



HAL
open science

L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel

Anaïs Monneau

► To cite this version:

Anaïs Monneau. L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel. Psychologie. 2020. dumas-02900374

HAL Id: dumas-02900374

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900374>

Submitted on 16 Jul 2020

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

VIVRE SON CORPS DANS LA RELATION

L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel

MONNEAU Anaïs

Née le 14 juin 1998 à Châteaudun (28)

Directeur de mémoire : JULIEN Jérémy

Juin 2020

Remerciements

Un grand merci à Jérémy, mon directeur de mémoire et maître de stage pour ses conseils, son aide et son investissement. Je le remercie aussi pour la confiance qu'il m'a accordée tout au long de cette année.

Je remercie chaleureusement Amandine, Valérie, Marion, Gwénaëlle et Elodie, mes autres maîtres de stage pour m'avoir formée et transmis leurs savoirs généreusement.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés au cours de ma formation.

Merci à tous les professionnels de l'Institut Médico-Pédagogique pour leur accueil, leur confiance et leur intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Je remercie également mes parents pour m'avoir permis de faire des études et pour leurs encouragements. Merci à eux, ainsi qu'à mon frère pour leurs relectures.

Merci à Marine et Marion pour leur soutien, leurs relectures et leurs conseils.

Merci à tous mes amis de la promotion avec qui j'ai vécu trois années inoubliables.

Sommaire

Introduction.....	4
Partie I- L'apport du dialogue tonico-émotionnel dans le développement de la conscience corporelle	6
1. Tonus et émotions : deux notions en étroite relation	7
2. La conscience corporelle	13
3. En quoi le dialogue tonico-émotionnel participe-t-il au développement de la conscience corporelle ?.....	23
Partie II- La conscience du corps chez l'adolescent déficient intellectuel	25
1. L'adolescence : une période de changements.....	26
2. La déficience intellectuelle.....	29
3. En quoi la déficience intellectuelle impacte-t-elle le développement de la conscience corporelle ?.....	36
Partie III- Comment le psychomotricien aide-t-il la personne déficiente intellectuelle à prendre conscience de son corps à l'adolescence ?.....	43
1. Le dialogue tonico-émotionnel et la conscience corporelle en psychomotricité, auprès d'adolescents déficients intellectuels	44
2. « Bouge ton corps ! » : un exemple de prise en charge groupale	47
3. Tim.....	69
Conclusion générale	85
Bibliographie	87
Table des matières	89

Introduction

Il est évident que le corps occupe une place centrale dans la prise en charge psychomotrice. C'est au fil de mes rencontres que je me suis de plus en plus intéressée à la relation que les personnes ont avec leurs corps, à la façon dont ils se l'approprient et vivent avec. Notre corps est le support de nos actions et de la communication. Il évolue tout au long de notre vie et chacun le pense, l'apprécie et le vit à sa façon.

Pour ma troisième année de formation, j'ai choisi d'effectuer mes stages longs dans un cabinet libéral, un institut médico-pédagogique (IMP) et dans un atelier de danse d'improvisation. L'IMP accueille des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle légère à moyenne. Le psychomotricien rencontre en séance principalement des adolescents. J'ai pu observer que certains jeunes avaient des difficultés à prendre plaisir à se mouvoir, à ressentir et percevoir leur corps, et à adapter leur posture dans la relation. J'ai aussi rencontré des adolescents qui présentaient des comportements de jeunes enfants comme le coucou-caché et qui disaient ne pas vouloir devenir adulte.

Ce sont tout autant de rencontres qui ont fait émerger de nombreux questionnements. Quelle conscience du corps ont ces adolescents déficients intellectuels ? Cette pathologie entrave-t-elle le développement de la conscience corporelle ? Comment ces jeunes vivent-ils les changements corporels liés à l'adolescence ? Comprennent-ils et ont-ils conscience de ces remaniements ? Et comment, nous, en tant que psychomotricien, pouvons-nous les accompagner dans la prise de conscience de leur corps ?

Je fais l'hypothèse que le développement de la conscience corporelle est lié au développement cognitif ; et donc, qu'un trouble du développement intellectuel a un impact au niveau de la structuration de la conscience corporelle.

De plus, à travers mes stages, j'ai relevé l'importance de la qualité de la relation dans la prise en charge psychomotrice. Le dialogue tonico-émotionnel est un de nos outils de travail principal qui me semble très intéressant à explorer. Il est inévitablement associé au corps. Il est aussi très présent dans les premières semaines de vie où le bébé est totalement dépendant de son entourage et commence à découvrir son corps.

D'autres questionnements se sont donc posés : qu'apporte le dialogue tonico-émotionnel dans le développement de la conscience corporelle de l'enfant ? Et qu'en est-il lorsque l'enfant est en situation de handicap intellectuel ?

Toutes ces questions m'ont amené à une problématique principale : **En quoi le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu en séance de psychomotricité, permet-il à l'adolescent déficient intellectuel de prendre conscience de son corps ?**

Pour répondre à cette question, il me semble essentiel de commencer par définir dans une première partie, ce qu'est le dialogue tonico-émotionnel et la conscience corporelle. J'étudierai aussi le développement de la conscience corporelle et la maturation des représentations du corps chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi, j'essaierai de mettre en évidence les liens entre ces deux notions.

Dans une seconde partie, je décrirai tout d'abord l'adolescence en centrant principalement mes recherches sur les remaniements corporels associés à cette période. Je définirai ensuite les caractéristiques de la déficience intellectuelle afin de mieux comprendre cette pathologie, ainsi que ses répercussions sur le développement de la conscience corporelle et sur le vécu de l'adolescence.

Dans une troisième partie, je mettrai en avant l'importance du dialogue tonico-émotionnel en séance de psychomotricité. Je chercherai aussi à identifier le rôle du psychomotricien dans le développement et la prise de conscience corporelle et en quoi le dialogue tonico-émotionnel peut être un outil dans ce travail. Pour illustrer mes propos, je m'appuierai sur mon expérience à l'IMP. Je vous présenterai le groupe « Bouge ton corps ! » comme exemple d'une prise en charge groupale où le corps est mis en avant. Enfin, je présenterai le cas d'un adolescent que je rencontre en séance individuelle de psychomotricité.

**Partie I – L’apport du dialogue
tonico-émotionnel dans le
développement de la conscience
corporelle**

1. Tonus et émotions : deux notions en étroite relation

A l'aube de la vie, lors de la grossesse, les premières relations qui se tissent sont essentiellement toniques. Nous pouvons dire que la vie intra-utérine est le premier espace interactif. Il est l'amorce d'un premier dialogue entre deux corps toniques qui est source d'émotions et de sensations.

1.1. Le tonus

«Le tonus est le principal agent de la communication émotionnelle».

S. ROBERT-OUVRAY (39 ; p44)

1.1.1. Définitions

Dans le langage courant, lorsqu'on dit que quelqu'un a du tonus, on parle d'énergie, d'une personne qui est dynamique. A l'inverse, quelqu'un qui en manque est perçu comme « mou », abattu.

Son sens premier est issu du grec *tonos* et du latin *tonus* qui signifient tension.

M. JOVER définit le tonus de la façon suivante : *« le tonus est un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »* (28 ; p49). Tonus, mouvement et posture sont donc intimement liés.

Le tonus se différencie de l'activité musculaire cinétique qui permet la motricité. H. WALLON définit cette double fonction du muscle en parlant de « fonction tonique » et de « fonction clonique ». La fonction tonique n'entraîne pas de mouvement, elle vise à soutenir l'action. La fonction clonique est la base de l'activité cinétique du muscle, elle va permettre les échanges avec le monde extérieur. Ces deux fonctions sont interdépendantes.

1.1.2. Les différents niveaux toniques

Nous distinguons trois niveaux toniques : le tonus de fond, d'action et postural. Ces différents niveaux coexistent chez un même sujet. Ils sont soumis à de grandes variations inter-individuelles mais aussi intra-individuelles en fonction des stimulations et des moments de la journée.

- Le tonus de fond

Le tonus de fond correspond à l'activité tonique minimale, à un état de légère tension musculaire isométrique, permanente et involontaire, présente **au repos**. Il participe au maintien de la cohésion des différentes parties du corps. Ainsi, il **soutient le sentiment d'unité corporelle et d'individuation** en constituant une véritable « enveloppe tonique » en support à l'enveloppe-peau. Il représente également le **lieu d'expression des émotions et de l'affectivité**.

En psychomotricité, nous évaluons le tonus de fond par les tests d'extensibilité musculaire et du ballant. Ces sont des mobilisations passives qui nous permettent de repérer des hypertonies ou des hypotonies mais aussi des paratonies.

- Le tonus d'action

Le tonus d'action correspond à l'ensemble des degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice. **Il permet l'action, le mouvement et la réalisation de gestes précis**. Il est toujours intentionnel, volontaire, plus ou moins conscient ou automatisé. Il est en lien avec la maturation neurologique.

L'évaluation du tonus d'action en psychomotricité se fait par l'exploration des syncinésies et des compétences motrices, qui nous informe également sur le côté dominant. Cela nous permet de repérer les maladresses et les mouvements incontrôlés notamment.

- **Le tonus postural**

Aussi appelé tonus d'attitude, le tonus postural correspond à l'état de tension minimal permettant à l'organisme de **conserver une position donnée**. Il est involontaire et de nature réflexe. Il **nécessite des références sensorielles** : vision, audition, vestibulaire et proprioception, ainsi que leur intégration au niveau neurologique pour être transcrite en une action musculaire en vue de maintenir des positions. Il correspond notamment au tonus axial et est fortement soumis aux effets de la gravité. Le tonus postural permet le maintien de l'équilibre, à l'état statique et dynamique.

Il peut s'évaluer par le test de résistance à la poussée.

1.2. Les émotions

« Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment-là, il semble que plus personne ne sache. »

L. FEHR & J.A. RUSSELL (27)

L'émotion est présente tout autour de nous mais elle est pourtant difficile à définir. Etymologiquement, le mot « émotion » vient du latin *motio* qui signifie mouvement. Le préfixe « e » apporte l'idée « qui vient de ». **L'émotion serait donc un mouvement provoqué par une excitation extérieure.**

La psychologie a été la première discipline à considérer l'importance des émotions. L'émotion est définie dans le Grand Dictionnaire de Psychologie, Larousse 1999, comme *« une constellation de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives, physiologiques et subjectives typiques »*.

En 1872, C. DARWIN comprit que l'expression des émotions était essentielle à la survie de l'espèce et à la stabilité des communautés. Il distingue six émotions de base : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise et la colère.

Pour A. DAMASIO, les émotions se distinguent des sentiments car elles se *« manifestent sur le théâtre du corps »* et les sentiments sur celui de l'esprit. (34 ; p126)

En effet, **les émotions sont influencées par l'histoire du sujet**. Pour E. PIREYRE, *« elles font partie, avec tout ce qui dérive d'elles, de l'image du corps. »* (34 ; p126) Il dit également que nos réactions face à nos émotions, en fonction de leur intensité, nous caractérisent.

Les émotions se partagent et se transmettent d'une personne à une autre, comme par exemple d'une mère à son bébé, et réciproquement. Selon G. RIZZOLATTI et C. SINIGAGLIA, « *la compréhension des états émotionnels d'autrui dépend d'un mécanisme miroir capable de coder l'expérience sensorielle directement en termes émotionnels* » (34 ; p 127). Cela signifie que le bébé en observant le visage de sa mère exprimant une émotion, active des neurones miroirs de son cortex pré-moteur, de la même manière que si c'était lui qui ressentait cette émotion. L'activation des neurones miroirs serait à la base de la compréhension des réactions émotionnelles d'autrui.

Certaines personnes sont dans l'incapacité à identifier leurs émotions et à les nommer. On parle d'alexithymie.

1.3. Le dialogue tonico-émotionnel

L'homme naît inachevé, c'est ce que nous appelons la néoténie. Le nouveau-né est incapable de satisfaire lui-même ses besoins, il est dépendant de ses parents. Les sensations de bien-être ou d'insatisfaction du bébé vont se manifester à travers son tonus. Ses manifestations toniques vont avoir un sens et appellent à une réponse de la part de l'autre. C'est à la fois un mode de communication infra-verbale et une source de mise en sens pour l'enfant. Le bébé se développe donc en interaction avec son environnement.

1.3.1. Histoire et définition

H. WALLON disait qu'au début de la vie, « *toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire.* » (12 ; p20) Il soulignait l'importance de la fonction tonique, faisceau commun du mouvement, de l'intelligence et des émotions. Il écrit en 1942 : « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (26 ; p7). Le tonus soutient donc en permanence le système émotionnel, il est la chair de l'émotion.

La fonction tonique est aussi pour H. WALLON, le précurseur de l'image mentale et de la prise de conscience de soi en tant qu'entité différente d'autrui. Il développa la notion de « dialogue tonique » en 1930 qui engage un jeu d'ajustement tonique entre deux partenaires, notamment entre la mère (figure d'attachement) et son bébé.

Cet ajustement se fait sur un mode vibratoire, selon quatre modalités : porter, palper, parler et penser. C'est une communication privilégiée entre la mère et son enfant puisqu'il n'y a pas d'échange de parole. Elle se fait donc par des regards, des sourires, des touchers et des mimiques émotionnelles.

En 1977, J. De AJURIAGUERRA, père de la psychomotricité, a décrit le « dialogue tonico-émotionnel » en approfondissant la notion de « dialogue tonique » déjà proposée par H. WALLON.

Pour J. De AJURIAGUERRA, le dialogue tonico-émotionnel « *correspond au processus d'assimilation et surtout d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des postures maternelles. Par sa mobilité il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque* » (24 ; p10)

Le dialogue tonico-émotionnel est le reflet des états émotionnels de deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Il est mis en jeu dès le début de la vie entre le bébé et son entourage. J. De AJURIAGUERRA disait que « *l'enfant, dès sa naissance, [...] réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation.* » (5 ; p260) En effet, le bébé communique principalement par le corps, en faisant varier ses états toniques.

S. ROBERT-OUVRAY, dit qu' « *un des besoins fondamentaux de l'être humain est la cohérence psychocorporelle et interactionnelle.* » (39 ; p26). L'activité motrice dépendra de la qualité des échanges émotionnels entre l'adulte et l'enfant. Pour que son développement psychomoteur soit harmonieux, il est nécessaire que l'enfant se sente bien et qu'il éprouve du plaisir. Si la relation et les échanges toniques sont de qualité et satisfaisants, le bébé va pouvoir prendre conscience que son tonus est un système privilégié de communication avec autrui. Dans ce cas, la mère adapte son tonus à celui de son enfant qui lui communique ses émotions, pour enrichir l'échange. Il se crée alors un espace-temps relationnel.

1.3.2. La modulation du dialogue tonico-émotionnel en fonction des relations

« *La tonicité nous donne aussi des renseignements sur les autres* ».

S. ROBERT-OUVRAY (39 ; p46)

Le dialogue tonico-émotionnel devient de plus en plus complexe avec la maturation neurologique. Celle-ci joue un rôle fondamental dans l'équilibre du tonus dans les muscles. Le juste équilibre dépend de la qualité des relations environnementales.

Vignette clinique : Lors de mon stage en crèche

Je remarque dans la pièce qu'un bébé pleure et s'agite. Je sais que lorsqu'un bébé pleure, c'est qu'il exprime un besoin, je m'approche donc de lui et j'essaie de mettre des mots sur ses émotions, sur ce qu'il ressent. Afin de tenter de l'apaiser, je le prends dans mes bras ; mais avant cela je fais un « état des lieux » de mes émotions présentes, de mon état tonique et de ma posture puisque je sais qu'il va se jouer un dialogue tonico-émotionnel entre le bébé et moi. Si je suis anxieuse, stressée, avec un tonus trop élevé, le bébé va le ressentir et pourra difficilement s'apaiser. Je dois tout d'abord « abaisser » mon tonus et réguler mes émotions avant de porter l'enfant et pouvoir le rassurer plus aisément.

Cette vignette clinique renvoie à la notion d'« accordage affectif » décrit par D. STERN en 1985 suite à des observations de psychologie expérimentale. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère. Les affects constituent l'objet même de la communication dans la relation mère-enfant, surtout pendant les premières semaines et les premiers mois de vie. La tonalité affective des échanges permet de dégager des sentiments de plaisir, de bien-être, de tristesse, d'indifférence, d'excitation voire de haine.

D. ANZIEU dans son ouvrage Le Moi-peau (3) va poser le concept d'interface, la limite entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi. Une fois que l'enfant différencie sa peau de celle de sa mère, il participe de manière plus active à la relation. Au fur et à mesure il va pouvoir moduler son tonus en tenant compte de la manière dont ses manifestations toniques sont ressenties et interprétées par l'entourage.

2. La conscience corporelle

2.1. Qu'est-ce que la conscience corporelle ?

La conscience corporelle pour E. PIREYRE, psychomotricien, « *peut trouver son origine dans l'équipement neurosensoriel. Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue.* » Pour lui, la prise de conscience corporelle est à bien distinguer de l'image du corps. (32 ; p207)

A. DAMASIO, neurologue et psychologue, définit ce qu'il appela la « conscience-noyau » dans son livre Le cerveau et la pensée. Elle serait le fondement du soi. Pour lui, la conscience existe parce qu'elle vient d'un organisme vivant, avec un corps et un cerveau capable de représenter le corps.

Pour lui, la prise de conscience du corps peut se faire avec ou sans stimulation sensorielle. Elle renvoie dans les deux cas à des mécanismes différents. Certaines personnes peuvent aisément ressentir la présence de la plupart des zones corporelles en y prêtant simplement un peu d'attention. Ce phénomène peut s'expliquer par la théorie de l'encartage de DAMASIO. (32 ; p203) Nous actualisons continuellement des cartes neuronales dans les régions sensorielles du cerveau conçues pour recevoir les signaux du corps. Le cerveau garde une trace des expériences sensorielles sous forme de réseaux de neurones. Cela **s'appuie notamment sur notre système proprioceptif** qui nous renseigne sur plusieurs choses :

- notre degré de tonus,
- les positions relatives et les mouvements des différents segments du corps,
- les accélérations et décélérations captées par l'oreille interne.

Le stockage dans notre mémoire de nos expériences vécues est un élément important dans le développement de notre conscience corporelle.

Pour moi, la conscience corporelle est fortement liée à l'attention consciente que porte la personne sur son corps. C'est un processus par lequel l'enfant va peu à peu prendre conscience de lui-même et pouvoir pleinement vivre son corps. Elle s'appuie sur l'intégration sensorielle et proprioceptive, l'intégration du schéma corporel, l'image du corps et la maturation des représentations du corps.

Cette partie va me permettre de comprendre le développement de la conscience corporelle, en faisant le lien avec la construction des représentations du corps dans l'enfance, pour ensuite l'aborder à l'adolescence et pour la personne déficiente intellectuelle.

2.2. Des sensations aux représentations du corps

Au cours de son développement, l'enfant ressent, vit, explore son corps qu'il s'approprie progressivement, nomme et se représente.

La sensation est la première étape de la boucle « sensation-perception-représentation ». Les flux sensoriels que détectent nos sens sont définis par A. BULLINGER comme « *des signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel.* » (11) Les systèmes sensoriels de l'être humain sont décrits en biologie selon trois catégories :

- L'extéroception qui correspond aux cinq sens fondamentaux : le toucher, l'odorat, le goût, l'audition et la vision.
- La proprioception qui joue un rôle dans le sentiment d'exister et dans l'ajustement postural puisqu'elle permet le contrôle tonique.
- L'intéroception qui correspond à la somesthésie végétative : la température, les pressions et les lésions des tissus, la pression osmotique, la variation de glucose, de dioxygène et de dioxyde de carbone, entre autres. Ces sensations sont inconscientes.

La perception va donner une « connotation » particulière à la sensation, qui arrive dans un système qui a un vécu et une mémoire. La perception est consciente, elle dépend de notre capacité attentionnelle et de notre disponibilité. Elle est fortement liée aux émotions.

La représentation du corps c'est-à-dire l'image mentale que l'individu se fait de son propre corps. Elle est liée à la façon dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle n'est pas une fonction figée ; elle s'adapte et se transforme en fonction des différentes expériences de la vie en donnant sens aux perceptions sensorielles. C'est pour cela que nous pouvons parler DES représentations du corps. Elle s'appuie sur le schéma corporel et l'image du corps.

2.3. Schéma corporel et image du corps

Pendant longtemps, les termes de schéma corporel et d'image du corps ont été utilisés de manière interchangeable. L'hypothèse était qu'il n'y avait qu'un seul type de représentation corporelle. Les perturbations de la conscience corporelle étaient appelées « troubles du schéma corporel » en neurologie et « trouble de l'image corporelle » en psychiatrie.

Néanmoins, depuis les années 80, de nombreux travaux en neuropsychologie, en neurosciences cognitives et en philosophie ont cherché à distinguer ces deux notions.

2.3.1. Schéma corporel

H. HEAD et P. BONNIER s'accordent sur le postulat suivant : « *le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, représentation qui **permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial.*** » (18 ; p19)
C'est au début du 20^{ème} siècle, qu'ils introduisent la notion de schéma corporel, chacun de leur côté.

J. De AJURIAGUERRA met en évidence, dans sa définition, **l'importance de la sensorialité dans la construction du schéma corporel**. Il énonce, en 1970, qu'« *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésique, 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* ». (19)

Pour J.M. ALBARET « *le schéma corporel (système de localisation) correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question « **Où ?** » (Où sont les membres et où est la cible de l'action ?) mais aussi à la question « **Comment ?** » (Comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ? Comment atteindre un point du corps ?), fournissant les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps qui déterminent ce que l'on appelle aussi le référentiel égocentrique : il intervient dans la locomotion et la préhension. Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action et est mis à jour au cours de l'action. Ce système opère en dehors de toute conscience du sujet et nous permet de réaliser des actions de notre vie quotidienne.* » (1 ; p216)

Le schéma corporel **se construit tout au long de la vie**, par l'apprentissage et l'expérience. Il est évolutif dans le temps et dans l'espace. Il peut aussi se stabiliser à un moment donné en résistant aux modifications traumatiques comme en témoignent les illusions des personnes ayant subi une amputation. Un membre est amputé mais la représentation du corps entier persiste. On parle alors de membre fantôme.

