration et d'expérimentations motrices durant les premières années de la vie va diminuer la capacité d'adaptation à l'environnement.

C. POTEL explique que **l'enfant déficient intellectuel peut alors présenter des attitudes de collages ou de soumissions**, comme s'il laissait à l'autre le soin de s'occuper de son corps (31).

Dans l'ouvrage *Corps et psychiatrie*, les auteurs expliquent que « Tout se passe comme s'il déléguait son corps à l'autre, à celui qui représente, sur le moment, le versant omnipotent de son corps, même si, pour cela, le déficient doit demeurer dans un état d'immaturité » (3).

La période du corps perçu est d'ordinaire synonyme de prise d'autonomie. L'enfant peut par exemple commencer à se doucher seul. La déficience intellectuelle freine cette dynamique, d'autant plus que le parent peut avoir des difficultés à laisser son enfant grandir.

Benjamin, 20 ans, ne se lave pas seul. Il possède de bonnes capacités motrices qui lui permettent d'effectuer de nombreuses activités manuelles mais c'est sa mère qui s'occupe de la toilette. C'est comme s'il ne s'était pas approprié son corps, que ce n'était pas encore tout à fait le sien.

Sur un versant plus cognitif, l'enfant déficient mental présente une connaissance du corps peu élaborée. **Il a des difficultés pour apprendre le vocabulaire spécifique du corps, ainsi que pour le figurer symboliquement**. Les dessins des jeunes déficients mentaux sont ainsi peu organisés et peu détaillés.

Les difficultés présentées par l'enfant vont avoir un impact sur sa construction narcissique. Il se vit comme moins compétent que les enfants de son âge. Cela ne lui permet pas de se construire une image valorisante de lui-même.

III.A.4. Au stade du corps représenté

La période du corps représenté signe la fin de la structuration du schéma corporel, qu'on considère établi à l'âge de douze ans. L'enfant connaît son corps et maîtrise sa position dans l'espace. Il peut ainsi adapter sa motricité au contexte environnant.

Pour le sujet présentant une déficience intellectuelle, nous avons vu précédemment que les difficultés d'élaboration psychique freinent la mise en place du schéma corporel. La qualité de sa gestuelle en sera diminuée. L'orientation et le positionnement de ses différents segments corporels dans l'espace seront peu précis. **Coordonner des gestes complexes, tout en prenant en compte l'environnement est ainsi difficile**.

En atelier Schéma corporel, les adolescents doivent inventer une manière de se déplacer d'un mur à l'autre de la pièce. Sarah se lance : elle décide de rouler dans l'espace de la salle. Pour ce faire, elle place sa tête vers le mur à atteindre et les pieds contre celui qu'elle doit quitter. Cette position l'amène à rouler dans le sens de la largeur de la salle plutôt que dans la longueur.
On note ici un manque d'adaptation à l'environnement. Sarah n'a pas les capacités d'élaboration psychique pour s'organiser corporellement pour répondre à une contrainte.

La perturbation de l'accès à la représentation du monde, de soi et de ses possibilités d'action entraîne le sujet déficient à avoir **une utilisation purement fonctionnelle de son corps** : il s'en « sert » de manière concrète, d'un point de vue utilitaire (3).

D'après l'ouvrage *Corps et psychiatrie*, ce rapport particulier au corps engendre une prédominance à l'action et une certaine impulsivité. L'enfant est dans un besoin de concrétisation immédiate de ses réalisations (3).

Romain ne peut pas rester désœuvré plus de quelques minutes. Il veut réaliser plusieurs opérations à la fois, et vite. Les éducateurs le qualifient « d'hyperactif ». Cela dénote d'une impossibilité à accepter un délai.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'enfant déficient mental a des difficultés à s'affirmer face à ses parents. Selon C. POTEL, le sujet s'individualise en se percevant comme unique, autonome et « capable de s'autodéterminer, de décider de son comportement et d'avoir un certain contrôle sur soi et l'environnement » (30). Ce phénomène est diminué par la dépendance que l'individu déficient développe vis à vis de son milieu.

C. POTEL ajoute que le sujet a besoin d'être reconnu par l'autre ; le regard de l'autre doit correspondre à l'image que l'individu a de lui-même. Cependant, comme expliqué précédemment, les parents peuvent développer des comportements de surprotection et avoir des difficultés à percevoir leur enfant comme un enfant de son âge. **Ce regard « infantilisant » peut amener le jeune déficient à se percevoir comme plus immature et dépendant**.

Le regard de l'autre est également primordial dans la construction de l'image du corps. Nous avions déjà parlé de l'impact du handicap sur le narcissisme de l'enfant. En effet, le fait de se vivre comme moins compétent que ses pairs est profondément dévalorisant. Le corps est vécu comme « impossible à contrôler, qui échappe à ses facultés, à son entendement » selon les auteurs de l'ouvrage *Corps et psychiatrie* (3).

De plus, la déficience mentale est souvent accompagnée d'une physionomie singulière. C. POTEL énonce que « les regards et les considérations des personnes qui les croisent, leurs parlent et les entourent, renvoient tels des miroirs cette perception morphologique marquée par la différence, qui ne laisse pas indifférent » (30). Quand ce n'est pas le visage qui frappe, ce sont les comportements parfois immatures parfois inappropriés qui rendent compte de la différence, et que l'autre renvoie comme étant « anormaux ».

Marvin est un jeune homme au visage peu marqué par la déficience. Il présente cependant de nombreux comportements atypiques : il saute régulièrement et réalise des mouvements rythmés. Très impacté par le regard de l'autre, il essaye de se maîtriser pour arrêter ces conduites particulières. Il s'inscrit dans un désir de normalité.

III.B. Les difficultés durant l'adolescence

III.B.1. Au niveau du schéma corporel

Comme nous avons pu le constater dans la partie précédente, le jeune déficient intellectuel rencontre des difficultés lors de la structuration de son schéma corporel. Il entre donc dans la période adolescente avec des bases fragiles concernant sa représentation de lui-même.

A la puberté, des changements physiques se produisent, modifiant les caractéristiques corporelles du sujet. Ils viennent bouleverser les perceptions de l'individu, qui a une compréhension limitée de ce qui se joue.

Le schéma interne du corps qui sert de référence à l'action se doit d'être adapté. Dans le cas de la déficience mentale, **il ne s'est pas structuré convenablement pendant l'enfance ; il sera par conséquent difficilement réajusté**. Au niveau moteur, cela se traduit par des difficultés de précision, de coordination du geste, de segmentation du mouvement et d'adaptation au contexte. La conscience corporelle, la proprioception et la capacité de régulation tonique sont toutes trois perturbées.

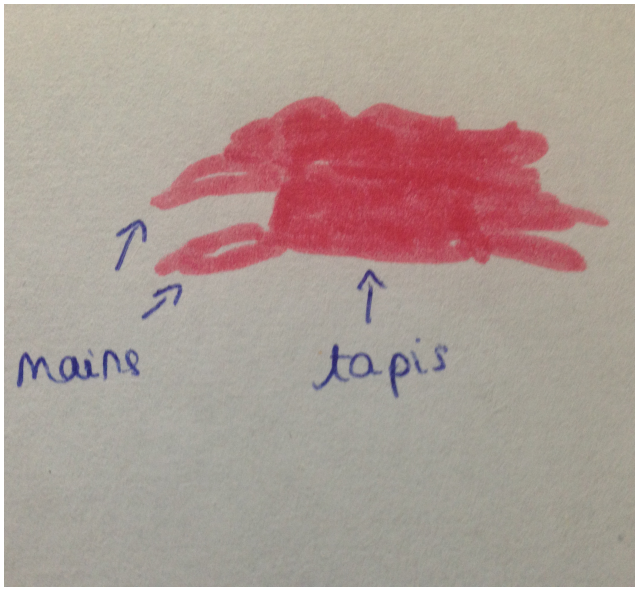
Une étude a été réalisée pour évaluer la connaissance du corps chez les personnes handicapées mentales (25). Elle révèle un manque de vocabulaire au niveau des parties du corps et de maigres connaissances concernant l'intériorité du corps ou son fonctionnement. Cependant, les personnes testées ont montré une conscience de leur sexe biologique et de leurs caractéristiques physiques (couleur des yeux et des cheveux). Ce qui ne nécessite pas une capacité de représentation est en effet plus accessible pour l'individu déficient.

Elodie est capable de me dire la couleur de ses yeux et de ses cheveux. Elle peut évoquer ce qui différencie les garçons des filles, avec tout le malaise que cela provoque chez une adolescente. Lorsque je l'interroge sur ce qui est à l'intérieur du corps, elle réfléchit puis hausse les épaules. Avec un étayage, elle pourra citer le cerveau, le sang et les os.

Au niveau de la représentation du corps, l'étude de M. MERCIER et al. a mis à jour des problèmes fréquents au niveau de la position des différents segments du corps entre eux et au niveau de leur orientation dans l'espace (25). De plus, les réalisations graphiques sont souvent incomplètes.

Elles correspondent majoritairement à des productions « enfantines ». Cependant, elles peuvent être sexualisées aux vues des préoccupations qui habitent les jeunes déficients mentaux. Elles peuvent également paraître très imprécises, illustrant bien le manque de compréhension des individus déficients mentaux vis à vis de leur corps, mais également leur difficile accès à la représentation mentale.

Dessin de Tristan, 15 ans	**Dessin de Louise, 17 ans**



Cette étude montre **une difficulté généralisée de conceptualisation du corps et de son fonctionnement**. Elle émet également des hypothèses quant à cette difficulté. Elle évoque ainsi un possible manque d'informations ou une mauvaise compréhension de celles-ci. Elle fait l'hypothèse que des problèmes affectifs pourraient également biaiser la représentation du corps.

III.B.2. Au niveau de l'image du corps

III.B.2.a. Une sexualité gênante

L'adolescence se caractérise par une explosion hormonale qui entraîne la recrudescence des conflits psychiques Œdipiens. Elle signe l'entrée dans une sexualité plus adulte, centrée sur la génitalité. Cette période est difficile à gérer pour l'adolescent, qui fait face à l'assaut de pulsions qu'il ne comprend pas.

Comme vu précédemment, les adolescents déficients mentaux ont peu de partenaires d'interaction ; ceux-ci étant essentiellement situés dans les milieux familial et institutionnel. D'après I. PICON, **cela limite leurs possibilités d'expérimenter tout ce qui touche à la vie affective et sexuelle,** ce qui est pourtant une étape indispensable pour l'autonomisation et l'individuation des adolescents (26). Ils sont finalement sans cesse sous le regard de leurs parents ou des professionnels de l'institution.

Tristan a 15 ans. Il présente une déficience intellectuelle moyenne et des traits autistiques, qui lui confèrent un intérêt certain pour la sensorialité ; il s'auto-stimule selon différentes modalités (comportements de flairage, contractions toniques etc.). Depuis son entrée dans l'adolescence, Tristan est assailli de pulsions d'excitation qu'il ne parvient pas à gérer. Il peut alors avoir des comportements inappropriés vis à vis des jeunes filles de l'institution : il crie leurs prénoms, les touche physiquement. Il recherche leur contact de manière inadaptée.
Aline, 19 ans : « Moi, je ne veux pas faire l'amour. Je ne le sens pas trop. »

L'intérêt pour la sexualité peut prendre de nombreuses formes chez les adolescents. Certains jeunes vont être extrêmement perturbés par ces pulsions qui les pressent. Il est ainsi fréquent d'observer des débordements d'excitation.

Les relations entre les jeunes changent, s'orientent du côté de la séduction. Certains se questionnent sur les relations amoureuses et les relations sexuelles, ils sont en recherche d'un étayage auprès de l'adulte. D'autres tentent de refouler les changements qui s'opèrent, avec un dégoût apparent.

Ils peuvent adopter un discours conformiste et raisonnable sur un mode défensif, qui selon I. PICON, permet de **tenir à distance les pulsions qui les assaillent** (26). Ces jeunes n'ont souvent pas les moyens d'élaborer et de contenir la sexualisation de leur corps. Ce phénomène peut donc s'avérer très angoissant, surtout s'il n'est pas ou peu accompagné.

