



HAL
open science

Apprivoiser un corps qui se transforme : l'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels

Sandra Malnoë

► **To cite this version:**

Sandra Malnoë. Apprivoiser un corps qui se transforme : l'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322618

HAL Id: dumas-03322618

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322618>

Submitted on 19 Aug 2021

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

Apprivoiser un corps qui se transforme :

L'image de soi chez les adolescents
déficients intellectuels

MALNOË Sandra

Née le 31 mai 1999, à Toulouse

Juin 2021

Directeur de mémoire : Baptiste Guillou

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

Apprivoiser un corps qui se transforme :

L'image de soi chez les adolescents
déficients intellectuels

MALNOË Sandra

Née le 31 mai 1999, à Toulouse

Juin 2021

Directeur de mémoire : Baptiste Guillou

Remerciements :

A mon directeur de mémoire, Baptiste Guillou, pour sa disponibilité et ses conseils tout le long de la réalisation de mon mémoire;

A l'ensemble de mes maitres de stage qui m'ont accueillie durant ces trois années de formation, pour m'avoir transmis leurs savoirs et m'avoir tant apporté de par leur bienveillance et leurs diversités;

A tous les patients que j'ai pu rencontrer, qui m'ont permis d'évoluer auprès d'eux ;

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFP pour leurs enseignements et leur accompagnement;

A mes proches, pour leur présence et leur soutien précieux, ainsi que pour leurs relectures ;

Merci !

Sommaire :

Remerciements :	4
Sommaire :	5
Introduction :	6
I. Les représentations corporelles	8
A) Construction du Moi:	8
B) Notions de schéma corporel et d’image du corps :	12
C) Une image du corps liée à l’estime de soi ?	22
II. L’étape de bouleversement : L’adolescence.....	24
A) Définition et généralités :	25
B) Transformation physique :	25
C) Remaniements psychologiques :	30
III. L’image de soi chez les adolescents déficients intellectuels :	34
A) Concepts clés à propos de la déficience intellectuelle	34
B) Particularités de la déficience intellectuelle :	37
C) Adolescence et déficience intellectuelle :	40
D) La déficience intellectuelle et l’image de soi à l’adolescence:	45
IV. L’apport de la psychomotricité dans la valorisation de l’image de soi auprès des adolescents déficients intellectuels	51
A) Présentation et fonctionnement de l’IME:	51
B) La psychomotricité au sein de l’IME :	52
C) Un travail en psychomotricité avec un binôme d’adolescents: “impression-expression” 55	
D) Une rencontre avec Léa :	69
Conclusion générale :	82
Bibliographie :	83
Tables des matières :	86
Annexes :	89

Introduction :

Durant ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai effectué un stage dans un atelier cirque auprès d'adolescents déficients intellectuels venant d'un Institut Médico-Professionnel (IMPro). Cela a été mon premier contact avec la déficience intellectuelle. En psychomotricité comme dans le cirque, on retrouve l'importance de la relation au corps, à l'autre et à l'environnement. A travers cette médiation, j'ai pu observer différentes problématiques chez ces jeunes, mais j'ai avant tout constaté chez chacun d'entre eux, une altération de la représentation de soi. Les jeunes rencontrés présentaient un manque d'aisance corporelle, une dévalorisation de soi, une difficulté à ressentir, à percevoir leur corps, à adapter leur posture dans la relation. Plus globalement, tout ce qui les amène à devoir se connecter à leur corps semblait être un obstacle pour eux. Comment peuvent-ils alors avoir une bonne image d'eux ?

Cette expérience m'a amenée à me questionner sur l'impact de la déficience intellectuelle sur les représentations corporelles. Je me suis donc 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. Le corps occupe une place sociale croissante depuis plusieurs décennies. Ses représentations médiatiques s'accompagnent toujours d'un modèle qui mêle performance et esthétique. La perception de cet idéal social induit inévitablement un processus de comparaison et souvent des vécus et jugements négatifs à propos de soi. Cela m'a donc fait réfléchir à l'intégrité de mon propre corps, à la vision que j'ai de lui mais aussi à la vision que j'ai de moi-même.

La relation à mon corps n'a pas toujours été une évidence, notamment lors de périodes telles que l'adolescence. Il m'a fallu un temps pour apprivoiser mon nouveau corps et pour y trouver de la bienveillance, de l'acceptation et de la confiance. Cela m'amène à m'interroger sur la façon dont des jeunes affectés d'une déficience intellectuelle vivent le temps de l'adolescence et comment ils peuvent avoir une relation positive à leur corps durant cette période si complexe. D'autant plus qu'ils sont souvent réprimandés dans leurs agissements, dans leur manière d'être, souvent désignés comme des « handicapés », terme possédant une connotation péjorative... Comment peuvent-ils bien vivre cette période lourde en changements si l'environnement leur renvoie fréquemment une image négative ? Comment se construire une image d'eux valorisante ?

Afin de pouvoir continuer mon cheminement, de mieux comprendre leurs fonctionnements et de pouvoir mieux construire ma réflexion, j'ai donc décidé en troisième année de poursuivre avec cette population. Je réalise actuellement mes deux stages longs dans des Instituts

Médico-Educatifs (IME) accueillant des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle légère à profonde.

J'ai retrouvé dans ces lieux de stages les phénomènes observés auparavant, ce qui m'a amenée à approfondir mes questionnements. Le développement cognitif a-t-il un impact sur les représentations corporelles et si oui, quel est-il exactement ? Qu'en est-il spécifiquement à l'adolescence, période de bouleversements corporels ? Quel rapport entretiennent-ils avec cette période de remaniement, avec ce corps qui change et ont-ils conscience de ces changements corporels ?

Je pose l'hypothèse que la déficience intellectuelle a un impact négatif sur la valence de l'image de soi à l'adolescence.

Le corps a une place centrale en psychomotricité. En tant que professionnel mettant en exergue le lien entre le corps et l'esprit, sur quels supports s'appuie-t-on pour soutenir ces problématiques ? De là s'origine ma problématique principale : **Comment le psychomotricien peut-il étayer une image de soi positive chez les adolescents déficients intellectuels ?**

J'y répondrai au travers de quatre parties. La première s'attachera à décrire la construction du Moi et des représentations corporelles, avec les notions de schéma corporel et d'image du corps.

Dans la seconde partie, j'évoquerai la période de l'adolescence, à travers toute sa complexité et ses remaniements biologiques, physiques, et psychologiques.

Dans la troisième partie, je ferai une description de la déficience intellectuelle et de ses particularités afin de mieux la comprendre. Elle traitera également de la façon dont une déficience intellectuelle peut entraver la construction d'une image de soi valorisante, spécifiquement durant le processus de l'adolescence.

Enfin, dans la dernière partie, je montrerai le rôle que possède la psychomotricité, dans l'accompagnement de ce processus. Je ferai ensuite part de mon expérience clinique en m'appuyant notamment sur l'atelier "impressions-expressions" que j'ai mis en place dans un de mes deux stages. J'illustrerai également l'importance de la psychomotricité dans l'étayage de l'image de soi à travers une étude de cas d'une adolescente rencontrée à l'IME que j'ai pu suivre en prise en soin.

I. Les représentations corporelles

A) Construction du Moi:

S. Freud évoque le Moi comme étant « *dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut donc être considéré comme une projection mentale de la surface du corps* ». Le corps ainsi que son vécu externe sont au centre de la construction interne du Moi.

Le Moi c'est la construction inconsciente se basant sur l'image de l'autre ou d'un objet que l'on affectionne. Cette construction dépend de l'histoire de chacun.

1/ La relation à la mère :

A la naissance, le bébé ne fait pas de distinction entre son corps et le monde qui l'entoure. Durant les trois premières années de sa vie, il travaillera à la prise de conscience de ce corps propre, unifié et différent de l'autre. Au début, l'enfant étant incapable de satisfaire lui-même ses besoins, sa survie dépend du recours à autrui et en particulier à sa mère. Selon D. Winnicott, dans les premiers temps, la mère serait dans une « préoccupation maternelle primaire », qui est un état d'hypersensibilité qui permet à la mère de mettre en avant tous ses sens pour offrir à son enfant un environnement propice à son développement. L'enfant est alors dans une illusion de **fusion totale avec sa mère**. D. Winnicott parle de « dépendance absolue », tant pour la vie physique que psychique de l'enfant.

Selon lui, la mère doit être « suffisamment bonne » c'est-à-dire qu'elle doit répondre d'une manière équilibrée au besoin de son enfant. Elle se doit d'apporter les réponses adaptées dans un laps de temps tolérable pour l'enfant au regard de sa frustration, cependant elle doit introduire des temps de latence avant de répondre à ses besoins. Être ni trop longtemps absente, ni trop présente. En faisant l'expérience de jouer à ses côtés ou de ressentir la solitude en son absence, le bébé peut acquérir l'assurance de l'existence ininterrompue de l'autre et l'aide à se constituer un environnement interne. Cela permet au nourrisson de se construire une vie physique et psychique et de **différencier le Moi du non Moi**. Le bébé peut alors ressentir une continuité d'existence et il va alors se libérer de l'état de fusion avec sa mère pour accéder à un état d'indépendance.