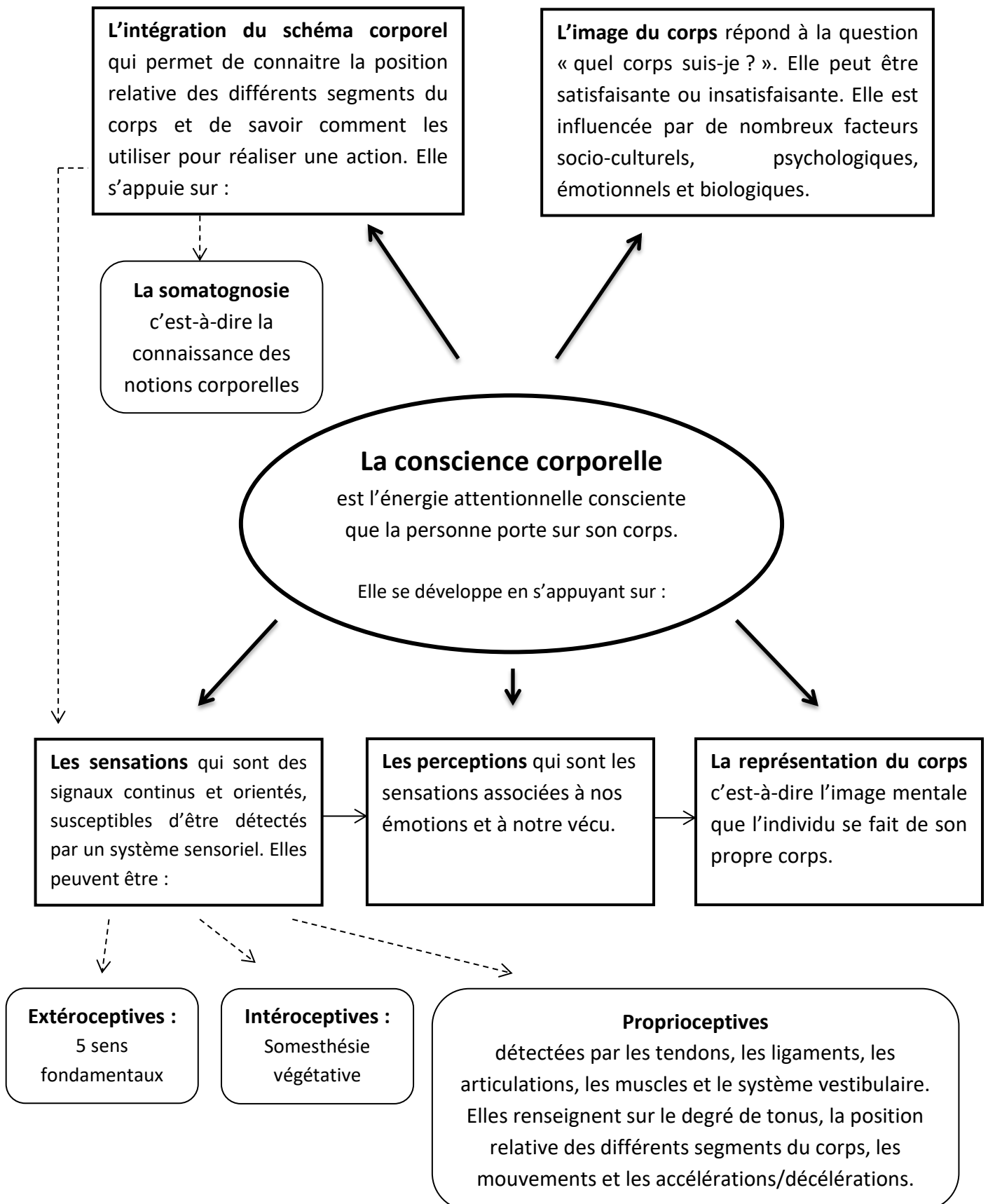
2.3.2. Image du corps

Pour F. DOLTO, l'image du corps est propre à chacun, **elle est reliée au sujet et à son histoire**. « *L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles.[...] C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* ». (14) L'image du corps dans cette définition est **le support du narcissisme**. Elle est, pour les psychanalystes et principalement F. DOLTO, J. LACAN et P. SHILDER, inconsciente et liée à la libido et au désir.

Pour J.M. ALBARET, « *l'image du corps (système de perception des formes) sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « **Quoi ?** » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). Elle regroupe les perceptions et les attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouvent des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socio-culturels, psychologiques, biologiques. Elle est, par définition, consciente* ». (1 ; p216)

L'image du corps est subjective, elle appartient au registre réflexif, symbolique et imaginaire. Elle est impactée par les représentations que le sujet a de son propre corps, en fonction de son vécu, de ses assises narcissiques et de ce que l'autre et l'environnement lui renvoient de lui.

2.4. Pour résumer



2.5. La maturation des représentations du corps

Pour certains auteurs, la différenciation et le début de la prise de conscience corporelle se font lors du stade du miroir décrit par J. LACAN. Ils accordent une grande importance à l'image que peut renvoyer le miroir dans la structuration des représentations du corps. Les sensations proprioceptives éprouvées lors d'un mouvement associées à l'image visuelle correspondante dans le miroir, permettent leur intégration. Cependant, par son immaturité proprioceptive et visuelle, l'enfant perçoit son corps comme morcelé. Ce n'est qu'aux environs de 6 mois que la perception visuelle a une maturation suffisante pour permettre à l'enfant de reconnaître une forme humaine. L'enfant va prendre progressivement conscience de son corps propre et intégrer ses limites corporelles, différentes de celles d'autrui, lorsqu'il se reconnaît dans le miroir. Ce stade survient vers 12-18 mois. Il permet une évolution psychique du jeune enfant et la formation du « Je ».

D'autres auteurs tels que F. ROUSTANG et B. CYRULNICK pensent que l'être humain est capable de se percevoir globalement, de se différencier de l'autre et des espaces extérieurs et de faire des choix, dès la période in-utéro. En effet, nous pouvons observer par échographie que le fœtus développe des coordinations bi-manuelles et main-bouche, comme la succion de son pouce, qui annonce déjà une préférence latérale. Ainsi, cela suggère qu'il y a une conscience de soi différenciée tactile très tôt dans la vie. De même, le nouveau-né est capable de différencier ses pleurs de ceux des autres et de préférer l'odeur du lait de sa mère à celle d'une autre. Ces expériences laissent à penser que le nouveau-né disposerait d'un schéma corporel inné.

D'après G. PONTON, la représentation du corps se construit selon trois niveaux relationnels inséparables :

- La relation à soi conduite par les sensibilités proprioceptives et intéroceptives. Elle amène à la conscience d'être un tout unique et différencié de l'autre.
- La relation à l'autre nourrie par la sensibilité extéroceptive. L'autre reconnaît l'enfant et confirme ainsi son existence.
- La relation à l'environnement est aussi conduite par la sensibilité extéroceptive et permet de structurer la conscience d'un espace et de s'y situer.

Les représentations du corps évoluent au cours du développement de l'enfant. Celles-ci sont corrélées au développement du schéma corporel, à son intégration et à la construction d'une image du corps. Cette évolution a été théorisée en différentes étapes au cours desquelles l'enfant prend progressivement conscience de son corps. Ces étapes respectent un certain ordre chronologique mais elles se chevauchent et s'enrichissent mutuellement. Les âges cités sont donc théoriques.

2.5.1. De 0 à 3 mois : « le corps subi »

A la naissance, le nourrisson ne peut satisfaire ses besoins seul, la présence de l'adulte est donc indispensable à sa survie. Selon le pédiatre et psychanalyste D. WINNICOTT, l'enfant se trouve dans une phase de dépendance absolue aux soins maternels.

Sa motricité est réflexe. L'enfant naît avec une hypotonie axiale et une hypertonie des fléchisseurs des membres. Par la maturation du système nerveux, la fonction tonique va se développer et s'harmoniser, en respectant les lois céphalo-caudale et proximo-distale. Le jeune enfant va alors pouvoir progressivement passer d'une motricité réflexe à une motricité volontaire qui va lui permettre d'explorer son environnement.

Le nouveau-né dispose de compétences sensorielles et perceptives qui lui permettent d'appréhender les différentes stimulations sensorielles. Mais l'immaturation de son appareil psychique ne permet pas au bébé de contenir toutes ses sensations. C'est la mère qui les pense pour lui et qui lui apporte une réponse qu'elle juge adaptée. Cela correspond à la notion de « fonction alpha » décrite par W. BION. Cette fonction permet au psychisme de l'enfant de mettre en image, c'est-à-dire d'assimiler ses diverses impressions sensorielles, et de les organiser pour pouvoir les réutiliser. La fonction alpha constitue la première forme du travail de représentation.

Progressivement, le bébé va donc ajuster son engagement tonique en fonction des stimulations. A ce stade, le tonus est l'unique moyen dont il dispose pour communiquer ses états à autrui. Ainsi, va s'instaurer un dialogue tonico-émotionnel entre l'enfant et sa mère. Il occupe une place importante notamment dans les moments de portage et de soins. Le rôle de l'objet maternant est d'être à l'écoute des états toniques du bébé, pour pouvoir s'y adapter. Cela renvoie à la notion d'« accordage affectif » de D. STERN décrite précédemment. Les moments de soins nourriciers participent à la construction d'un sentiment de continuité d'existence, à travers les concepts de « holding » et de « handling » de D. WINNICOTT.

- Le *holding* est la façon dont l'enfant est porté. Les bras de la mère qui le soutiennent et le contiennent, protègent l'enfant des expériences angoissantes. C'est la fonction de pare-excitation. Le portage participe aussi à l'élaboration d'une enveloppe et d'une unité corporelle.
- Le *handling* correspond à l'ensemble des soins apportés par la mère à son enfant. Il participe à la prise de conscience des limites corporelles du bébé.

Cette période est aussi marquée par la construction de l'espace oral. Selon A. BULLINGER la zone buccale est une zone de capture avec une fonction d'exploration. L'investissement de cet espace est possible grâce à la position d'enroulement du bébé lors du portage, qui lui permet de se recentrer, d'intégrer une première ébauche de son axe corporel et de percevoir un sentiment de contenance.

A la naissance, le nouveau-né a donc très peu conscience de son corps, il le perçoit comme un objet extérieur. Dans la relation à l'autre et à l'environnement, il va peu à peu se différencier d'autrui et assimiler ses sensations. L'enveloppe peau va être le premier élément unificateur, entre le « soi » et le « non soi », entre le dedans et le dehors.

2.5.2. De 3 mois à 3 ans : « le corps vécu »

Au cours de ce stade, le bébé va progressivement ressentir de manière autonome son corps et ses limites. Son activité principale est d'ordre sensori-motrice. Il explore son environnement, joue, découvre. Il apprend ainsi à se mobiliser, à manipuler et à se déplacer, ce qui va enrichir son répertoire moteur et sensoriel. La préhension va permettre une maîtrise de l'objet avec un aspect intentionnel, ce sont les premières praxies. Celles-ci sont permises par une meilleure coordination oculo-manuelle.

C'est également au cours de cette période que l'enfant va se reconnaître dans le miroir. L'image que renvoie le miroir est très importante dans la structuration des représentations du corps. Le jeune enfant va progressivement passer d'une image de lui morcelée à son unification.

Les retournements, l'acquisition de la position assise puis de la position debout sont des étapes sensori-motrices qui vont stimuler le corps de l'enfant et l'aider à avoir une meilleure conscience de celui-ci. La sensation du repoussé des appuis au sol amène l'enfant à avoir une première conscience de sa verticalité. La maîtrise du redressement met en relation le haut et le bas du corps, et l'axe vertébral rassemble la droite et la gauche. L'acquisition de la marche offre une indépendance et un large champ d'exploration avec de multiples nouvelles expériences possibles. La marche précise le sentiment d'unité car l'enfant peut à présent « aller seul » sans être porté. Par l'expérience vécue du mouvement, l'enfant va progressivement différencier son corps des objets. Il s'établit ainsi une ébauche des représentations du corps de façon consciente.

La relation de l'enfant avec ses figures d'attachement est toujours très importante pour son développement. Cette relation permet à l'enfant d'oser faire des expériences. L. MUCCHIELLI a insisté sur la nécessité d'une stabilité dans les réactions affectives de la mère afin que l'enfant ait des repères stables pour vivre ses expériences. Une perturbation de cette relation aura des conséquences sur la structuration des représentations du corps de l'enfant.

C'est par son exploration sensori-motrice de l'environnement que l'enfant va acquérir les différentes étapes du développement psychomoteur et ainsi avoir une meilleure maîtrise de son corps.

Il est toujours dépendant de la mère qui le rassure et l'accompagne dans l'autonomie de ses déplacements. Ainsi, par l'expérience, l'enfant intègre peu à peu son schéma corporel et commence à prendre conscience de son corps.

2.5.3. De 3 à 7 ans : « le corps perçu »

A ce stade, l'affectif s'ajoute au sensori-moteur. Les sensations éprouvées sont mieux comprises et intégrées par l'enfant pour devenir progressivement des perceptions. Son répertoire gestuel s'accroît, il prend réellement conscience de son corps propre et de ses capacités corporelles. La régulation du tonus postural est plus efficace.

La latéralisation est en cours et se stabilise vers 6 ou 7 ans. Il peut désormais s'orienter dans l'espace à partir de son propre corps en percevant deux côtés distincts, sa droite et sa gauche. La stabilisation de la dominance latérale participe à la structuration du schéma corporel. Celui-ci s'enrichit aussi par le jeu avec des poupées ou des poupons par exemple.

L'enfant va progressivement passer d'une « imitation immédiate » à une « imitation différée » selon J. PIAGET. Cette acquisition implique une représentation, c'est l'émergence de la fonction symbolique.

Les travaux de H. WALLON rejoignent ceux de J. PIAGET en précisant l'importance de l'affectivité dans l'identification de l'enfant. Par le dialogue tonique, l'imitation consistera pour l'enfant à intégrer corporellement des attitudes et à les ressentir comme siennes.

Petit à petit, l'enfant va être en capacité de représenter graphiquement son corps à travers le dessin ou la pâte à modeler, par exemple. L'apparition du rond fermé, dans les dessins du bonhomme marque une première représentation d'unité corporelle et révèle l'intégration de l'enveloppe corporelle unifiée chez l'enfant. Le dessin du bonhomme va progressivement s'enrichir, passant par le bonhomme têtard à un bonhomme complet articulé.

Le complexe d'œdipe, vécu vers 5-6 ans, est un stade au cours duquel l'enfant éprouve un sentiment amoureux pour le parent de sexe opposé et de la haine pour le parent de même sexe que lui. Ce stade est marqué par la découverte de la différence anatomique des sexes, ce qui va permettre à l'enfant de se différencier et de s'identifier à un genre. Ce stade aboutit à l'intégration de « l'interdit de l'inceste » et est important dans la construction de l'identité sexuée.

Au cours de ce stade, la latéralisation se stabilise, la fonction symbolique émerge et l'enfant s'identifie à un genre. Il met à présent du sens à ses sensations qui deviennent des perceptions. Tous ces éléments vont permettre à l'enfant d'intégrer son schéma corporel et de se représenter son corps.

2.5.4. Jusqu'à 12 ans : « le corps représenté »

Parallèlement au stade décrit précédemment, l'enfant va passer d'une perception globale à une connaissance topologique des parties du corps d'abord, chez lui puis, sur l'autre.

Avant le stade du corps perçu, l'appréciation de la position relative des différents segments du corps et de leur dimension n'est pas encore possible. Le développement du langage va permettre la structuration du schéma corporel et des représentations du corps. En effet, la dénomination des parties du corps favorise leur prise de conscience et leur intégration. Verbaliser après avoir stimulé une partie du corps permet à l'enfant de mettre du sens sur l'expérience. Nous pouvons considérer qu'à 6 ans, l'enfant a une bonne représentation topographique de son corps. Il devient alors capable :

- De trouver le bon geste pour franchir un obstacle,
- D'anticiper le geste à accomplir,
- D'exécuter des mouvements de plus en plus complexes, de les coordonner,
- D'adapter son geste aux différents types de situation.

L'enfant va peu à peu être capable de se décentrer et de se « mettre à la place » de l'autre pour s'orienter. Il va présenter des capacités de réversibilité et ne vivra plus les choses uniquement selon un référentiel égo-centré, mais aussi selon un référentiel exocentré lui permettant d'établir des repères topologiques sur autrui.

3. En quoi le dialogue tonico-émotionnel participe-t-il au développement de la conscience corporelle ?

Les premières perceptions que le bébé a de sa vie interne et de son enveloppe corporelle sont des états de tensions et de détente musculaires. A la naissance, seule la figure d'attachement s'adapte à l'état émotionnel et au tonus du nouveau-né. Peu à peu le bébé va comprendre l'échange tonique et va l'utiliser comme moyen de communication. Pour que l'enfant puisse réguler sa fonction tonique et s'ajuster à l'autre, cela sous-entend une certaine conscience corporelle. C'est par la multiplication des échanges tonico-émotionnels que l'enfant va pouvoir, lui aussi, s'adapter au tonus de l'autre.

Le tonus est fondamental dans l'organisation psychocorporelle de l'humain, il assure une fonction de communication à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui se chargent d'affects et de représentations. Le tout forme un ensemble psychomoteur qui se transforme, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres.

Le développement de la conscience corporelle débute très tôt dans la vie de l'enfant, il dépend de la qualité des interactions précoces et des liens d'attachement. Par le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu notamment lors des moments de portage, des soins et de mise en mot, la mère aide l'enfant dans l'intégration de ses sensations. Ces échanges permettent au bébé de mieux comprendre le fonctionnement de son corps, et ainsi de prendre conscience, petit à petit, de son unicité.

Nous évoquons souvent le dialogue tonico-émotionnel dans les premiers mois de vie de l'enfant, or il est présent à tout âge de la vie et non négligeable, même si le langage est par la suite très présent. Diverses émotions nous parviennent au cours de la journée et elles s'expriment corporellement dans notre posture, à travers notre tonus. A partir du moment où deux personnes entre en relation, il s'instaure un dialogue, un échange. Il peut être verbal ou non, mais en fonction de ce que l'on souhaite communiquer et du sujet abordé, les émotions entrent en jeu. Les diverses émotions éprouvées font varier notre tonus. Dans la vie courante, nous ne prêtons pas forcément d'importance à notre état tonique et à ce que notre posture renvoie à l'autre. Pourtant, la communication non verbale transmet un grand nombre d'informations, bien plus que les mots.

En séance, le psychomotricien va s'appuyer sur ce dialogue tonico-émotionnel avec ses patients pour s'adapter corporellement. C'est un outil essentiel dans notre pratique. Il peut passer par le toucher mais également par la vue ou par la voix.

Pour moi, la conscience corporelle est bien un concept qui se développe tout au long de la vie. Elle varie et s'affine en fonction de nos acquisitions motrices et de nos expériences vécues. De ce fait, la conscience corporelle qu'a une personne dans son enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte et plus âgée sera différente. Elle est aussi propre à chaque individu.

L'adolescence est une période impliquant de nombreux remaniements corporels mais aussi psychiques. **Qu'en est-il du développement de la conscience corporelle à l'adolescence ?**

De plus, **qu'en est-il chez la personne déficiente intellectuelle ? Le trouble du développement intellectuel entrave-t-il le développement de la conscience corporelle ? Et à l'adolescence, quelle conscience la personne déficiente intellectuelle a-t-elle de son corps changeant ?**

C'est un grand nombre de questionnements que je me suis posée tout au long de l'année et auxquels j'ai essayé de trouver des réponses.

Partie II- La conscience du corps chez
l'adolescent déficient intellectuel

1. L'adolescence : une période de changements

L'adolescent est étymologiquement « celui qui est en train de grandir ». L'adolescence renvoie principalement à un processus de croissance individuelle, qui débute par la dimension physique de la puberté et qui s'accompagne de changements psychologiques et comportementaux. Elle s'étend jusqu'à une limite mal identifiée qui peut correspondre à l'entrée dans l'âge adulte, à la majorité ou encore à la fin des études, soit à un âge entre 18 et 30 ans.

1.1. Les changements physiques de la puberté

Le corps de l'adolescent est dit « corps bruyant » contrairement à celui de l'enfant qui est silencieux. Le chirurgien R. LERICHE disait « *La santé, c'est le silence des organes.* » (31 ; p193) Brutalement, avec les changements physiques de la puberté, le corps parle. Des plaintes somatiques diverses peuvent s'exprimer. Elles sont souvent liées à de l'angoisse et peuvent masquer la souffrance psychique d'un adolescent « mal dans sa peau ». Ce nouveau corps s'impose à l'adolescent et prend une place centrale dans la plupart de ses conflits, que ce soit dans les interactions avec son entourage ou dans le rapport à soi-même.

D'un point de vue physiologique, le corps va subir d'importantes modifications. La maturation du système hypothalamo-hypophysio-gonadique marque l'apparition des caractères sexuels secondaires et un remaniement hormonal. On observe un pic de croissance staturo-pondéral à l'adolescence.

Les différences corporelles entre les filles et les garçons sont beaucoup plus marquées que pendant l'enfance. Morphologiquement, apparait :

Chez les filles :

- le développement des glandes mammaires,
- une pilosité pubienne et axillaire,
- une augmentation de la masse adipeuse,
- un épaissement des hanches.

Chez les garçons :

- une augmentation de la masse musculaire,
- une augmentation de la pilosité faciale, pubienne et axillaire,
- un élargissement des épaules,
- une mue de la voix.

1.2. La maturation psychique

De nombreux remaniements psychiques s'opèrent aussi à l'adolescence. J. PIAGET associe cette période à l'apogée de la pensée formelle. L'adolescent commence en effet à développer une pensée abstraite, qui va lui permettre d'enrichir son rapport au monde. Elle marque notamment accès aux mathématiques et au raisonnement hypothético-déductif. Pour lui, « *l'intelligence naît de l'action* », c'est en expérimentant que la personne va pouvoir progressivement donner sens à ce qu'il vit. Il passe ainsi d'une intelligence dite sensori-motrice à une intelligence plus abstraite qui ne nécessite plus de passer par le sensoriel.

L'adolescent va aussi devoir intégrer, au niveau psychique, son nouveau corps sexué et pubère. Les transformations morphologiques pubertaires remettent en cause l'image du corps que l'enfant avait pu constituer progressivement. L'adolescent doit apprendre à reconnaître ce corps, le redécouvrir et se l'approprier à nouveau. Cette étape s'accompagne d'enjeux narcissiques.