Le défaut de symbolisation dont nous avons parlé précédemment vient entraver la mentalisation et l'élaboration de l'excitation interne. Le jeune éprouve une forte angoisse vis à vis de ces décharges pulsionnelles. Cela peut se traduire par une agitation, une instabilité ou de l'impulsivité. La poussée libidinale engendre des besoins, que les adolescents ne peuvent exprimer que par des passages à l'acte ou une impulsivité. **Cela témoigne d'une activité sexuelle brute, non élaborée.**

Si la sexualisation n'est pas évidente pour l'adolescent, elle peut également s'avérer **compliquée à gérer pour les parents**. Ces derniers peuvent avoir du mal à prendre conscience de l'évolution de leur enfant en adolescent, du fait du décalage entre la maturité psychique et physique de ce dernier. Il peut alors être difficile de l'accepter et de fournir un étayage adapté au jeune. La question de la procréation est souvent source d'inquiétude, tout comme l'apparition du désir sexuel et de la recherche de plaisir.

L'adolescence est une période où le jeune se détache de ses figures parentales. Or dans la déficience, cette prise d'autonomie va être entravée par la dépendance de l'individu. La famille se retrouve prise entre des enjeux contradictoires : d'un côté, une envie de la part du jeune de vivre sa vie de futur adulte et de l'autre, un besoin prégnant de soutien environnemental.

III.B.2.b. Identité, entre handicap et normalité, dépendance et autonomie

Antonin s'adresse à la psychomotricienne de la structure, enceinte de 3 mois : « Ton bébé, est-ce que tu peux savoir dès maintenant s'il aura des difficultés comme moi ? ».

L'adolescence est une période de bouleversements, qui entrainent de nombreux questionnements de la part du jeune, ainsi que des perturbations d'ordre narcissique (baisse de l'estime de soi, dévalorisation etc.). Ces perturbations vont être plus importantes chez le jeune déficient mental.

En effet, encore plus que l'adolescent lambda, ce dernier va être confronté au regard de l'autre, parfois de manière douloureuse. **Cela peut provoquer un effondrement narcissique**. Certains jeunes vont alors se lancer dans la quête d'un sentiment de valorisation. Cela peut se faire par une tentative de maîtrise de son image corporelle.

Marvin accorde une grande importante au regard de l'autre, et il fait donc très attention à son apparence. Ainsi, il est toujours habillé de façon impeccable. Il contrôle son alimentation et fait de la musculation de manière intensive. Cela ne paraît pas le rendre plus heureux pour autant. Marvin s'inscrit dans un désir intense de normalité, et il ne sera probablement satisfait qu'en atteignant son inaccessible idéal.

I. PICON explique que l'individu déficient mental peut être dans un déni du trouble, et va tenter de présenter une image positive de lui-même (26). Il parle peu ou de manière atténuée de ses difficultés et de ses échecs. Il insiste au contraire sur ses atouts et réussites. Le jeune ne veut absolument pas être perçu comme étant « handicapé », mot au caractère péjoratif, souvent utilisé comme une insulte par les adolescents dans la cour de récréation, bien qu'ils n'en saisissent pas forcément le sens.

Dans le but de nier ses propres difficultés, l'adolescent va se différencier des jeunes les plus démunis accueillis au sein de l'institution et les « montrer du doigt ». Cette conduite défensive permet d'affirmer que seul l'autre présente un handicap, et non pas soi-même.

Les adolescents déficients mentaux s'inscrivent dans un désir de normalité. Selon I. PICON, ils veulent échapper à tout prix au monde du handicap et à cette identité de handicapé.

Aurélien est un jeune présentant une déficience intellectuelle légère. Il refuse de sortir en ville avec l'un de ses amis, qui présente des comportements atypiques telles que des stéréotypies. Il n'est pas question pour Aurélien de se montrer avec quelqu'un dont les difficultés sont visibles.

Le travail identitaire des jeunes déficients mentaux va comprendre une lutte contre leurs difficultés, afin d'échapper à une certaine stigmatisation sociale. I. PICON énonce qu'ils « tentent de réparer une image mise à mal par le handicap et les échecs répétés » (26). Les défenses qu'ils mettent en place correspondent aux attentes qu'ils perçoivent d'autrui. C'est-à-dire qu'ils vont essayer de se conformer aux expectatives de leur entourage, qui sont dans un désir de réparation ou « d'éternels enfants ».

Pour I. PICON, « ces jeunes ne disent donc jamais qui ils sont mais affirment ce qu'ils ne sont pas : ils ne sont pas handicapés et ne sont pas différents des jeunes qui ne présentent pas de déficience » (26).

On retrouve chez les adolescents déficients mentaux les mêmes mécanismes que chez tout adolescent, les mêmes préoccupations et désirs. On va ainsi constater l'importance des phénomènes de groupe, où chacun va venir s'étayer sur l'autre, se rassurer quant à sa capacité à faire face aux changements physiques et psychiques.

Les jeunes déficients mentaux s'inscrivent bel et bien dans une dynamique adolescente, dans laquelle le rapport au handicap est un enjeu important. En cette période de crise identitaire, le jeune peut se retrouver en difficultés pour se positionner, vis-à-vis de son âge, de son handicap, par rapport aux enfants, aux adultes, aux adolescents déficients et non déficients. **La déficience intellectuelle et la dépendance qui en résulte, vont freiner les processus adolescents** et la progression vers l'âge adulte. C. DEROUAUX évoque une tension entre la volonté de devenir adulte et les craintes qui poussent à rester à l'abri dans la sphère familiale (13).

En effet, il va y avoir un conflit entre le désir du jeune d'être plus autonome et sa situation de dépendance vis à vis de ses parents. Pour I. PICON, « à défaut d'être organisateur, [le conflit] se trouve alors bien souvent sans issue, laissant les jeunes dans une situation d'entre deux insatisfaisante » (26).

Il est fréquent d'observer une certaine surprotection de la part des parents, qui ont peur pour leurs enfants et souhaitent les préserver. Cela va entraver d'autant plus l'accès à l'autonomie et l'investissement de la sphère extrafamiliale. Il en résulte également une difficulté d'appropriation du corps.

S'approprier son corps, c'est prendre possession de soi-même, se vivre comme autonome et séparé de ses parents. C'est à la base de la création d'une identité fiable et gratifiante. **Le sujet déficient intellectuel va ainsi avoir tendance à se percevoir comme incompétent, incapable d'agir sur son environnement.**

Les jeunes vont avoir des difficultés à s'affranchir de cette dépendance. Une remise en question de l'autorité parentale peut être vécue comme insupportable pour soi ou pour l'autre, et donc non envisageable ; ou alors elle peut ne pas être possible par manque de moyens d'ordre cognitifs, psychiques ou environnementaux.

Fanny, une jeune fille de 19 ans me demande : « Ils vont bien tes parents ce matin ? ». Je lui réponds : « Je ne sais pas, je ne les ai pas vus ce matin. Je n'habite plus avec eux ». Après un temps de réflexion, elle m'interroge, presqu'effrayée : « Pourquoi, tu ne les aimes pas ? »

Malgré cela, les parents et les éducateurs peuvent être objets de critiques et de conflits d'après I. PICON. Certains jeunes montrent en effet une forte opposition, dans l'idée d'une affirmation de soi.

Le fait de cette dépendance pose la question du devenir adulte. En effet, le jeune déficient mental a besoin du soutien de ses parents, de son environnement. Qu'en est-il de son avenir ? On peut se demander si l'adolescent atteindra le statut d'adulte, avec les responsabilités et l'autonomie qui lui incombent.

III.C. Conclusion

En conclusion, la déficience intellectuelle entraîne des perturbations dans la construction corporelle du sujet. **La difficulté d'accès à la représentation freine l'élaboration du schéma corporel et la création d'une image du corps gratifiante**. L'intégration incomplète des vécus corporels durant l'enfance ne permet pas une bonne capacité d'attention perceptive au jeune déficient mental. Il présentera ainsi des difficultés au niveau de la conscience corporelle, de la proprioception et de la régulation tonique.

Les représentations lui étant difficiles, l'adolescent n'a pas pu se constituer une solide base de référence pour l'action. Il en résulte une qualité diminuée de sa motricité, avec un rapport à soi, à l'autre et à l'espace perturbé. Le sujet déficient intellectuel possède également peu de capacités d'adaptation à l'environnement.

Par conséquent, l'individu déficient mental se vit de manière peu valorisante. Il peut faire face à de fortes angoisses, dues à son manque de compréhension du corps et de son fonctionnement. Chez l'adolescent déficient, le sentiment d'appropriation du corps est diminué ; le corps est « utilisé » de manière purement fonctionnelle. Le jeune laisse à l'autre le soin de penser ce corps.

L'estime de soi est fréquemment chutée, en raison de la perception de ses difficultés par le jeune, ainsi que par le regard de l'autre.

On peut se demander **en quoi la psychomotricité peut-elle aider le jeune à structurer son schéma corporel et à se construire une image du corps plus valorisante.**

PARTIE IV :

Vers un corps pleinement habité – Exemple de prises en charge psychomotrices en IMPro

IV.A. La psychomotricité au sein de l'IMPro

IV.A.1. Qu'est-ce qu'un IMPro ?

Un Institut Médico-Professionnel (IMPro) est une structure appartenant au secteur médico-social. C'est un établissement habilité à accueillir des **individus porteurs d'une déficience intellectuelle, avec ou sans troubles associés**, et âgés de 12 à 20 ans. Il assure donc une scolarité adaptée au handicap de chacun, ainsi que des prestations médicales, thérapeutiques et paramédicales, le cas échéant.

L'IMPro se veut professionnalisant. Une éducation autour des attitudes et du savoir-faire professionnel est fournie aux adolescents.

L'objectif est de permettre au jeune de **préparer son projet professionnel en fonction de ses envies et de ses capacités**, et de lui permettre d'acquérir un maximum d'autonomie dans la vie quotidienne. Il sera ensuite orienté vers une structure adaptée, en milieu ordinaire ou protégé.

Selon l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI), les équipes de ces d'établissements permettent un **accompagnement global de la personne handicapée**, qui vise à favoriser son intégration au niveau social ou professionnel.

Ainsi, leur action comprend un accompagnement de l'adolescent et de sa famille, des rééducations diverses par rapport à sa problématique et un enseignement adapté pour l'accès à un niveau de connaissances optimal. Elles apportent un soutien pour **aider le jeune à développer sa personnalité, son autonomie, sa communication et sa socialisation.**

IV.A.2. La place et le rôle de la psychomotricité

La psychomotricité est une discipline paramédicale qui considère le sujet dans sa globalité. Elle s'intéresse à l'humain dans toute sa complexité et sa richesse, et **présente un intérêt central pour le corps et son investissement par le sujet**. On pourrait dire que son objectif principal est de permettre un vécu harmonieux à l'individu.

C. POTEL qualifie la psychomotricité de thérapeutique adaptative, aux vues de la diversité des secteurs où elle s'exerce et de ses modes d'intervention variés (31).

Au sein de l'IMPro, la psychomotricienne reçoit chaque nouveau bénéficiaire de l'établissement afin de réaliser un bilan psychomoteur. **Cet examen permet de dresser un tableau d'acquisitions et de difficultés présentées par le jeune**. Cela sert à appréhender l'adolescent dans ses dimensions personnelle, familiale et sociale. Selon C. POTEL, le psychomotricien doit prendre en compte le patient dans l'intégralité de son fonctionnement psychocorporel (31).

Pour ce faire, la psychomotricienne s'appuie sur des tests standardisés qui évaluent objectivement les compétences de l'adolescent. Associés à l'observation subjective du professionnel, ils rendront compte de l'état psychocorporel du jeune, de la manière dont il se vit.

A la suite de ce bilan, **la psychomotricienne examine la pertinence d'une prise en charge pour l'adolescent**, en prenant en compte son projet global au sein de l'établissement. Elle peut alors poser une indication en psychomotricité, pour des séances hebdomadaires en individuel, ou groupales. Les objectifs, définis à l'avance, sont spécifiques à chaque jeune. La décision finale est prise en réunion de synthèse, après concertation avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et après une validation médicale.