Pour avoir une notion cohérente et unifiée de son corps, l'enfant doit donc selon H. Wallon distinguer ce qui doit être attribué au « monde extérieur » et ce qui peut être attribué au corps propre. Dans cette optique, **la peau est une interface essentielle pour l'enfant**. Elle garantit son intégrité et elle est un organisateur psychique qui permet de relier entre elles des

sensations diverses et de s'organiser comme une entité stable. La construction du Moi est donc soutenue par les qualités des interactions, et par la qualité de la fonction contenante maternelle.

Les trois grandes fonctions maternelles que D. Winnicott avance sont :

- Le « **holding** » : qui correspond à la façon dont l'enfant est porté, tenu, contenu. Pour qu'un enfant se développe bien, il a besoin d'être porté psychiquement et physiquement. Cela va permettre à l'enfant de prendre confiance en lui, et de se sentir unifié. Le holding est à la base du dialogue tonico-émotionnel, que je vais décrire ci-dessous.
- Le « **handling** » : qui correspond à la façon dont il est manipulé, soigné, traité dans tous les soins de nursing (les changes, les repas, les bains...). Les soins prodigués à l'enfant participent à ce qu'il puisse se constituer une intériorité et des limites corporelles. Cela amènera le processus de personnalisation de l'enfant et l'installation de la psyché dans le soma, c'est-à-dire qu'il va acquérir le sentiment d'habiter son corps.
- L' « **object presentling** » : qui est la présentation des bons objets au bon moment. Il correspond à la façon dont la mère présente le monde à l'enfant.

Jusqu'ici je n'ai évoqué seulement deux protagonistes de la relation primaire, à savoir le bébé et la mère. Cependant, nous pouvons aujourd'hui parler du rôle des deux parents sur le bébé, et non seulement celui de la mère.

2/ Le moi tonique :

« L'enveloppe tonique du nourrisson peut être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme. C'est la première enveloppe psychique du bébé »

S.B. Robert-Ouvray

Les premiers mois du bébé, c'est par son corps et sa gestuelle qu'il manifeste ses états psychiques, qu'il organise et accroît ses perceptions et qu'il enrichit sa relation à son environnement. Dans sa théorie générale, H. Wallon fait jouer au tonus un rôle clé dans le développement psychomoteur. Une communication vitale s'engage entre la mère et l'enfant dans les premiers temps et cette communication a pour support le tonus, qui sera la base du mouvement, du geste, de l'émotion et de l'intelligence. Cette communication prend la forme

d'un **dialogue tonique** et c'est ce langage, dans lequel enfant et adulte jouent un rôle essentiel, qui forme le sujet et structure sa personnalité.

J. de Ajuriaguerra reprend l'idée de H. Wallon et parle de **dialogue tonico-émotionnel** permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des deux et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. Les contacts peau à peau constituent, au départ, la principale modalité interactive. En effet il y a une fusion affective primitive entre la mère et son bébé : ce dernier est complètement dépendant de sa mère. Il a une motricité archaïque et réflexe : une douleur va provoquer chez lui une hypertonie, alors qu'une détente et un état de bien être va se traduire par une hypotonie. Cela va provoquer des réactions chez la mère, qui interprète ces différents états toniques, qui leur donne du sens et qui y répond. Peu à peu, l'enfant va donc associer ses postures et son état tonique aux réactions que cela provoque chez sa mère, et va les utiliser volontairement comme vecteur de communication.

C'est donc par le corps, par le tonus, que l'enfant va agir sur autrui. Le tonus, avec toute sa charge affective, représente le moyen privilégié d'échange et de communication. Par le biais des réponses qui lui sont fournies, le bébé devient capable d'utiliser le dialogue tonico-émotionnel pour communiquer ses besoins, ses émotions.

C'est dans son corps que le sujet vit la satisfaction de ce dialogue. Lors du dialogue tonique, les réponses de part et d'autre sont vécues comme interchangeable. **C'est sur cette base relationnelle que viendront progressivement s'inscrire la conscience du corps, la conscience de soi puis le psychisme et le Moi.** J. de Ajuriaguerra parle du dialogue tonique : *«Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps»*. Grâce à ce dialogue, le bébé accumule et intègre des informations riches, variées et adaptées. Ceci lui permettra de reconnaître ses propres éprouvés et de les différencier de ceux des autres.

A. Bullinger, dans la continuité des idées de H. Wallon, décrit plusieurs mécanismes de régulation du tonus :

- Le **milieu humain** : le dialogue tonique
- Le **niveau de vigilance** : chaque état de vigilance est accompagné d'un niveau tonique spécifique, ainsi que d'une disponibilité différente aux stimulations extérieures.
- Les **flux sensoriels** : gravitaire, tactile, visuel, auditif, olfactif et gustatif. L'état tonique du nourrisson se modifie lorsque ces flux, saisis par les organes sensoriels, varient.

- Le **milieu humain** : les représentations : « *Au delà de la régulation tonique, l'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé, ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui* ». D'après lui, les effets internes produits par la régulation tonique et le partage avec le milieu doivent se coordonner pour que le bébé se représente progressivement les frontières de son corps.

3/ Le corps libidinal :

Pour S. Freud, le corps est à l'origine de toutes les pulsions. Ces pulsions sont reliées aux besoins vitaux de l'humain. Les différentes parties du corps deviennent lieux d'inscription des expériences de plaisir (satisfaction d'un besoin) ou de déplaisir, et l'enfant cherche à revivre ces expériences de plaisir dans la même zone, et ceci même en l'absence de besoin à satisfaire : par exemple, l'enfant qui suce son pouce, sans dimension de faim. C'est ce fonctionnement qui va déterminer des zones dites érogènes. Ces zones matérialisent au départ une sorte de puzzle corporel et constituent un corps morcelé, à relier au **narcissisme primaire**. R. Roussillon parle de « narcissisme primaire », terme repris d'une théorie freudienne et où l'enfant se croit l'auteur de sa satisfaction. L'enfant, grâce aux investissements successifs de la libido dans les zones de son corps réalisés au cours de ses expériences relationnelles, évoluera vers une perception du corps propre, unifié et différent des autres.

4/ Le moi et le stade du miroir : (vers le 8^{ème} mois) :

Le bébé ne se vit pas distinct de sa mère, il n'a ainsi pas conscience de son propre corps. Ce n'est que progressivement qu'il va prendre conscience de lui-même, et intégrer les limites de ce corps qui est à lui et différent des autres.

Le stade du miroir, c'est l'instant où l'enfant se met à **penser son être corporel**, alors même qu'il ne peut avoir conscience de son intégrité par le biais de son équipement sensorimoteur encore immature. En quelque sorte, le psychisme prend de l'avance sur l'expérience sensorimotrice. J. Lacan considère le stade du miroir comme déterminant à la fois pour la constitution du corps propre mais aussi pour l'accès au langage, il autorise la fonction du je. Selon lui, l'enfant reconnaît dans le miroir une forme, un gestalt, une image à laquelle il s'identifie, alors même qu'il n'a dans la réalité qu'une perception morcelée de son corps. Toutefois, ce n'est qu'un leurre appartenant au domaine de l'imaginaire, car l'enfant ne s'identifie qu'à une image de lui. « *L'enfant ne devient un être humain qu'au prix de cette aliénation, qui le constitue [comme un autre]* » (J.C Coste). De cette confrontation naît une

sorte de jubilation due à l'appropriation de ce corps soudain unifié, total et limité, à la fois différent de celui de la mère et aimé de celle-ci. Il distinguera ainsi ce qui est de l'ordre du Moi et ce qui ne l'est pas.

Les premières expériences relationnelles, les premiers sentiments d'être enveloppé par l'attention de ses parents, les premières explorations et satisfactions de l'enfant, permettent donc la construction des premières limites de son Moi, de différencier le dedans du dehors, ce qui est lui et ce qui ne l'est pas.

B) Notions de schéma corporel et d'image du corps :

Se représenter son corps, c'est intégrer ses expériences corporelles, se les approprier à la fois du point de vue de la connaissance, de l'émotion, de l'affect, et dans la relation à l'autre. De nombreuses recherches ont été menées sur cette représentation du corps, et ont fait émerger les notions de schéma corporel et d'image du corps.

1/ Le schéma corporel :

a - Historique du schéma corporel :

La notion de schéma corporel est souvent reliée à celle « d'image de soi » et de « connaissance du corps ».

Cette notion a été utilisée pour la première fois au début du XXème siècle par P. Bonnier, qui veut démontrer qu'il existe une structure sensorielle permettant de percevoir les limites du corps. Le schéma corporel serait selon lui « *la faculté que nous possédons de savoir à tout instant orienter une partie quelconque de notre corps par rapport à toutes les autres* ». Le schéma corporel est envisagé autour des représentations du corps propre et qui regroupe les différents éléments de la somatognosie, c'est-à-dire la capacité d'être conscient de la structure de son corps, d'en reconnaître les parties et leurs relations entre elles. Cette idée sera reprise par le neurologue A. Pick et le neurophysiologiste H. Head.