De nombreux adolescents se disent insatisfaits de leur corps. L'enquête HBSC sur la santé des collégiens en France révèle en 2016 que 46,7% des filles et 36,7% des garçons se disent insatisfaits de leur poids (31 ; p193). Le corps « rejeté » est le véhicule de conduites à risque. Chez les filles dominant les formes silencieuses, internalisées comme les troubles alimentaires, les scarifications ou les tentatives de suicide. Chez les garçons, les conduites à risque prennent plutôt la forme d'exposition de soi par la violence, des provocations, des transgressions, l'alcoolisation ou encore la vitesse sur les routes (liste non exhaustive). Dans ce même sens, F. DOLTO, parle du « complexe du homard » comme le besoin de se construire une carapace extérieure pour cacher sa grande vulnérabilité interne. (13)

Dans une perspective phénoménologique, SCHILDER considérait que le corps représentait le véhicule de l'« être au monde », c'est-à-dire que le corps est au centre des échanges relationnels et affectifs entre individus. Pour lui, le schéma corporel et l'image du corps sont étroitement mêlés à la notion de « corps social » qu'il distingua en 1935. En effet, de nombreuses études ont montré l'impact de la norme sociale sur l'image de soi. La pression sociale normative est d'autant plus forte à l'adolescence ; tandis que l'âge d'apparition des caractères sexuels secondaires, des premières règles ou des premières éjaculations varie d'une personne à une autre. L'écart-type par rapport à la moyenne est relativement grand mais l'adolescent subit cette pression et ne cesse de s'interroger pour savoir « si c'est normal » et « ce qu'en pense les autres ». (31 ; p195)

Les psychanalystes tels que F. DOLTO et P. GUTTON ont abordé les « pulsionnalités émergentes » chez l'adolescent. Par l'hyper sexualisation et l'érotisation du corps, l'adolescent doit apprendre à contenir toutes ses nouvelles excitations corporelles. Les changements corporels s'accompagnent d'un vécu pulsionnel intense en lien avec la réactivation des désirs œdipiens. Le développement des caractères sexuels à la puberté rend possible la réalisation des désirs incestueux. Le jeune qui en prend conscience, va exprimer une forme de dégoût face cette réalité et va chercher à se mettre à distance de ses figures parentales.

1.3. Emancipation et crise identitaire

Dans le langage courant, on parle souvent de « crise d'adolescence ». L'adolescent cherche à s'émanciper, c'est-à-dire à se détacher de l'autorité parentale pour se trouver soi et devenir adulte. Il est ainsi en recherche d'indépendance. Pour cela, il rompt avec ses figures parentales en transgressant les règles, ce qui lui permet de s'affirmer et de s'individualiser.

L'adolescent apprend à se passer de l'étayage parental pour pouvoir s'approprier ses propres pensées, ses actes, ses désirs et son corps. Cela s'accompagne d'enjeux narcissiques.

Les remaniements corporels à la puberté amènent un sentiment de « corps étranger » à l'adolescent. Les sensations et les perceptions sont modifiées. A. BIRRAUX pose la question « *Qui suis-je dans ce nouveau corps ?* » En effet, il est fréquent que le jeune ne se reconnaisse plus, qu'il se cherche et ne sache pas ce qu'il est en train de devenir. Le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité d'après C. POTEL. L'adolescent va explorer divers styles vestimentaires, capillaires et peut s'orienter vers des piercings ou tatouages pour tenter de se réapproprier son corps. Ces changements sont dus à des choix et des décisions qu'il a pris contrairement aux changements physiologiques de la puberté qu'il subit.

Ces changements vont donner à l'adolescent l'image d'un corps « solide » qui ne va pas s'effondrer s'il prend de la distance par rapport à ses figures parentales. Tous ces éléments participent à son émancipation, son autonomisation et à l'affirmation de son identité.

**Mais qu'en est-il de l'adolescence chez la personne déficiente intellectuelle ?
Comment vit-elle son corps pris par ces nombreux remaniements ?**

2. La déficience intellectuelle

Dans cette partie, la plupart des informations sont tirées de l'expertise collective sur les déficiences intellectuelles publiée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (20)

2.1. L'intelligence

Il existe de nombreuses définitions de l'intelligence. Celle que j'ai choisie est de A. LARMARTINE:

« Ensemble des fonctions psychiques et psycho-physiologiques concourant à la connaissance, à la compréhension de la nature des choses et de la signification des faits ». (21)

H. GARDNER, psychologue du développement américain, est le père de la théorie des intelligences multiples. Il met en évidence dans les années 70, que tous les hommes sont intelligents mais pas forcément de la même façon. Il définit huit types d'intelligence, correspondant chacune à une aptitude spécifique :

- **L'intelligence langagière** : capacité à utiliser le langage, oral et écrit, pour s'exprimer et comprendre des idées
- **Musicale** : acuité auditive et perception du rythme
- **Logico-mathématique** : capacité à tenir un raisonnement logique, à calculer et à analyser
- **Spatiale** : pouvoir se représenter en trois dimensions, s'orienter
- **Kinesthésique** : utiliser son corps pour exprimer ses émotions, se mettre en mouvement
- **Interpersonnelle** : se définit dans notre relation aux autres
- **Intrapersonnelle** : c'est la connaissance de soi-même
- **Naturaliste** : capacité d'observation et de respect de la nature.

2.2. Terminologie, définitions et diagnostic de la déficience

Les termes utilisés pour désigner la déficience intellectuelle ont évolué au fil du temps. Dans les années 1950 étaient utilisés les termes débilité, crétinisme, idiotie, arriération, imbécilité.

Ensuite, dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) apparaît la notion de « retard mental », que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme étant « *un arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période de développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire, des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou psychique ou survenir isolément* ». (20 ; p3)

Dans la CIM-11, le terme de « retard mental » est remplacé par « déficience intellectuelle » et « trouble du développement intellectuel ». La déficience intellectuelle s'intègre dans une entité plus grande qui sont les troubles neuro-développementaux.

En 2010, la définition de l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) est : « **la déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans** ». (20 ; p4)

Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5), trois critères doivent être présents pour le diagnostic :

- Présence de déficits dans les fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience. Ces déficits sont confirmés par une évaluation clinique individuelle et une évaluation standardisée via des tests.
- Présence de déficits du fonctionnement adaptatif qui entraînent une incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socio-culturelles d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. L'individu peut avoir des difficultés pour réaliser des tâches de la vie quotidienne tels que la communication, les déplacements
- Les déficits doivent apparaître pendant la période développementale.

Dans le DSV-IV et la CIM-10, la classification de la déficience intellectuelle fait référence aux niveaux de gravité de la déficience en fonction du Quotient Intellectuel (QI) de l'individu. Le QI moyen se situe entre 70 et 130. Au-dessus de 130 nous parlons de haut niveau intellectuel et en dessous de 70 de déficience intellectuelle.

Nous retrouvons quatre niveaux de sévérité :

- La déficience légère : QI de 50 à 69
- Moyenne : QI de 35 à 49
- Grave : QI de 20 à 34
- Profonde : QI inférieur à 20

Aujourd'hui, la terminologie évolue encore. La déficience intellectuelle peut être aussi considérée comme un problème de fonctionnement de la personne dans son environnement. On parlerait bientôt de « handicap intellectuel » lorsqu'une personne présente un QI inférieur à 70 et une autonomie significativement altérée.

2.3. Epidémiologie

La déficience intellectuelle est fréquente puisqu'elle concerne **1 à 2% de la population**. Il n'existe pas de recensement des personnes ayant une déficience intellectuelle en France. On estime que la déficience légère concernerait entre 10 et 20 personnes pour 1000 et la déficience sévère 3 à 4 personnes pour 1000. La prévalence augmente avec l'âge et atteint un plateau à l'âge de 15 ans. Elle est également **plus élevée chez les garçons que chez les filles**, puisqu'avoir deux chromosomes X est un facteur protecteur.

Malgré les nombreux facteurs qui pourraient agir sur la prévalence globale de la déficience intellectuelle, celle-ci reste stable depuis quelques années, en France et à l'étranger.

2.4. Etiologies

Les étiologies sont multiples. Les causes de déficience intellectuelle peuvent être liées à l'environnement (infections, intoxications notamment à l'alcool,...) ou d'origine génétique. Cependant les déficiences intellectuelles d'origines idiopathiques sont majoritaires et représentent 35 à 40% des causes.

Le taux d'identification de l'étiologie varie de façon très importante selon la sévérité de la déficience. Des facteurs organiques sont mis en évidence dans 75% des formes sévères.

Les chiffres varient selon les études mais voici les ordres de grandeurs de la proportion des principales étiologies :

- Cause environnementales : 13%
- Anomalies chromosomiques : 15%
- Maladies métaboliques : 8%
- Syndromes reconnaissables : 2%
- X fragile : 10%
- Origine idiopathique : 35-40%

Le syndrome du X fragile est la cause la plus fréquente des déficiences intellectuelles héréditaires.

Pour être plus précise, voici une classification étiologique de la déficience intellectuelle, réalisée par l'AAIDD :

Période	Biomédical	Social	Comportemental	Educationnel
Prénatale	Troubles chromosomiques Troubles génétiques Syndromes Troubles métaboliques Dysgénésie cérébrale pathologies maternelles Age parental	Pauvreté Malnutrition maternelle Violence familiale Manque d'accès aux soins prénatals	Abus de drogues et/ou d'alcool par le parent Parent fumeur Immaturité parentale	Incapacité cognitive du parent et absence de soutien Manque de préparation à la parentalité
Périnatale	Prématurité Traumatisme à la naissance Troubles néonataux	Manques d'accès aux soins périnataux	Rejet par le parent de la responsabilité de dispenser des soins à l'enfant Abandon de l'enfant par le parent	Manque de référence médicale pour les services d'intervention
Postnatale	Blessure traumatique cérébrale Malnutrition Méningo-encéphalite Troubles convulsifs Troubles dégénératifs	Incompétence du tuteur de l'enfant Manque de stimulation Pauvreté familiale Maladie chronique dans la famille Institutionnalisation	Agression et négligence envers l'enfant Violence familiale Mesures de sécurités inadéquates Privation sociale Comportement difficile de l'enfant	Habilité parentale déficitaire Diagnostic tardif Services d'intervention précoces et services spécialisés inadéquats Soutien familial inadéquat

Le contexte socio-économique joue un rôle certain dans la prévalence de la déficience intellectuelle avec une prévalence plus faible dans les milieux socio-économiquement favorisés. Parmi les facteurs de risques environnementaux, la déficience intellectuelle est plus fréquemment observée chez les enfants nés prématurés et/ou nés avec un retard de croissance intra-utérin. L'alcoolisation excessive maternelle serait la cause environnementale la plus fréquente.

Certains troubles neuro-développementaux peuvent être dépistés en pré ou post-natal. C'est le cas pour la trisomie 21. Ce dépistage était réservé initialement à certaines situations à risque, puis il a progressivement été proposé à toutes les femmes enceintes, quel que soit leur âge. Le test de Guthrie réalisé à la naissance permet notamment de dépister la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale. L'extension du dépistage néonatal à d'autres pathologies telles que le X fragile fait aujourd'hui débat.

2.5. Diagnostics différentiels

Même si le DSM-V n'indique pas de critère d'exclusion pour le diagnostic du trouble du développement de l'intelligence, il existe tout de même des diagnostics différentiels. Le plus important est de différencier la déficience intellectuelle des troubles des apprentissages scolaires.

Parmi les autres diagnostics différentiels nous retrouvons :

- Le trouble du spectre de l'autisme
- Le trouble de langage simple
- Les troubles spécifiques des apprentissages scolaires : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie
- Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Le trouble de l'attachement
- La surdité et la cécité

2.6. Comorbidités

De nombreux troubles sont associés à la déficience intellectuelle. Les comorbidités sont d'autant plus fréquentes lorsque la déficience est sévère. Peuvent être associés à une déficience intellectuelle :

- Des troubles psychiatriques : trouble oppositionnel avec provocation, trouble de l'humeur, trouble des conduites, trouble anxieux, trouble du sommeil.
- Des troubles non psychiatriques : trouble neurosensoriel (surdité, cécité), des problèmes de santé (surtout lorsque l'étiologie est génétique), des pathologies chroniques (vasculaires, cancers), une démence.

2.7. Examen médical et bilans

L'évaluation médicale d'une personne ayant une déficience intellectuelle commence toujours par une phase clinique. Elle comprend le recueil des informations familiales et personnelles du sujet, un examen somatique complet en insistant sur l'examen morphologique, puis un examen neurologique. Lors de l'interrogatoire avec les parents, le médecin pose des questions sur l'histoire familiale, la grossesse et l'accouchement, la période néonatale, le développement psychomoteur de leur enfant, sa scolarité, et sa croissance staturo-pondérale. L'histoire familiale est très importante puisqu'il y a une part des étiologies qui sont génétiques et héréditaires.

A l'issue de la phase clinique, des examens complémentaires peuvent être proposés comme l'Analyse Chromosomique sur Puce à ADN (ACPA) et la recherche d'une mutation du gène responsable du syndrome du X fragile.

Pour évaluer le QI, plusieurs échelles sont disponibles. Les échelles de Wechsler sont les plus utilisées en France et à l'étranger. Le *Wechsler Intelligence Scolaire for Children* (WISC) est le test de référence pour l'évaluation du QI chez l'enfant et le *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) pour les adultes.

2.8. En psychomotricité, que pouvons-nous apporter ?

En observant le développement psychomoteur de l'enfant, nous pouvons repérer des signes d'appels précoces. (23) Les signes neurologiques peuvent révéler un syndrome responsable de troubles neuro-développementaux. Parmi eux, nous pouvons observer en particulier :

- Une hypotonie néonatale,
- Des convulsions,
- Une microcéphalie,
- Des troubles de la succion,
- Des troubles de la déglutition.

Les échelles de développement telles que celles de Brunet-Lézine et de Vaire-Douret sont utiles pour évaluer précisément la posture, les coordinations, la motricité fine, le langage et les interactions sociales. Lorsque le psychomotricien reçoit en consultation un enfant qui a un retard de développement psychomoteur, son rôle est d'évaluer ce retard, d'en comprendre la cause et d'étayer l'enfant dans ses acquisitions psychomotrices.

La déficience intellectuelle ne se rééduque pas, en revanche nous pouvons travailler sur les troubles psychomoteurs associés tels que les :

- Troubles de l'organisation spatio-temporelle,
- Troubles de la latéralité,
- Troubles de la fonction tonique,
- Coordinations/dissociations,
- Troubles du schéma corporel,
- La motricité globale et fine,
- Hyperactivité, l'impulsivité et les troubles de l'attention
- Les praxies visuo-constructives

3. En quoi la déficience intellectuelle impacte-t-elle le développement de la conscience corporelle ?

3.1. L'annonce du handicap et les interactions précoces

Nous avons vu précédemment l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans le développement de la conscience corporelle de l'enfant, notamment dans les premières semaines de vie où l'enfant est totalement dépendant de son environnement. Nous avons aussi vu que la déficience intellectuelle peut être d'origine génétique et liée à une maladie ou à un trouble, identifiable dès la naissance. Il me semble important d'aborder les interactions et la mise en place du dialogue tonique lorsque le bébé « réel » ne ressemble pas au bébé « imaginaire et rêvé » des parents.

Le désir d'enfant comporte un aspect narcissique, c'est un désir de transmission. A la naissance, les parents sont confrontés à l'écart entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. Cependant, dans le cas de diagnostic de handicap, la différence est encore plus grande. S. KORFF-SAUSSE écrit dans son ouvrage Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste que « *l'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort* ». L'enfant sera difficile à accepter pour les parents puisque le handicap va les impacter dans leur narcissisme. (30 ; p43)

La mise en place des interactions précoces et des liens d'attachement entre le nouveau-né porteur de handicap et les parents sera plus difficile. Cette difficulté associée à celle de se reconnaître en son enfant peut être à l'origine de troubles de la communication tonico-émotionnelle et de troubles de l'ajustement tonique. Les parents ont besoin d'être informés, rassurés et soutenus sur le handicap de leur enfant pour pouvoir l'accepter et entrer plus sereinement en relation avec lui.

Le rôle primordial du regard de la mère dans la structuration de la personne a été mis en évidence par D. WINNICOTT. D'après lui, le visage de la mère est le précurseur du miroir c'est-à-dire que c'est dans le regard de la mère que l'enfant trouve ce qui est nécessaire pour prendre conscience de lui-même. Le bébé se voit dans les yeux de sa mère et voit les sentiments qu'elle éprouve en le regardant. Cela questionne sur les émotions que les parents ressentent à propos de leur enfant « différent », et sur ce que perçoit le bébé dans le regard de sa mère et à travers le dialogue tonico-émotionnel.

La mise en place des liens d'attachement, le partage affectif et l'ajustement réciproque par l'intermédiaire du dialogue tonico-émotionnel sont donc perturbés.

3.2. Les difficultés rencontrées pendant l'enfance

Je vais, dans cette partie, tenter d'expliquer comment et pourquoi le développement de la conscience corporelle est perturbé chez l'enfant ayant un trouble du développement intellectuel. Ce travail est complexe puisqu'il existe une multitude de tableaux cliniques et des degrés de sévérité pour la déficience intellectuelle. Chaque enfant se développe en fonction de ses difficultés, de ses relations avec son environnement et de son vécu.

Les auteurs tels que H. WALLON, S. FREUD ou J. PIAGET ont décrit le développement de l'enfant sous forme de « stades ». Je me suis moi-même appuyée sur ces théories pour expliquer la maturation des représentations du corps précédemment. Cependant, l'enfant porteur de handicap traversera les différents stades avec plus de difficultés.

Durant la période du corps subi, autres que les éléments identifiables à la naissance et les signes d'appels précoces énoncés précédemment, peu de différences sont repérées entre le développement moteur d'un enfant non déficient et celui d'un enfant déficient intellectuel. Il est plus fréquent que les difficultés soient observées lors de l'entrée à l'école.

La personne déficiente intellectuelle présente des **difficultés plus ou moins importantes pour l'ensemble des fonctions exécutives**. Il a été établi après de nombreuses investigations, que **la mémoire à court terme est limitée**. Or, la mémoire de travail occupe une place centrale dans l'acquisition de nombreuses compétences telles que le langage, la lecture, le calcul, le raisonnement, etc. **Ces limites cognitives entravent notamment l'accès à la fonction symbolique** qui apparaît au cours du stade du corps perçu. Cette fonction permet d'entrer dans le langage et dans les apprentissages détachés de tout support concret. **L'accès au langage écrit et oral, ainsi qu'aux mathématiques est donc plus compliqué** pour un enfant déficient intellectuel. Le langage est un outil qui facilite la prise de conscience corporelle par la dénomination des différentes parties du corps et la verbalisation des ressentis. Or il ne faut pas confondre parole et communication. Il n'est pas rare que les personnes déficientes intellectuelles présentent des troubles du langage et n'accède ni à la lecture, ni à l'écriture. Il existe cependant de nombreux autres moyens pour communiquer par des gestes ou avec des pictogrammes par exemple. **L'absence ou les troubles du langage vont donc complexifier le développement de la conscience corporelle de l'enfant déficient intellectuelle mais d'autres facteurs entrent aussi en jeu, notamment les difficultés de symbolisation, d'intégration et de mentalisation.**

De ce fait et selon le degré de la déficience intellectuelle, **l'enfant ne se reconnaît pas dans le miroir ou se reconnaît plus tardivement**. La reconnaissance dans le miroir est un stade important dans la différenciation de l'enfant et donc dans la conscience de soi. L'enfant déficient peut donc avoir des difficultés à se penser comme étant un être entier et séparé de l'autre.

Certains enfants déficients intellectuels présentent des comportements de recherche sensorielle permanents. Ces conduites permettent de se sentir exister, d'appréhender la limite entre l'extérieur et l'intérieur et donc la différence entre le soi et le non soi. Ce comportement répétitif atteste d'un manque d'intégration des sensations, l'enfant a besoin de rester dans un mode de relation sensorielle avec l'environnement. Cette difficulté à symboliser ses expériences, à leur donner du sens et à les contenir peut nous interroger sur l'intégration de la « fonction alpha » définie par W. BION.

Vignette clinique : Hayden, 10 ans, que je rencontre lors de mon stage à l'IMP

J'ai pu observer ce comportement de recherche sensorielle chez Hayden. Je l'ai vu de nombreuses fois marcher en appuyant son corps sur le mur. Cette disposition stimule tactilement le bras en appui, et le mouvement provoque des vibrations qui diffusent dans le corps, par le biais de notre squelette osseux. Le frottement émet également un bruit.

Je fais l'hypothèse que ce type de comportement aide Hayden à sentir et percevoir son corps comme entier et solide. C'est d'ailleurs, en partie pour cela, que le psychomotricien a choisi de recevoir Hayden, pour ses séances de psychomotricité, dans une salle de stimulations multi-sensorielles.

Il peut également résulter un manque de conscience corporelle lors de ses activités motrices. L'enfant déficient intellectuel va être en difficulté pour se saisir psychiquement de ce qu'il vit. **L'intégration des sensations**, notamment proprioceptives, **est perturbée** et donc par conséquent, **la régulation tonique plus complexe**. La personne déficiente intellectuelle peut avoir des difficultés à ajuster son tonus de façon adaptée à l'action ou à la situation. **L'orientation et le positionnement des différents segments du corps dans l'espace sont souvent peu précis**. **L'anticipation du geste va être également complexe puisqu'elle nécessite d'avoir une image mentale du mouvement à accomplir**.

Les difficultés d'intégration du schéma corporel peuvent entraîner des troubles praxiques et des maladresses. Ainsi, l'organisation spatio-corporelle se trouve souvent perturbée.

J'ai pu constater en stage qu'il est fréquent de retrouver des angoisses archaïques comme celle de morcellement chez les enfants et adolescents déficients. Cela laisse à penser qu'ils ne disposent pas d'une représentation globale et unifiée de leur corps.

Les processus de mentalisation, d'intégration des expériences corporelles et donc par conséquent l'accès aux représentations sont généralement entravés par la déficience intellectuelle. Ainsi, le développement de la conscience corporelle s'en trouve perturbé.