L'exercice de la psychomotricité auprès d'adolescents déficients mentaux amène à être confronté à de nombreuses difficultés d'intégration du schéma corporel et de création d'une image du corps valorisante. La psychomotricienne va ainsi tenter d'accompagner le jeune dans un investissement positif de son corps.

Les séances de psychomotricité proposent un espace à part, où **le patient peut ressentir son corps et les affects qui y sont associés**. Ces vécus sont détoxifiés dans la relation ; le psychomotricien tente de donner un sens aux expériences corporelles du patient.

La salle de psychomotricité est un espace où le patient peut expérimenter en toute sécurité et ressentir du plaisir et une certaine valorisation dans le mouvement, dans sa capacité à faire. **Le psychomotricien se place en effet dans une posture bienveillante et disponible, comme le demande toute discipline de soin**. Il accueille le patient dans sa singularité. Il s'implique également sur un plan corporel et émotionnel dans la prise en soin du patient. Il peut ainsi ajuster la relation en fonction de ce que lui renvoie le patient.

C. POTEL énonce que « la psychomotricité est un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique » (31).

Le psychomotricien s'appuie sur une multitude de médiations afin de proposer une prise en charge adaptée à chaque patient. Le sujet est en effet au centre de sa prise en soin et doit ainsi être impliqué activement dans celle-ci. Durant sa formation, le psychomotricien a acquis la maîtrise de différents supports, qui lui permettront d'**accompagner au mieux son patient dans sa construction psychocorporelle**.

IV.B. Les prises en soin psychomotrices

Cette partie est consacrée aux diverses prises en charge auxquelles j'ai pu prendre part durant mon stage en IMPro. La liste des méthodes favorisant la construction du schéma corporel et d'une image du corps, dont je parlerai ci-dessous, n'est donc pas exhaustive. Elle se base sur mes observations cliniques de stage.

IV.B.1. Les séances individuelles

Les prises en charge individuelles sont majoritairement à visée rééducative. Elles ont pour objectif de **travailler sur les difficultés du patient et donc de réduire ses incapacités**. Elles sont ainsi éminemment personnalisées ; le contenu est adapté à chaque adolescent en fonction de ses besoins.

Elles proposent une situation de relation duelle, au sein d'un espace sécurisant. Le psychomotricien s'adapte au rythme du patient. Cela favorise tout d'abord l'accès à la relation mais également le renforcement identitaire. En effet, cette situation permet une reconnaissance de soi par identification au corps de l'autre. De plus, l'adolescent n'est pas soumis au regard et aux jugements de l'autre, et le psychomotricien se veut encourageant. Le jeune se voit ainsi valorisé, ce qui peut l'aider à se construire une image gratifiante de lui-même.

Comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, la dynamique sensations/perceptions/représentations est perturbée chez les individus déficients intellectuels. L'accès au symbolisme est par conséquent compromis. Le psychomotricien peut **effectuer un travail autour d'un retour aux sensations, pour favoriser leur intégration**.

La relaxation est une méthode bien accueillie par les jeunes de l'établissement. **Les stimulations sensorielles proposées permettent d'actualiser la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps**. En effet, l'utilisation de divers médiateurs (balle à picots, plume, sac lesté etc.) propose des inductions tactiles sur l'ensemble de la surface du corps du patient.

Associée à des stimulations sonores telles que la musique ou les inductions verbales du professionnel, cela favorise le **sentiment d'une enveloppe corporelle**, ce qui est extrêmement structurant.

L'audition va en effet contribuer au sentiment d'enveloppe : lorsqu'un son nous parvient, il résonne dans tout notre être et n'est pas ressenti qu'à un endroit localisé. C'est tout le corps qui est parcouru par cette stimulation extérieure, formant ce que D. ANZIEU appelle l'enveloppe sonore du soi (8).

En réveillant des sensations au niveau de la peau, le psychomotricien propose une expérience contenante et enveloppante. Cela permet d'apaiser les angoisses engendrées par le manque de compréhension du corps, et de soutenir le **sentiment de continuité d'existence**. D'après D. ANZIEU, le Moi-peau joue un rôle de barrière protectrice contre l'excitation et un rôle de contenant pour la pensée signifiante (27). Ces sensations vont ainsi produire un apaisement au niveau psychique, et un vécu du côté de la détente avec un tonus diminué.

Cet état permet une plus grande disponibilité pour accueillir les ressentis corporels. Le patient éprouve son corps de manière agréable ; il peut ainsi être plus à l'écoute de ses sensations et développer sa conscience corporelle et proprioceptive. Ces expériences positives soutiennent la constitution d'une image du corps gratifiante, un **investissement positif du corps**.

Selon MC OUDOT (32), la relaxation possède trois fonctions fondamentales. La première est une fonction d'unité, qui permet « l'élaboration du schéma corporel et la structuration de l'image du corps, en lien avec un « subtil sentiment d'existence » dans l'ici et maintenant du corps vécu ». La deuxième fonction de la relaxation serait au niveau de l'organisation corporelle. Par le biais de la respiration, de la perception des rythmes internes et du Moi-peau, le corps s'inscrit dans l'espace et dans le temps. La troisième fonction est une fonction tonique : le sentiment de continuité d'existence va en effet permettre un apaisement ainsi qu'une détente globale du sujet.

Alexis présente d'importantes angoisses corporelles, ainsi qu'une grande impulsivité. En séance de relaxation, il lui arrive de s'endormir profondément. Les stimulations sensorielles étayent son sentiment d'exister et apaisent ainsi ses angoisses. Cela lui permet d'éprouver une sensation de détente, qui provoque un relâchement tonique, pouvant conduire à l'endormissement.

Le psychomotricien peut inviter l'adolescent à développer une attention perceptive vis à vis de son corps par d'autres moyens. Les individus déficients mentaux ont un rapport au corps très instrumental. Ils peuvent ne pas être à l'écoute de leurs ressentis et cela a un impact notamment au niveau postural et proprioceptif.

Antonin, jeune homme élancé dont le buste part en arrière, tombe fréquemment, déséquilibré par le poids de son propre corps. Il ne paraît pas s'apercevoir qu'il penche considérablement.
En séance, la psychomotricienne lui propose divers exercices d'enroulement, afin qu'il ressente son axe corporel. Elle invite également Antonin à rentrer les épaules en mettant les mains sur ses cuisses, ce qui lui permet de ne plus avoir cette posture en hyper-extension dorsale. L'objectif est qu'Antonin apprenne à adopter cette position en dehors des séances. Pour le moment, il ne paraît pas se saisir des enjeux d'une certaine attention à son corps.

A un niveau plus représentatif, la capacité d'imitation d'un geste atteste d'une certaine intégration du schéma corporel. Si l'adolescent touche son nez avec son index après avoir vu le psychomotricien faire de même, cela implique la construction d'une représentation de soi.

Chez certains jeunes, le déficit de contrôle moteur entrave cependant cette possibilité. Le psychomotricien doit ainsi interpréter les manques de l'adolescent avant d'initier un travail au niveau de la conscience corporelle.

Le langage permet de définir la représentation du corps selon un référentiel commun ; **cette mise en mots atteste d'une certaine intégration du schéma corporel**. Dans certains cas, la connaissance du vocabulaire concernant le corps peut soutenir cette intégration, en permettant une communication adaptée entre les individus. Cet apprentissage peut se faire avec le support d'images et doit bien sûr s'effectuer en lien avec les perceptions du sujet.

Le langage n'est pas le seul à attester de l'intégration du schéma corporel. La structuration du temps et de l'espace se fonde sur une intégration corporelle. Le sujet construit son repérage spatial selon un point de vue égocentré. Il situe l'autre par rapport à soi. Le psychomotricien peut ainsi engager un travail pour développer le repérage spatio-temporel du patient. Travailler ce dernier permet d'agir indirectement sur le schéma corporel, l'adolescent devant s'orienter par rapport à l'espace de son corps. L'utilisation de divers supports, comme les jeux de société, favorise la réflexion du jeune par leur côté ludique.

IV.B.2. L'atelier Questions d'ados

La psychomotricienne demande : « de quoi parle-t-on dans cet atelier ? »
Emma : « du corps des garçons et des filles ».
Sonia : « de l'adolescence et des changements ».
Charlotte : « des règles, des boutons, de la poitrine ».

L'atelier Questions d'ados s'adresse à des adolescents et adolescentes présentant une image dévalorisée d'eux-mêmes ainsi qu'un intérêt et des interrogations concernant les relations, le corps ou encore l'adolescence. Il a lieu deux fois par semaine ; un atelier étant réservé aux adolescents, l'autre aux adolescentes par souci de pudeur et pour « libérer les échanges ». L'atelier est co-animé par un éducateur spécialisé, un homme avec les adolescents et une femme avec le groupe d'adolescentes. Durant mon stage à l'IMPro, je n'ai pu assister qu'à l'atelier Questions d'ados filles. C'est donc de ce groupe dont je parlerai.

Cet atelier aborde tout d'abord la question du **rapport au corps propre**, avec notamment des rappels au niveau de l'hygiène, de la vêture ou encore du maquillage. Ces notions sont essentielles dans l'élaboration d'une image du corps positive. En effet, **un aspect négligé ne permet pas au sujet de se sentir valorisé** ; le regard des autres ne fera que confirmer ce sentiment de mésestime.

Dans la déficience intellectuelle, le corps est souvent laissé à l'abandon, dans une dépendance au corps parental. Il « sert » à bouger, à s'exprimer, mais il peut ne pas être investi sur un plan émotionnel chez certains jeunes. D'autres vont à l'inverse éprouver un sentiment de mal-être par rapport à leur corps, se dépréciant hautement.

Aline se trouve « pas bien comme ça ». Sa faible estime d'elle-même la conduit à réagir de manière excessive dans une situation de confrontation au regard de l'autre. En larmes, elle nous raconte :
- Je suis tombée tout à l'heure dans la cour et y en a qui ont rigolé. Je n'aime pas du tout les moqueries.

L'atelier a pour objectif de favoriser l'investissement positif du corps. Ceci est essentiel pour que l'adolescent se construise **un sentiment de sécurité de base**, qui lui permettrait de survivre face aux « attaques » extérieures.

Pour ce faire, la psychomotricienne explique et fait la démonstration de l'utilisation de produits (gommage, crème, maquillage). **Cette démarche vise une acceptation du corps, mais également une prise de conscience de celui-ci**.

L'atelier permet d'aborder la thématique de l'adolescence, avec tous les bouleversements qu'elle comporte – que ce soit au niveau corporel ou identitaire – mais également les relations amoureuses qui soulèvent bien souvent de nombreux questionnements à cette période riche en hormones.

C'est ainsi un espace où le jeune peut exprimer ses angoisses et y trouver un apaisement par des réponses adaptées.

Aline dit de ne pas être intéressée par les relations amoureuses. Pourtant, au sein de l'atelier, elle est attentive et pose des questions. Ses représentations sont souvent erronées ; elle peut par exemple s'exclamer « je ne veux pas embrasser un garçon, j'ai peur de tomber enceinte ! »
L'atelier lui permet ainsi d'avoir une meilleure compréhension de son corps et de son fonctionnement.

Le psychomotricien consolide l'élaboration du schéma corporel des adolescents en leur apportant des **informations sur l'intériorité du corps**. Il met des mots et du sens sur les changements de l'adolescence tel que l'arrivée des règles. L'utilisation de supports ludiques et visuels (jeux de société, vidéos) facilite le dialogue et la compréhension des jeunes.

Finalement, cet atelier permet de donner une place à la dynamique adolescente, ne pas la nier et surtout l'accompagner. Cette période pubertaire peut entraîner un vécu du corps angoissant, surtout lorsque l'environnement continue à percevoir les adolescents comme « d'éternels enfants ». L'atelier Questions d'ados est un espace où le jeune peut obtenir un **étayage de son développement identitaire**.

IV.B.3. L'atelier Schéma corporel

L'atelier Schéma corporel s'adresse à des adolescents présentant une conscience corporelle et une connaissance du corps limitées. Il a lieu une fois par semaine, durant une heure. Durant cet atelier, la psychomotricienne propose différentes situations de mise en jeu corporelle, qui permettent aux adolescents de vivre des expériences diversifiées.