A. Pick propose la notion d'**image spatiale du corps**, associant une dimension plus spatiale à la représentation topologique du corps. Il met en exergue la liaison entre les sensations perçues dans le corps et les représentations visuelles de celui-ci. Ce lien permet de localiser les sensations sur le corps. Selon lui, cette image spatiale du corps optimise l'orientation du corps propre dans l'espace.

En 1911, H. Head introduit la notion de **schéma postural**. A cette dimension spatiale s'ajoute une dimension temporelle. H. Head insiste sur la plasticité de cette représentation standard, qui est en perpétuel remaniement. Il considère « *les données posturales comme la base de la représentation du corps. Il existe pour lui un « standard postural » auquel sont confrontées toutes les perceptions nouvelles* » (Morin, 2013, p21). C'est un standard qui donne la valeur spatiale de toute sensation et sentiment de présence au corps. Pour H. Head, le schéma corporel est la connaissance qu'a le sujet de son corps dans l'espace et dans le temps.

Ces trois auteurs cités précédemment s'entendent sur le fait que le cerveau use d'une **représentation non consciente du corps** qui permet d'ajuster automatiquement nos mouvements à notre environnement spatial.

P. Schilder va reprendre ce travail et propose une vision globale du phénomène de perception et de représentation du corps. Il maintient une articulation entre l'aspect biologique, psychologique et social. Pour P. Schilder, le schéma corporel est défini comme « *l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même* » et qui s'organise grâce aux liens entre la perception et l'action. La théorie de P. Schilder considère le schéma corporel comme identique à l'image du corps, et où l'image du corps intègre les deux termes dans le même concept sans les différencier. Il amène une ambiguïté qui sera remise en question par la suite.

J. de Ajuriaguerra 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* ». (Guiose, 2003) Ainsi le **schéma corporel n'est pas figé**, il s'enrichit avec ce que l'on vit. Il met en évidence dans cette définition l'importance de la sensorialité dans la construction du schéma corporel. Le schéma corporel est donc le modèle perceptif du corps, permanent et évolutif, qui sert de référentiel à nos actes dans un espace-temps donné et pour une action immédiate.

F. Dolto s'est attachée à distinguer précisément le schéma corporel et l'image du corps. Pour elle, le schéma corporel est une réalité de fait, constitué essentiellement à partir de nos perceptions. Selon F. Dolto, il correspondrait plutôt à une connaissance générale du corps et il serait plus ou moins le même pour tous les individus « *à peu près de même âge, sous le même climat* » et il « *spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelque soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquelles il vit* » (Pireyre, 2015, p36). D'après elle, le schéma corporel serait en partie inconscient, mais aussi possiblement préconscient et conscient. Il se structure par l'expérience et l'apprentissage.

J-M. Albaret, en 2011, définit le schéma corporel comme étant un système de localisation correspondant 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 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* » (Busschaert et al., 2015, p216). Dans sa définition du schéma corporel, J-M. Albaret met aussi en avant la dimension **inconsciente** de ce système.

b - Construction du schéma corporel :

Le schéma corporel n'est pas quelque chose de figé et bien qu'il soit relativement stable à l'âge adulte on peut dire qu'il évolue tout au long de la vie. On retrouve ici la notion de plasticité. **Le schéma corporel se constitue à partir des informations tactiles, kinesthésiques, visuelles, labyrinthiques et dépend également de l'intégrité neuro-sensorielle de l'enfant et de la qualité de sa maturation neurologique.**

Le schéma corporel se construit déjà in-utéro et il va se réinventer continuellement, s'adapter et se transformer. En effet, c'est dans un bain sensoriel que l'enfant va petit à petit prendre conscience de l'unité de son corps. Des sensations proprioceptives venant des canaux semi-circulaires à partir de la 7ème semaine in-utéro et des récepteurs tactiles à partir de la 9ème semaine vont venir nourrir le schéma corporel.

Lorsqu'il naît le bébé ne fait pas de distinction entre son corps et le monde qui l'entoure. Avant 6 mois, le bébé n'a qu'une perception morcelée de son corps, et ne fait pas de différence entre ce qui est à lui et ce qui n'est pas à lui, mais sa sensorialité et sa motricité archaïque lui fournissent déjà des informations. S.B. Robert-Ouvray a dit que c'est « *avec l'intégration des schèmes de base que l'enfant commence à intégrer son schéma corporel* ». Effectivement c'est grâce au mouvement que l'enfant pourra construire ce qu'il est, qu'il pourra délimiter progressivement son corps du monde extérieur. En expérimentant des schèmes tel que le rampé, la station assise, le quatre pattes, la marche, sauter, courir... il va comprendre les mécanismes de son corps et se les approprier.

A partir de 6 mois, l'enfant commence à faire des liens entre les différentes perceptions d'un même événement (visuelle, tactile...) et différencier progressivement les informations

proprioceptives et extéroceptives. Cette coordination entre ces informations, appelée « fonction proprioceptive » par A. Bullinger, va permettre à l'enfant de distinguer ce qui dépend de lui-même, de ses mouvements et de ce qui émane de l'environnement. Les premières coordinations sensori-motrices intégrant un traitement spatial des informations sensorielles apparaissent. L'enfant commence à utiliser son schéma corporel en tant que **référence à la localisation spatiale des objets de l'environnement**. Cette évolution aboutit à la connaissance du Soi, du Non-Soi et de l'objet.

Il s'agit donc d'une construction dynamique chez l'enfant qui est **soutenue par la qualité de la fonction contenante maternelle, et par la qualité des interactions**.

Il se structure aussi par **l'expérience et l'apprentissage**, favorisé par des expériences sensori-motrices riches et variées. Le **développement du langage**, la **verbalisation** par l'entourage, renforcent cette structuration, en permettant à l'enfant une codification commune de ses représentations.

L'imitation se révèle aussi fondamentale. Elle permet un dialogue corporel avec les parents. C'est une expérience qui va enrichir l'enfant de modèles d'expressions qu'il va pouvoir intérioriser, se représenter et donc venir maturer son schéma corporel.

L'expérience du miroir a une grande importance également.

Toute cette construction, J. de Ajuriaguerra en a décrit les étapes :

- Corps vécu (jusqu'à 3 ans) :

Dans les trois premiers mois, on parle de **corps subi**. L'enfant est soumis aux perceptions intéroceptives (faim, soif...). Progressivement, par les explorations de son corps et du monde extérieur, l'enfant prend conscience de l'unité de son corps, se différencie des autres. Ce passage du corps morcelé au corps unifié est la **première étape nécessaire à l'élaboration du schéma corporel** : c'est-à-dire que grâce aux sensations intéro-, proprio-, extéroceptives et aux informations visuelles, le bébé ressent son corps constitué de muscles, d'organes, d'os et de peau. Il le ressent en statique, en mouvements et en volume.

- Corps perçu (3 à 7 ans) :

Il développe des sensations et en prend conscience. C'est la période du corps en action, le début du jeu symbolique. Il découvre les différentes orientations de son corps. L'enfant a conscience de son corps comme objet total avec une bonne représentation topologique de l'espace orienté (droite/gauche, dedans/dehors, haut/bas) : c'est la discrimination perceptive.

L'enfant développe l'**image mentale de son corps** (corrélé au développement de la pensée représentative).

- Corps représenté (7 à 12 ans) :

L'enfant peut se **représenter son corps en mouvement**, il peut interpréter un corps orienté différemment du sien. Il est capable de ne plus passer par l'action mais de penser cette action pour atteindre un but. C'est-à-dire qu'il n'a plus besoin de passer par le corps vécu puisqu'il a intériorisé les images des mouvements, des actions, et peut s'en resservir directement

Il peut latéraliser ses mouvements et situer un objet par rapport à d'autres. Il peut se représenter son corps de façon plus réaliste.

c - Conclusion :

Nous retiendrons que le schéma corporel est une représentation de notre corps qui nous permet un ajustement de nos mouvements par rapport à notre environnement. C'est un modèle interne, un **repère de base pour s'organiser dans l'espace**. Il est une structure commune qui fait que l'on se reconnaît en tant qu'être appartenant à l'espèce humaine. A cela s'ajoute la notion de **subjectivité** : le schéma corporel est impacté par les expériences du sujet.

Le schéma corporel se construit grâce aux expériences motrices, sensorielles et affectives que l'être humain rencontre tout au long de sa vie, et en particulier durant ses 12 premières années de vie. C'est un concept non figé, en constante évolution. Il se modifie tout au long de la vie, notamment à l'adolescence et chez la personne âgée, en s'adaptant aux modifications corporelles et physiques.