3.3. Les perturbations à l'adolescence

Dans les situations de handicap, l'adolescence soulève de nombreuses questions pour le sujet lui-même mais aussi pour ses parents et les professionnels qui l'entourent. Les recherches concernant l'adolescence de jeunes ayant une déficience intellectuelle sont rares, surtout dans le champ clinique.

Vignette clinique : Jordan, 13 ans, que je rencontre en stage à l'IMP sur le groupe
« Bouge ton corps ! »

Jordan a récemment changé de groupe de vie à l'IMP, il est passé du pôle enfant au pôle adolescent. Lors d'une discussion, il me demande ce qu'est l'adolescence. Je lui explique, avec des mots simples, que c'est un temps où l'enfant devient petit à petit un adulte, où le corps change, grandit... Il me répond qu'il n'est pas un adolescent et qu'il ne veut pas en être un, il veut rester un enfant. Au fil de l'échange, il me confie qu'il ne veut pas avoir de boutons sur le visage puisque les autres vont se moquer de lui.

L'entrée dans l'adolescence, pour un jeune ayant une déficience intellectuelle, est également marquée par les transformations du corps. **Dans la majorité des cas, la déficience intellectuelle n'a pas d'impact sur l'évolution hormonale est physiologique de la puberté.** Un retard de développement pubertaire peut s'observer dans des déficits d'origine prénatale ou génétique. **Le décalage entre l'apparence physique et le niveau intellectuel** se marque de plus en plus. Le trouble du développement intellectuel peut mettre en difficulté l'adolescent pour comprendre ses changements pubertaires et prendre conscience de son corps changeant.

Au niveau psychique, la personne déficiente intellectuelle est confrontée à divers conflits :

- Conflit entre le désir d'autonomie et sa situation de dépendance en lien avec son handicap,
- Conflit entre le désir de se conformer à l'enfant idéalisé des parents et les changements pubertaires qui le poussent à devenir un adolescent, puis un adulte,
- Conflit entre le fait d'avoir une déficience intellectuelle et de devenir adolescent.

Face à la réactivation de désirs œdipiens, un conflit survient pour la personne déficiente intellectuelle entre le désir de prendre de la distance avec ses figures parentales et sa dépendance à eux. Le jeune se retrouve souvent dans un entre-deux insatisfaisant. En effet, le trouble du développement intellectuel peut entraver l'autonomisation de la personne. Il sera plus difficile pour les personnes atteintes de cette pathologie d'être autonomes dans leurs déplacements ou de se servir d'internet. Leur ouverture au monde se trouve donc plus limitée.

Les limites cognitives peuvent représenter **un frein dans le travail d'élaboration des pulsions et des changements pubertaires**. On retrouve fréquemment, chez les enfants et adolescents déficients intellectuels des difficultés pour parler d'eux spontanément, exprimer leurs affects ou une pensée sans « plaquer » le discours de l'autre, de l'adulte. Ainsi, intégrer puis verbaliser leurs ressentis est complexe pour eux.

Dans l'approche psychodynamique domine l'idée selon laquelle la déficience intellectuelle, comme la plupart des situations de handicap, compromet le processus d'adolescence. L'importance du rôle de l'entourage, notamment celui des parents est soulignée. Les transformations pubertaires obligent l'entourage à penser la sexualité de leur enfant mais aussi son avenir, ce qui est souvent source d'inquiétudes pour les parents. L'adolescence est cependant fréquemment « passée sous silence » et le jeune manque d'informations pour comprendre tous ces changements et ce qui se passe en lui. Le vécu de l'adolescence, chez les personnes déficientes intellectuelles, est marqué par plus d'angoisse et d'insécurité souvent dû à la surprotection de la part des parents ; bloquant ainsi l'accès de l'enfant à une autonomie sexuelle, affective et à des relations extra-familiales. Le rôle de l'adulte est de mettre des mots sur cette période d'adolescence pour aider le jeune à développer sa connaissance de soi et s'autonomiser. (33)

Les difficultés rencontrées durant l'enfance dans le développement de la conscience corporelle sont toujours présentes à l'adolescence. **L'intégration du schéma corporel, la construction de leur image et représentation du corps qu'ils essayaient de mener à bien sont chamboulés par cette période. Les limites cognitives rendant difficile la compréhension des phénomènes liés à l'adolescence, complexifient la prise de conscience du corps changeant.**

3.4. Ce qu'ont démontré certaines expériences

« Le dessin de l'enfant est une épreuve complexe qui intéresse divers niveaux d'activités, ces niveaux étant liés aussi bien à l'intelligence de l'enfant qu'à sa maturité motrice ou affective, à son adaptation émotionnelle et sociale et à sa façon de vivre sa vie. »

A. ABRAHAM (38 ; p217)

Parmi les principaux facteurs qui participent à l'élaboration des représentations du corps, le facteur intellectuel a été un des premiers avoir été mis en évidence. En 1926, F. GOODENOUGH conçut le Test du Bonhomme et élaborait une échelle d'évaluation en terme de quotient intellectuel. Cependant, l'étude du dessin n'est pas la seule approche qui nous permet d'appréhender les rapports entre l'intelligence et le schéma corporel. Les épreuves d'imitation de gestes, les tests sur le schéma corporel et l'étude du comportement de l'enfant face au miroir, constituent également des voies d'exploration de la maturation des représentations du corps.

BRILL en 1937, utilisa l'échelle de GOODENOUGH pour comparer les résultats de jeunes garçons dont le QI correspondait à la moyenne, à ceux d'un groupe de garçons déficients intellectuels (appelé « arriérés » par BRILL). **Il observa que le groupe de garçons déficients avait obtenu des résultats plus bas au test du bonhomme.** D'autres auteurs tels que McELWER et WINTSH, ont analysé divers dessins d'enfants déficients intellectuels et ont remarqué que les dessins étaient peu riches et immatures. **Ils en conclurent que la déficience intellectuelle a un impact sur la production du dessin du bonhomme ; et donc sur la maturation des représentations du corps de l'enfant.**

DAURAT-HMELJAK et GREBOT, en 1969, étudièrent les résultats d'enfants déficients intellectuels à l'épreuve du schéma corporel. **Tous les résultats obtenus étaient inférieurs à ceux d'enfants du même âge non déficients.**

SHENTOUB et SOULAIRAC soulignèrent que les enfants déficients intellectuels présentent des troubles du schéma corporel, en conséquence de leurs troubles du développement psychomoteur ; mais aussi des troubles de la sociabilité quand il y a une carence familiale. **Ils mirent ainsi en avant l'impact du milieu familial dans la survenue de troubles.** (38 ; p214)

Nous constatons que la somatognosie et la connaissance du corps sont souvent peu riches. Ces expériences laissent à penser que la déficience intellectuelle entrave l'intégration des aspects gnosiques du schéma corporel, ainsi que la maturation des représentations du corps. L'apprentissage du vocabulaire spécifique du corps est en effet perturbé par l'immaturité cognitive.

Le dessin étant un élément symbolique, il y a un réel intérêt avec les personnes déficientes intellectuelles, à utiliser d'autres tests complémentaires ne faisant pas appels à la représentation graphique et n'évaluant pas uniquement les aspects gnosiques du schéma corporel.

Ces résultats nous donnent de nouveaux éléments de compréhension sur la conscience corporelle de l'enfant déficient intellectuel.

Partie III- Comment le
psychomotricien aide-t-il la personne
déficiente intellectuelle à prendre
conscience de son corps à
l'adolescence?

1. Le dialogue tonico-émotionnel et la conscience corporelle en psychomotricité, auprès d'adolescents déficients intellectuels

La conscience corporelle et les représentations du corps sont des concepts importants en psychomotricité. Tout d'abord, la rééducation des troubles du schéma corporel est spécifiée dans notre décret de compétences datant du 6 mai 1988. Il est également notifié que nous contribuons « *au traitement des déficiences intellectuelles, [...], des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles, et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* ». (22) La conscience corporelle est par ailleurs, la structure même du psychomotricien. Il la développe par des activités à médiation corporelle.

Le dialogue tonico-émotionnel est un outil thérapeutique fondamental. Il passe divers canaux de communication que le psychomotricien doit repérer tout d'abord sur lui, puis sur son patient. Pour cela, le psychomotricien doit être attentif :

- A sa posture c'est-à-dire à la façon dont il se tient corporellement ;
- A l'endroit où il se place dans la salle par rapport à l'espace et en fonction des autres personnes présentes. Il doit être capable de changer de place s'il l'estime nécessaire ;
- Aux modifications toniques de son propre corps ;
- A la vitesse, l'amplitude et la précision de ses gestes ;
- A ses mimiques qu'il utilise volontairement ou non ;
- Au regard qu'il porte.

Par l'observation et l'analyse ses propres canaux de communication et de ceux qu'utilisent son patient, le psychomotricien s'adapte corporellement. Cette adaptation permanente est possible par la conscience corporelle dont il dispose en séance. Elle nécessite une forte concentration et demande une analyse continue de la situation.

Nous avons vu que la déficience intellectuelle a un impact sur le développement de la conscience corporelle. A l'adolescence, l'enfant peut se sentir « dépasser » par ses changements physiques et ne va pas investir son corps de la même façon. L'adolescent déficient peut être en difficulté pour mettre des mots sur ses ressentis, ses affects ou pour parler de son corps. Nous pouvons observer aussi des adolescents qui évitent toutes activités ou discussions mettant le corps en avant.

En psychomotricité, nous sommes formés et nous disposons de nombreux outils pour aider l'adolescent à s'approprier son « nouveau » corps, à en prendre conscience, à le vivre. Par exemple, la mise en place d'une relation de confiance, d'une alliance thérapeutique et de propositions de plaisir moteur, ainsi qu'en se mettant en jeu lui aussi corporellement, le psychomotricien peut amener petit à petit l'adolescent à se centrer sur son corps et à exprimer ses éprouvés. L'exploration du dialogue tonico-émotionnel est un très bon outil dans le processus de prise de conscience corporelle en psychomotricité.

E. PIREYRE dit dans son ouvrage Clinique de l'image du corps, au sujet de la prise de conscience du corps, qu'« *en permettant une authentique reconnexion du patient avec son corps, avec ses émotions et, éventuellement en relançant le processus d'association d'idées, elle est un vrai processus thérapeutique. La psychomotricité y trouve une puissante légitimité théorique et pratique.* » (34 ; p 207) En effet, proposer une séance de psychomotricité sur la prise de conscience du corps fait émerger des émotions qui sont liées à des souvenirs. Cela peut expliquer pourquoi certaines personnes ont plaisir à se « déconnecter » de leur corps, pour s'éloigner de souvenirs désagréables.

Les émotions circulent dans la relation. Par la perception et l'analyse des communications corporelles, le psychomotricien peut aider l'adolescent à explorer ses émotions et à les nommer. Il l'amène ainsi à prendre conscience de ses émotions et à en faire le lien avec sa posture. Cela demande à l'adolescent de porter attention à son état tonique.

Lorsque nous travaillons avec un ou des adolescent(s), nous devons nous questionner sur la distance relationnelle à avoir et sur le choix de nos médiations thérapeutiques. L'adolescent est tiraillé entre son besoin d'être soutenu et son désir d'éprouver sa liberté. Or, l'adolescent trouve dans sa relation avec l'adulte, des appuis qui vont lui permettre de s'identifier et d'élaborer ce qui se passe en lui. La distance que nous instaurons avec notre patient adolescent doit être pensée.

Avant de proposer une séance où le corps est mis en avant, avec un adolescent, il faut tout d'abord bien déterminer les objectifs et savoir pourquoi on utilise une médiation corporelle. Comme le dit C. POTEL, « *le paradoxe est de proposer à la fois des excitations corporelles en même temps que de rester vigilant quant au risque de débordement pulsionnel.* » (36 ; p7)

Elle décrit deux risques aux médiations corporelles pour les adolescents :

- Le risque d'être une source d'anxiété et une menace insupportable pour l'adolescent. Il peut se sentir infantilisé et ne pas répondre à notre sollicitation.
- Le risque d'une séduction trop directe, où nous sommes trop proche des sources de l'excitation du sexuel. Les propositions s'adressant directement au corps peuvent être ressenties comme des tentations incestueuses. L'anxiété et l'excitation risquent d'érotiser la relation et donc contre-indiquent ce type de travail thérapeutique.

Pour proposer une séance de psychomotricité, le psychomotricien doit faire un choix sur le type de prise en charge et le ou les médiateur(s) qu'il utilisera, en fonction du projet personnalisé de l'adolescent et de la demande plus ou moins explicite du patient.

Dans cette partie, je vais m'appuyer sur les séances de psychomotricité du groupe « Bouge ton corps ! » et de Tim, pour illustrer le travail du psychomotricien autour de la conscience corporelle, avec des adolescents déficients intellectuels. Je montrerai aussi l'apport du dialogue tonico-émotionnel dans ce travail.

2. « Bouge ton corps ! » : un exemple de prise en charge groupale

2.1. Présentation de l'Institut Médico-Pédagogique

Je participe au groupe « Bouge ton corps ! » dans le cadre de mon stage à l'institut médico-pédagogique (IMP). Au cours de ce stage je rencontre également Tim dont je vous parle à la fin de mon mémoire.

Cette structure accueille des enfants et adolescents de 6 à 20 ans, présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne pouvant s'accompagner de troubles associés. La procédure d'admission fait suite à la demande des parents qui ont une notification délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'équipe pluridisciplinaire est sous la responsabilité du Directeur. Elle se compose d'une équipe éducative, pédagogique, thérapeutique et d'assistance sociale. Divers professionnels de santé sont présents au sein de l'IMP tels qu'un médecin psychiatre, des psychologues, des psychomotriciens, une infirmière et une orthophoniste. Ils accompagnent les jeunes dans leurs difficultés d'investissements intellectuels, dans la prise en charge des troubles instrumentaux notamment du langage oral et/ou écrit, des troubles psychoaffectifs, comportementaux, des troubles variés de la personnalité et des troubles du développement psychomoteur.

Je suis en stage dans cet établissement un jour par semaine, depuis octobre 2019 jusqu'en juin 2020. Au cours de la journée, je participe à des temps variés :

- Une prise en charge groupale intitulée « Bouge ton corps ! »,
- Une séance de stimulations multi-sensorielles avec deux enfants, co-animée par le psychomotricien et la psychologue,
- Des séances individuelles de psychomotricité,
- Un temps de passation de bilan psychomoteur,
- Des réunions d'équipe pluridisciplinaire.

Je vais maintenant vous présenter le groupe, son cadre, son fonctionnement et ses objectifs. Ensuite, j'expliquerai en quoi cette prise en charge groupale participe à la prise de conscience du corps chez ces adolescents déficients intellectuels.

2.2. Les apports du groupe

La situation groupale est intéressante en psychomotricité. Elle permet d'appréhender la subjectivité et de mieux comprendre leur position dans les relations intersubjectives. Le groupe permet donc la socialisation, la personne doit adapter sa position et son comportement en fonction des autres membres du groupe. Chacun exprime quelque chose de soi dans la rencontre avec les autres, qu'il est intéressant d'observer.

La dynamique de groupe est intéressante avec les enfants pour qui la relation duelle est difficile. L'adulte ne porte pas le regard que sur lui mais sur tous les membres du groupe, ainsi, l'enfant ou l'adolescent peut se sentir plus à l'aise. A l'inverse, le groupe nous soumet au regard des autres, ce qui peut s'avérer d'autant plus compliqué à l'adolescence.

Le groupe apporte donc une autre dynamique qu'une prise en charge individuelle. Les jeunes s'encouragent lorsque l'un d'entre eux se trouve en difficulté, ou encore se donnent des conseils. Ils se soutiennent aussi lorsque certains n'osent pas parler ou quand le mot manque, ils s'entraident en formulant ce que leur camarade a du mal à exprimer. Le groupe est favorable à l'expression et permet un mouvement d'affirmation de soi et de différenciation. Il joue donc un rôle de soutien narcissique.

Pour le psychomotricien, une prise en charge groupale peut également permettre un travail en duo avec un autre professionnel. Le croisement des regards et des méthodes entre les deux professionnels enrichit la prise en charge.

2.3. Le cadre thérapeutique

C. BALLOUARD écrit dans son ouvrage Le travail du psychomotricien qu' « *un cadre contenant 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 disparaître.* » (4)

En effet, en psychomotricité, il n'y a pas de règles univoques mais il y a un cadre délimité et défini en fonction du contexte, dans un espace-temps. Le cadre doit être contenant pour permettre la rencontre et des échanges.

D. ANZIEU compare le cadre à un « contenant maternel », une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer. (3)

C. POTEI définit dans son livre Etre psychomotricien (35), les conditions nécessaires pour que le cadre soit thérapeutique et que le travail du psychomotricien puisse se faire :

- Un lieu contenant où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps,
- Une durée et une régularité dans le temps pour qu'elle s'intègre comme repère,
- Du matériel que le psychomotricien choisit, les objets sont supports aux intégrations et à l'imaginaire,
- Un encadrement, c'est-à-dire si le psychomotricien travail seul ou à deux en co-animation, la présence d'un stagiaire remodèle l'encadrement de la prise en charge,
- Les conditions de fonctionnement institutionnel puisque le cadre thérapeutique s'intègre dans une institution.

A cela, nous pouvons ajouter la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien. C'est au travers de sa posture, de son attitude et de ses comportements que le cadre sera respecté. Il est garant du cadre, mais aussi de la sécurité physique et psychique des participants.

En groupe, le cadre constitue un repère, il doit être le même d'une séance à une autre. Des règles sont inhérentes à la vie ensemble et offre une place à chacun dans le groupe. Avec des enfants et des adolescents, le cadre doit être clair et structurant afin de limiter les débordements d'excitation.

2.3.1. L'encadrement et les participants

Le groupe « Bouge ton corps ! » est co-animé par le psychomotricien et une éducatrice. Il est proposé à quatre enfants/adolescents de tout à âge et de tout groupe de l'IMP. Cette année, les jeunes ont entre 12 et 15 ans, je parlerai donc plutôt d'adolescents. C'est un atelier ouvert, c'est-à-dire que si le groupe ne convient plus à un enfant, il pourra s'en détacher. A l'inverse, ceux à qui l'atelier répond à leurs envies et à leurs projets thérapeutiques et éducatifs évoqués en équipe pluridisciplinaire pourront s'y intégrer. Cette année, je suis également présente sur cet atelier.

Afin de garder anonyme le nom des jeunes accueillis sur le groupe, je les nommerai Jordan, Tiffany, Ana et Sandra.

2.3.2. La structuration de l'espace

L'atelier a lieu dans le gymnase de l'institution. C'est une très grande pièce vide avec seulement un peu de matériel dans un coin. A côté se trouve une seconde pièce, des vestiaires et des sanitaires qui sont aussi à notre disposition. A chaque espace a été attribuée une fonction :

- Les vestiaires sont les espaces réservés aux enfants. Ils y vont pour se changer, mettre leur tenue souple pour l'atelier. Il y a un vestiaire pour les filles et un autre pour les garçons afin de respecter l'intimité de chacun.
- Dans un coin de la pièce principale, nous installons des bancs en U, où nous nous retrouvons à chaque début de séance.
- Le reste de la pièce est destiné à l'activité, la proposition du jour.
- La seconde pièce nous sert à la fin de l'atelier pour un retour au calme.

Structurer l'espace permet aux adolescents de mieux se repérer dans les lieux et de se les approprier puisque ce sont toujours les mêmes. L'espace est donc connu et rassurant.

2.3.3. La structuration du temps

L'atelier a lieu tous les jeudis matin de 9h à 10h20. Il est marqué par divers rituels qui structurent le temps et l'espace. Les rituels créent un rythme repérable par les adolescents, ils apportent de la régularité et un sentiment de sécurité. L'atelier se déroule toujours de la façon suivante :

- 1) Les adolescents arrivent et nous disent bonjour.
- 2) Ils vont se mettre en tenue dans leurs vestiaires. Pendant ce temps, nous préparons le matériel pour l'atelier qui se présente principalement sous la forme de parcours moteurs.
- 3) Ils installent leurs tapis, avec notre aide, dans la seconde pièce pour la fin de l'atelier et choisissent une couverture qu'ils déposent sur leur tapis.
- 4) Nous nous installons tous ensemble sur les bancs, enlevons nos chaussures si cela n'est pas déjà fait, et nous prenons un temps d'échange pour savoir comment va chacun aujourd'hui...
- 5) Nous allons chercher le gros dé en mousse (qui est toujours le même), chaque adolescent choisi un numéro, puis nous lançons le dé pour connaître l'ordre de passage.
- 6) Un adulte explique et/ou réalise en démonstration le parcours.

- 7) Les adolescents passent chacun leur tour sur le parcours, qui se modifie peu à peu en fonction des capacités et des difficultés de chacun.
- 8) Pour les 15-20 dernières minutes, nous passons dans la seconde salle, chacun s'installe sur un tapis avec une couverture, pour un retour au calme.
- 9) Les adolescents rangent leur couverture et leur tapis.
- 10) Ils vont ensuite se changer, nous disent au revoir et partent en récréation.

2.4. Objectifs de la prise en charge

D'un point de vue psychomoteur, l'atelier a divers objectifs :

- Favoriser l'investissement corporel et l'expressivité motrice en proposant des parcours faisant appel à l'équilibre statique et dynamique, aux coordinations et dissociations dynamiques générales, aux coordinations bi-manuelles, oculo-manuelles et visuo-pédestres ;
- Développer des stratégies psychomotrices adaptées et efficaces lors de la réalisation des parcours ;
- Favoriser l'exploration sensori-motrice en mettant en jeu les sens vestibulaire, proprioceptif, auditif, visuel et tactile ;
- Accompagner l'enfant dans la gestion de ses émotions en cas de réussite ou de difficulté ;
- Favoriser l'intégration dans un groupe, les interactions sociales et l'entraide ;
- Favoriser l'estime de soi ;
- Favoriser la confiance en soi et la confiance en l'autre en réalisant le parcours seul, en binôme ou à plusieurs ;
- Développer la conscience corporelle de l'enfant notamment dans l'élaboration de sa représentation du corps par l'intégration de son schéma corporel et de l'image du corps.

Le principal mot d'ordre reste avant tout le plaisir moteur.