La séance est très ritualisée et répétitive d'une semaine à l'autre, afin de laisser un temps d'intégration pour les jeunes. Elle démarre toujours par un réveil corporel, qui consiste à faire bouger chaque partie du corps en les nommant. Les sensations proprioceptives, associées à une mise en mots permettent de **développer la connaissance du corps en lien avec une perception de ce dernier**. Cet exercice donne lieu à une prise de conscience du corps et de chacun de ses segments. Cela peut déjà s'avérer compliqué pour certains adolescents.

Noémie parvient à imiter approximativement un mouvement lorsqu'elle s'appuie visuellement sur l'autre. Cependant, lorsqu'on lui fait éprouver passivement le mouvement, elle ne peut le reproduire ensuite de manière volontaire. Ainsi, la perception de soi est fragile. Il paraît utile de consolider la conscience corporelle de la jeune fille.

La psychomotricienne effectue également tout un travail autour de la posture. L'objectif est de travailler sur la proprioception et la conscience corporelle : l'adolescent doit pouvoir sentir dans quelle position se trouve les différentes parties du corps. Pour cela, elle propose aux adolescents de choisir chacun leur tour une position, et les autres doivent la reproduire. Se positionner de la même façon que quelqu'un nécessite d'**ajuster ses afférences visuelles avec ses afférences proprioceptives**.

Cela implique également une capacité de motricité volontaire puisqu'il faut bouger sur commande les différents segments corporels pour les placer correctement. L'orientation et le positionnement des membres manquent souvent de précision, par manque de conscience corporelle.

D'une autre manière, la psychomotricienne peut demander aux adolescents de se mettre dans une position en fonction de consignes orales. Cette situation enlève le canal visuel au profit du langage. Cela implique alors que le jeune ait une compréhension du vocabulaire concernant les positionnements et les orientations corporelles, ce qui n'est pas toujours le cas. La répétition est essentielle pour leur intégration.

De manière généralisée, les adolescents présentent des difficultés au niveau musculaire. Le moindre effort est compliqué et les laisse essoufflés. **Les difficultés de régulation tonique entravent la capacité à mobiliser le tonus dans l'action** ; la tonicité de fond et de maintien postural étant déjà fortement élevée, l'individu dispose de peu de ressources pour accomplir une action.

Antoine possède un tonus de fond hypertonique. Sa posture rigide lui permet de « faire tenir » son corps longiligne, mais elle rend le tonus peu mobilisable et efficace pour l'action. Le jeune homme peut ainsi tenir une position quelques secondes avant de devoir relâcher la posture en soufflant bruyamment.
Il est nécessaire d'effectuer un travail autour de la régulation tonique afin d'augmenter les possibilités motrices d'Antoine.

Les adolescents peuvent également inventer des façons de se déplacer d'un mur à l'autre de la salle (sur les fesses, à cloche pieds…). Cette activité leur permet d'**intégrer à un niveau sensoriel et proprioceptif ce que le mouvement provoque dans leur corps**. Elle nécessite de pouvoir s'organiser corporellement dans l'espace.

Antoine décide de se déplacer en rampant sur le ventre. Très vite, il est en difficultés, se tractant uniquement à la force de ses bras. Malgré les indications, il ne peut s'aider de ses jambes, ne parvenant pas à s'appuyer sur les genoux pour se propulser en avant.
Rappelons que les coordinations haut/bas s'acquièrent dans les premiers mois de la vie, lorsque le bébé découvre l'espace du buste. La position enroulée favorise entre autres la rencontre entre le pied et la bouche.
Une hypertonie entrave cette possibilité de flexion et par conséquent, limite les expérimentations de coordinations entre le haut et le bas du corps. Les différentes activités vécues en atelier stimulent les capacités d'adaptation d'Antoine et l'amène à une prise en considération de son environnement et de ses possibilités corporelles.

Il est fréquent d'observer des difficultés de segmentation des parties du corps. L'adolescent peut ainsi bouger son corps de manière globale et peu précise.

Lors d'un déplacement à quatre pattes, Thibaut ne dissocie pas ses deux membres inférieurs. Ils forment un seul bloc, que le jeune homme traîne avec difficultés. Lorsque ses genoux touchent le sol, Thibaut ne peut plus faire de dissociation droite/gauche pour le bas de son corps. La conscience du corps est fragile. Par la diversité des supports proposés, nous travaillons le développement de la proprioception afin que Thibaut puisse acquérir une meilleure maîtrise de son corps.

Ces consignes, qui peuvent paraître simple au premier abord, demande une grande concentration de la part des adolescents. Travailler autour les sensations corporelles peut parfois déjà être une épreuve, certains individus mettant à distance tout ce qui est de l'ordre du corps.

Noé présente un imaginaire très riche. Il se réfugie dans son monde interne, tentant de mettre à distance le corporel. Lorsqu'il traverse la salle en inventant un déplacement, il n'est pas à l'écoute de ses sensations : il veut être le plus rapide. Après la traversée de la salle, il vient me dire : « t'as vu, je suis le premier, j'ai gagné ! ». L'objectif est d'amener Noé à développer une écoute de ses perceptions, plutôt que d'être dans la performance.

La notion d'ancrage corporel, c'est-à-dire, la qualité de présence à son corps, est ainsi également travaillée. L'objectif est d'amener les adolescents à une **attention au corps propre et à leurs ressentis corporels**.

Les expériences sensori-motrices proposées au sein de l'atelier favorisent l'éprouvé de sensations et une écoute corporelle, ceci dans le but de conduire à une prise en compte du corps. Elles visent une **prise de conscience de la réalité physique du sujet** ainsi qu'un investissement du corps.

A un niveau plus représentatif, la psychomotricienne propose de réaliser un bonhomme à partir d'éléments découpés dans des magazines. Les adolescents doivent chacun récupérer une partie du corps du bonhomme (un pied, une oreille, un bras). Ils devront ensuite le coller dans l'espace de la feuille de manière à former un tout cohérent. Cette activité nécessite que le jeune ait accès à une certaine représentation des différents segments corporels, afin de pouvoir les repérer dans le magazine.

IV.B.4. L'atelier Sens

IV.B.4.a. Nos corps en relation

Au sein de l'atelier Sens, j'ai endossé le rôle d'animatrice principale auprès de trois adolescents. Cet atelier psychomoteur se base sur une médiation éminemment corporelle. **La psychomotricité accorde en effet une place importante au corps ainsi qu'au champ relationnel**.

Je me suis aperçue que ma proximité d'âge avec les adolescents pouvait parfois prêter à confusion. Les jeunes pouvaient en effet être tentés d'être familiers avec moi, de me considérer comme une « amie ». L'adolescence est également une période de regain de la pulsion sexuelle. Toute relation avec le sexe opposé peut s'en trouver érotisée.

Il m'est alors apparu essentiel de poser le cadre au sein de l'atelier. C. BALLOUARD parle du cadre thérapeutique en psychomotricité en ces termes « un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaitre ».

Selon X. POMMEREAU, **le cadre est le support du dispositif de soin mis en place**. Les éléments qui le composent doivent être robustes mais souples, puisqu'ils doivent « absorber des contraintes mais éviter la rupture ».

Le psychomotricien se doit d'être disponible psychiquement pour maintenir le cadre en place. **Il joue un rôle de pare-excitation** en venant « contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé » comme l'explique C. POTEL (31). Le professionnel filtre les informations provenant de l'environnement pour le jeune. J'ai ainsi pu remarquer que des débordements d'excitation pouvaient rapidement se produire, dans un contexte où le corps est mis en avant.

Cela m'amène à parler du **rôle de contenance du psychomotricien**. Le professionnel soutient psychiquement le patient, joue le rôle de support pour sa pensée. Selon F. DECOOPMAN, « plus que de tenir, il s'agit de retenir, dans le sens d'empêcher de tomber » (11). Pour cela, le psychomotricien doit s'ajuster au patient, accueillir ce qu'il lui exprimera tout en restant solide et constant.

Le psychomotricien possède également une **fonction de miroir**. Il renvoie quelque chose au patient, qui permet à ce dernier d'avoir un retour positif sur lui-même, et ainsi se réapproprier sa propre identité comme le dit D. WINNICOTT.

R. de LUBERSAC avait écrit « Le regard est plus continu que les sensations tactiles ou olfactives, il va donc être plus gratifiant dans les échanges, c'est donner à ce qui est autre une existence, mais c'est aussi donner sa propre existence, cette façon de marquer sa présence » (32).

Au sein de l'atelier Sens, j'ai pu me rendre compte de l'importance du regard – mon regard sur les adolescents, mais aussi le regard des jeunes entre eux.

Ainsi, dans les premiers temps de l'atelier, les trois adolescents ne me connaissaient pas. Ils se sont alors beaucoup appuyés les uns sur les autres, cherchant des yeux le soutien de leur camarade.

Au fil des séances, une alliance thérapeutique s'est construite entre nous. Selon D. GRABOT, elle s'établit progressivement et représente la collaboration entre le patient et le soignant (18). C'est la « capacité affective » du patient à fournir un travail thérapeutique. Cela se fonde sur l'établissement d'**une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient, ainsi que sur un engagement mutuel**.

Les adolescents, en recherche d'étayage, s'appuient alors sur mon regard, qui les « porte ». Par ma manière de les regarder, je leur accorde de l'importance et je les valorise. Cela joue un rôle de soutien et de réassurance, à mettre en lien avec le rôle de contenance du psychomotricien.

IV.B.4.b. Le contenu des séances

Au sein de mon stage en IMPro, j'ai été amenée à mettre en place un atelier thérapeutique. L'atelier Sens accueille ainsi trois adolescents présentant une déficience intellectuelle et une organisation corporelle immature. Il a lieu une fois par semaine, du mois de février au mois de juin. Le projet de l'atelier est annexé en fin de mémoire.

L'atelier s'appuie sur différents concepts qui considèrent que le Moi corporel s'étaye sur les fonctions tonique et sensorielle du corps. Le but de l'atelier est de permettre aux adolescents de se percevoir et de se représenter comme ayant un corps solide, unifié et séparé de l'autre.

L'atelier est essentiellement basé sur des expérimentations sensori-motrices. C'est un espace où les adolescents peuvent vivre et éprouver leur corps de manière active. Dans un premier temps, je propose aux jeunes de se déplacer de différentes manières : le dos bien droit et la tête penchée, le dos droit et les jambes pliées, le dos courbé et les jambes tendues etc. Cela travaille les **capacités de segmentation des adolescents et nécessite donc de développer une attention perceptive au corps propre**.

Les adolescents éprouvent également les différentes qualités toniques que ces démarches les poussent à adopter. En effet, marcher en ayant les jambes pliées demande une tension musculaire plus importante que de marcher normalement par exemple.

Louise est une jeune fille très dynamique. En récréation, elle court dans toutes les directions, s'amusant d'échapper à ses camarades avec de grands éclats de rire. En atelier, marcher « en conscience », en développant une attention à ses perceptions se révèle compliqué. Ainsi, elle se plaint souvent que c'est difficile.
- C'est dur, ça fait mal aux jambes !

Etre attentif à son corps et à ses sensations n'est pas habituel pour ces jeunes qui sont perpétuellement dans l'agir. Comme je l'ai dit précédemment, les difficultés de régulation tonique peuvent également entraver la mobilisation volontaire du tonus pour une action efficace.

Au sein de l'atelier, j'invite les adolescents à modifier consciemment leur tonus. Je leur propose ainsi d'être légers comme des plumes ou durs comme des rochers. Cet exercice, bien que très imagé, se révèle compliqué.

Tristan possède une démarche lourde, très ancrée dans le sol. Lorsque je lui demande de se faire léger comme un oiseau, l'intention est présente mais la qualité tonique reste la même.

Les sensations toniques permettent d'éprouver un **sentiment de solidité à l'intérieur de soi**. La tonicité « tient » le corps de manière globale et unifiée. L'hypertonie est ainsi fréquente dans la déficience intellectuelle ; permettant de combler le manque d'élaboration psychique, qui, comme je l'ai expliqué précédemment, favorise la perception de soi comme être « entier ».

La régulation tonique peut également être initiée passivement, notamment par la relaxation. Les différentes stimulations tissulaires, musculaires et osseuses entraînent **l'éprouvé d'une consistance, d'une densité rassurante, qui autorise le relâchement tonique**.