2/ Image du corps :

a - Historique de la notion :

Si P. Schilder reconnaît l'existence d'un mécanisme neurologique prépondérant dans la mise en place du schéma corporel, il va également intégrer une **dimension psychologique, relationnelle et émotionnelle** et proposer la notion d'image du corps. Selon P. Schilder, l'image du corps serait définie comme étant « *la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (Morin, 2013, p42). Si l'image du corps s'étaye sur des données neurophysiologiques, elle est **dynamique** et se construit surtout par la relation à l'autre. Elle repose sur nos expériences relationnelles et se modifie en fonction de notre vie fantasmatique. P. Schilder invente l'expression « Image du corps » en désignant par là une représentation à la

fois consciente et inconsciente du corps. P. Schilder soulignera le rôle de l'expérience émotionnelle et libidinale au sein du modèle postural de chaque être humain.

Selon F. Dolto, elle est « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécus à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* » (Pireyre, 2015, p38). L'image du corps est complètement inconsciente et liée à l'histoire du sujet. Elle est dynamique et évolutive. Elle est créée de 3 images :

- **Image de base**, qui assure un sentiment de continuité d'existence et un investissement narcissique minimal. Elle dépend des relations premières subjectives et de corps à corps avec la mère.
- **Image fonctionnelle**, qui correspond à l'image du ressenti d'un corps entièrement tourné vers la satisfaction de ses besoins et ses désirs.
- **Image érogène**, qui correspond à la place de l'autre dans la satisfaction de ce désir.

L'ensemble de ces trois images crée une image dynamique. Cette image du corps se constitue dès la naissance et tout au long de la vie, elle est en situation dynamique. Si F. Dolto travaille à la distinction entre schéma corporel et image du corps, elle souligne également l'importance de l'association de ces deux concepts : « *C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui* » (Pireyre, 2015, p38).

Les théories de l'image du corps de F. Dolto, de P. Schilder et de J. Lacan sont donc basées sur certaines caractéristiques : l'image du corps est **liée à la libido et au désir**, et est éminemment **inconsciente**.

Dans son ouvrage « Mon corps et ses images », J.-D. Nasio développe les concepts d'image du corps en psychanalyse à partir des travaux de F. Dolto et J. Lacan. (Nasio, 2013) Il parle d'une triple image du corps : le **corps réel** (celui que je ressens), le **corps imaginaire** (celui que je vois dans sa globalité), le **corps symbolique** (que je nomme par tous ses signifiants). Selon lui, l'image inconsciente du corps est la représentation inconsciente que chacun se fait de son propre corps d'hier et d'aujourd'hui, corps vibrant de désirs, de langage et de tendresse. J.-D. Nasio nous précise donc que les images de notre corps sont en permanence dans le présent des relations humaines et des situations en train de s'imprimer en même temps que les images actuelles sont toujours en interactivité avec les images anciennes, lesquelles, telles des signifiants, peuvent faire agir de telle et telle manière. Il met également en évidence dans ses définitions le caractère propre et **spécifique à chaque individu**. L'image

du corps se construit durant les trois premières années de vie, et est en perpétuel remaniement durant toute la vie.

J-M. Albaret décrit l'image du corps comme étant un système de perception des formes qui « 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 des perceptions et des 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 » (Busschaert et al., 2015, p216). L'image du corps est donc, par définition, **consciente**, et est influencée par des facteurs biologiques, socio-culturels et psychologiques. Elle peut être **satisfaisante ou insatisfaisante**.

b - Vers une image composite du corps :

E. Pireyre, lui, ne parle plus d'image du corps, mais d'image composite du corps. Cette image composite est composée de 9 sous-composantes. L'image du corps ne peut rester que globalement inconsciente. Mais, puisqu'elle peut opérer une sorte de « retour » partiel à la conscience dans des circonstances particulières, il est proposé de concevoir l'image du corps comme composite, c'est-à-dire constituée de divers éléments. Ces sous-composantes ont la possibilité de revenir, séparément à la conscience. Dans ces composantes, c'est la « sensibilité somato-viscérale » qui correspondrait à ce qui a pu être appelé schéma corporel. Ces éléments sont :

- **La continuité d'existence** (image de base de F. Dolto) : C'est l'une des étapes les plus archaïques que va traverser le bébé. Elle est reliée au fonctionnement de la sensorialité et au dialogue tonico-émotionnel. Elle est en lien avec la rythmicité.
- **L'identité** (image fonctionnelle de F. Dolto) : Elle est liée à la sensorialité et au holding. Elle est donnée à la naissance, trouve ses racines dans le corps et se construit dans la relation aux parents. Elle se construit dans le dialogue tonique et dans le regard. La projection des représentations parentales, la rêverie maternelle participent à la construction de l'identité.
- **Identité sexuée** (image érogène de F. Dolto) : Le sexe biologique est déterminé rapidement durant la grossesse, mais l'identité sexuée met beaucoup plus de temps à

se mettre en place. Elle s'appuie sur :

- Le sexe d'assignation à la naissance, l'environnement humain désigne le bébé comme masculin ou féminin en fonction de ses attributs génitaux externes
 - Le rôle de l'environnement : le comportement social de l'adulte envers le garçon ou la fille
 - Les sensations corporelles induites par les attributs génitaux et les hormones
 - Les relations affectives de l'enfant avec son environnement
- **La peau :** * Physique : Elle représente ¼ de notre poids. Elle est constituée de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme. Elle a plusieurs fonctions :
 - Elle limite notre corps, donne notre apparence
 - C'est une barrière mécanique contre les agressions extérieures et les attaques microbiennes
 - Elle participe à la thermorégulation
 - C'est un organe sensoriel essentiel
 - Elle synthétise de la vitamine D, des neuromédiateurs et des cytokines

La peau des enfants est immature encore quelques mois après la naissance.

* Psychique : « *La peau psychique va se construire sur les particularités de la peau physique.* » (Pireyre, 2015, p75). Elle correspond à l'enveloppe comme pensée par D. Anzieu : « *Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* » (Pireyre, 2015, p79).

L'entourage de l'enfant entoure littéralement le bébé d'une enveloppe faite de messages. Son ajustement est souple et permet au bébé de devenir également émetteur de messages, c'est-à-dire d'être soi séparé et de communiquer.

Les 8 fonctions du moi-peau :

- | | |
|----------------------------------|---|
| - La maintenance | - L'inter sensorialité |
| - La contenance | - Le soutien à l'excitation sexuelle |
| - La fonction de pare-excitation | - La recharge libidinale |
| - L'individuation | - L'inscription des traces sensorielles |

- **Représentation de l'intérieur du corps** : L'immaturation osseuse et tonique donne au bébé un vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement.

En l'absence d'axe corporel solide, l'enfant peut se vivre comme un tube. Petit à petit, la construction de l'axe du corps, la solidification osseuse, la maîtrise des articulations permettront à l'enfant de se représenter l'intérieur de son corps :

- La physiologie osseuse, le dur
- Les organes et les muscles, le mou
- Le sang, le liquide
- Les déchets

- **Tonus** :

- Tonus de fond
- Tonus d'action
- Tonus postural

« Le tonus ne peut être compris, dans son lien à l'image du corps, que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique, par exemple comme mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet » (Pireyre, 2015, p105).

Il y a toujours une part émotionnelle dans le tonus. Le tonus est un signe des premières expériences et c'est cela qui va aussi construire l'image du corps en fonction du tonus avec lequel on s'est construit.

- **Sensibilité somato-viscérale** : Correspond à « l'organisation physiologique de la sensorialité humaine. [...] Elle se compose de récepteurs, de voies de transmission et de centre de traitement de l'information sensorielle » (Pireyre, 2015, p114). Elle correspond donc au fonctionnement de l'organisme. Il s'appuie sur A. Bullinger qui parle d'un organisme qui n'est pas la même chose qu'un corps : l'organisme c'est tout l'aspect fonctionnel, sensoriel.
- **Compétences communicationnelles du corps** : Correspond à la relation du corps à l'environnement. Le corps est le support primaire de la communication, et ce, même après que le langage apparaisse. Les communications corporelles se manifestent au travers du tonus, des attitudes, de la gestualité, des émotions, des mimiques et du regard.

- **Les angoisses corporelles archaïques** :angoisses de chutes, de morcellement, d'effondrement, de liquéfaction qui vont faire trace dans le corps et s'inscrivent dans l'histoire du sujet. Ces angoisses, présentes avant l'apparition du langage, se manifestent chez tout le monde à différents degrés.

c - Conclusion :

L'image du corps est l'idée, en **perpétuel remaniement**, que chacun se fait de son corps : elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps. L'image du corps est une représentation imaginaire, et qui reflète à la fois et en même temps le vécu passé le plus lointain aussi bien que l'actuel. Elle est propre à chaque individu, chargée de son histoire. L'image du corps étant **subjective**, 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. C'est lié aussi aux expériences corporelles traumatiques s'il y en a, aux stimulations corporelles, à la culture, aux représentations parentales, au remaniement de l'adolescence également et à tout ce que l'on va pouvoir vivre à l'âge adulte aussi.