2.5. En quoi ce groupe participe-t-il à la prise de conscience du corps pour ces adolescents déficients intellectuels ?

- **Les différents types de déplacement**

Selon les parcours, nous proposons aux adolescents d'avancer, sur une distance déterminée, en rampant sur le ventre ou sur le dos, à quatre pattes, en sautant, en tournant, etc. Cela peut être proposé en ligne droite ou nécessaire pour passer sous un tunnel, au-dessus ou en dessous d'un obstacle ou passer d'un cerceau à un autre par exemple. Il existe un grand nombre de déplacements différents possibles.

Lorsque l'être humain a acquis la station debout et la marche, il retourne peu au sol pour se déplacer. En effet, la marche demande moins d'énergie qu'un déplacement rampé ou à quatre pattes. Ces déplacements sont aussi souvent associés à ceux du jeune enfant, il y a un côté régressif dans ces propositions mais qui peuvent être très intéressantes et bénéfiques pour le redressement de l'axe et dans la régulation tonique en station debout et lors de la marche.

Ramper sur le ventre nécessite que la personne s'allonge au sol. Cela peut être difficile pour certains selon leurs expériences de vie personnelle et les représentations de l'enfant. Etre au sol réduit notre champ de vision et nous rend plus petit que les autres. L'adolescent peut ressentir un sentiment de dominé/dominant où lui serait le plus faible.

Pour pouvoir avancer en rampant, l'adolescent doit avoir le tonus nécessaire pour relever sa tête et coordonner le haut et le bas de son corps par des mouvements controlatéraux.

Vignette clinique : Sandra

La coordination des membres supérieurs et inférieurs est difficile pour Sandra. Lorsqu'elle porte attention à ses mains ou à ses bras, le bas du corps est comme « oublié ». Lorsque nous lui proposons de se déplacer en rampant à plat ventre, elle accepte et s'allonge sans difficulté. Pour avancer, elle plie les membres controlatéraux mais ne prend pas appuis sur ses orteils, elle n'avance qu'à la force des bras avec un appui fort sur les avant-bras. Elle s'aide également des mouvements d'inclinaison de la colonne vertébrale pour avancer. Sa stratégie est efficace mais lui demande beaucoup d'énergie. Nous accompagnons Sandra dans ce déplacement en posant une main sous le pied de sa jambe fléchie, pour l'inciter à y prendre appui et en verbalisant le mouvement. Ainsi Sandra comprend que ses bras et ses jambes peuvent fonctionner ensemble pour l'aider à avancer et qu'ils sont reliés par le tronc.

Cet accompagnement par un dialogue tonique participe à l'intégration de son schéma corporel, à l'ajustement de ses représentations du corps et l'amène à une conscience de son corps en mouvement.

Ramper sur le dos est une expérience encore différente. Il n'est pas simple de se représenter et d'avoir conscience de la face arrière de notre corps puisque nous n'y avons pas accès par le regard. Pour A. BULLINGER, l'enfant prend conscience de son arrière-plan lors de la construction de l'espace du buste. Cela est favorisé lors des moments de portage et de soins notamment. Cependant, depuis les enfants ont grandi et la zone dorsale est beaucoup moins stimulée. Il est donc intéressant de proposer un déplacement sur le dos même si ce n'est pas le plus simple. Le champ de vision est encore différent, l'adolescent voit le plafond ou face à lui s'il s'appuie sur ses avant-bras, mais il ne voit pas le parcours, il doit tourner la tête pour regarder où il va. Il doit donc porter son attention à sa verticalité et à son sens de direction.

La quadrupédie ou les déplacements à quatre pattes font appel aux coordinations/dissociations des membres inférieurs et supérieurs. Il en existe une multitude : sur les mains, les avant-bras, les pieds, les genoux, avec des mouvements controlatéraux ou homolatéraux, coordonnés ou dissociés.

Nous proposons aussi parfois des déplacements libres où l'adolescent choisit une façon d'avancer. Cela nous permet d'observer sa motricité spontanée, ses représentations du geste et ses stratégies motrices, si elles sont adaptées à la distance à parcourir et s'il peut ajuster sa stratégie si elle s'avère trop coûteuse. L'observation de la motricité spontanée est riche en éléments cliniques. Elle met en avant l'autonomie de la personne et nous renseigne sur sa créativité et sa personnalité. Elle se base sur l'utilisation du corps de façon intuitive. Sur le plan tonico-émotionnel, la liberté de mouvement peut sidérer le jeune, le rendre timide. La motricité libre peut donc mettre en avant des difficultés d'investissement spontané du corps qui seront repérées par le psychomotricien et travaillées.

- **Les sauts**

Dans le parcours, nous pouvons proposer une série de sauts à pieds joints, à cloche pied, ou sauter sur le trampoline. Observer les sauts de l'adolescent nous permet d'apprécier son équilibre dynamique. Afin de se propulser, l'adolescent doit se tenir droit et placer son centre de gravité dans son axe, ni trop en avant, ni trop en arrière, pour pouvoir se propulser plus aisément. Il doit également prêter attention à ses pieds et ses jambes et recruter le tonus nécessaire pour l'impulsion. Un enfant hypotonique peut manquer d'élan et d'impulsion pour se propulser suffisamment loin. Des rigidités toniques peuvent être observées sur les membres supérieurs et le visage lors des sauts.

Vignette clinique : Tiffany

Le niveau de fatigue de Tiffany se lit dans sa posture. Lorsqu'elle se trouve plus fatiguée, elle est plus hypotonique, son axe vertébral est légèrement en flexion, surtout au niveau cervical et dorsal, et par conséquent son centre de gravité est plus vers l'avant ; ce qui la déséquilibre lors de la réalisation du parcours. Ce jour-là, au cours du parcours, les adolescents devaient sauter sur le trampoline et s'aider de son rebond pour se propulser sur le tapis juste devant. Tiffany présente aussi une hypotonie distale, principalement au niveau des chevilles et des pieds qui la met en difficulté pour se propulser. De plus, par son centre de gravité plus en avant, elle était déséquilibrée sur le trampoline. Elle a su, sans l'étayage de l'adulte, être à l'écoute de ses sensations, trouver des stratégies et s'y reprendre plusieurs fois, jusqu'à se redresser suffisamment et se sentir prête à sauter sur le tapis.

Au niveau de la conscience corporelle, les sauts demandent à la personne de porter son attention principalement sur ses membres inférieurs. Le tonus recruté y est plus important. Le niveau de conscience du haut du corps est souvent plus faible au cours du saut, et des raideurs peuvent apparaître sans que le sujet ne s'en rende compte.

Dans ce contexte, le but premier est de travailler autour de l'impulsion et de la propulsion en se focalisant prioritairement sur les membres inférieurs.

- **Grimper**

Au cours de l'atelier, les adolescents peuvent être amenés à grimper aux espaliers et à passer de l'un à l'autre, à escalader un gros matelas disposé en pente ou encore grimper sur des blocs de motricité de différentes hauteurs.

Pour réussir à grimper sur un bloc de motricité, l'adolescent doit prendre appui sur ses mains et se propulser pour faire passer ses jambes. Cette coordination peut être difficile à trouver lorsque le haut et le bas du corps sont très dissociés. Dans ce cas, le rôle du psychomotricien est d'accompagner l'adolescent dans l'expérience, à ce qu'il porte son attention sur certaines parties de son corps afin de trouver la bonne stratégie motrice pour gravir l'obstacle. Grimper peut faire apparaître des craintes ou des appréhensions, notamment la peur de tomber ou d'être trop lourd.

Vignette clinique : Jordan

Jordan est un adolescent en surpoids et qui a vécu de nombreuses opérations orthopédiques au niveau des chevilles dans son enfance. Il doute de ses possibilités et de ses capacités.

Lors de ses premières séances avec le groupe, il avait besoin d'être rassuré par l'adulte sur sa capacité à pouvoir grimper sur les blocs de motricité. Les encouragements des autres adolescents du groupe et l'étayage des adultes ont été très porteur pour lui. Le psychomotricien disposait sa jambe devant l'obstacle pour que Jordan puisse prendre appui dessus. Il y est parvenu rapidement en adoptant des coordinations haut/bas et controlatérales adaptées. Jordan a su se souvenir de ce moment pour demander de l'aide à nouveau et aujourd'hui, il grimpe sur les blocs sans craintes apparentes.

Jordan refuse de monter sur les espaliers. Avec l'étayage du psychomotricien, il accepte de monter au premier barreau mais il en redescend rapidement pour passer à la suite. Les fois suivantes, il refuse catégoriquement de grimper à l'échelle pour chercher l'objet qui a été déposé tout en haut. Il trouve des stratégies de contournement efficace en se hissant sur la pointe des pieds pour l'attraper ou en sautant pour le faire tomber. Jordan peut également se trouver anxieux face à la hauteur d'un obstacle. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il refuse de grimper à l'espalier par peur de tomber et par crainte de ne pas y arriver.

Une fois monté sur la structure il faut parvenir à y descendre. Pour cela, l'adolescent doit observer pour appréhender la distance qui le sépare du sol et trouver une stratégie efficace pour descendre en sécurité.

Pour grimper à l'espalier, l'adolescent doit recruter suffisamment du tonus dans les bras. La peur de tomber associée à un recrutement excessif de tonus amènera à la tétanie des membres. Pour les enfants dont la déficience intellectuelle est d'origine neurologique, il peut y avoir un trouble de la régulation tonique associé, dû à une perturbation de la maturation tonique. Puisque le tonus mature selon la loi céphalo-caudale et proximo-distale, ces personnes-là peuvent manquer de tonus au niveau des extrémités des membres. Ils se trouveront donc en difficulté pour grimper notamment à l'espalier et pour passer de l'un à l'autre.

- **Observer**

L'observation et le regard des autres est fortement présent dans un groupe, il peut être valorisant et motiver le jeune à faire de son mieux, mais il peut être aussi facteur de stress et de peur de ne pas y arriver. C. POTEL disait qu'à l'adolescence, « *le corps qui change, c'est aussi le regard des autres sur le corps qui va changer de tonalité.* » (37) Les relations entre les filles et les garçons vont aussi évoluer et être dans des rapports de séduction ou de fuite.

Le groupe « Bouge ton corps ! » est un espace où nous pouvons jouer avec ce regard et l'observation de l'autre, en proposant par exemple des jeux d'imitation de postures.

Il arrive qu'à la fin du parcours, nous proposons à l'adolescent une posture qu'il doit imiter, mémoriser puis présenter au jeune suivant. Le jeune suivant doit lui aussi reproduire la posture à l'identique pour avoir le top départ et faire le parcours. Nous pouvons proposer aussi des séances sans parcours, avec divers jeux de postures. Cela fait appel à différents domaines :

- L'observation du corps de l'autre et de l'orientation spatiale des membres, pour reproduire la posture par imitation ou pour le corriger lorsque nous sommes le modèle,
- Retranscrire la posture sur son corps qui dépend de notre organisation spatio-corporelle. L'imitation en miroir ou en vérité nous donne des informations supplémentaires sur l'intégration du schéma corporel,
- Mémoriser la posture quelques secondes : mémoire sensorielle visuelle et proprioceptive essentiellement,
- Etre capable d'inventer et de proposer des postures stables quelques secondes, en tenant compte des capacités et incapacités posturales de l'autre.

Vignette clinique : Ana

Ana cherche souvent à attirer le regard et l'attention de l'adulte lors de la réalisation du parcours. Elle semble apprécier être observée et félicitée.

J'ai remarqué cependant qu'il était plus difficile pour elle d'inventer et de proposer une posture à un camarade ou à un adulte. Toute l'attention est portée sur elle à ce moment-là et elle est en difficulté pour élaborer une posture. Lorsque nous l'étayons et l'aidons avec des propositions, elle nous imite timidement.

Pourquoi Ana se trouve-t-elle en difficulté dans cette situation-là ?

Plusieurs hypothèses sont plausibles :

- Ana est submergée par l'émotion que tous les regards sur elle lui procurent et se trouve en difficulté pour se concentrer et recruter le tonus nécessaire pour créer une posture.
- Ana a peur de proposer une « mauvaise » posture, qui ne plaira pas à son camarade ou qui ne répondra pas à la consigne.
- Ana manque de créativité, ce qui la met en difficulté dans la création d'une posture.

En proposant ces jeux de postures, nous participons à l'intégration du schéma corporel en s'appuyant sur le système visuel et proprioceptif principalement et sur ce qui est déjà intégré du schéma corporel chez l'enfant. L'adolescent déficient intellectuel présente souvent des troubles du schéma corporel mais au cours de son développement il a tout de même intégré des sensations, des perceptions. Par exemple, si l'adolescent observe que la position comporte un bras à l'horizontal, selon l'intégration de son schéma corporel, il pourra imiter instantanément la posture sans être obligé de regarder son propre bras avant de le lever. Il pourra, cependant, être en difficulté pour mobiliser spontanément et simultanément un membre supérieur et inférieur, un membre à droite et à gauche ou dans l'axe.

Le psychomotricien accompagne l'adolescent dans l'imitation et la conscience de son corps et de ses membres dans l'espace. Il met aussi des mots sur les différences inter-individuelles c'est-à-dire les possibilités motrices et posturales de chacun en fonction de sa morphologie, de ses douleurs et de sa laxité ligamentaire notamment. De cette façon le psychomotricien accompagne l'adolescent, à prendre conscience de son corps différent du corps d'autrui, qui change et évolue rapidement au cours de l'adolescence.

Nous faisons aussi des propositions dans le parcours où l'on se coupe du regard de l'autre. C'est le cas dans le tunnel ou derrière un gros tapis par exemple. Dans ce type de situation, en fonction du niveau d'intégration de la théorie de l'esprit chez l'enfant, il sait plus ou moins que nous ne voyons pas ce qu'il fait. Pour l'enfant qui a compris qu'une fois sous le tunnel, on ne le voyait plus, divers comportements peuvent être observables. L'enfant peut ne pas être rassuré et avoir besoin du soutien de l'adulte pour passer cette étape. L'adulte peut alors se déplacer pour l'avoir dans son champ de vision ou se rapprocher de lui. Parfois une simple réassurance verbale pour signifier notre présence et l'encourager suffit. A l'inverse, ne plus être observé par le reste du groupe peut être vécu comme « libérateur ». L'enfant peut se permettre plus de choses et de nouvelles stratégies motrices peuvent émerger. C'est aussi un espace de retrait où il se sent contenu, en sécurité et où il peut se poser corporellement et psychiquement.

Créer des situations au sein du parcours à deux ou trois et isolés du regard des autres membres de groupe est très intéressant. Cela donne une autre dynamique, un autre cadre que les enfants et adolescents peuvent saisir pour nous montrer ce qu'ils veulent faire spontanément ou ce qu'ils savent faire mais qu'ils n'osaient pas montrer devant le groupe.

- **Temps calme**

Nous proposons à la fin de la séance, un retour au calme dans une seconde pièce mitoyenne. Le parcours peut entraîner une forte excitation motrice ou à l'inverse de la fatigue. Ce temps est investi et très apprécié par les adolescents.

Le temps calme favorise la régulation du tonus et des émotions. Il permet aussi à l'adolescent d'être mieux disposé pour retourner sur le groupe par la suite. Chaque jeune est sur son tapis qui délimite son espace à lui. C'est un espace propice au lâcher prise où l'adolescent se pose.

Au cours de cet instant, nous leur proposons de passer une balle ou un ballon sur leur corps afin de les accompagner à la détente, dans l'écoute de leur corps et de leurs sensations. Se recentrer sur soi pour ainsi prendre conscience de ses émotions et de ses états corporels sont les principaux objectifs psychomoteurs. Le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu, à ce moment-là, est davantage important puisque nous sommes plus proches de l'adolescent. Afin de ne pas être trop intrusif, le ballon fait médiateur entre le corps de l'adolescent et le corps de l'adulte. En tant que psychomotricien, nous prêtons attention à faire tourner la balle toujours dans le même sens et à ne pas quitter le contact afin que le jeune perçoive la continuité de son enveloppe corporelle. Nous énonçons également les parties du corps où se trouve le ballon pour soutenir sa somatognosie et amener l'adolescent à porter son attention sur les sensations ressentis sur cette zone.

Vignette clinique : Jordan

« Tu n'as pas fait les fesses » me dit-il en parlant du ballon que je n'ai volontairement pas fait passer sur cette zone-là. Jordan investit beaucoup cette partie du corps, que ce soit dans la discussion ou dans sa motricité. Il évoque souvent ce sujet et veut « faire avec les fesses ». Je n'ai donc pas été surprise par sa remarque qui était d'ailleurs très pertinente. En effet, il était allongé sur le ventre, j'ai donc passé le ballon sur la totalité de la face arrière de son corps hormis cette zone. Sa remarque m'indique qu'il a été attentif au passage du ballon sur son corps et réceptif des sensations procurées. Le fait que je contourne « les fesses » lui a peut-être manqué dans la perception globale et unifiée de son enveloppe corporelle, de plus qu'il investit beaucoup cette zone. En réponse, je lui ai simplement expliqué que les fesses, comme le sexe et la poitrine chez les femmes sont des parties du corps intimes et sexuelles ; c'est-à-dire qu'elles ne sont pas accessibles par tout le monde, elles le sont par lui et les personnes à qui il l'autorise.

La distance relationnelle est ainsi plus intime, il faut donc extrêmement être prudent à notre posture et à la formulation de notre proposition. Comme je l'ai signifié au début de ma partie III en m'appuyant sur les propos de C. POTEI, les médiations corporelles notamment le contact et le toucher, doivent être utilisées à bon escient et pensées au préalable. En effet comme le dit aussi J. SARDA, psychomotricienne : « *En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées* ». (40 ; p92)

C'est dans cette dynamique de réflexion là que le psychomotricien a choisi de proposer un contact médiatisé par un ballon et non pas peau à peau, afin de garder une distance relationnelle supportable pour les adolescents. De plus, le temps de relaxation avec le ballon est une proposition, ce n'est en aucun cas une obligation. Nous leur demandons aussi s'il y a des parties du corps où ils ne souhaitent être touché.

Je suis tout à fait en accord avec ce choix, compte tenu de ce que j'ai pu observer des quatre adolescents dans le groupe et de ce que je sais de leur vie personnelle. Je pense que proposer un toucher peau à peau dès le début du groupe et encore aujourd'hui serait trop insécure. En revanche, il pourra être envisagé dans un futur relativement proche et cette étape marquerait une belle évolution dans la relation, mais aussi dans le lâcher-prise et dans la prise de conscience du corps pour l'adolescent. Avec la puberté, son corps change au fil du temps donc s'il accepte de passer à un contact direct, c'est qu'il est suffisamment en confiance avec nous et « prêt » dans son corps à recevoir quelque chose de nouveau. Le toucher nous ouvrirait sur d'autres méthodes pour aider l'adolescent à prendre conscience de son corps, comme la perception des différentes enveloppes : osseuse avec des percussions, musculaire par le pétrissage puis la peau par des mouvements lissés.

Afin de rester au plus près de nos objectifs de cette proposition, il est important qu'elle soit claire et que l'adolescent se sente en confiance pour pouvoir concentrer un maximum de son attention sur son corps, ses sensations et ses éprouvés.

- **Temps de discussion**

Le temps d'échange en début de séance est important pour interroger les adolescents sur leur état général, leur tracas et dans quelle disposition ils se trouvent aujourd'hui. Nous nous basons sur ce qu'ils nous disent pour adapter notre séance. Ce temps permet également de créer la relation, de s'intéresser à l'autre et de reposer le cadre du groupe.

Au cours de la séance, mettre des mots sur ce qui a été vu et ressenti permet d'organiser sa pensée et d'élaborer une représentation mentale de l'expérience. La diversité des interprétations de chacun enrichit le groupe, elle met en avant leur différence. Pour que les adolescents puissent s'exprimer sans censure, il est important qu'ils se sentent libres dans leur expression. Pour cela, le non jugement est primordial, il n'y a pas une seule vérité.

Échanger sur qui vient d'être vu ou vécu demande un travail d'élaboration qui peut être difficile pour des adolescents présentant un trouble du développement intellectuel. Parfois, des troubles du langage peuvent y être associés. De plus, il n'est pas simple pour un adolescent de parler de ses ressentis, de soi et de son corps en cette période de remaniements où il tente d'accepter et de se réapproprier son corps. Le psychomotricien a tout un rôle à jouer pour accompagner ces adolescents déficients dans l'acceptation de ce corps changeant, en les aidant dans l'élaboration et la mise en mots de leurs ressentis.

L'acceptation du corps changeant et la prise de conscience de ce corps sont intimement liés. En effet, pour un adolescent qui est dans le rejet de son « nouveau » corps et qui veut rester un enfant, il sera difficile pour lui de mettre son corps en avant dans la prise en charge et d'en prendre conscience. Cela n'est cependant pas impossible, c'est tout un travail progressif en psychomotricité.

Ces temps de discussion sont donc très riches et nous offrent de nombreux éléments sur le vécu corporel des adolescents mais aussi sur leur image du corps et l'estime de soi. Leurs capacités d'élaboration et de mise en mots nous informent aussi sur leur système de représentation qui peut être entravé par la déficience intellectuelle. Pour cela, nous les aidons en leur posant des questions simples et en nous exprimant nous aussi sur nos ressentis.

2.6. Ma place de stagiaire dans le groupe

J'ai intégré le groupe en octobre, les séances avaient repris depuis deux semaines après la rentrée scolaire. J'ai très bien été accueillie par les adolescents et par l'éducatrice, le psychomotricien leur avait demandé au préalable s'ils acceptaient qu'une stagiaire participe au groupe. Sandra et Ana se sont rapidement mises à échanger avec moi, tandis que la relation avec Tiffany et Jordan a mis un peu plus de temps à s'installer.

Je suis, moi aussi, en tenue de sport pour la séance, de même que le psychomotricien. Ce détail me semble important puisque tout d'abord nous montrons l'exemple en allant nous changer nous aussi, puis cette démarche montre que nous voulons être acteur dans la séance, faire le parcours avec eux. Par notre tenue, nous appartenons au même groupe.

J'ai tout d'abord été principalement actrice dans les temps de discussions, dans l'exécution du parcours et lors du temps calme. Cependant, je n'ai pu commencer à proposer mes propres parcours et séances entières qu'en février. Depuis le début 2020, le cadre du groupe est mis à l'épreuve par les grèves, des absences des jeunes ou d'un professionnel, j'ai donc préféré attendre que le cadre redevienne suffisamment contenant pour prendre la main sur les séances.