Durant les séances de relaxation, je propose également des enveloppements et des bercements. Ces expériences viennent compléter le vécu de contenance dont j'ai parlé précédemment.

Tristan demande plusieurs fois au cours de l'atelier : « quand est-ce qu'on fait la relaxation ? ». C'est en effet un moment qu'il apprécie particulièrement. Quand c'est l'heure, il va de lui-même chercher le tissu dans lequel je l'enveloppe. Il disparaît alors entièrement sous le drap. Le jeune homme tient en effet à cacher sa tête derrière le tissu. Je fais l'hypothèse que cette expérience vient signifier de manière concrète un sentiment d'enveloppe corporelle à Tristan. Associé aux stimulations sensorielles proposées, le drap actualise la limite dedans/dehors, unifiant toutes les sensations éprouvées. Tristan vit son corps de manière « uniforme » ; le phénomène d'enveloppement lui permettant de lutter contre un vécu morcelé.

La relaxation amène à un retour aux sensations. B. LESAGE explique qu'en clinique psychocorporelle, le psychomotricien est amené à « donner à sentir » (22). Il a un rôle de contenance au même titre que le *holding* maternel dont parle D. WINNICOTT.

Cependant, le toucher peut parfois prêter à confusion. En effet, il peut être perçu comme intrusif – comme atteignant la personne dans son intimité – ou encore comme érogène. **A la période de l'adolescence, il n'est pas rare que tout contact soit érotisé**. Le psychomotricien doit alors veiller à accompagner ce toucher, notamment par des mots. Il peut également utiliser des médiateurs afin d'introduire une certaine distance entre le patient et lui-même.

La proprioception n'est pas seulement sollicitée par l'éprouvé de stimulations extérieures sur le corps, mais elle est également mise en jeu dans la posture et le geste.

Il existe des expériences sensori-motrices qui sont tournées vers l'intérieur. Celles-ci vont procurer des sensations internes qui vont étayer la construction du Moi corporel en venant notamment signifier les limites du corps, l'axe vertébral, le poids du corps. **Elles renseignent l'individu sur sa consistance et sur l'existence d'un dedans**.

On peut les distinguer des stimulations sensori-motrices qui sont tournées vers l'extérieur, dans une dynamique d'exploration et de communication. Celles-ci nécessitent un ajustement à l'autre et à l'environnement. **Ces stimulations vont permettre la création d'un dehors, par opposition à l'espace intérieur du corps**.

Elles sont mises en jeu dans les diverses propositions de déplacement faites aux adolescents, ainsi que dans les activités d'équilibration, de posture.

Dans les exercices demandant une implication corporelle « active » - comme les différentes démarches par exemple, Tristan n'est pas à son aise. Il verbalise sa difficulté puis finit par s'allonger au sol.
Je fais l'hypothèse que par le contact du sol au niveau de son dos, il est en recherche d'un soutien et d'un appui externe, ne trouvant pas en lui-même les ressources nécessaires pour le « tenir ».
Cette observation est à mettre en lien avec l'espace du torse de A. BULLINGER, qui permet la création d'un axe corporel par la coordination entre les espaces droite et gauche du corps. Les expérimentations permettent de comprendre le fonctionnement du corps, s'organisant autour d'une certaine symétrie, et ainsi d'éprouver une sensation de maîtrise du corps. Cette dernière donne lieu à un sentiment de sécurité interne.
Un travail autour de l'axe du corps permettrait à Tristan de se construire un « tuteur interne » lui assurant une certaine solidité face à l'environnement extérieur.

L'axe corporel se construit de façon dynamique, notamment dans l'expérimentation de coordinations. Il est signifié concrètement par la colonne vertébrale, qui est l'axe de symétrie du corps.

Selon B. LESAGE, la coordination peut être considérée comme un organisateur psychique (22). Les mouvements du corps provoquent des sensations qui seront interprétées au niveau psychique. L'individu apprend progressivement les lois structurales et fonctionnelles qui le régissent, et il va ainsi pouvoir se représenter son corps d'une certaine manière. Par un phénomène de « boucle », cela permettra le développement de coordinations plus ajustées.

J. PIAGET explique que les schèmes sensori-moteurs font figure de proto-représentations. La mémorisation de ces coordinations, associées aux effets qu'elles provoquent, permettra ensuite de les faire évoluer en représentations. Ces dernières donneront lieu à des conduites exécutées présentant un but. **Elles permettent ainsi à l'individu de se percevoir comme un tout articulé et mobile** (22).

Les différentes activités proposées au sein de l'atelier Sens vont contribuer à permettre l'intégration d'un corps en volume, solide et « consistant », séparé du monde extérieur.

Louise présente d'importantes difficultés de représentation, ainsi que de repérage spatio-temporel. Les yeux fermés, elle ne peut pas se rappeler qui est placé derrière elle, devant elle ou à côté, de même qu'elle n'est pas capable de localiser la provenance d'un son. Ce manque de repérage s'observe également dans la vie quotidienne. En effet, faisant partie de l'Atelier Couture à l'IMPro, elle me demanda un jour : « mais du coup, tu es dans l'Atelier Couture toi aussi ? Comme je te vois les vendredis ».
Comme vu précédemment, le repérage spatio-temporel s'appuie sur l'intégration de l'espace du corps. Louise n'est que peu repérée au niveau corporel, ce qui ne lui offre pas la possibilité d'acquérir des repères extérieurs.
L'objectif est d'amener Louise à construire une représentation fiable de son corps afin de pouvoir investir pleinement le monde extérieur.

Le psychomotricien propose un espace où l'individu vit des expériences variées. Il accompagne le sujet et met du sens sur les sensations que l'agir confère à ce dernier. De par cet étayage, les éprouvés vont parvenir à la conscience et s'intégrer sous forme de perceptions. Un environnement bienveillant va favoriser l'envie de les « garder en mémoire » et ainsi d'accéder à une représentation des vécus.

IV.C. Rencontre avec Emilie

IV.C.1. Présentation générale

Emilie est une jeune fille âgée de 14 ans. Elle présente une déficience moyenne harmonieuse, ainsi qu'un important retard de langage.

Plutôt longiligne, elle présente une posture particulière qui surprend au premier abord. Elle a le buste penché en avant et les hanches en rotation externe, ce qui lui dévie l'ensemble des deux jambes vers l'extérieur. Elle a donc les pieds très en dehors. Cela lui confère **une démarche qui semble désarticulée et peu stable**.

D'origine franco-turque, elle réside avec ses parents et ses deux frères âgés de 24 et 18 ans. Son père est actuellement en arrêt maladie suite à une chute. Sa maman travaille à temps partiel. Elle entretient un lien très fort avec eux, en particulier avec sa mère. Elle est également très attachée à sa grand-mère maternelle, qui vit en Turquie.

IV.C.1.a. Son histoire de vie

La grossesse s'est déroulée sans anomalie. A l'âge de 2 mois et demi, Emilie a déclaré une infection urinaire qui s'est propagée. Suite à cela, elle a contracté une infection des oreilles pour laquelle elle a été opérée. Après l'intervention, **Emilie a connu un épisode d'asphyxie**. Cette période a été source d'une grande inquiétude pour les parents. En parallèle, **les médecins ont décelé une anomalie génétique** chez Emilie ; depuis, elle est suivie par un généticien.

Le dossier ne contient pas plus d'éléments, et il est très vague à propos des éventuelles corrélations entre ces événements et les difficultés actuelles d'Emilie.

Au niveau de son développement psychomoteur, selon la maman, Emilie aurait été propre à 14 mois. Elle aurait marché à 2 ans et demi, sur la pointe des pieds, et elle aurait commencé à parler de manière compréhensible à 4 ans.

Emilie a passé sa scolarité en école maternelle avec la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). Elle a ensuite été orientée en 2010 en Institut Médico-Psychologique (IMP) avec un temps en Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS).

Elle a ainsi pu bénéficier d'une prise en charge individuelle en psychomotricité. **Le travail était axé spécifiquement sur le tonus et les coordinations, sur la perception et la conscience de son axe corporel**. Elle était également suivie en orthophonie et ce pendant 4 ans, avant que la prise en charge ne s'arrête en 2015 suite au départ à la retraite de l'orthophoniste de l'établissement.

Emilie est à présent en IMPro depuis septembre 2016, au sein du groupe Maturation. Elle participe à différents ateliers et est présente en classe deux demi-journées par semaine au sein de l'établissement. **D'un point de vue scolaire, elle a un niveau global qui correspond environ à un niveau de petite section/moyenne section**. Les apprentissages sont extrêmement compliqués.

La jeune fille a repris une prise en charge orthophonique avec une professionnelle en libéral. Elle la voit tous les mercredis matins depuis novembre 2016.

IV.C.1.b. Le point de vue de la famille

Au domicile, Emilie est relativement autonome pour sa toilette. Elle se douche seule et presque systématiquement, même s'il peut y avoir des oublis. Elle gère sa vêture, qu'elle choisit de façon adaptée.

Elle aime aider sa mère en cuisine. Elle est participative concernant les tâches ménagères (débarrasser la table, ranger ses affaires). Elle sait utiliser le téléphone et peut rester seule à la maison sur des temps courts.

En dehors de l'établissement, elle n'a pas trop de relations sociales avec d'autres jeunes. Pour se rendre à l'IMPro, Emilie prend le bus de ramassage scolaire. Sa maman l'accompagne à l'arrêt de bus, malgré son envie d'y aller seule.

IV.C.1.c. Le point de vue des éducateurs spécialisés

Depuis son arrivée, Emilie s'est bien intégrée au fonctionnement de l'établissement. **C'est une jeune fille souriante, calme mais très inhibée au premier abord**. Une fois mise en confiance, elle est de nature joyeuse et s'enthousiasme facilement. Il est fréquent d'entendre des éclats de rire.

Emilie entretient des liens privilégiés avec certains jeunes de l'établissement, surtout ceux appartenant à son groupe de référence. Avec les adultes, Emilie a besoin de temps pour être rassurée. Elle est vite impressionnée par les attitudes fermes, surtout si elles proviennent d'un homme. Ainsi, il lui est arrivé de pleurer lorsqu'un éducateur a élevé la voix. **Emilie a besoin d'être mise en confiance avant d'être à l'aise dans la relation**. Elle nécessite un réel étayage de la part de l'adulte afin de se sentir à l'aise pour s'exprimer et donner son avis.

La jeune fille s'exprime plutôt spontanément lorsqu'elle est dans un cadre sécurisant. Ses sujets de conversations tournent invariablement autour des membres sa famille, ce qu'elle fait avec eux, ce qu'ils disent. Elle possède un important trouble du langage, qui la rend parfois difficile à comprendre. Elle consent à répéter sans montrer d'agacement. La jeune fille a accès à l'humour ; elle peut en faire usage sur un registre enfantin.

IV.C.2. Les temps de bilan

IV.C.2.a. Entretien psychologique

Suite à son arrivée en IMPro, Emilie a pu s'entretenir à deux reprises avec la psychologue de l'établissement. La première rencontre a eu lieu en présence de sa mère. La jeune fille n'a pas détaché le regard de sa maman, à laquelle elle était collée physiquement. Elle ne s'adressait qu'à elle. Emilie refuse par ailleurs de rester avec la psychologue sans la présence de sa mère. **La jeune fille fait preuve d'une très grande immaturité psycho-affective**. Cependant, dans ses propos, elle est en demande d'autonomie. Elle veut grandir, elle veut faire seule.

Lors du deuxième entretien, Emilie est inhibée dans la relation, elle répond « je sais pas » à toutes les questions. Durant le test de l'arbre, elle ne peut en dessiner un seul ; elle en produit quatre. La psychologue évoque une difficulté à être seule. Elle parle également d'un **manque de structuration psychique**. La jeune fille a en effet besoin de l'autre pour mettre du sens sur ce qu'elle fait, ce qu'elle dit. Pour dessiner les yeux fermés, Emilie perd la structure de l'arbre. La question de la permanence de l'objet et de la représentation mentale se pose.