L'image du corps est une des composantes de l'image de soi. Cette dernière permet de se sentir soi, d'avoir le sentiment d'habiter son corps et d'être auteur de ses actions. Le fait de se sentir l'auteur de ses actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps. Prendre possession de son corps c'est se l'approprier, se vivre autonome, expérimenter tout l'éventail de sensations et d'émotions qui viennent avec notre présence dans un corps. Il y a dans l'image de soi une notion d'**appartenance**, d'**appropriation** du corps et d'**agentivité** (Jeannerod, 2010). L'agentivité correspond au sentiment de diriger sa vie, d'être acteur de sa propre vie, autrement dit, d'exercer un contrôle et une régulation de ses actes. Il est essentiel pour se sentir autonome, actif et donc pour se développer et s'épanouir.

Nous pouvons nous demander lors de l'adolescence, période de remaniement physique, psychique, et biologique, quelles conséquences il y a sur l'image de soi et sur l'appropriation de ce « nouveau » corps. Les adolescents ont-ils l'impression que leur corps échappe à leur contrôle ?

C) Une image du corps liée à l'estime de soi ?

Etymologiquement, « estimer » provient du latin estimare et signifie « évaluer, apprécier ». La signification est double : à la fois « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur ». Le dictionnaire Larousse définit le nom « estime » comme étant l'«*appréciation favorable que l'on porte sur quelqu'un, bonne opinion qu'on en a* » (Larousse, s. d.). Le terme « soi » renvoie à une certaine individualité. En psychologie, le premier à définir ce concept est W. James. Il le décrit comme la conscience de la valeur du moi. L'estime de soi désigne un jugement ou une **évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs** qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal (Doré, 2017).

L'estime de soi commence à se construire progressivement chez l'enfant dès la naissance. Elle se construit dans un premier temps notamment à travers la relation que l'enfant a avec ses parents. A travers la présence de ses parents, l'enfant va comprendre progressivement qu'il a de la valeur pour eux. C'est ainsi qu'il va acquérir de l'autonomie, explorer son environnement, et aller vers les autres avec plus de confiance.

Toutefois, nous pouvons parler de réelle estime de soi qu'à partir de l'âge de 7-8 ans. Effectivement, jusqu'alors, les capacités intellectuelles de l'enfant ne sont pas assez développées pour qu'ils puissent avoir un regard critique sur lui-même (Duclos, 2011).

Selon G. Duclos, l'estime de soi est faite de quatre composantes : le **sentiment de confiance**, la **connaissance de soi**, le **sentiment d'appartenance à un groupe** et le **sentiment de compétence**. Le sentiment de confiance est un pré requis de l'estime de soi. Il faut le ressentir pour pouvoir faire des expérimentations et des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi. Concernant les trois autres composantes, elles peuvent être stimulées à chaque période de la vie.

Plus précisément, l'estime de soi est un concept émotionnel et psychique correspondant aux sentiments de valeur personnelle et au niveau de satisfaction de sa propre personne. Cela renvoie en quelque sorte à un concept d'auto-évaluation. La valorisation de soi, le besoin de s'estimer est un élément fondamental tout au long de la vie.

Plusieurs recherches ont mis en évidence un **lien entre l'image corporelle et l'estime de soi**, notamment une relation entre insatisfaction corporelle, apparence perçue et estime de soi. L'étude de L. Dany et M. Morin faite auprès de lycéens français a notamment pu montrer qu'un niveau élevé de satisfaction corporelle est associé à un haut niveau d'estime de soi chez

les hommes et les femmes. De la même manière, l'insatisfaction corporelle est négativement corrélée avec l'estime de soi, particulièrement, chez les femmes (Dany & Morin, 2010).

L'estime de soi étant liée à l'image corporelle, nous pouvons supposer qu'à l'adolescence, avec la transformation physique, elle puisse s'en retrouver abaissée.

Je vais à présent aborder cette période riche en changements afin de constater les problématiques corporelles qu'elle implique.

II. L'étape de bouleversement : L'adolescence

Corps adolescent.

Corps qui démange, qui change, qui se transforme.

Corps qui agit impulsivement et qui vient barrer la route à la pensée.

Corps siège d'éprouvés étranges.

Corps excité.

Corps à fleur de peau.

Corps en relation, si sensible, en double adhésif ou en haine ravageuse.

Corps porte-parole d'une identité mise à mal, qui s'effrite au moindre coup de blues.

Corps porte-parole d'une souffrance le plus souvent sans nom.

Corps bannière qui clame sa seule appartenance au corps adolescent.

C. Potel

A) Définition et généralités :

Le mot d'origine « adolescence » est apparu dans la Rome antique avec le mot « adolescens », participe présent de « adolescere ». Etymologiquement, cela signifie « grandir vers ». Cela renvoie à un processus de croissance avec une caractéristique dynamique. L'adolescent est donc celui qui grandit, qui croît. L'adolescence constitue un **phénomène récent** puisque ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que l'on voit apparaître une reconnaissance sociale de l'adolescence, comme étant une catégorie d'âge spécifique.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte entre les âges de 10 et 19 ans* » (OMS, s. d.). Cette durée dans le temps est de nos jours controversée, elle tend à augmenter. Elle débute généralement plus tôt chez les filles que chez les garçons. Malgré de nombreuses études, il est difficile d'établir avec précision le début de l'adolescence, mais surtout la fin. Autrefois, l'entrée dans la catégorie adulte était induite par l'entrée dans la vie active et l'autonomisation économique du sujet. Aujourd'hui, la société tend à prolonger la durée des enseignements supérieurs, la dépendance financière aux parents ou aux aides extérieures, et les responsabilités de l'âge adulte arrivent plus tardivement également. Cela ne signifie pas pour autant que l'adolescence se poursuit pour chacun durant ce temps. La fin de l'adolescence ne s'appuie donc pas sur l'organisme en lui-même mais plutôt sur la représentation du monde. Elle se fait dans un processus affectivo-sociologique.

L'adolescence est marquée par la **survenue de la puberté**. Cette dernière regroupe l'ensemble des modifications physiologiques, morphologiques, et psychologiques : la puberté est un moment de l'adolescence durant lequel le corps se modifie, pour permettre la reproduction. Le début de l'adolescence est donc déclenché par des processus biologiques et hormonaux. L'adolescence est une période marquée par des tensions, des conflits inévitables et des perturbations transitoires. Mais chaque adolescence est unique et se vit différemment.

B) Transformation physique :

1/ D'un point de vue physiologique :

Physiologiquement, la puberté est due à une augmentation progressive des concentrations sanguines de certaines hormones. Elle résulte d'une maturation du système hypothalamo-hypophysio-gonadique causant un **changement hormonal**.

L'hypothalamus, situé dans le système nerveux central, est constitué de neurones. Certaines d'entre elles produisent une neuro-hormone : la GnRH. Cette hormone est transportée dans le sang jusqu'aux cellules cibles de la GnRH, situées dans une petite glande à la base du cerveau, l'hypophyse. En réponse à chaque pic de GnRH, l'hypophyse, fabrique et libère en grande quantité dans le sang des gonadostimulines folliculo-stimulantes (FSH) et lutéinisantes (LH). La puberté est due à cette augmentation progressive des concentrations sanguines des gonadostimulines produites par l'hypophyse.

Sous l'influence de ces hormones, les glandes sexuelles vont produire davantage d'hormones sexuelles. Chez la femme, c'est l'oestrogène qui est fabriquée et libérée par les ovaires. Chez l'homme, les testicules vont produire et libérer dans le sang de la testostérone. Ce sont ces hormones qui agissent sur de nombreux organes-cibles et qui vont permettre la **modification des caractères sexuels primaires** ainsi que le **développement des caractères sexuels secondaires**. Le développement des caractères sexuels primaires correspond à la maturation des gonades ou glandes sexuelles assurant la capacité de reproduction (les ovaires chez les filles et les testicules chez les garçons).