D'octobre à février, je me suis peu à peu positionnée comme observatrice active de l'adolescent qui réalise le parcours. De ce fait, j'ai pu intervenir pour les accompagner et les rassurer dans les moments plus difficiles. De mes observations en découlait souvent des questionnements, que j'essayais d'approfondir d'une séance à l'autre.

2.6.1. Les séances que j'ai proposées

J'ai axé ma réflexion dans la construction de mes séances en fonction de ce que je souhaitai observer pour chaque membre du groupe, en lien avec mon sujet de mémoire. C'est-à-dire principalement sur la prise de conscience corporelle, notamment du corps changeant en abordant davantage l'adolescence, et en utilisant le dialogue tonico-émotionnel comme outil.

Comment se sentent-ils dans leurs corps en pleins remaniements ? Quelle attention et conscience particulière y portent-ils ? Ont-ils modifié, adapté leur motricité et leurs stratégies corporelles avec ce corps changeant ? Comment, à travers l'échange avec l'autre s'ajustent-ils corporellement, se perçoivent-ils et se représentent-ils différemment de l'autre ?

Le groupe est propice à la discussion et le sujet de l'adolescence peut être abordé, mais ce n'était pas l'objectif principal de cette prise en charge groupale, d'autant plus que les années précédentes, les participants étaient un peu plus jeunes. En échangeant avec mon maître de stage et au vu du groupe actuel, nous trouvions qu'il serait intéressant d'aborder l'adolescence de façon plus concrète. En tant que psychomotriciens et afin de les accompagner au mieux, nous devons prendre en compte que ces adolescents sont dans une période de changements qui n'est pas simple, d'autant plus qu'ils présentent une déficience intellectuelle légère à moyenne. En effet, ils sont dans une période de croissance, ils peuvent donc faire et accéder à des choses qu'ils ne pouvaient pas faire plus petits. De plus, ils ont intégré de nombreuses stratégies motrices au cours de leur développement psychomoteur, leur permettant, à présent, de réaliser des mouvements combinés plus complexes.

Le cadre étant très structurant dans le groupe, j'ai construit mes séances de façon à ce qu'elles ne s'éloignent pas trop de ce qu'ils connaissent déjà, à ce qu'elles soient ludiques et attrayantes pour garder l'idée de plaisir moteur, et avec une logique de progression d'une séance à l'autre.

- **Séance 1**

J'ai créé une séance et mené entièrement le groupe la première fois au retour des vacances de février. J'ai tout d'abord proposé un « réveil corporel » simple où individuellement chacun frottait d'une main son corps, de la main jusqu'aux pieds. L'objectif était de centrer l'attention sur son corps, de soutenir la somatognosie en énonçant les différents segments corporels et que l'adolescent perçoive son enveloppe corporelle.

Pour la suite j'avais installé un parcours plutôt simple en ligne, que l'adolescent devait effectuer avec un anneau sur la tête. Disposer un objet en équilibre au sommet de la tête incite le redressement de l'axe et à adapter nos stratégies motrices pour avancer sur le parcours, sans faire tomber l'objet. Le parcours était composé de :

- Un slalom pour travailler la droite et la gauche dans l'espace,
- Un obstacle à enjamber,
- Un bloc de motricité d'environ un mètre de haut à grimper,

A la fin du parcours, je rejoignais l'adolescent derrière un gros matelas qui nous cachait du regard des autres pour lui montrer une posture. Il devait la reproduire avec l'anneau sur la tête et la mémoriser, pour ensuite la montrer au jeune suivant. Des raideurs peuvent apparaître dans le corps lorsque nous concentrons notre attention à ne pas faire tomber l'objet. Proposer une posture à imiter obligeait le jeune à contrer les rigidités et à adopter la posture tout en gardant son axe vertical.

Pour le temps calme, j'ai voulu apporter un peu de nouveauté pour que les adolescents soient à l'écoute de leurs sensations. Je leur ai proposé de passer simultanément deux ballons peau d'éléphant sur leur corps. J'effectuais des mouvements de rotation en symétrie, puis parfois je m'arrêtais et mettais plus de pression sur un ballon. L'adolescent devait m'indiquer de quel côté du corps il sentait le plus de pression. Cette proposition participe à la prise de conscience du corps puisque l'adolescent doit être attentif au déplacement des ballons et aux différences de pression. Pour les adolescents qui ne se repèrent pas sur eux, ils m'indiquaient de leur main sur quel ballon j'appuyais le plus, d'autres me disaient directement à droite ou à gauche. Parmi les trois jeunes qui ont accepté la proposition, seul un a pu distinguer et m'indiquer les différentes pressions. Les deux autres jeunes ont beaucoup apprécié la symétrie des deux ballons sur leurs corps, l'une m'indiquait le ballon sur lequel j'appuyais le plus fort selon elle mais elle se trompait tandis que l'autre me répondait systématiquement « je ne sais pas ». J'aimerais garder cette proposition sur plusieurs séances afin d'affiner mes observations.

Malheureusement, suite aux mesures prises par le gouvernement pour lutter contre le COVID-19, les séances suivantes n'ont pas pu avoir lieu avant la remise de ce mémoire. Je tiens tout de même à vous exposer dans la sous-partie suivante « projections » ma réflexion, ce que j'aurai aimé proposer au groupe et dans quels objectifs.

2.6.2. Projections

- **Séance 2 et 3**

Pour la prochaine séance, je voudrais proposer un nouveau « réveil corporel » sous une autre forme, avec un sac lesté. Nous aurons chacun notre sac lesté que nous disposerons cinq secondes sur différentes parties du corps. Les objectifs seront quasiment les mêmes que le réveil corporel précédent, c'est-à-dire centrer son attention sur son corps et soutenir la somatognosie, mais en s'inscrivant davantage dans le groupe.

Alors que la dernière fois, chacun frottait son corps à son rythme sans forcément me suivre, dans cette proposition-là, nous déposerons tous le sac sur la même partie du corps et compterons ensemble les cinq secondes. De cette façon, il n'y aura pas de modèle à suivre mais chacun pourra prendre la parole et proposer une zone corporelle où déposer le sac. Ainsi, cela me permettra de voir les parties du corps qu'ils proposeront spontanément, de repérer les adolescents qui n'oseront pas s'exprimer et d'observer leurs réactions face à l'énonciation de certaines zones corporelles.

Ainsi, toutes ces informations me renseigneront sur leurs représentations du corps. Les adolescents seront donc acteurs du déroulement de ce réveil corporel et le sac lesté notre fil conducteur de la séance.

J'aimerais, pour la suite, proposer un parcours assez simple : passer entre 2 gros tapis, reprendre un peu le slalom, passer au-dessus d'un obstacle et d'un bloc de motricité. L'adolescent devra effectuer le parcours avec le sac lesté sur une partie du corps. Le sac lesté apporte du poids sur cette partie, amenant l'adolescent à porter son attention sur cette zone afin de ne pas faire tomber le sac ; et à adapter sa posture et ses stratégies motrices. Nous commencerons par un premier passage avec le sac sur le dos. De ce fait, la réalisation du parcours nécessitera d'être à quatre pattes. Ensuite au passage suivant, nous passerons à la station debout avec un sac sur chaque épaule, puis sur la tête pour observer si avec un objet différent on retrouve les mêmes adaptations et difficultés qu'avec l'anneau. Nous pourrions aussi fixer un sac lesté sur chaque pied et voir comment l'adolescent s'adapte. Nous pouvons nous attendre à ce que des raideurs apparaissent et que des articulations soit verrouillées notamment les genoux. En fonction de la dynamique du groupe, les adolescents pourront aussi proposer des parties du corps où déposer le sac. Ainsi il sera davantage acteur et libre dans ces choix. Les réponses que nous obtiendrons, nous renseigneront sur le système représentatif de l'adolescent. Nous pourrions observer, tout d'abord, s'il prend le temps de réfléchir pour choisir une partie du corps ou s'il répond spontanément, puis si effectuer le parcours avec le sac sur cette zone est réalisable, plutôt simple ou complexe, comment il s'adapte au fil du parcours et ce qu'il en dit.

Mon idée est d'utiliser le sac lesté comme outil principal sur au moins deux séances. La première sera celle que je viens d'énoncer où le sac est posé sur soi. J'aimerais ensuite proposer une seconde séance avec cet outil qu'on disposera entre soi et l'autre, entre les paumes de mains. Le parcours s'effectuera donc à deux.

Dans cette deuxième proposition, le dialogue tonico-émotionnel est fortement présent. L'adolescent doit être attentif à l'autre pour se déplacer et adapter ses stratégies motrices. Cela demande une certaine conscience de son propre corps, du mouvement et du corps de l'autre. L'autre est différent de soi, l'adolescent doit s'adapter aux capacités et difficultés motrices de l'autre ; et l'autre doit être attentif aux siennes pour parvenir à avancer sur le parcours. C'est un dialogue tonique mais aussi émotionnel puisque l'état émotionnel des participants jouera sur la relation et l'exécution du parcours. Le binôme peut s'encourager mutuellement, mais des désaccords et de l'impatience peuvent aussi apparaître.

La verbalisation, à la fin de chaque passage à deux, sur leurs ressentis nous permettra d'apprécier plus finement leur vécu. Pour cela nous pourrions les accompagner dans l'expression de leurs éprouvés avec des questions telles que : Est-ce que ça a été facile ou difficile ? Pourquoi ? Qu'est-ce que ça a fait dans ton corps ? Tu préfères faire le parcours seul ou à deux ? Pourquoi ? Tu préfères faire le parcours avec un garçon ou une fille ? Avec un adulte ou un autre adolescent ?

Avec les perturbations endocriniennes et le développement des caractères sexuels, l'adolescent pense plus à la sexualité. Les relations d'un adolescent avec une personne du sexe opposé vont être perturbées et divers comportements peuvent être observés. Par exemple, un adolescent, à qui l'on propose de faire le parcours avec un camarade ou un adulte de sexe opposé, peut être troublé et dérangé par la proximité. Corporellement, cela peut s'exprimer par des tremblements, un retrait ou mouvement de recul, par de la timidité ou de l'angoisse. Nous pouvons aussi retrouver le comportement inverse où l'adolescent cherche la proximité des personnes de sexe opposé. Il cherche alors son attention, va se rapprocher physiquement de l'autre voir le « coller ». Il peut aussi le charmer. Notre rôle en tant que psychomotricien sera de lui faire prendre conscience de ses ressentis et de mettre des mots simples dessus pour lui expliquer, en faisant le lien avec le processus d'adolescence.

C'est pour cela que j'aimerais faire varier les binômes pour diversifier les expériences et les ressentis ; puis proposer de faire le parcours à 3, à 4... à 7.

Je viens de vous expliquer les prochaines séances du groupe comme je les imagine et visualise. Or nous savons bien qu'il y a toujours un décalage entre la séance imaginée et la séance réelle. C'est pour cela que je parle d'« au moins » deux séances avec les sacs lestés puisqu'il existe plein de facteurs qui font que nous pourrions mettre plus de temps à discuter, à nous installer ou autre. Si les adolescents adhèrent à cet outil et qu'il nous faut plus de temps pour aller au bout de l'expérience, une troisième séance avec les sacs lestés pourra être envisagée. En revanche si dès la première séance, les adolescents n'adhèrent pas à la proposition, je m'adapterai en proposant un autre outil ou un contact paume à paume.

- **Mes autres idées de séances**

Parmi mes autres idées de parcours pour les prochaines séances, je pense à :

- Un parcours en binôme où les adolescents devront emmener un ballon entre deux bâtons d'un point à un autre. Ce parcours est dans la continuité des séances avec les sacs lestés, avec des objectifs similaires mais avec des objets différents. Le dialogue tonico-émotionnel a toujours une place prégnante même si la distance entre les deux adolescents sera ici plus grande.
- Un parcours à faire à deux, liés au poignet par une corde et après un premier passage d' « essai », les adolescents le réaliseront sans la parole. Dans cette proposition je mets l'accent sur la communication non verbale pour que l'adolescent puisse se centrer et se concentrer uniquement sur le corporel.
- Un jeu par deux où l'un aura les yeux fermés et devra aller chercher un objet en suivant les indications orales de l'autre. Ici, le dialogue tonico-émotionnel passera principalement par la voix. L'orateur devra guider son binôme dans l'espace en lui donnant des indications spatiales mais aussi corporelles. Par exemple : « baisse ta tête », « mets tes mains au sol ».
- Un jeu de posture pour jouer avec le regard et l'observation, où chacun proposera une posture aux autres à imiter. Puis nous pourrons créer des postures à plusieurs et poser des questions dessus. Par exemple : « quel bras est levé ? », « quelles parties du corps touchent le sol ? ».

Dans ces séances, je mets en avant le travail à deux et à plusieurs pour donner une place centrale au dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, c'est par l'échange avec l'autre que l'adolescent ajustera ses représentations du corps et évoluera dans la prise de conscience de son corps.

- **Temps de verbalisation ou temps de dessin**

J'aimerais également, lors de mes séances, prendre plus de temps pour échanger sur les ressentis et sur l'adolescence. J'ai pu observer qu'ils n'étaient pas simple pour ces adolescents de parler d'eux et de leurs éprouvés. Je pense, cependant, que progressivement et en les accompagnant dans la mise en mots, ils parviendront, chacun à leur rythme, à parler d'eux, de leurs émotions et de ce qu'ils ressentent dans leur corps. Je me demande tout de même si proposer un temps d'échange où nous serions tous en cercle serait la meilleure solution. Une des adolescentes est beaucoup dans le jugement et dans la moquerie de ses camarades. Le risque serait que les autres membres du groupe se censurent dans leur expression.

Ainsi, j'ai réfléchi à une alternative qui me semble tout aussi intéressante : un temps de dessin. J'imagine ce temps-là en fin de séance, après le temps calme.

Tout comme le langage, le dessin demande d'un travail d'élaboration mais l'aboutissement est une représentation graphique. Les adolescents que nous rencontrons peuvent donc être en difficulté dans cette proposition. Je pense, cependant, qu'avec notre étayage et en les rassurant, le temps de dessin peut être intéressant et apprécié. Par exemple, pour éviter de les perdre avec une consigne trop large pour commencer, nous pouvons mettre à leur disposition des silhouettes vierges de différentes tailles. Ils pourront en choisir une à laquelle ils s'identifieront et qu'ils colorieront selon un code couleur comme par exemple en vert « les parties de son corps qui vont bien » et en rouge « celles qui lui font mal ».

Par la suite, en fonction de ce qu'on aura observé du rapport des adolescents au dessin, nous pouvons leur proposer de dessiner une ou plusieurs scènes qui se sont jouées pendant la séance et ce qu'ils ont ressentis. Ce serait une exploration et une recherche intéressante autour de la représentation de soi et de son corps, de l'autre et du corps de l'autre, dans la relation.

Pour finir, chacun expliquera au groupe ce qu'il a représenté sur son dessin. Ainsi, le dessin servira de support au langage et fera tiers pour parler de soi indirectement. J'aimerais que les adultes du groupe se prêtent également au jeu et participe à ce temps de dessin et de discussion pour qu'ils puissent eux aussi exprimer leurs émotions et ce qu'ils ont ressentis dans leur corps d'adulte.

- **Temps calme**

Pour la fin des séances 2 et 3, je pense proposer la même chose qu'à ma première séance, c'est-à-dire le passage des deux ballons de façon symétrique sur le corps avec parfois des arrêts et une différence de pression. Il me semble intéressant de le proposer à nouveau puisque les adolescents avaient apprécié et puisque pour observer une évolution dans leurs réponses, il faut que je le propose plusieurs fois. Je ne compte pas le suggérer à chaque séance car j'aimerais aussi proposer le temps de dessin, mais c'est une proposition à maintenir sur le long terme pour qu'elle soit pertinente dans la prise de conscience corporelle. A ce jour, les adolescents n'en sont qu'à la première étape de la chaîne « sensation-perception-représentation », c'est-à-dire être à l'écoute et attentif des sensations du passage des ballons sur leur corps et de la différence de pression.

2.7. Conclusion sur le groupe

Le groupe « Bouge ton corps ! » est une prise en charge groupale en psychomotricité. Le psychomotricien qui co-anime l'atelier, pense et crée les séances en fonction des capacités et difficultés des enfants et de ce qu'il souhaite travailler avec eux. Cette année, les enfants sont pubères, c'est pour cela que je parle principalement d'adolescents.

Favoriser le développement de la conscience corporelle des enfants et adolescents participants au groupe est un des objectifs. En effet, dans la séance, le corps a une place centrale et il est exploré principalement dans le mouvement. A travers les différents parcours et par l'accompagnement du psychomotricien, les adolescents acquièrent de nouvelles stratégies motrices qui vont participer à l'intégration de leur schéma corporel et à l'ajustement de leurs représentations du corps.

A l'adolescence avec les changements physiques, psychologiques et identitaires, l'image du corps de l'adolescent est aussi perturbée. Le groupe peut aider l'adolescent à comprendre ses nouvelles sensations et à accepter son « nouveau » corps.

Ainsi, dans la construction de mes séances, j'ai voulu garder la prise de conscience corporelle comme objectif principal en mettant d'avantage l'adolescence en avant. Le dialogue tonico-émotionnel est un outil intéressant pour développer sa conscience corporelle. Dans la relation à l'autre, l'adolescent va ressentir et percevoir des sensations, qu'il pourra ensuite se représenter et exprimer.

J'espère pouvoir reprendre mon stage à l'IMP avant la fin de l'année scolaire pour pouvoir mettre en pratique les séances que j'ai construit, voir si les adolescents adhèrent à mes propositions, et comment ils évoluent dans la prise de conscience de leur corps changeant.

3. Tim

3.1. Ma rencontre avec Tim

Tim est un adolescent âgé de 15 ans et 9 mois lors de notre première rencontre à l'IMP. Il présente une déficience intellectuelle moyenne, des troubles de la relation, des troubles du comportement (hétéro-agressivité, intolérance à la frustration) et une forte agitation motrice.

Tim a l'habitude qu'une stagiaire soit présente et que cela change chaque année. Le psychomotricien prépare et explique l'arrivée d'une nouvelle stagiaire avec les jeunes qu'il rencontre, en amont, et leur demande leur accord. Tim a donc rapidement compris le sens de ma présence dès notre première rencontre. Le lien s'est créé dans la discussion au cours de laquelle il m'expliquait ce qu'il a fait avec le psychomotricien auparavant.

Au fil des séances, je perçois que Tim est très à l'aise dans la salle de psychomotricité, il sait exprimer ses besoins et ce qu'il a envie de faire. Nos séances durent 30 minutes.

Tim est un adolescent dont le comportement m'a tout de suite intriguée, dès notre première rencontre. J'ai eu envie d'en apprendre davantage sur son fonctionnement général et psychomoteur. Mon investigation à son sujet m'a aidé dans la construction de mon mémoire.

3.2. Anamnèse

Tim est né le 3 janvier 2004, à terme (39 semaines d'aménorrhée). La grossesse s'est déroulée sans complications particulières et l'accouchement par voie basse. La mère de Tim fumait 2 cigarettes par jour pendant sa grossesse.

A sa naissance, Tim faisait 3kg400, 50 centimètres et son périmètre crânien était de 34 centimètres. Ces mesures correspondent à celles attendues pour un enfant né à terme. Au niveau de son développement moteur, Tim s'est assis à 9 mois et a commencé à marcher à 12 mois. De 0 à 3 ans, le mode de garde de Tim était en milieu familial.

Les difficultés de Tim ont été tout d'abord repérées par l'école. Après deux ans en maternelle, Tim a été orienté vers un jardin d'enfants spécialisé. Il y resta de 2008 à 2011. En 2011, la prise en charge au jardin d'enfants spécialisé s'est terminée puisque Tim avait 7 ans. Cependant, il était nécessaire de poursuivre un accompagnement spécialisé.

Il a donc été réorienté et admis à l'IMP en septembre 2011, à l'âge de 7 ans et 8 mois. Il est accueilli à temps plein, en semi-internat dans l'institution.

Tim est le seul garçon de sa famille. Son père n'est pas connu et les autres hommes de la famille sont en prison ou absents. Il vit dans un milieu carencé avec sa mère, chez sa grand-mère maternelle. Sa mère présente également une déficience intellectuelle. Elle peut répondre à des questions simples mais s'exprime peu. Elle a eu un parcours institutionnel également en IMP et en Institut médico-éducatif (IME). Elle est toujours accompagnée par une de ses sœurs lors des rendez-vous. Les tantes sont très présentes et soutiennent la mère de Tim dans l'éducation de celui-ci. Lors de la rencontre avec la famille à l'IMP, la tante s'est présentée à moi en me disant « Je suis la mère de Tim...hum...la tante pardon ». J'ai relevé cette phrase puisqu'elle illustre la relation qu'entretient cette tante avec Tim.

Lors de son arrivée à l'IMP, Tim était en surpoids, mais de par sa croissance, il présente aujourd'hui un développement staturo-pondéral correspondant aux jeunes de son âge.

La collaboration avec la famille fût complexe. Elle a longtemps été insatisfaite et critique de l'accompagnement de Tim au sein de l'institution. Aujourd'hui, la collaboration est présente mais encore fragile.

3.3. Vie institutionnelle

A son arrivée à l'IMP, l'adaptation de Tim à son nouvel environnement a été longue. En effet, il était très agité, pouvant se mettre en danger. Les repas étaient compliqués, Tim présentait une hyperphagie. Il pouvait quitter un atelier, errer un moment puis revenir. En 2012, le niveau scolaire de Tim, qui à ce moment-là avait 8 ans, correspondait à celui d'un enfant de petite/moyenne section de maternelle. Aujourd'hui, son niveau scolaire correspond à la grande section de maternelle. L'évolution sur le plan des apprentissages scolaires est donc très faible.

Tim est sur un nouveau groupe depuis septembre 2019. Les grands groupes n'étant pas suffisamment contenant et sécurisants pour Tim, ses troubles du comportement y étaient accentués. Il lui a donc été proposé d'intégrer un groupe plus petit. C'est aussi le groupe où nous retrouvons les jeunes les plus en difficultés. Ce changement lui semble être bénéfique. A présent, Tim peut rester concentré un peu plus longtemps sur une activité sans se lever de sa chaise. Il est aidant dans les tâches de la vie quotidienne. Il a besoin du soutien de l'adulte, de le solliciter et que celui-ci lui propose toujours quelque chose à faire. Il a bien trouvé sa place dans le groupe malgré des rapports avec ses camarades compliqués.