Durant le test projectif de Rorschach, il est difficile de comprendre où se terminent et où commencent ses représentations. La limite intérieur/extérieur est floue. Pour la psychologue, **il n'y a pas de consistance ou de solidité psychique**. Elle note également des difficultés de séparation/individuation.

En conclusion, **Emilie présente des enveloppes psychiques fragiles ainsi qu'une structuration interne archaïque**. Il est nécessaire de travailler son sentiment d'exister avec des limites claires et rassurantes pour lui donner plus de consistance interne. Elle a besoin d'être rassemblée, solidifiée, contenue.

IV.C.2.b. Bilan psychomoteur

Suite à son admission en IMPro, Emilie a également pu rencontrer la psychomotricienne de l'établissement à deux reprises en septembre 2016.

Sur le plan du schéma corporel, Emilie s'est organisée autour de sa posture et démarche atypiques. Elle présente un tonus de fond hypertonique. Sa motricité est entravée par des paratonies qui rendent son geste beaucoup moins fluide. Le niveau de somatognosie est faible pour son âge. Lors de l'épreuve de reproduction de gestes sans signification de Berges-Lézine, Emilie manque de précision dans ses mouvements ; **la configuration et l'orientation des gestes sont approximatives par manque de conscience corporelle**. Les gestes complexes sont échoués car elle ne parvient pas à repérer les doigts engagés.

Concernant le geste graphique, la préhension du stylo est peu adaptée. Le tracé d'un trait oblique n'est pas réussi, tout comme le carré et le triangle qui deviennent arrondis. Pour le graphisme demandant de la précision, Emilie appuie très fort sur le crayon, le mouvement part de l'épaule (il n'y a pas de mouvements du poignet ou des doigts). Il en résulte un tracé en zigzag, dû au **manque d'ajustement tonique.**

Au niveau de l'orientation spatiale, Emilie n'est pas bien repérée. Elle connaît toutefois les repères topologiques de base, mais elle est en difficultés pour les utiliser. La passation de la figure de Rey B est compliquée. Lors de l'épreuve en copie, Emilie dispose les éléments sans lien entre eux : il n'y a pas de rapport d'intrication. L'épreuve de reproduction de mémoire est impossible : la jeune fille ne voit pas du tout de quoi on parle.

Au niveau de l'orientation temporelle, Emilie semble être bien repérée dans les jours et les moments de la journée. Elle connait quelques mois et saisons. Elle peut remettre dans l'ordre des images séquentielles et produire un récit cohérent. Les épreuves de rythme de Stambak sont échouées. Emilie ne parvient pas à reproduire une structure rythmique en raison de **difficultés du contrôle moteur et d'un trouble du tonus**. L'action volontaire est donc compliquée.

Concernant les coordinations manuelles, Emilie se retrouve en difficultés du fait de son hypertonie, mais elle montre malgré tout une prise de plaisir dans l'action motrice. Les items demandant de la dextérité manuelle sont en grande partie échoués, du fait d'un **problème de compréhension des consignes**, et du manque de contrôle moteur.

Au niveau des coordinations dynamiques générales, Emilie est entravée physiquement par sa posture particulière. Elle est en difficultés pour la marche talon pointe et les sauts à pieds joints. A cloche pied, Emilie ne sait pas comment mettre son corps en mouvement pour réaliser le geste : elle ne parvient pas à organiser sa motricité pour sauter.

L'équilibre statique est précaire ; Emilie peut difficilement réduire son polygone de sustentation sans perdre l'équilibre. Elle ne réalise pas de mouvements compensatoires et ne réajuste pas sa position pour maintenir son équilibre.

En conclusion, Emilie présente un gros retard psychomoteur homogène. **Sa motricité est entravée par un ajustement tonique défaillant**. Une prise en charge psychomotrice est indiquée, afin de l'aider à maîtriser son corps et son geste.

IV.C.3. Projet d'accompagnement au sein de l'établissement

La réunion de projet d'Emilie a eu lieu en janvier 2017. Au cours de celle-ci, l'équipe a décidé de laisser la jeune fille dans le même groupe éducatif de référence.

IV.C.3.a. Projet éducatif

Emilie est maintenue dans le groupe maturation, qui propose des ateliers de type créatif. Les jeunes de ce groupe ne sont pas dans une dynamique de production, mais plutôt dans le **plaisir de créer et d'explorer**.

L'objectif est qu'Emilie prenne le temps de découvrir le fonctionnement de l'établissement ainsi que ses exigences au sein d'un cadre contenant.

La jeune fille a des difficultés dans les apprentissages et a besoin d'un certain temps avant d'être en confiance. **Les éducateurs vont donc être dans une démarche d'encouragement, de réassurance**. Le projet éducatif est de laisser Emilie expérimenter et être dans le faire, d'encourager ses prises d'initiatives, de l'inciter à s'exprimer davantage et enfin, d'améliorer sa compréhension des consignes.

IV.C.3.b. Projet scolaire

Le temps de classe d'Emilie a été augmenté. Elle sera donc présente sur 2 demi-journées, dans un groupe adapté à son niveau.

IV.C.3.c. Projet de soin en psychomotricité

Aux vues des observations précédentes, nous avons pu dégager les principaux besoins psychomoteurs d'Emilie. Ainsi, **il paraît essentiel de l'accompagner dans sa construction psychocorporelle et dans la constitution d'un corps unifié et différencié de l'autre.** Il est nécessaire qu'elle fasse l'expérience d'un corps qui tient.

Nous avons choisi de partir des observations faites en bilans et de commencer là où en est Emilie dans sa construction psychocorporelle ; c'est-à-dire à la base, et ce, dans la continuité du travail engagé au sein de son ancien établissement. Du fait de sa déficience intellectuelle, certaines étapes de cette construction ne se sont pas déroulées comme attendu et nous repartons donc du commencement.

La prise en charge psychomotrice s'organise ainsi autour de plusieurs objectifs. Elle doit permettre de **favoriser les éprouvés corporels tels que la sensation de continuité de l'enveloppe et des limites corporelles**, l'éprouvé d'une contenance – pour percevoir l'existence d'un dedans et d'un dehors, l'éprouvé de la permanence du corps. Elle doit également permettre de **travailler la notion d'ancrage ainsi que la régulation tonique**.

Le fait de construire un intérieur corporel fiable et solide permettra à Emilie de soutenir son développement psychique, et donc de pouvoir entrer, à son niveau, dans les apprentissages. Au regard des précédents éléments, une indication pour l'atelier psychomoteur « Sens » a été pensée pour la jeune fille.

IV.C.4. Evolution d'Emilie dans l'atelier Sens

Durant les deux ou trois premières fois où Emilie vient à l'atelier Sens, l'heure se découpe en deux temps. En début de séance, Emilie ne parle pas et reste dans une **accroche visuelle à Louise**, l'une des participantes de l'atelier. Elle la suit dans ses déplacements. Lorsque je la sollicite, elle ne peut répondre uniquement par « je sais pas ». Elle sourit, écoute et participe sur demande mais elle ne peut rien en dire.

Puis, au cours de la séance, Emilie devient progressivement capable de s'exprimer pour dire ce qu'on a fait par exemple ou pour répondre à une question. On peut supposer que **le groupe vient former une enveloppe commune**, qui pourrait conférer un sentiment de sécurité interne à la jeune fille. Emilie semble se sentir progressivement en confiance dans cet espace avec un cadre permanent, comprenant des rituels et des repères spatio-temporaux fixes. De plus, la relation avec moi s'installe : au bout de quelques séances, Emilie n'aura plus besoin de ce temps de latence avant d'être en confiance et sécure au sein de l'atelier.

IV.C.4.a. Le corps en mouvement

Emilie est en difficulté pour toutes les propositions nécessitant un quelconque contrôle moteur, la programmation motrice faisant probablement défaut. **Elle est fortement entravée par son hypertonie, ainsi que par des paratonies**. Ses mouvements sont saccadés et rythmés de secousses involontaires. Malgré cela, Emilie montre un plaisir dans l'activité motrice et une envie de se mouvoir.

Elle fait également preuve de bonnes capacités d'adaptation. En effet, elle est consciente de ses limites et trouve des moyens pour les contourner. Par exemple lorsque je demande aux adolescents de se mettre en position accroupie, elle se retrouve dans l'incapacité d'effectuer le mouvement demandé et elle adapte donc la consigne à ses possibilités, en l'occurrence en prenant la position du chevalier servant.

Lors d'un exercice de modulation tonique, je propose aux adolescents d'être mous comme des chewing-gums ou durs comme des rochers. Cet exercice s'avère difficile car il fait appel à la représentation mentale et il demande une modification volontaire de sa qualité de présence. Emilie procède par imitation : elle tente de se calquer sur mes mouvements avec de grands éclats de rire, montrant une nouvelle fois son plaisir à être en mouvement.

La régulation tonique est compliquée, la jeune fille reste sur un versant hypertonique. Cela pose notamment souci dans le maintien d'un équilibre statique : Emilie ne parvient pas à conserver son équilibre.

Selon Suzanne Robert-Ouvray, l'hypertonie forme une carapace tonique, qui va venir renseigner l'individu sur la consistance et la permanence de son corps (34). Elle peut venir d'un **manque fondamental de perception de soi et de ses limites**. Il peut donc être difficile pour l'individu de « se relâcher », alors que cette tension permanente est ce qui vient mettre du bord entre lui et le monde extérieur.

Nous pouvons faire le lien entre ceci et la posture et démarche déséquilibrées d'Emilie, qui paraissent manquer de stabilité. Ces dernières renvoient également à la notion d'appuis peu fiables. La jeune fille ne semble pas avoir accès à une certaine sécurité interne. Désarticulée, elle manque d'unité corporelle dans sa gestuelle. Or dans le cas d'une hypertonie, la perception de soi est fragile.

Au sein de l'atelier Sens, je propose à Emilie un espace où elle peut ressentir son corps en mouvement. J'incite à une attention au corps propre ainsi qu'à son fonctionnement. Pour B. LESAGE, s'éprouver comme un tout articulé nécessite de savoir distinguer les différentes parties de son corps ainsi que de pouvoir préciser les lieux où elles se relient, pour les intégrer dans un ordre global (22).

Les exercices d'enroulement permettent notamment de percevoir les liens entre les différents segments corporels, l'enchaînement des articulations sollicités qui autorise une certaine fluidité dans le mouvement.

Ces exercices participent également au ressenti d'un axe du corps autour duquel s'organise la motricité du sujet. La répétition de ce type de mouvement peut ainsi permettre l'intégration des liens physiologiques entre les différents segments corporels, et **l'éprouvé d'une certaine unité du corps**. B. LESAGE affirme que « s'éprouver comme un tout cohérent, articulé, contenu par une peau, unifié dans des coordinations, appuyé sur des os solides, peut être un moyen pour ancrer le psychisme dans la réalité du corps » (22).

IV.C.4.b. Enveloppe corporelle

A la fin de la séance, je propose 15 minutes de relaxation. Les adolescents sont allongés sur des tapis, je les enveloppe dans de grands tissus et leur propose diverses stimulations sensorielles par exemple à l'aide de balles ou de balancements.

Selon Anne-Marie LATOUR, le sentiment d'enveloppe corporelle se construit petit à petit. L'individu va progressivement avoir le sentiment d'un Moi unifié, différencié de l'autre et organisé avec un devant, un derrière, un haut et un bas. C'est-à-dire que le schéma corporel va se structurer. Cela rejoint la théorie de BULLINGER pour qui l'enveloppe corporelle se stabilise tout d'abord par des états toniques, puis l'axe corporel se structure par la maîtrise des différents espaces du corps (33). Ces auteurs insistent sur **l'origine corporelle de la notion d'enveloppe**. C'est notamment la peau qui va signifier concrètement la limite entre le dedans et le dehors.

Les informations sensorielles et tonico-motrices sont à la base du sentiment d'un corps contenant et qui « tient ». Dans les premiers mois de vie, le bébé va garder des images mentales, des traces mnésiques du corps à corps avec la Mère durant lequel il perçoit son unité corporelle. Progressivement, il pourra les transformer en matériaux psychiques plus constants afin d'éprouver un sentiment de permanence du corps. Cela sous-entend une possibilité de mentaliser, et peut donc être perturbé dans le cas d'une déficience intellectuelle.