L'hypophyse va également produire une hormone de croissance (la growth hormone ou GH). Durant cette période, on peut observer l'apparition des problèmes d'acné, une transpiration plus abondante, une poussée de croissance en taille et en poids particulièrement importante avec un développement qui se distingue entre fille et garçon et souvent une dysharmonie du développement. Morphologiquement, nous pouvons voir apparaître :

Chez les filles :

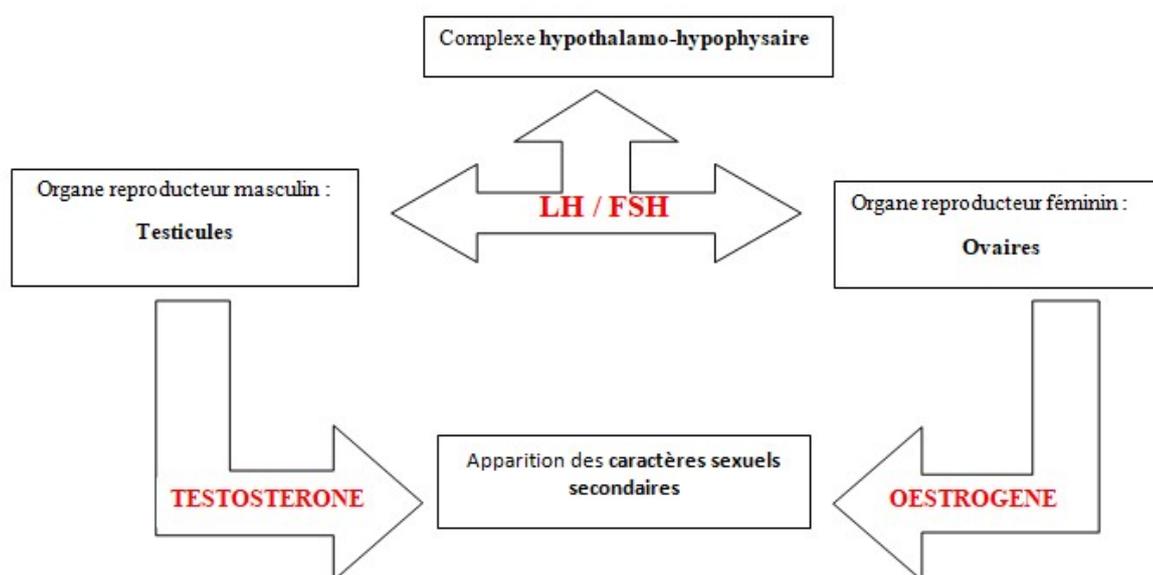
- Développement mammaire
- Pilosité pubienne et axillaire
- Elargissement du bassin
- Augmentation de la masse adipeuse
- Epaissement des hanches
- Développement du pubis :
- Premières règles (entre 11 et 14 ans)

Chez les garçons :

- Elargissement des épaules
- Pilosité faciale, pubienne et axillaire
- Mue de la voix
- Augmentation de la masse musculaire
- Développement du pénis et testicules :
- Premières éjaculations (entre 12 et 15 ans)

L'aboutissement à la puberté est donc représenté par la **maturation de la fonction sécrétoire des gonades** et par l'acquisition de la **fonction de la reproduction**.

Schéma récapitulatif :



2/ L'adolescent et son corps :

a - Impact de la transformation pubertaire sur l'image de soi :

Les modifications somatiques liées à la puberté sont nombreuses. Cette période est un **temps de déconstruction** des représentations corporelles. Elle s'entend par la transformation des éprouvés corporels qui vont venir déconstruire toutes les modalités, les points d'appuis, que l'adolescent s'était construit en tant que repères. Ces transformations sont telles qu'elles perturbent ce que l'enfant comprend de ce qu'est le corps, son propre corps, le corps de l'autre, l'autre etc.

Effectivement, la puberté impose que le corps se transforme et ce en peu de temps. Le changement du corps réel, peut se faire de façon anarchique, impulsif ou imprévisible et se passe hors décision du sujet. L'adolescent est **impuissant** face à ces changements, n'a aucune maîtrise sur ce qui se passe et doit faire face à son « nouveau » corps sans qu'on lui ait laissé le choix. E. Kestenberg parle de la transformation à l'adolescence : « *La transformation dont les adolescents sont à la fois objet et sujet est déterminée par une modification de leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations antérieures avec leur corps* » (Potel, 2006, p57). L'adolescent doit renoncer à son corps d'enfant et doit s'approprier progressivement un nouveau corps, un corps d'adulte. Il doit l'habiter comme étant le sien et peut avoir l'impression que son corps lui échappe. Le corps change et l'image que l'adolescent se fait de

son corps change aussi. Le remaniement de l'image corporelle qui surgit au moment de la puberté se retrouve à travers des conflits pouvant venir brusquer l'équilibre intérieur. Il doit se restructurer l'image qu'il se fait de lui-même, donc son image du corps et l'image qui lui sert de repère dans l'espace, entre autre, son schéma corporel. La puberté implique des impacts non seulement fonctionnels, mais également affectifs. Ces changements somatiques peuvent être sources d'angoisse, de mal-être, de gêne et de pudeur par rapport à son propre corps. C'est à ce moment là que des symptômes peuvent apparaître, sans avoir été présents auparavant. La puberté peut faire **traumatisme** en soi-même.

Les adolescents sont très soucieux de leur image corporelle notamment au niveau de la dimension morphologique : grandeur et poids. Cette image du corps fait donc l'objet d'une auto-évaluation continue via la différence entre le corps perçu (c'est-à-dire la façon dont les adolescents se classent et évaluent leur poids) et le corps désiré (idéal corporel vers lequel l'individu veut tendre), pouvant aller jusqu'à générer l'insatisfaction corporelle chez de nombreux adolescents. Dans l'étude de L. Dany et M. Morin concernant l'image corporelle et l'estime de soi évoquée précédemment, nous pouvons voir que ce phénomène d'insatisfaction corporelle touche essentiellement les filles. L'interprétation de ce résultat serait que cette attention toute particulière, portée à la question du poids, chez les filles, « *trouve son origine dans la diffusion massive d'une norme corporelle féminine marquée par la minceur* » (Dany & Morin, 2010).

Au moment de l'adolescence, **le corps est un objet étranger** et l'étrangeté peut entraîner des angoisses profondes. Il peut donc y avoir une hyper-préoccupation du corps ou de certaines parties du corps chez certains jeunes avec des angoisses pouvant être débordantes et envahissantes car elles envahissent l'intellect, telle que la dysmorphophobie. L'adolescent a besoin de se construire une image du corps valorisante.

Le schéma corporel se retrouve bousculé également. Effectivement il y a de nouvelles dimensions corporelles : la poussée de croissance et la prise de volume engendre un déplacement du centre de gravité du corps, une force musculaire qui se modifie, une modification de son rapport à l'espace et à l'autre pouvant générer une certaine maladresse. A. Haim dira d'ailleurs que « *l'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé* » (Marcelli & Braconnier, 2018b). L'adolescent doit intégrer et réajuster son schéma corporel dans ses nouvelles dimensions en prenant en compte les nouvelles informations à intégrer.

Le corps prend donc une place centrale dans l'adolescence, de part tous ces remaniements.

Ces modifications vont bouleverser le rapport au corps réel construit jusque là, le rapport aux représentations du corps mais aussi le rapport du corps en relation et en rencontre avec le corps des autres.

b - Corps sexué :

Effectivement, l'adolescence signe une rencontre avec soi mais également une rencontre à l'autre. Par tous ces changements physiologiques et anatomiques, il y a un accès à une **maturité du corps sexué**. Il s'agit de la période de la découverte de la sexualité génitale, de la découverte de soi-même sous une autre dimension. Une rencontre avec soi rencontrant un autre différent. Le rapport à l'autre et la place du sujet par rapport à l'autre est remis en question durant cette période. Selon C. Potel, le regard des autres se modifie à la vue des bouleversements pubertaires. Les relations entre filles et garçons évoluent et se balancent entre séduction et fuite. La sexualité a un impact important sur son rapport à soi, son rapport aux autres (Potel, 2006). **La sexualité, l'image de soi et l'image du corps sont intimement liées.** « *Cette rencontre avec l'autre est un double échange de regards qui va interroger sur le regard qui est porté sur soi, qui va poser la question de l'intérêt que l'autre porte sur soi* » (Ribes & Ostermann, 2015).

Le sexuel, au sens psychanalytique est à entendre comme la mise en relation avec un objet dont on attend une satisfaction sous le régime du principe de plaisir et où l'on est quand même soumis au principe de réalité. Le corps se transforme, sensoriel (qualités des capacités d'échange avec l'environnement et de contact avec des objets), sensoriel et sexuel sont bousculés dans leurs premiers repères et il faut reconstruire de nouvelles façons d'être en interaction dans ces trois champs-là. P. Gutton distingue un côté pubertaire avec génitalisation des représentations corporelles. Sous ces nouvelles conditions de l'adolescence, le corps peut servir à d'autres plaisirs et à d'autres déplaisirs que ceux d'avant, en particulier le plaisir de la génitalisation sexuelle adulte, avec plus ou moins de processus *adolescens*. Par la puissance du désir, l'intensité de la curiosité, l'adolescent se « met en exploration » de sa sexualité, maintenant accessible dans la génitalité. C'est donc à ce moment là que débutent les comportements masturbatoires, les relations sexuelles et amoureuses. L'adolescent doit apprendre à contenir toutes ses nouvelles excitations corporelles. La puberté redistribue autrement l'investissement de la libido. Avec la puberté et les changements réels du corps, la libido est relancée de façon à tourner ses investissements libidinaux vers des personnes réelles, ou vers de nouvelles représentations de personnes. Ce n'est plus une sexualisation infantile mais ça devient une sexualisation adulte, l'adolescent rentre dans une excitation de

libido et d'échange dans lequel il peut devenir l'autre génération, il peut devenir parent. Le sujet n'est plus dans la génération enfant, il est précipité dans la génération d'adulte sans être encore adulte.