En effet, Tim a des difficultés pour entrer en contact avec ses pairs ; il passe souvent par la force en s'imposant et en insultant. Ses éducateurs parlent de « toute puissance ». Tim apprécie la relation duelle et privilégiée avec l'adulte. Cependant celle-ci peut rapidement devenir conflictuelle lorsque l'adulte lui dit « non ». Tim tolère difficilement la frustration.

Tim effectue un stage seul, à raison de deux heures toutes les deux semaines, où il aide au déchargement des camions. Les retours sont très positifs. Cela montre que Tim est capable de s'adapter à un nouvel environnement, à de nouvelles règles et qu'il peut travailler en équipe avec des adultes.

Les objectifs recensés dans son projet individuel d'accompagnement, actualisé en mars 2020 sont les suivants :

- Poursuivre l'accueil de Tim dans son groupe actuel,
- L'accompagner dans le vivre ensemble avec ses pairs,
- Poursuivre le lien avec la famille,
- Trouver des lieux d'apaisement,
- Permettre aux professionnels de s'adapter en fonction des besoins de Tim,
- Trouver d'autres terrains de stage ou de découverte professionnelle.

Concernant son orientation pour son avenir, des demandes en Institut Médico-Professionnel (IMPro) ont été effectuées. Tim est au courant de ces démarches et se prépare à ce changement, accompagné par sa mère, ses tantes et ses éducateurs.

3.4. Bilans psychologiques et orthophoniques, suivis médicaux et examen génétique

Un examen psychologique a été réalisé en 2010 au jardin d'enfants spécialisé, mesurant un quotient intellectuel à 54, ce qui correspond à une déficience intellectuelle dite « légère ». Il a un suivi avec la psychologue de l'IMP une fois par mois. Cependant, Tim investi peu ses séances. Un nouveau bilan psychologique a été effectué en 2020. Le psychologue a choisi de lui faire passer le test de Weschler non verbal (WNV) afin que les troubles du langage que présente Tim ne biaisent pas l'évaluation. Le score obtenu à ce test est de 40. Nous pouvons, par ce nouveau bilan psychologique, parler de déficience intellectuelle moyenne pour Tim.

Tim bénéficie d'une rééducation en orthophonie depuis son entrée au jardin d'enfants spécialisé. Il n'a eu accès à la parole seulement quelques mois avant son départ du jardin d'enfants, c'est-à-dire à ses 7 ans. Comme annoncé dans la partie II, un trouble du développement intellectuel peut entraver l'accès à la fonction symbolique et, par conséquent, l'acquisition du langage. L'orthophoniste parlait de trouble phonologique et de trouble de la fluence. Le raisonnement logique était quasi-inexistant ce qui pouvait expliquer les difficultés de communication. Aujourd'hui Tim est toujours pris en charge en orthophonie en libéral, à fréquence d'une fois par semaine.

Concernant ses autres suivis médicaux, Tim rencontre un médecin psychiatre également une fois par semaine. Il nécessiterait un traitement pour limiter ses troubles du comportement mais la famille s'y oppose catégoriquement.

En 2018, la famille a demandé une analyse génétique pour connaître l'étiologie de la déficience intellectuelle de Tim, notamment pour savoir si elle était d'origine génétique et hérité de sa mère, ou non. Deux cousines de Tim ont également des difficultés d'apprentissage. Les généticiens ont réalisé divers examens. L'analyse morphologique a notifié plusieurs choses :

- une brachycéphalie,
- une implantation basse des cheveux sur le front,
- une racine du nez large,
- une lèvre supérieure très fine,
- une fente palpébrale (ligne imaginaire entre le coin interne et le coin externe de l'œil) orienté en haut et en dehors,
- un pli palmaire unique.

L'examen cardiaque n'a rien révélé d'anormal et l'analyse des chromosomes n'a également rien mis en évidence. Les conclusions de cet examen génétique est que la déficience intellectuelle de Tim n'est pas d'origine génétique. Cependant, son étiologie reste non identifiée.

3.5. Prise en charge psychomotrice

Tim est suivi en psychomotricité depuis au moins 2013 et par mon maître de stage depuis 2015. Tim vient avec plaisir et investit ses séances de psychomotricité. Les débuts de séances commencent généralement par des jeux de cache-cache où il peut imiter les cris d'un bébé ou d'un animal. Il éprouve beaucoup de plaisir à être retrouvé. C'est un jeu que l'on retrouve chez le jeune enfant, et qui rythme les rencontres.

Le coucou-caché est l'un des premiers jeux qu'expérimente l'enfant. Il est intimement lié à son développement psychomoteur et cognitif. Il permet l'acquisition de ce qu'a nommé Piaget *la permanence de l'objet* : « Je ne te vois pas, mais je sais que tu es là ». Le jeu du coucou-caché permet de revivre le traumatisme de la séparation avec la mère comme l'explique Freud et de l'intégrer. Il me semble que Tim a acquis la permanence de l'objet et qu'il utilise ce jeu plutôt pour se cacher du regard de l'autre.

Des rituels, comme enlever les chaussures et fermer la porte à clé, ont été instaurés en collaboration par Tim et le psychomotricien, et sont toujours importants pour permettre à Tim de s'installer dans le cadre de la séance.

3.5.1. Les objectifs de prise en soin

Les objectifs de prise en charge psychomotrice ont évolué au fil des années. Pour l'année 2019-2020, le psychomotricien a établi les objectifs suivants :

- Favoriser l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps : perceptions et représentations, somatognosie, contenance et rassemblement, unité corporelle et changements corporels (adolescence) ;
- Accompagner Tim dans la régulation de sa fonction tonique, dans diverses situations : réactions et dialogue tonico-émotionnel ;
- Favoriser l'apaisement psychomoteur : relaxation et conscience corporelle ;
- Soutenir son repérage spatio-temporel, la symbolisation et la structuration spatiale : praxies visuo-constructives ;
- Développer une meilleure maîtrise des coordinations dynamiques générales et de la motricité fine.

Ces objectifs concordent avec mon sujet de mémoire, j'ai donc pu proposer des séances à Tim autour de la conscience corporelle. J'ai aussi réfléchi à la façon dont je pourrais aborder l'adolescence et les changements corporels associés à cette période avec lui. De plus, j'ai pu explorer et analyser le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu dans nos séances.

3.5.2. Les bilans psychomoteurs

Un premier bilan psychomoteur a été réalisé de décembre 2011 à janvier 2012, lors de l'arrivée de Tim dans l'institution. Tim était très agité et a peu investi les séances de ce bilan. Un second bilan psychomoteur date de décembre 2014. Tim avait alors 10 ans et 11 mois. Il présentait une forte agitation motrice et un manque d'attention, ne lui permettant pas de participer convenablement aux différents tests proposés. Après discussion avec mon maître de stage, j'ai réalisé un bilan d'évolution de Tim. Cela m'a permis de m'exercer davantage sur la passation du bilan psychomoteur et d'être plus au clair sur les capacités et les difficultés de Tim, pour pouvoir ensuite mieux orienter les futures séances.

- **Comportement lors de la passation du bilan d'évolution**

Nous avons commencé le bilan d'évolution le 23 janvier 2020. J'en avais informé Tim au préalable lors de notre dernière rencontre. Il fut tout d'abord troublé puisque le psychomotricien et moi avons échangé nos places, j'étais donc face à lui. Il se retrouva sous mon regard même si j'essayais de ne pas trop le diriger directement vers lui, pour ne pas le mettre mal à l'aise. Cette situation nouvelle provoqua beaucoup d'excitation, d'agitation et de rire chez Tim. Sa posture était instable sur la chaise, il me cherchait du regard puis se cachait les yeux rapidement.

Il écoutait mes consignes, semblait les comprendre mais les exécutait avec exagération. Ses mouvements étaient amplifiés, rapides et impulsifs. Il n'était pas concentré ni attentif. Lors de la première consigne, il semblait gêné, il réalisa le geste lorsque je baissais les yeux. Nous convenons de séquencer la séance : nous commençons par des épreuves du bilan et à la fin de la séance c'est Tim qui choisit un jeu. Nous avons gardé ce cadre les séances suivantes jusqu'à la fin de la passation du bilan.

Lors des deux séances suivantes, nous étions que tous les deux, sans le psychomotricien. Dès son arrivée dans la salle de psychomotricité, Tim s'est installé au bureau sans agitation excessive. Il a réalisé les épreuves avec attention et concentration, sans exagération, ce qui m'a permis d'avoir des observations plus objectives.

Le psychomotricien nous a ensuite rejoints pour une nouvelle séance de bilan. Il me semblait important de commencer par réinstaurer une relation à trois. J'ai donc proposé à Tim d'expliquer au psychomotricien ce que nous avons fait au cours de ces dernières séances. Cela m'a aussi permis d'appréhender les capacités mémorielles de Tim. Il a su se remémorer et expliquer convenablement avec ses propres mots, malgré ses troubles du langage. Nous avons ensuite continué le bilan.

Avant même de commencer la première épreuve, Tim est allé chercher des briques en carton dans les étagères pour créer un mur entre nous, afin que je ne puisse pas voir ce qu'il fait. Il est vrai que Tim, dans diverses situations, me demande souvent de fermer les yeux, tire le rideau pour se cacher, et nous demande de ne pas regarder. J'ai pu remarquer que s'isoler du regard de l'autre lui permet de mieux se concentrer sur une tâche, peut-être se sent-il moins persécuté ?

Au cours de cette séance, Tim est resté attentif et concentré, il ne s'est pas levé de sa chaise durant les 20 minutes d'épreuves au bureau.

Avec le psychomotricien nous nous sommes donc adaptés, j'énonçais les consignes, je lui donnais le matériel et le psychomotricien, qui lui pouvait voir ce que Tim faisait, notait ses observations. Petit à petit, nous avons pu déplacer le « mur » vers le psychomotricien pour que je puisse voir Tim.

- **Les conclusions du bilan**

Sur le plan de l'**organisation spatiale**, Tim a fait de réels progrès depuis le précédent bilan. Toutes les notions spatiales sont à présent acquises. Il sait se repérer sur lui, il connaît sa droite et sa gauche mais il n'est pas en capacité de se décentrer pour indiquer la droite et la gauche sur autrui. Lors de la passation de l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender, Tim se montre taquin. Il fait exprès de ne pas reproduire la figure à l'identique, il rit et énonce : « C'est pas comme ça qu'il fallait faire... c'est comme ça ». Tim obtient un score correspondant à celui d'un enfant de 6 ans à ce test, avec un total de 27 points. J'ai choisi de commencer par le Baby-Bender, malgré le fait que ce test soit coté pour les enfants de 4 à 6 ans. Je ne voulais pas mettre Tim trop en échec avec le test de Bender-Santucci, coté de 6 à 14 ans, mais avoir tout de même une appréciation qualitative de son organisation grapho-visuo-perceptive. Au vu de son résultat, j'aurai voulu compléter mes observations avec l'épreuve de Bender-Santucci mais malheureusement nous n'avons pas pu le faire.

La figure de Rey B correspond à la moyenne des enfants de 6 ans pour la copie et la reproduction de mémoire. Tous les éléments sont présents, suivant le type II « place ». En comparaison avec le bilan de 2014, Tim a fait des progrès au niveau des praxies visuo-constructives.

Au niveau de l'**organisation temporelle**, Tim présente de grosses difficultés à répondre au questionnaire de base sur le temps. Il sait se repérer par rapport aux notions d'avant et d'après mais ne peut pas répondre aux autres questions. Ses réponses correspondent à celle d'un enfant de 4 ans. De même lors du classement d'images dans l'ordre chronologique, Tim classe les images aléatoirement et me raconte « l'histoire » en décrivant les images.

Ces résultats sont semblables à ceux du bilan de 2014, l'évolution de Tim sur ce plan-là a donc peu évolué ; ce qui peut être mis en lien avec la faible évolution sur le plan des apprentissages scolaires.

La latéralité de Tim est hétérogène, que ce soit pour la main, l'œil ou le pied. Il écrit de sa main droite et frappe le ballon du pied gauche. Le test de Harris évaluant les praxies idéatoires sans objets sont cependant très majoritairement réalisées par la main droite. Lors de l'épreuve de pointillage, il choisit spontanément sa main droite mais il a été plus rapide avec sa main gauche.

Lors de la passation des épreuves évaluant la **motricité générale**, Tim s'est montré plus agité, moins à l'écoute des consignes. Cela s'explique peut-être par le fait que nous étions plus proche, il a souvent eu besoin de se regarder dans le miroir, de me tourner le dos ou de réaliser le mouvement demandé derrière la cloison « à l'abri de mon regard ». J'ai tout de même pu observer que Tim est capable de tenir debout immobile, pieds joints quelques secondes les yeux ouverts puis fermés. Il sait aussi tenir en équilibre sur un seul pied. Il choisit son appui préférentiellement sur sa jambe gauche mais semble tout aussi à l'aise sur son autre jambe. L'équilibre statique sur la pointe des pieds est plus instable. Au cours de la marche, Tim a un ajustement postural correct et une attaque talon-pointe opérante. L'équilibre dynamique est efficient. Tim exécute des sauts pieds joints et à cloche-pied, sur place et en déplacement, avec une impulsion et un rebond opérants. Le tonus engagé était cependant élevé.

Pour les épreuves mettant en jeu les **coordinations et dissociations**, Tim est en difficulté pour reproduire le mouvement que je lui propose, demandant une coordination droite/gauche et haut/bas. Je perçois qu'il comprend que son mouvement n'est pas identique au mien mais il n'arrive pas à se corriger. J'ai complété cette observation en proposant d'autres mouvements coordonnés. J'en conclus que les coordinations et dissociations haut/bas et droite/gauche ne sont encore tout à fait opérantes tandis que les coordinations homolatérales et controlatérales le sont, mais demandent un recrutement tonique élevé. Les coordinations bi-manuelles et oculo-manuelles observées lors de divers jeux de balles et avec l'épreuve d'enfilage de perles d'Oseretsky, sont opérantes.

Au sujet de la **motricité fine**, Tim est en difficulté pour délier ses doigts indépendamment des autres, hormis le pouce. La force distale est efficiente. Ceci peut être mis en lien avec la présence d'un pli palmaire unique notifié dans l'examen génétique.

Concernant l'étude **du schéma corporel et des représentations du corps**, j'ai utilisé le test de connaissance des parties du corps de Bergès-Lézine pour tout d'abord évaluer la somatognosie. Tim obtient un résultat de 24/34, correspondant aux connaissances des enfants de 6 ans. Des confusions sont encore observées notamment entre le dos et le ventre. Il est à noter un réel progrès en comparaison des résultats du bilan psychomoteur réalisé en 2014.

Le dessin du bonhomme est pauvre et correspond à celui d'un enfant de 6 ans et demi d'après la cotation de Goodenough, avec un score de 15/51. Ce dessin a peu évolué depuis 2014 mais il est à présent sexualisé avec la présence de la poitrine.

Tim obtient de bons résultats au test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine révélant une organisation spatio-corporelle et gnoso-praxique adaptée. Afin d'apprécier plus en détails l'image du corps de Tim et sa représentation du corps, je lui ai proposé le conte de la fourmi de Jacqueline Royer et l'entretien sur le corps élaboré par Olivier Moyano. Ses réponses au conte de la fourmi sont régressives compte tenu de son âge réel mais ne sont pas aberrantes au vu de sa déficience intellectuelle. Elles sont principalement centrées au niveau du ventre. En effet, Tim a souvent besoin de se remplir au cours des repas, ceci peut expliquer l'importance qu'il porte à cette zone corporelle. D'après ses réponses, son image du corps est infantile et semble peu structurée. Sa représentation du corps est régressive par rapport à son corps réel d'adolescent.

Face aux mesures sanitaires prises par le gouvernement français pour lutter contre la pandémie du COVID-19, l'appréciation du tonus, le test de Bender-Santucci et le test de Kwint évaluant la motricité faciale n'ont pas pu être proposés.

Pour conclure, Tim a fait des progrès sur le plan de l'organisation spatiale générale et spatio-corporelle. Les repères temporels sont encore fragiles. Les coordinations homolatérales et controlatérales, bi-manuelles et oculo-manuelles sont maîtrisées, tandis que les coordinations et dissociations haut/bas et droite/gauche ne le sont pas encore. La motricité fine est peu précise. Sa latéralité est hétérogène ce qui peut être mis en lien avec une intégration plus complexe du schéma corporel. Sa représentation du corps correspond à celle d'un jeune enfant, ce qui est fréquent chez les adolescents déficients pour qui le niveau intellectuel est en décalage avec l'apparence physique.

3.5.3. Un travail évolutif autour de la conscience corporelle

Pour cette sous-partie, je me suis intéressée au développement de la conscience corporelle de Tim au fil des années de prise en charge psychomotrice, c'est-à-dire au travail qui a été fait autour de la prise de conscience corporelle, à son évolution et à ce qu'il en est aujourd'hui. Mes propos se basent sur les écrits des années précédentes, mes observations en séance et mes échanges avec mon maître de stage.

- Se regarder, voir et être vu

Lors de ses premières années à l'IMP, Tim développait une certaine agitation et de l'excitation lorsqu'il observait son image dans le miroir, comme un petit enfant. C'était comme s'il redécouvrait à chaque fois son corps et ce qu'il pouvait faire avec.

Cette observation me questionne sur stade du miroir. Au vu de sa situation familiale, a-t-il pu suffisamment expérimenter face au miroir durant son enfance ? Et, compte tenu de sa déficience intellectuelle, qu'a-t-il intégré de cette expérience ?

En effet, le trouble du développement intellectuel entraîne des difficultés d'intégration et de représentation. La déficience moyenne de Tim peut donc être un facteur explicatif de son comportement face au miroir.

En 2015, Tim n'avait également pas acquis le « je », mais il a depuis émergé. Aujourd'hui, nous retrouvons encore ce comportement face au miroir mais moins fréquemment. Nous pouvons faire l'hypothèse que Tim n'a pas une représentation de son corps qui dure dans le temps et qu'il a besoin du miroir pour revoir son image et ajuster sa représentation corporelle.

Au cours d'une autre séance et afin d'observer l'intégration de son schéma corporel, je lui ai proposé un jeu d'imitation de gestes. Nous étions face à face et j'ai rapidement compris que cette disposition sous mon regard était trop intrusive pour Tim. Il a développé beaucoup d'excitation et d'agitation, il est parti se cacher. Le jeu a duré quelques secondes au cours desquelles Tim a su rapidement observer ma posture et la reproduire correctement en miroir, mais ce n'est cependant pas suffisant pour en tirer des conclusions sur l'intégration de son schéma corporel.

Avant cette séance-là, je n'avais pas fait de liens entre certains comportements de Tim et le regard. Mais suite à cet évènement, j'ai compris que cette question du regard avait une place centrale dans les séances avec Tim, et qu'elle pouvait être associée à un grand nombre de ses comportements, comme ses jeux de coucou-caché et son attitude face au miroir. **Que ressent-il dans son corps lorsque je dirige mon regard directement vers lui ? Quels sensations et/ou sentiments est-il difficile pour lui de contenir, au point d'aller se cacher ?** Ce sont des questions sur lesquelles j'aimerais investiguer davantage pour comprendre ce qu'il se joue dans ces moments-là, et pouvoir aider Tim sur ce qu'il se passe dans son corps. Le regard est un élément important à prendre en compte dans la relation tonico-émotionnelle avec Tim. Je prête, depuis, plus d'attention au regard que je lui adresse.

Lors de la séance suivante, nous avons adapté notre pratique pour proposer un jeu où nous devions nous passer divers objets, en leur attribuant une fonction. Nous étions en ligne, face au dos de l'autre pour se transmettre les objets, afin de limiter le regard direct et permettre un échange plutôt à travers le dialogue tonique. Tim a su attribuer une fonction différente à chaque objet (le passer sur une partie du corps, le poser sur la tête, faire une passe à une main ou au pied,...) mais aussi la recevoir et la reproduire par imitation sur l'autre. Dans cette proposition, c'est par l'observation du corps de l'autre et par l'imitation que Tim portait attention à son propre corps.

- **Se dessiner à taille réelle pour mieux se représenter son corps**

Pour travailler sur l'image de soi, l'intégration du schéma corporel et la représentation du corps, Tim et le psychomotricien ont réalisé des silhouettes à taille humaine, à partir du propre corps de Tim. Tout d'abord, le tracé général lui permettait de porter une attention à l'ensemble du contour de son corps, c'est-à-dire son unité corporelle, ses délimitations et son enveloppe. Ensuite, après un repérage sur soi, Tim pouvait tracer les délimitations internes comme les vêtements et les détails du visage. Enfin par le coloriage, ils abordaient la dénomination des parties du corps et le remplissage.

Lors de ces séances, Tim était appliqué et concentré. Cela lui a permis aussi de se représenter sa croissance et d'échanger avec le psychomotricien sur la question de l'adolescence et des changements corporels associés à cette période. Son entrée dans l'adolescence a été principalement marquée par un grand changement physique, notamment staturo-pondéral en 2017. Il se questionne parfois, brièvement, sur ces changements. Tim éprouve aussi le besoin que l'adulte le mesure pour lui permettre de voir s'il a grandi.

Le travail sur les silhouettes se poursuit encore aujourd'hui pour soutenir sa somatognosie car les acquis ne sont pas toujours maintenus, bien que des progrès soient à noter.

- **Etre contenu pour se recentrer sur soi**

Lors de nos premières séances ensemble, Tim se dirigeait très rapidement, dès son arrivée dans la salle, vers la table de massage et mettait des coussins sur lui. C'est un comportement que le psychomotricien connaissait puisque Tim l'avait déjà expérimenté plusieurs fois auparavant. Je comprends que dans ces moments-là, Tim a besoin d'être contenu par les coussins et les couvertures que nous déposons sur son corps, ainsi que par notre présence puisque nous nous appuyons corporellement sur les coussins.

Cette position lui permet de porter attention et de percevoir ses propres sensations mais aussi les nôtres. Ce dialogue tonique et la stimulation du système proprioceptif apportent également une sensation de contenance, qui apaise Tim et qui lui permet de se recentrer sur son corps. Nous adaptons notre posture et notre poids que nous déposons sur lui en fonction des réactions verbales de Tim, mais aussi toniques.