Emilie apprécie d'être allongée et enveloppée dans un drap. Lorsque je m'approche d'elle, elle se crispe à mon contact et a des réflexes d'oscillations palpébrales. Son tonus reste très élevé, et elle peut parfois se mettre dans des positions qui semblent extrêmement inconfortables où elle affirme cependant être à l'aise. Cela pourrait être dû à un besoin de sentir son corps du côté de sensations plus maîtrisées, induites par elle-même plutôt que par l'autre.

Selon Anne-Marie LATOUR, une hypertonie peut s'expliquer par une volonté de vouloir réduire les informations sensorielles provenant du monde physique. Le raidissement donne une sensation de dureté, qui est familière et qui vient limiter les sensations venant de l'environnement extérieur.

Durant la relaxation, je propose notamment des stimulations sensorielles au niveau de la peau, puis plus appuyées pour permettre à Emilie de sentir ses muscles, et encore des vibrations pour sentir la charpente osseuse du corps. Ces différents niveaux de stimulations vont contribuer à la prise de conscience d'une solidité intérieure et d'un volume corporel, et donc à la construction du schéma corporel.

A la fin de la relaxation, Emilie dit avoir apprécié. Elle est capable de me dire avec quels médiateurs je l'ai touchée, mais pas d'exprimer ce qu'elle a ressenti. Au fil des séances, la jeune fille semble s'habituer au toucher des différents médiateurs et j'observe moins les postures atypiques ainsi que les difficultés à garder les yeux fermés.

IV.C.4.c. Individuation – différenciation

Emilie est dans une forme de collage important à sa mère. Elle parle souvent de sa famille, et a un lien très fort avec elle. Elle ne peut pas créer quelque chose d'elle-même. Par exemple, lorsque je lui propose d'inventer une structure rythmique en tapant des mains, elle me regarde, les mains levées mais elle ne peut pas faire l'exercice. Je lui explique qu'elle n'est pas obligée de faire une structure compliquée et lui propose de taper une ou deux fois des mains. Elle pourra alors taper une fois des mains.

Emilie a des difficultés pour exprimer ses ressentis. Ce n'est pas très élaboré ; elle peut par exemple dire être contente de venir en atelier, ou avoir apprécié la relaxation.

Cependant, Emilie est dans une dynamique de différenciation. Elle commence à s'affirmer et elle parvient à exprimer sa pensée à l'aide d'un support. Par exemple, durant les séances, Emilie est très investie par un autre jeune, Tristan. Il dit son prénom, la suit, il la touche physiquement et lui sent les cheveux. Si Emilie est ennuyée par ces comportements, elle n'en montre rien dans un premier temps et continue de sourire. C'est moi qui intervient pour signifier à Tristan que ce n'est pas convenable, et j'explique à Emilie qu'elle peut lui dire si elle n'aime pas.

Au bout de plusieurs séances, Emilie pourra ordonner vivement au jeune homme : « Je ne veux pas que tu me touches ». Pour Anne-Marie LATOUR, le « je » est vraiment une affirmation de soi. **Cela nécessite que le sentiment de Moi soit installé dans un Moi corps.**

Lors d'un exercice, je demande aux trois adolescents de se déplacer dans la salle, et sur un signal sonore, chacun doit réaliser la consigne correspondante (s'asseoir, sauter etc.). Pour trois signaux sonores, les jeunes doivent réaliser la même action, et pour le dernier signal, ils ont chacun une consigne différente à exécuter.

Pour les consignes identiques, Emilie est parfois la seule à réaliser la bonne action et elle persévère dans son idée, allant même jusqu'à affirmer aux autres qu'elle a raison. Concernant la consigne différente pour chacun des jeunes, Emilie parvient à l'exécuter.

Cela montre que la jeune fille n'a pas besoin de s'appuyer sur les autres pour effectuer une action. **Elle parvient à mobiliser sa mémoire et son attention, pour réaliser un geste moteur**. Cependant, lorsque je lui demande de créer une consigne par elle-même, elle en est incapable. Sans support pour venir étayer sa pensée, elle peut difficilement trouver des ressources internes pour s'adapter à l'environnement extérieur.

Lors d'un exercice de « téléphone sensoriel », je demande aux adolescents de fermer les yeux. A l'aide d'une balle, je touche une partie du corps d'Emilie, qui doit toucher la même partie du corps chez Louise, qui doit faire de même pour Tristan. Ce dernier doit alors dire à l'oral où la balle l'a touché.

Cet exercice fait tout d'abord appel à des sensations tactiles puis proprioceptives. Les jeunes ressentent la stimulation, puis ils doivent identifier l'endroit où elle a eu lieu. **Cela nécessite donc de localiser la sensation et la mettre en lien avec les différents segments du corps dans l'espace**.

Fermer les yeux suppose également d'avoir accès à la permanence de l'objet, et donc à une forme d'individuation, de séparation. Emilie parvient à sentir la zone que la balle a touchée.

Je demande également aux jeunes adolescents de plonger leurs mains dans un bac contenant divers objets. Les yeux fermés, ils doivent sentir et se représenter l'objet choisi. **Emilie parvient à construire une image mentale de l'objet qu'elle a touché, et peut le désigner une fois les yeux ouverts**. Cela montre une certaine capacité de représentation mentale.

En dehors des séances, Emilie recherche mon attention et dès que je lui accorde, elle part en riant. Cette situation m'évoque **l'expérimentation du dedans/dehors**. Au sein de l'atelier, c'est moi qui « dirige » les interactions en faisant des propositions d'activités. A l'extérieur, la relation est différente. Emilie peut décider si elle me veut me parler ou non. Cela m'évoque aussi le rapport à la limite et l'individuation. Bien qu'elle soit immature, la jeune fille est en demande d'individuation et quelque part, elle s'affirme en décidant de me parler ou non.

IV.C.5. Conclusion

IV.C.5.a. Bilan de la prise en charge psychomotrice

Durant la prise en charge, j'ai été étonnée de découvrir une jeune fille pleine de ressources. Les observations faites durant les différents bilans ne se retrouvaient pas au sein de l'atelier. Nous pouvons faire l'hypothèse que **lorsqu'Emilie est dans un cadre sécurisant, où elle se sent en confiance, elle est en capacité de montrer de réelles compétences**. De plus, la situation de groupe est beaucoup plus contenante qu'une situation de bilan, où l'on est en face à face. En l'espace de deux mois, elle s'est peu à peu affirmée dans le groupe et a pris sa place.

Emilie présente toujours d'importantes difficultés motrices, qui pourraient être liées à un trouble neurologique suite à son épisode d'asphyxie. Elle parvient de mieux en mieux à se relâcher durant la relaxation, bien que des paratonies apparaissent régulièrement. La jeune fille apprécie les échanges au sein du groupe. Ils passent principalement par des regards, des sourires et des rires.

L'atelier permet à Emilie d'expérimenter des situations nouvelles, notamment autour de la régulation tonique et des sens. L'objectif est de lui permettre de développer sa perception de soi. La conscience d'un corps solide et fiable lui permettrait de montrer pleinement ses capacités. Il est pour l'instant compliqué de l'amener à exprimer ses ressentis, ses envies etc.

IV.C.5.b. Perspectives futures

L'atelier Sens prendra fin dans le courant du mois de juin, suite à la fin de mon stage en IMPro. **Il me paraît essentiel qu'Emilie continue à bénéficier d'une prise en charge psychomotrice** pour, entre autres, consolider sa conscience corporelle. Il est ainsi nécessaire de repenser le soin en psychomotricité, et de l'orienter vers l'atelier Schéma Corporel, où elle pourra expérimenter des situations groupales autour de la perception corporelle.

Il me semble en effet pertinent de continuer une prise en soin groupale pour Emilie. La jeune fille me paraît trop inhibée pour investir pleinement des séances individuelles. Elle a besoin de profiter de l'étayage qu'apportent les autres jeunes du groupe.

La poursuite d'une prise en charge en psychomotricité lui permettra d'améliorer ses capacités d'adaptation, mais aussi de l'aider à **investir son corps et à développer une meilleure conscience d'elle-même**.

CONCLUSION

Tout au long de l'écriture de ce mémoire, je me suis penchée sur la question de l'appropriation du corps ; comment l'individu *fait corps* avec son corps. Il m'est alors apparu que ce phénomène ne peut se faire indépendamment de la relation à l'autre, à l'environnement. Que ce soit durant l'enfance, où le bébé fait connaissance avec son corps ou à l'adolescence, période à laquelle le jeune se redécouvre ; le sujet a besoin d'être entouré et accompagné, afin de se construire en tant que personne à part entière.

Dans la déficience intellectuelle, l'individu nécessitera d'autant plus cet accompagnement pour grandir. Les difficultés qu'il présente vont en effet entraver sa capacité à décoder le monde par lui-même et cela se répercute sur la manière dont il se vit. A ce titre, la psychomotricité peut se révéler être une thérapeutique adaptée. Au fil de ce mémoire, j'ai tenté de montrer le rôle que cette profession pouvait jouer dans l'accompagnement des jeunes déficients mentaux vers un investissement de leur corps.

En soutenant l'élaboration du schéma corporel, qui sert de référence à l'action, le psychomotricien favorise un meilleur rapport entre l'adolescent et son milieu extérieur. Cependant, son action est limitée par les difficultés de mentalisation du jeune.

Par l'étayage qu'il apporte, le professionnel contribue à une intégration positive des vécus ainsi qu'à la création d'une image du corps valorisante. Le corps est l'intermédiaire de la relation à l'autre. Il est ainsi nécessaire qu'il soit investi par l'adolescent. En séance de psychomotricité, les expériences proposées permettent une prise de plaisir corporelle et une valorisation du jeune dans sa capacité à faire. Cela encourage un vécu harmonieux du corps.

Durant l'écriture de ce mémoire, je n'ai pas pu aborder la notion de pathologie mentale. Celle-ci est pourtant bien souvent associée à la déficience intellectuelle. Ces troubles de l'organisation psychique perturbent d'autant plus la construction du corps, et nécessitent une prise en soin psychomotrice adaptée.

Au sein de l'atelier Sens, j'ai été amenée à animer seule un groupe thérapeutique. J'ai ainsi pu proposer divers supports afin de contribuer à la construction corporelle des adolescents.

Emilie, Tristan et Louise ont su investir cet espace avec plaisir. Chaque adolescent a géré son implication et sa motivation à sa manière, et une dynamique de groupe s'est installée au fil des semaines. Chacun a su trouver sa place, et se saisir pleinement des situations vécues. Je leur ai proposé un ensemble de stimulations sensori-motrices, qui leur ont permis de vivre des expériences centrées sur le corps. Je pense ainsi leur avoir donné des repères afin qu'ils développent une meilleure qualité d'attention à eux-mêmes.

L'objectif suivant serait que les adolescents se saisissent pleinement de cet étayage et l'investissent en dehors des séances. Le soin psychomoteur n'est rien sans la participation active du sujet. Le psychomotricien tente de soutenir le patient dans son développement ; toutefois, c'est au sujet de se saisir de cet étayage.

L'atelier Sens m'a permis de réfléchir à l'implication du psychomotricien dans la relation thérapeutique, ainsi qu'à la nécessité de trouver une juste distance avec les patients. Le travail en psychomotricité nécessite en effet un investissement corporel et psychique de la part du professionnel ; cependant, il doit éviter toute confusion au niveau de son statut. C'est un soignant, il ne tient pas le rôle de Mère ou de « copain ».

Ce stage en IMPro m'a permis de me confronter à la réalité du métier, ainsi qu'à la nécessaire adaptation dont doit faire preuve le psychomotricien. Ce dernier accueille chaque patient, avec son histoire et sa façon d'être au monde. Chaque rencontre avec les jeunes de l'établissement m'est apparue comme empreinte d'une couleur différente. Ce sont autant d'expériences qui m'ont permis de construire ma future pratique de psychomotricienne.

Ce stage de troisième année m'a amenée à développer une réflexion sur ma conception de la psychomotricité. J'ai ainsi pu remettre en question et consolider mon identité de future professionnelle. Pour la suite de mon parcours, j'envisage de continuer à enrichir mes connaissances théoriques, tout en laissant place à la rencontre de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

(1) DE AJURIAGUERRA J. – Le schéma corporel :
http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html

(2) AGTHE-DISERENS Catherine et MERCIER Michel, « Adolescence et handicap – rupture et repères », Journée d'étude « Une famille presque entièrement normale » INSIEME, 2001.