Nous avons vu précédemment que le corps se construit à travers des expériences archaïques très profondes. Si elles se sont bien passées elles ont entraîné une sorte de marquage de notre mère sur notre corps (empreinte mnésique inconsciente de nos parents sur notre corps) à travers la façon dont elle nous a nourri, porté, nous a apporté nos soins etc. Au moment de l'adolescence, l'adolescent va essayer de s'en défaire. Se dégager de l'emprunte maternelle à ce moment-là c'est se dégager de l'angoisse de l'inceste. *« La condensation entre nouvelle réalité du corps, questionnements autour de la sexualité et questionnements oedipiens qui resurgissent avec parfois beaucoup d'angoisse, entraîne « une altération, non seulement des relations affectives génitalisées mais aussi des satisfactions libidinales narcissiques en cela que l'estime de soi est altérée » »* (Potel, 2006, p62).

Ces besoins peuvent donc provoquer chez l'individu des émotions qui le traversent et le bousculent. Il peut se créer des réactions de honte, de gêne, de culpabilité, de pudeur à propos du corps.

C) Remaniements psychologiques :

« A force de changer de taille, on perd la tête » dit Alice au ver de terre

L. Caroll

L'adolescence correspond à une période de remaniement psychologique intense en raison de toutes les modifications corporelles, cognitives, sexuelles et sociales. Nous entendons souvent parler de « crise d'adolescence », de « crise identitaire ». Le processus identitaire à l'adolescence est une notion très vaste, ce qui fait que je n'en parlerai pas de manière précise. Néanmoins il me semble important d'y faire référence. La notion de crise d'adolescence est exprimée ainsi car la transition entre l'enfance et l'âge adulte n'est pas linéaire de part la puberté qui entraîne des changements corporels et psychiques importants. D. Winnicott qualifie cette transition comme étant en soi un phénomène violent. Selon F. Richard, *« le sentiment d'identité de l'adolescent ne peut être ni celui d'un enfant, ni celui d'un adulte. Cela entraîne une sensation de vide et le recours à des identifications changeantes »*. E. Kestemberg préfère au terme de crise celui d'organisateur et insiste sur la nécessité de ce passage pour construire sa vie d'adulte (Potel, 2006).

Les adolescents n'appartiennent plus au monde des enfants et n'appartiennent pas encore au monde des adultes. Cela les place d'emblée dans un statut ambivalent où ils ne sont pas perçus dans un rôle social certain, notamment de part le fait que le début et surtout la fin de l'adolescence soit mal définie. **L'adolescence déséquilibre leur statut, leur place sociale, transforme leur corps.** Tout ce mélange fait que les adolescents se heurtent au problème complexe de l'identité. Selon C. Potel, « *Le sentiment d'existence, initialement lié à la sensation d'avoir un corps habité et pensé par soi-même que ne connaît plus l'adolescent à l'intérieur de lui, souvent débordé par l'intensité de la poussée pubertaire-, est remis en doute* ». Peuvent apparaître des interrogations anxieuses sur leur identité qui se retrouvent à travers tous les conflits. Va alors se jouer à l'adolescence une volonté de gagner en autonomie psychique, de faire ses propres choix, plus globalement, de se définir. Pour E. Erikson, la résolution du processus identitaire est un élément fondamental de la santé mentale. Ne pas savoir qui l'on est, ne pas pouvoir distinguer ce qui est soi et ce qui ne l'est pas, ignorer où l'on va, constituent des menaces à un fonctionnement sain.

1/ La relation à l'autre :

« *En pleine quête identitaire, l'autre devient un miroir* » (Potel, 2006, p61). Ce remaniement identitaire est compliqué puisqu'il invite à composer avec la manière dont on se juge et celle dont on croit que les autres nous perçoivent. L'apparence physique qui jaillit lors de l'adolescence est également présente dans le **regard d'autrui**. L'adolescent se questionnera alors sur savoir s'il plaît, s'il donne une bonne image de soi. C'est à travers ce regard d'autrui, et à travers les jugements qui accompagnent ce regard, qu'il construit son image du corps mais cette dépendance à l'autre et à l'image renvoyée peut entraîner des violences autodestructrices et un mal-être.

On retrouve chez l'adolescent la notion d'émancipation où l'adolescent tend à s'opposer à son besoin de dépendance au cercle familial de son enfance. L'adolescent va se confronter à une ambivalence : la volonté de mettre en place un processus d'indépendance le poussant à fuir ses parents, tout en ayant peur de cette indépendance. L'indépendance est un besoin, un refus, de sentir que pour y arriver nous devons dépendre de l'autre. A la différence, l'autonomie, au contraire, correspond à l'acceptation de l'idée qu'à un moment donné nous allons avoir besoin de l'autre. La première aspiration de l'adolescent est donc le **besoin d'indépendance** qui va se jouer dans la relation avec les parents, et qui pourra se traduire par des tensions naissantes entre parents et adolescents. Cette rupture avec l'image parentale va permettre à l'adolescent de s'affirmer, de s'individualiser.

Le groupe prend alors une grande importance dans l'adolescence, il y aura un besoin d'appartenance à un groupe, à une « bande ». Cette importance du corps social peut être liée à la perte de repère dans le corps propre, ils cherchent donc des repères sociaux à l'extérieur. Selon D. Marcelli, le groupe est pour l'adolescent un moyen grâce auquel « *il tente de trouver une identification (idéalisation d'un membre du groupe, d'une idéologie), une protection (tant envers les adultes qu'envers lui-même), une exaltation (puissance et force de la bande contrairement à la faiblesse de l'individu), un rôle social (dynamique interne à la bande avec les divers rôles qui s'y jouent : meneurs, soumis, exclus, hôtes, ennemis...)* » (Marcelli & Braconnier, 2018b).

Cette appartenance à un groupe va donc avoir son importance afin d'aider l'adolescent à se forger une identité extérieure à celle du cercle familial.

2/ Corps qui se marque et se démarque

Il y a une recherche d'actes et de comportements de la part du jeune, où il va pouvoir se marquer et se démarquer en même temps. Pour pouvoir se construire en tant qu'adulte, il va chercher une démarcation entre l'enfant et l'adulte. Afin de **s'appropriier ce nouveau corps**, les adolescents le placent comme moyen d'expression de leur identité. C'est pourquoi l'on retrouve souvent des extravagances corporelles au niveau du style vestimentaire ou capillaire, ainsi qu'au niveau du marquage corporel (tatouages, piercings,...). Ces signaux nous disent qu'il a investi son corps comme objet de transaction avec l'environnement. Ces changements vont permettre à l'adolescent soit de se différencier de l'autre soit au contraire de s'identifier à l'autre. C'est une dimension nécessaire pour se sentir exister, être à la fois unique et semblable. D'après C. Potel, les vêtements sont alors vécus comme une enveloppe qui sécurise, qui protège et distingue (Potel, 2006). Le jeune se « cherche », explore, tente de se réapproprier son corps.

Par ailleurs, la connaissance de soi évolue à l'adolescence sous l'effet des transformations physiques, sociales mais aussi cognitives.

3/ Transition cognitive :

A l'adolescence, il y a l'apparition de nouvelles capacités, avec notamment un bond dans les fonctions exécutives (mémoire de travail, attention, contrôle exécutif). Les jeunes ont des ressources en plus, ils se dégagent du réel pour aller vers l'abstrait. Ils entrent ainsi dans une pensée plus complexe et plus abstraite. C'est cela qui permet à l'adolescent de faire de nouveaux apprentissages.

Selon J. Piaget, la puberté correspond au stade ultime du développement cognitif : **le stade des opérations formelles**. Ce stade se met en place entre **12 et 16 ans**. Avant ce stade, l'enfant ne peut raisonner que sur des tâches concrètes. Ce point de vue permet de caractériser l'adolescence par l'élaboration d'une nouvelle forme de pensée : une **pensée abstraite, hypothético-déductive, combinatoire et propositionnelle**, permettant d'atteindre des formes supérieures de raisonnements. C'est un monde intellectuel et psychique qui s'ouvre à lui. Le sujet ne peut plus se contenter d'une logique concrète, il commence à ressentir le besoin d'établir des hypothèses, pour mieux appréhender le monde. C'est la naissance de la pensée hypothético-déductive, pensée qui peut s'exercer en l'absence de l'objet et qui se détache du réel. Ainsi la pensée se transforme, pour se libérer du concret et raisonner de manière abstraite. La logique combinatoire, elle, permet au sujet d'organiser des opérations de sériations et de classifications. Dans le cas de la logique propositionnelle, il peut nier une affirmation, en déduire les conséquences possibles. Il peut se mettre à réfléchir sur des probabilités et sur des questions morales et pourra également s'interroger sur ses modes de fonctionnement et avoir recours à l'introspection.

Les opérations formelles sont alors essentiellement des opérations par lesquelles les sujets classent ou ordonnent les opérations concrètes. Cinq éléments caractérisent cette période: le passage du concret à l'abstrait, le passage du réel au possible, la prévision des conséquences à long terme, la logique déductive et la résolution systématique des problèmes.

J. Piaget attribue le passage aux opérations formelles en une combinaison de deux éléments essentiels : la maturation du cerveau ainsi que les interactions sociales et environnementales. C'est pourquoi il évoque le fait que **l'accès aux opérations formelles dépend du milieu social et n'est pas ouvert à tous**.