La sollicitation du système proprioceptif aide également Tim à porter plus d'attention sur ses propres sensations corporelles.

La concentration et l'attention arrive de plus en plus à se fixer lors de ces instants de calme. Il peut aussi exprimer ses ressentis avec ses mots à lui et exprimer son envie de poursuivre ou non ces temps-là.

Une fois, lorsque je m'étais appuyée sur les coussins au niveau du ventre de Tim, je me suis aperçue que mon corps bougeait au rythme de ses respirations. J'ai donc saisi l'occasion pour lui faire remarquer, afin qu'il puisse centrer son attention sur sa respiration. La respiration est un phénomène physiologique interne vital, elle n'est pas toujours simple à percevoir. Elle marque un rythme qui se trouve perturbé lorsque nous y sommes attentifs. Il est intéressant en psychomotricité de travailler autour de la respiration. Accompagner notre patient à porter son attention dessus, l'amène à être à l'écoute de ses sensations intéroceptives. Cela permet notamment la perception de l'axe et de la cage thoracique, et participe ainsi à leur prise de conscience. Il s'est joué à ce moment-là une interaction très intéressante entre Tim et moi. Il était attentif aux mouvements que sa respiration provoquée sur mon corps et il a pu en faire varier le rythme et l'amplitude. J'ai ensuite amené sa concentration sur ma respiration et sur la pression que mon ventre créé sur le sien, à travers les coussins. Il me semble, cependant, qu'il n'a pas su se décentrer et percevoir ma respiration.

Lors d'une séance où nous étions que tous les deux et après plusieurs épreuves de bilan, Tim est allé s'installer sur la table de massage. J'ai compris qu'il serait difficile pour lui de se concentrer davantage ce jour-là, je n'ai donc pas insisté mais plutôt saisi cette disposition pour proposer un travail autour de la conscience corporelle. Cette fois-ci, je n'ai pas apporté du poids sur son corps avec mon propre corps, mais en y déposant divers objets. Je lui ai demandé de me dire pour, chaque objet, le nom de la partie de son corps sur laquelle je le déposais.

Tim a préféré garder les yeux ouverts. Il était allongé sur le ventre. Avant de déposer chaque objet, je lui annonçais quel objet je prenais pour qu'il se concentre sur son corps et ses sensations, plutôt qu'à chercher quel objet c'était. Tim est resté allongé durant toute la durée du jeu. Il a mieux perçu et décrit les sensations d'enveloppement avec les couvertures et tapis de yoga qui recouvraient toute la surface de son corps, hormis sa tête. Il s'exprimait aussi plus spontanément lorsque je déposais des objets relativement lourds, comme le coussin d'équilibre. Il disait lui-même « c'est lourd » et parvenait plus aisément à me dire sur quelle partie de son corps était l'objet. Il a également confondu « le ventre » et « le dos ».

Dans cette proposition, l'attention que Tim portait sur son corps passait par le sensoriel, principalement la sensibilité tactile et proprioceptive.

- **Quelles perceptives pour la suite ?**

Malheureusement avec les mesures de confinement, je n'ai, à ce jour, pas pu présenter les séances que j'avais imaginées avec Tim, après la passation du bilan d'évolution.

Mes principaux questionnements sur lesquels j'aimerais investiguer davantage lors des prochaines séances sont :

- **Quelle image a Tim de son corps d'adolescent ? Parle-t-il de son corps de façon positive ou négative ? A-t-il observé et pris conscience que son corps change ?**
- **Comment pense-t-il la sexualité ? Son comportement est-il le même avec moi (femme) qu'avec le psychomotricien (homme) ?**
- **Que nous informe ses comportements face au miroir sur sa représentation et sa conscience corporelle ? Comment utiliser le miroir comme outil de travail sur la conscience corporelle ?**
- **Comment utiliser davantage le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu en séance pour aider Tim à prendre conscience de son corps ?**

J'aimerai poursuivre le travail que le psychomotricien a commencé sur la prise de conscience corporelle, en abordant avec Tim l'adolescence et ses changements corporels. Le bilan d'évolution m'a permis de me rendre compte où Tim en était dans l'intégration de son schéma corporel, sur son image et ses représentations du corps ; autrement dit dans le développement de sa conscience corporelle. Je m'appuierai sur le bilan d'évolution et sur mes observations pour mener les séances.

Les séances de psychomotricité de Tim dépendent de son état tonique et émotionnel. Il peut entrer dans la salle avec beaucoup d'énergie, d'agitation et avec le besoin de bouger. Il a parfois même déjà une idée de ce qu'il aimerait faire pendant sa séance, ou peut aussi montrer des signes de fatigue et s'installer directement sur la table de massage.

Ainsi, je n'ai pas construit et imaginé les séances au préalable, comme j'ai pu le faire avec le groupe « Bouge ton corps ! ». En revanche, j'ai réfléchi à plusieurs idées d'activités que je pourrai utiliser au cours de la séance. De plus, je connais mes objectifs de travail avec Tim et je me saisirai de ce qu'il me dit et de ses besoins sur le moment, pour orienter la séance.

Parmi mes idées activités, je pourrai lui proposer :

- Un puzzle simple avec quatre dessins à reconstituer où seront représentés un bébé, un enfant, un adolescent et un adulte. Ce jeu me permettra d'observer si Tim réussit à assembler les différentes parties du corps ensemble et de soutenir sa somatognosie en les énonçant. Ainsi je favoriserai l'intégration de son schéma corporel. Je pourrai également lui demander à quel personnage il s'identifie le plus. Sa réponse me renseignera sur son image du corps. Ce moment sera aussi l'occasion d'échanger sur l'adolescence et sur le corps changeant.
- La création d'une nouvelle silhouette de Tim, sur papier pour la comparer aux précédentes et mettre en avant ses changements corporels liés à l'adolescence. Ce travail permettra d'ajuster son image et sa représentation du corps, et aidera Tim à prendre conscience de son corps changeant.
- La création de ma silhouette pour la comparer à la sienne. Ainsi, Tim s'appuiera sur la représentation graphique du corps de l'autre pour prendre conscience de son propre corps, différent de celui d'une femme.
- Des temps de relaxation et de conscience corporelle sur différents supports : la table de massage, sur un tapis de yoga ou sur le sol pour faire varier les expériences et les ressentis, notamment au niveau des appuis. Dans ces propositions, le psychomotricien et moi-même nous nous appuierons sur son corps, comme il en a l'habitude, pour stimuler son système proprioceptif et mettre en avant le dialogue tonique. Ainsi, nous travaillerons à nouveau autour de la respiration.

- Un jeu d'imitation face au miroir : ici mon regard ne se sera pas porté directement sur lui mais sur son reflet et il ne sera plus tout seul à jouer devant le miroir. Dans cette disposition, nous pourrons nous faire passer plusieurs objets différents, un par un, après lui avoir donné une fonction. C'est par l'imitation, à travers mon reflet dans le miroir, que Tim portera son attention sur son corps.
- Un jeu où nous devons transvaser divers objets, un par un, d'un cerceau à un autre. La consigne sera d'utiliser une méthode différente pour transmettre chaque objet (lancer à deux mains, paume contre paume, genoux contre genoux...). Pour réussir, Tim devra prendre appui sur le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu pour pouvoir focaliser son attention sur la partie de son corps sollicitée, et transmettre l'objet. Sa conscience corporelle ne sera donc pas globale mais focalisée.

Le dialogue tonico-émotionnel mis en jeu dans nos séances est très intéressant à analyser. Je constate, particulièrement avec Tim, que je réfléchis et que j'essaie d'adapter continuellement ma posture, mon attitude, mon regard et notre distance corporelle. Que nous soyons tous les deux, ou trois dans la salle modifie également nos échanges. Le niveau attentionnel et le degré d'agitation de Tim sont très fluctuants et dépendent aussi, en partie, de notre posture. Ainsi, j'aimerais jouer avec les différentes modalités du dialogue tonico-émotionnel en modifiant notre posture ou notre regard. Cela entraînera probablement diverses réactions comportementales chez Tim. Pour l'aider à comprendre ses comportements et à prendre conscience de ce qu'il se passe dans son corps, à ces moments-là, nous l'accompagnerons dans la verbalisation de ses ressentis. **« Qu'est-ce que ça fait dans ton corps ? Je vois que ça te fait rire. Je vois que tu es un peu gêné. Tu aimes bien cette sensation ou tu n'aimes pas ? Et si je me place ici, et que je regarde là, est-ce que tu te sens mieux ?... »**

C'est ainsi, principalement, que j'imaginai nos prochaines séances pour accompagner Tim dans le développement de sa conscience en prenant appui sur la relation et le dialogue tonico-émotionnel.

3.6. Conclusion au sujet de Tim

Tim est un adolescent qui est suivi à l'IMP et en psychomotricité depuis de nombreuses années. J'ai apprécié mon travail de recherche à son sujet, qui m'a permis de mieux me rendre compte de son évolution sur le plan social, scolaire et comportemental au fil des années, ainsi qu'en psychomotricité.

Plusieurs objectifs de prise en soin ont été travaillés en psychomotricité depuis 2015, notamment la relation à soi, à l'autre et la prise de conscience corporelle. Nous pouvons constater que le développement de la conscience corporelle de Tim est perturbé par sa déficience intellectuelle. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que son contexte familial est un facteur perturbateur à son bon développement.

Tim présente également des troubles du langage et a des difficultés pour entrer en relation de manière adaptée avec l'autre. La communication non verbale est très riche à explorer et à analyser en séance de psychomotricité. Tim nous transmet, à travers ses réactions comportementales et corporelles, de nombreux éléments qui nous renseignent sur l'état tonico-émotionnel dans lequel il se trouve. Celui-ci est dépendant du dialogue tonico-émotionnel mis en jeu en séance. En tant que psychomotriciens, nous devons évaluer et réadapter continuellement notre posture, notre attitude et notre regard pour maintenir une relation suffisamment contenante et sécurisante. Le dialogue tonico-émotionnel est un bon outil pour accompagner Tim dans la prise de conscience de son corps.

Concernant son adolescence, le développement hormonal et sexuel de la puberté de Tim se réalise de façon harmonieuse. Au niveau de sa maturation psychique, elle est compromise par la déficience intellectuelle. Les changements, notamment physiques, de la puberté marquent davantage le déséquilibre entre son apparence et son niveau intellectuel. Il y a donc, pour moi, un travail essentiel à poursuivre en psychomotricité pour aider Tim à comprendre tous ces changements corporels et à en prendre conscience.

Tim investit ses séances de psychomotricité et souhaite continuer. Maintenir la prise en charge, même après tant d'années, me semble toujours très pertinent. Le travail autour du repérage temporel, de l'apaisement psychomoteur, de la régulation tonique et de la conscience corporelle est à poursuivre puisque Tim peut certainement encore bien évoluer sur ces plans-là.

Conclusion générale

J'ai cherché, à travers ce mémoire, à mettre en lumière l'apport du dialogue tonico-émotionnel dans le développement de la conscience corporelle, chez l'adolescent déficient intellectuel, et dans la prise en charge psychomotrice.

Lorsque nous évoquons le dialogue tonico-émotionnel, le corps est au premier plan, dans ses dimensions motrices, affectives et émotionnelles. Dans toutes relations, entre deux personnes ou plus, le dialogue tonico-émotionnel est présent. Notre état tonique et postural varie en fonction des émotions que nous ressentons au fil de l'échange.

Le dialogue tonico-émotionnel et la conscience corporelle sont liés. En effet, comme nous l'avons vu, le dialogue tonico-émotionnel aide au développement et à la prise de conscience corporelle de l'individu, à tout âge de la vie. De plus, pour pouvoir adapter notre état tonique et émotionnel dans la relation, nous devons avoir une certaine conscience de notre corps.

Mes recherches pour l'écriture de ce mémoire m'ont également permis de valider mon hypothèse de départ. Le trouble du développement intellectuel a bel et bien un impact sur le développement de la conscience corporelle. Le psychomotricien, par sa formation, est en capacité d'accompagner la personne déficiente intellectuelle dans la prise de conscience de son corps. Quel que soit l'âge du patient, nous pouvons l'accompagner dans la découverte ou redécouverte de son corps, par des mises en situations corporelles et l'utilisation du dialogue tonico-émotionnel.

L'adolescence est une période particulièrement riche en remaniements corporels mais aussi psychiques. C'est pour cela que j'ai souhaité aller encore plus loin dans mes recherches et dans l'analyse de mes observations en stage. J'ai cherché à comprendre quelle conscience du corps avaient les jeunes déficients intellectuels que je rencontrais, ainsi que la conscience qu'ils avaient de leurs changements pubertaires.

J'ai constaté que de nombreux facteurs sont à prendre en compte. L'environnement familial et les liens parentaux sont non négligeables dans le développement de la conscience corporelle de l'enfant. Elle est intimement liée à son développement psycho-affectif. De plus, selon le degré de la déficience intellectuelle et de son étiologie, les fonctions cognitives ne sont pas atteintes de la même façon. Ainsi, la compréhension, la perception, la représentation et la conscience du corps diffèrent d'un individu à l'autre.

Pour les adolescents que j'ai rencontrés à l'IMP, la représentation mentale est difficile à élaborer. Utiliser le sensoriel et le plaisir moteur pour qu'ils puissent progressivement se recentrer sur eux et intégrer leurs sensations est un bon moyen pour les accompagner dans la prise de conscience de leurs corps, en psychomotricité. Le dialogue tonico-émotionnel est aussi un très bon outil. Que ce soit en prise en charge groupale ou individuelle, les relations interindividuelles ne sont pas les mêmes. L'état tonique et émotionnel des adolescents dépend des échanges et du contexte. Nous pouvons, en tant que psychomotricien, nous saisir de ce qu'il se joue dans la relation pour aider l'adolescent à prendre conscience de ses ressentis corporels. Le dialogue tonico-émotionnel permet aussi d'ajuster son image et ses représentations du corps, en se différenciant de l'autre.

J'aurais aimé pouvoir proposer plus de séances au groupe « Bouge ton corps ! » et à Tim, et ainsi avoir plus d'analyses cliniques et pratiques dans ce mémoire. Je n'ai pu m'appuyer que sur mes premiers mois de stages, où je commençais, peu à peu, à préparer mes propres séances et à les mener. Suite aux mesures sanitaires du gouvernement, j'ai dû m'adapter et j'ai choisi de vous présenter, tout de même, les séances que j'avais préparées pour eux. J'espère pouvoir reprendre mon stage à l'IMP et avoir la possibilité de mettre en pratique quelques séances, mais cela reste encore incertain.

Suite à mes recherches et à l'écriture de ce mémoire, je distingue aujourd'hui mieux les différentes notions telles que image du corps, schéma corporel, représentation du corps et conscience corporelle. Mon analyse clinique est aussi plus précise, notamment sur la façon dont la personne vit son corps. Je portais déjà une grande importance sur la relation thérapeutique et le dialogue tonico-émotionnel en séance de psychomotricité mais je connais, à présent, plus en détails les apports et les impacts que peuvent avoir notre posture et nos échanges sur notre patient. Il me plairait beaucoup, dans ma future pratique professionnelle, de continuer à travailler auprès d'enfants et adolescents déficients intellectuels. Je pourrai ainsi approfondir mes connaissances et ma pratique avec ce public.

Bibliographie

- (1) ALBARET J.M., *Manuel d'enseignement en psychomotricité*, De Boeck-Solal, 2011
- (2) ANCET P., *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Dunod, 2010, p 123-227
- (3) ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1995
- (4) BALLOUARD C., *Le travail du psychomotricien*, Dunod, 2003
- (5) BASTE N., *Aide-mémoire – Méthodes de relaxation*, Dunod, 2016
- (6) BERTHOZ A., *Le sens du mouvement*, Odile Jacob, 1997
- (7) BERTRAND M. et DUPONT M., *Expression corporelle mouvement et pensée*, Librairie J. VRIN, 1976
- (8) BIRRAUX A., *L'adolescent face à son corps*, Albin Michel, 2013
- (9) BLOSSIER P., *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*, Solal, 2002
- (10) BOSSE J., *Prendre corps, apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux*, Mémoire de psychomotricité, 2017
- (11) BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Tome 1, Erès, 2004.
- (12) CARRIC J.C., *Le développement psychomoteur de l'enfant*, dans *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°117 Janvier-Mars 1999
- (13) DOLTO F., *Paroles pour adolescents ou complexe du homard*, Folio, 2007
- (14) DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984
- (15) GABALI M., *Faire corps : la place de la psychomotricité dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel*, Mémoire de psychomotricité, 2019
- (16) GARROS J., *Corporellement...*, Centre Lafaurie Monbadon, 2007
- (17) GOLEMAN D., *L'intelligence émotionnelle*, intégrale, J'ai lu, 2014
- (18) <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-page-19.htm>
- (19) <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>
- (20) <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/deficiences-intellectuelles>
- (21) <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-intelligent/>

- (22) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid>
- (23) <https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/diagnostic-etilogique-dune-deficience-intellectuelle>
- (24) https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1985_num_38_2_2887
- (25) https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1993_num_46_1_2047
- (26) https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_2000_num_53_2_3174
- (27) <https://psycnet.apa.org/record/1985-16442-001>
- (28) JOVER M., *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*, Solal, 2000
- (29) JUHEL J.C., *La déficience intellectuelle, chronique sociale*, 2012
- (30) KORFF-SAUSSE S., *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Calmann Lévy, 1998, p 43
- (31) MARCELLI D., BRACONNIER A., TANDONNET L., *Adolescence et psychopathologie*, Elsevier Masson, 9^{ème} édition, 2008
- (32) NAVARRO J., *Ces gestes qui parlent à votre place*, Pocket, 2018
- (33) PICON I., *Adolescence et déficience intellectuelle. Approche clinique de jeunes accueillis en Institut médicoprofessionnel ou en Unité pédagogique d'intégration*, Elsevier Masson, 2009
- (34) PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Dunod, 2015.
- (35) POTEL C., *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, 2010
- (36) POTEL C., *Intérêts et risques des médiations corporelles pour les adolescents*, Cours de psychomotricité troisième année, Université Pierre et Marie Curie, 2007
- (37) POTEL C., *Corps brûlant, corps adolescent*, Erès, 2013
- (38) REINHARDT J.C., *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, PUF, 1990
- (39) ROBERT-OUVRAY S.B., *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de brouwer, 2007
- (40) SARDA J., *Le toucher ne thérapie psychomotrice*, Revue « Enfances & Psy » n°20, 2002, pp 86-95
- (41) VAGINAY D., *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Eres, 2005

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction.....	4
Partie I : L'apport du dialogue tonico-émotionnel dans le développement de la conscience corporelle	6
1. Tonus et émotions : deux notions en étroite relation.....	7
1.1. Le tonus	7
1.1.1. Définitions	7
1.1.2. Les différents niveaux toniques	8
1.2. Les émotions	9
1.3. Le dialogue tonico-émotionnel	10
1.3.1. Histoire et définition	10
1.3.2. La modulation du dialogue tonico-émotionnel en fonction des relations..	12
2. La conscience corporelle.....	13
2.1. Qu'est-ce que la conscience corporelle ?	13
2.2. Des sensations aux représentations du corps.....	14
2.3. Schéma corporel et image du corps.....	15
2.3.1. Schéma corporel	15
2.3.2. Image du corps.....	16
2.4. Pour résumer	17
2.5. Maturation des représentations du corps	18
2.5.1. De 0 à 3 mois : « le corps subi ».....	19
2.5.2. De 3 mois à 3 ans : « le corps vécu »	20
2.5.3. De 3 à 7 ans : « le corps perçu »	21
2.5.4. Jusqu'à 12 ans : « le corps représenté »	22
3. En quoi le dialogue tonico-émotionnel participe-t-il au développement de la conscience corporelle ?.....	23

Partie II- La conscience du corps chez l'adolescent déficient intellectuel25

1. L'adolescence : une période de changements	26
1.1. Les changements physiques de la puberté	26
1.2. La maturation psychique	27
1.3. Emancipation et crise identitaire	28
2. La déficience intellectuelle	29
2.1. L'intelligence.....	29
2.2. Terminologie, définitions et diagnostic de la déficience	30
2.3. Epidémiologie	31
2.4. Etiologies	31
2.5. Diagnostiques différentiels	33
2.6. Comorbidités	33
2.7. Examen médical et bilans.....	34
2.8. En psychomotricité, que pouvons-nous apporter?.....	34
3. En quoi la déficience intellectuelle impacte-elle le développement de la conscience corporelle ?.....	36
3.1. L'annonce du handicap et les interactions précoces	36
3.2. Les difficultés rencontrées pendant l'enfance	37
3.3. Les perturbations à l'adolescence.....	39
3.4. Ce qu'ont démontré certaines expériences	41

Partie III- Comment le psychomotricien aide-t-il la personne déficiente intellectuelle à prendre conscience de son corps à l'adolescence ?43

1. Le dialogue tonico-émotionnel et la conscience corporelle en psychomotricité, auprès d'adolescents déficients intellectuels	44
2.« Bouge ton corps ! » : un exemple de prise en charge groupale	47
2.1. Présentation de l'Institut Médico-Pédagogique	47
2.2. Les apports du groupe.....	48
2.3. Le cadre thérapeutique	48
2.3.1. L'encadrement et les participants	49
2.3.2. La structuration de l'espace.....	50

2.3.3. La structuration du temps.....	50
2.4. Les objectifs de la prise en charge	51
2.5. En quoi ce groupe participe-t-il à la prise de conscience du corps pour ces adolescents déficients intellectuels ?	52
2.6. Ma place de stagiaire dans le groupe	61
2.6.1. Les séances que j'ai proposées	61
2.6.2. Projections	63
2.7. Conclusion sur le groupe	68
3. Tim	69
3.1. Ma rencontre avec Tim	69
3.2. Anamnèse	69
3.3. Vie institutionnelle	70
3.4. Bilans psychologiques, orthophoniques, suivis médicaux et examen génétique.	71
3.5. Prise en charge psychomotrice	72
3.5.1. Les objectifs de prise en soin	73
3.5.2. Les bilans psychomoteurs	74
3.5.3. Un travail évolutif autour de la conscience corporelle.....	77
3.6. Conclusion au sujet de Tim.....	84
Conclusion générale	85
Bibliographie	87
Table des matières	89