(3) ANDRE Pierre, BENAVIDES Thierry et GIROMINI Françoise, « Corps et psychiatrie », Heures de France, 2004

(4) ANZIEU Didier et al., « Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites », Erès, 2008, p67-87.

(5) BACHOLLET Marie-Sophie et MARCELLI Daniel, « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », Enfances & Psy vol. 49, n°4, 2010, p. 14-19.

(6) BIGAUD Estelle, « Rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité : vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2014.

(7) BIRRAUX Annie, *L'adolescent face à son corps*, Albin Michel, 2013.

(8) CASTAREDE Marie-France, « Au commencement était la voix », Erès, 2005, p27-32.

(9) COSLIN Pierre G., « Psychologie de l'adolescent », Armand Colin, 2010.

(10) DARCOURT Laurence, « 100% Dolto », Eyrolles, 2011, p.45.

(11) DECOOPMAN Françoise, « La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute », Gestalt vol.37, n°1, 2010, p. 140-153.

(12) DE LIEVRE Bruno et STAES Lucie, « La psychomotricité au service de l'enfant », De Boek & Belin, 2006.

(13) DEROUAUX Christiane, « Education affective et sexuelle des personnes atteintes de déficience intellectuelle : de la nécessité de recevoir une éducation affective et sexuelle adaptée », Contraste vol.22-23, n°1, 2005, p257-272.

(14) DES PORTES Vincent, « Déficience intellectuelle », Journée DES pédiatrie, 2008.

(15) Expertise collective, « Déficiences intellectuelles », INSERM, 2016.

(16) GEISSMAN Nicolas, « Découvrir W.R. Bion, explorateur de la pensée », Enfances & Psy, Erès, 2001, p99-115.

(17) GOLITIN Caroline, « Déficience mentale et conscience psychocorporelle : atelier pratique de psychomotricité avec la danse comme médiation », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2014.

(18) GRABOT Denis et PERONO Marie, « La fragile naissance de l'alliance thérapeutique », Evolutions psychomotrices vol.18, n°72, 2006, p. 61- 68.

(19) HAAG Geneviève, « Sexualité orale et Moi corporel », Topique n° 87, 2004, p23-45.

(20) JEANNEROD Marc, « De l'image du corps à l'image de soi », Revue de neuropsychologie vol.2, n°3, 2010, p. 185-194.

(21) KAUFFMANN Marion « Troubles de la régulation tonique et premiers liens », Mémoire de psychomotricité, Lyon 2012.

(22) LESAGE Benoit, « Jalons pour une pratique psychocorporelle : structures, étayage, mouvement et relation », Erès, 2012.

(23) MARC Edmond, « Psychologie de l'identité, Soi et le groupe », Dunod, 2005.

(24) MARCHADIER Angéline, « Des ados pas comme les autres, l'accompagnement en psychomotricité d'adolescents déficients mentaux », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2016.

(25) MERCIER Michel et al., « La personne handicapée mentale et son corps », Sexualité, vie affective et déficience mentale, De Boeck supérieur, 1997, p61-71.

(26) PICON Ingrid, « Adolescence et déficience intellectuelle. Approche clinique de jeunes accueillis en Institut médico-professionnel (IMPro) ou en unité pédagogique d'intégration (UPI) », ALTER vol.3, n°4, 2009, p303-319.

(27) PIREYRE Eric, « Clinique du corps », Dunod, 2015.

(28) PIVETEAU Audrey, « Accompagne-moi dans la découverte de mon corps, je te dirais si je peux en prendre soin », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2014.

(29) PONTON Geneviève, « Construction du sentiment de sécurité par la verticalité », Document issu d'une conférence, 2015.

(30) POTEL Catherine, « Corps brûlant, corps adolescent, Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents », Erès, 2006.

(31) POTEL Catherine, « Etre psychomotricien », Erès, 2013.

(32) Thérapie psychomotrice n°83 : « Corps, peau, narcissisme », SNUP, 1989.

(33) RITTER Nathalie et AUBRUN Pascal, « Sensibilisation à l'approche sensori-tonique d'André Bullinger », Formation AFREE, Avril 2014.

(34) ROBERT-OUVRAY Suzanne, « Intégration motrice et développement psychique », Desclée De Brouwer, 2010.

(35) WINNICOTT Donald W., « Jeu et réalité », Folio essais, 1975.

(36) WINNICOTT Donald W., « L'enfant et le monde extérieur », Payot, 2001, p107.

(37) ZRIBI et SARFATY, « Construction de soi et handicap mental, L'enfant et l'adulte dans leur environnement familial, social et institutionnel », ENSP, 2000.

TABLE DES MATIERES

Avant propos……..1

Remerciements……..2

Sommaire……3

Introduction……..4

PARTIE I. La construction corporelle……..6

A. Qu'est-ce que la construction corporelle ?.....6
   1. Le schéma corporel……7
   2. L'image du corps……..8

B. Quelle sont les étapes de la construction corporelle ?.....9
   1. Un Moi corporel en relation avec l'autre et l'environnement……9
      a. Le corps subi……9
      b. Le corps vécu……12
      c. Le corps perçu……17
      d. Le corps représenté……18
   2. Un corps unifié et différencié……19

C. Conclusion……24

PARTIE II. Rencontre avec une population d'adolescents déficients intellectuels……25

A. L'adolescence……..25
   1. La puberté, une histoire d'hormones……25
   2. Les remaniements psychologiques et identitaires……26
      a. L'évolution psychique……27
      b. La crise identitaire……28
   3. Se réapproprier un corps qui change……30
      a. Un corps sexualisé ……..31
      b. Les remaniements du Moi corporel ……..32

B. La déficience intellectuelle……..34
   1. Définition et caractéristiques……..34
   2. Classification……35
   3. Etiologies……36

C. Une ouverture au monde limitée……37
1. Au niveau cognitif……37
2. Au niveau relationnel……38
D. Conclusion……40

PARTIE III. La construction corporelle chez les individus déficients mentaux……41

A. Les perturbations pendant l'enfance……42
1. Au stade du corps subi……42
2. Au stade du corps vécu……44
3. Au stade du corps perçu……46
4. Au stade du corps représenté……49

B. Les difficultés durant l'adolescence……51
1. Au niveau du schéma corporel……51
2. Au niveau de l'image du corps……53
a. Une sexualité gênante……53
b. Identité, entre handicap et normalité, dépendance et autonomie……55
C. Conclusion……58

PARTIE IV. Vers un corps pleinement habité – Exemple de prises en charge psychomotrices en IMPro……59

A. La psychomotricité au sein de l'IMPro……59
1. Qu'est-ce qu'un IMPro ?……59
2. La place et le rôle de la psychomotricité……60

B. Les prises en soin psychomotrices……61
1. Les séances individuelles……62
2. L'atelier Questions d'ados……65
3. L'atelier Schéma corporel……67
4. L'atelier Sens……70
a. Nos corps en relation……70
b. Le contenu des séances……72

C. Rencontre avec Emilie……76
1. Présentation générale……76
a. Son histoire de vie……76
b. Le point de vue des parents……77
c. Le point de vue des éducateurs spécialisés……77
2. Les temps de bilan……78
a. Entretien psychologique……78
b. Bilan psychomoteur……79

3. Projet d'accompagnement au sein de l'établissement……80
   a. Projet éducatif……80
   b. Projet scolaire……81
   c. Projet de soin en psychomotricité……81
4. Evolution d'Emilie au sein de l'atelier Sens……82
   a. Le corps en mouvement……82
   b. Enveloppe corporelle……84
   c. Individuation-différenciation……85
5. Conclusion……87
   a. Bilan de la prise en charge psychomotrice……87
   b. Perspectives futures……88

Conclusion……89

Bibliographie……91

Table des matières……94

Annexe……97

ANNEXE

PROJET D'ATELIER « SENS »

Postulats de base

* Le niveau tonique et le niveau sensoriel sont les deux premiers paliers de l'organisation motrice de l'être humain.

* Le tonus est considéré comme la toile de fond de l'inscription des affects, des émotions. Il participe à l'intégration du Moi corporel : c'est une intégration sensorielle qui combine le tactile, le regard, le sonore, l'olfaction et la proprioception. Le tonus va aboutir à la formation d'un sentiment d'axe corporel qui intègre la sensation d'une attache corporelle autour de l'axe vertical.

* Pour ANZIEU, le moi s'étaye en permanence sur la peau et sur l'ensemble de l'expérience corporelle.

* Selon Ester BICK, il y a une primauté des expériences de la peau dans la construction du psychisme, des enveloppes psychiques et de la personnalité.

* L'identité trouve son origine dans la formation du sentiment d'un intérieur corporel et de la première psyché : conception de l'espace interne (HAAG).

L'atelier psychomoteur « Sens » a été pensé en s'appuyant sur ces différents concepts. Il s'agira de proposer diverses stimulations sensorielles, vestibulaires et proprioceptives, dans le but de participer à l'organisation corporelle.

La **vision** joue un rôle unificateur : elle lie les perceptions des différents sens entre eux. Elle permet également au sujet d'avoir une image unifiée de son corps dans l'espace, ce qui aboutira à l'émergence de représentations.

L'**audition** permet notamment de renseigner l'individu sur sa propre existence (bruits de son corps, sa voix), existence séparée de l'Autre. Elle permet également de créer l'espace postérieur. Selon DOLTO, la temporalité des perceptions auditives et **olfactives** est à l'origine de l'espace corporel. Le **goût**, très lié à l'olfaction, permet des sensations corporelles internes, avec affirmation de soi comme sujet individué (j'aime/je n'aime pas).

Les **sensations tactiles** peuvent être considérées comme « limitantes » voire délimitantes ; elles permettent une prise de conscience des limites corporelles en venant stimuler la surface du corps. Elles font vivre l'expérience d'un contenant, d'une enveloppe fiable, avec une délimitation dedans/dehors.

Le **système vestibulaire** permet de sentir son corps en mouvement. Il intervient dans la stabilisation du corps dans les déplacements, ou en position statique. Il permet ainsi d'éprouver la sensation d'un corps fiable, auquel se tenir.

La **proprioception** est une perception interne de soi, c'est le fait de sentir la position dans laquelle on se trouve. Elle va donc organiser le schéma corporel de l'individu, c'est-à-dire la représentation qu'il a de son corps.

Le but de l'atelier est de pouvoir se percevoir et se représenter comme ayant un corps solide, unifié et séparé de l'autre. Pour cela, j'utiliserais divers supports tels que la relaxation, des techniques d'enveloppement et de balancement, ainsi que des propositions plus dynamiques.

Indications

Cet atelier pourra accueillir trois adolescents présentant une déficience intellectuelle. Il s'adresse en particulier à des jeunes présentant une organisation corporelle immature voire morcelée, des limites dedans/dehors floues.

Objectifs généraux

- Permettre la perception d'une unité corporelle
- Intégrer la relation dedans/dehors
- Expérimenter un sentiment d'appropriation de soi
- Construire un schéma corporel fiable

Objectifs opérationnels

- Percevoir ses limites corporelles
- Ressentir et comprendre diverses stimulations sensorielles, vestibulaires et proprioceptives
- Etre à l'écoute de ses ressentis
- Accompagner le jeune dans l'élaboration de ses sensations en perceptions, pour aller vers des représentations

Moyens

Un atelier d'une heure, tous les vendredis matins, de 10h45 à 11h45, du mois de février à début juin. Il aura lieu dans la salle de psychomotricité, et sera animé par une stagiaire en psychomotricité.

Déroulement

* Un temps d'accueil, avec échanges et rappels sur la séance précédente.
* Un temps qui comprendra diverses propositions autour de l'organisation corporelle et des sens.
* Un temps de relaxation avec enveloppement et stimulations sensorielles.
* Un temps de retour au calme, avec expression des ressentis à l'aide de plusieurs supports (verbalisation, dessin).

Justine BOSSÉ
Stagiaire en psychomotricité