III. L'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels :

A) Concepts clés à propos de la déficience intellectuelle

1/ Définition et généralités

Tout d'abord, il me paraît important de définir la notion de déficience et celle d'intelligence avant d'aborder la notion de déficit intellectuel. Selon le Larousse, l'intelligence est : *«L'aptitude d'un être humain à s'adapter à une situation, à choisir des moyens d'action en fonction des circonstances ».*

La déficience, elle, est considérée comme une insuffisance, une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction psychique, corporelle, ou physiologique (Vaginay, 2005).

La personne déficiente intellectuelle serait alors dans l'incapacité à pouvoir s'adapter à toute situation nouvelle nécessitant de faire un choix réfléchi d'action en conséquence de cette situation. Cette incapacité est en lien avec une altération des capacités intellectuelles.

La déficience intellectuelle (DI) est, au sens de l'OMS, *«la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement».*

La définition actuelle la plus utilisée de la déficience intellectuelle est donnée par l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* comme étant *« une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. »* (Inserm, s. d.). La déficience intellectuelle se définit donc comme une diminution du fonctionnement de l'individu notamment dans les deux domaines que sont l'intelligence et le comportement adaptatif. Ce déficit se manifeste le plus souvent dès la naissance, donc durant la phase de développement de l'individu.

2/ Classification :

La déficience intellectuelle est fixée par la mesure du quotient intellectuel communément appelé QI. Le quotient intellectuel moyen de la population est de 100. Pour qu'une personne soit reconnue déficiente intellectuelle il faut que son quotient intellectuel soit inférieur à 70.

Il existe 4 degrés de gravité de la déficience intellectuelle qui se basent sur le niveau intellectuel en termes de QI :

Niveau de gravité de la DI :	QI :	Ecart-type :
Léger	Entre 50-55 et 70	Entre -2 et -3
Moyen	Entre 35-40 et 50-55	Entre -3 et -4
Grave	Entre 20-25 et 35-40	Entre -4 et -5
Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à -5

Ce type de classification réduit les critères de la personne déficiente aux capacités intellectuelles attendues pour son âge mais n'éclaire pas spécifiquement sur les besoins de la personne. C'est ainsi qu'en 2013, le DSM-V abandonne le critère du QI pour classer la gravité de la déficience intellectuelle à travers une typologie descriptive à partir du comportement adaptatif cognitif, social et pratique.

Critère de la gravité de la DI d'après le DSM-V : (Inserm, s. d.)

Gravité :	Domaine conceptuel :	Domaine social :	Domaine pratique :
<u>Léger</u> :	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge.	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge.	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles.
<u>Modéré</u> :	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle.	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales.	Présence, chez une minorité importante, de comportements méadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social.
<u>Grave</u> :	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent.	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire.	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes.
<u>Profond</u> :	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir). Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel.	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples.	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités.

Ces classifications sont un récapitulatif des symptômes généraux retrouvés. Elles permettent de mieux identifier les **besoins de soutien** de la personne ainsi que leurs intensités.

3/ Etiologies et prévalence :

La déficience intellectuelle est fréquente, elle concerne 1 à 2% de la population. En ce qui concerne la France, la déficience intellectuelle légère pourrait concerner entre 10 et 20 personnes pour 1 000, et la déficience intellectuelle sévère est retrouvée chez 3 à 4 personnes pour 1 000. La déficience légère est donc la plus répandue, elle se retrouve dans 85% des cas présentant une déficience. En raison du temps nécessaire afin de repérer la déficience intellectuelle, la prévalence augmente avec l'âge de l'enfant pour atteindre un plateau à l'âge de 15 ans. Plus la déficience intellectuelle est profonde, plus la reconnaissance sera précoce.

Toutes les études démontrent une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles (sex-ratio de l'ordre de 1,2 – 1,9).

L'étiologie de la déficience intellectuelle est multifactorielle.

Les causes de la déficience intellectuelle peuvent être d'origine :

- **Prénatale** : causes génétiques et chromosomiques, infections congénitales, exposition intra-utérine à des éléments toxiques
- **Périnatale** : prématurité, complications lors du processus d'accouchement, infections
- **Postnatale** : maladies infectieuses, accidents cérébraux, causes environnementales (carences psycho-affectives ou alimentaires, maltraitances). Le contexte socio-économique joue un rôle important sur la prévalence de la déficience intellectuelle légère, avec une prévalence plus faible dans les milieux socio-économiquement favorisés.

Les déficiences intellectuelles idiopathiques, c'est-à-dire les déficiences intellectuelles sans causes connues, sont les plus majoritaires et représentent 35 à 40% des déficiences. Concernant les causes identifiées, ce sont les causes génétiques qui sont les plus fréquentes.

4/ Comorbidités :

De nombreux troubles sont associés à la déficience intellectuelle, tels que d'autres troubles neurodéveloppementaux, des troubles psycho-pathologiques ou des problèmes de santé. Plus la déficience intellectuelle est sévère, plus les comorbidités sont fréquentes. Dans les cas de déficience sévère, on peut notamment retrouver des déficiences motrices (19% des déficiences intellectuelles sévères), et des troubles psychiatriques (23% des déficiences intellectuelles sévères).

B) Particularités de la déficience intellectuelle :

1/ Développement cognitif :

a - Difficultés de représentation mentale et de symbolisation :

Dans la déficience intellectuelle, l'individu présente un trouble de l'intelligence, c'est-à-dire un développement mental incomplet. Il va donc présenter un **déficit d'élaboration**. Cette dernière consiste en « *la capacité de symbolisation et de représentation pour donner du sens et permettre une action* » (Ruiz Cifuentes, 2019, p13).

J. Piaget évoque la période pré-opératoire (de 2 à 6 ou 7 ans) qui détermine l'accès à la fonction symbolique. Chez les déficients intellectuels, la limite cognitive ne permet pas toujours un accès au symbolique. Il y a une **immaturité symbolique** pouvant se retrouver dans de différentes sphères comme le jeu, le langage. Ils vont ainsi avoir du mal à avoir accès à la permanence de l'objet, à jouer à faire semblant, à accéder à des notions abstraites...

De plus, dans le stade des opérations concrètes décrit par J. Piaget (de 6/7 ans à 11/12 ans), l'enfant acquiert les représentations mentales des aspects dynamiques et statiques de l'environnement, en s'appuyant sur des représentations antérieures. Selon le degré de sévérité de la déficience intellectuelle, **les jeunes ne pourront pas forcément avoir accès à ces représentations mentales** (Richard, 2018). Il sera donc difficile pour eux de se représenter l'image d'un objet.

b - Fonctions exécutives :

Dans la déficience intellectuelle, on retrouve un **faible niveau des fonctions exécutives**. Cela se traduit par une faible mémoire de travail, une lenteur de traitement de l'information, ainsi que des capacités de représentation mentale, de raisonnement, de planification et

d'élaboration de stratégie qui se retrouvent diminuées. Effectivement, élaborer une stratégie ou planifier une action demande une possibilité de représentation mentale, que le défaut de symbolisme diminue.

Ces particularités au niveau des fonctions exécutives sont à mettre en lien avec des difficultés d'apprentissage chez le déficient intellectuel.

c - Difficultés langagières :

Nous retrouvons très souvent une **atteinte du langage** et un retard de la parole dans la déficience intellectuelle. Les difficultés varient en fonction de l'intensité de la déficience intellectuelle, de l'étiologie s'il y en a une, et des comorbidités associées et/ou troubles physiologiques (malformations...). Nous pouvons retrouver des difficultés d'expression telles qu'une élocution saccadée et rapide, des écholalies, des troubles articulatoires etc. Cela étant très variable et allant de la construction de phrases correctes et compréhensibles, aux simples phonèmes ou mots isolés. Ils peuvent également présenter un **défaut de compréhension**. La difficulté de se faire comprendre et de comprendre entrave les interactions avec autrui et peut engendrer des troubles comportementaux.

2/ Développement psycho-affectif :

a - Troubles de l'attachement :

Le déficient intellectuel, comme tout enfant, a des besoins en termes d'affectivité et a besoin de se sentir aimé malgré ses difficultés de communication et d'échange avec autrui. Nous pouvons parfois observer chez certains déficients intellectuels des **carences affectives**, en lien avec la souffrance des parents face à la réalité du handicap. Ici, les difficultés ne sont pas issues de la déficience en elle-même, mais de la réaction des parents à l'annonce du handicap. Cela peut venir entraver le développement de l'enfant qui aura alors un sentiment insécure. Il y aura un impact sur son exploration au monde et sur son apprentissage.

b - Difficultés dans la relation :

Les difficultés dans la relation sont à mettre en lien avec les complexités dans la communication, évoquées précédemment. Cela peut également être dû à des difficultés d'accepter la frustration, les changements, l'attente. Ainsi, certains déficients intellectuels peuvent avoir du mal à entrer en relation avec autrui de façon adaptée. Ils peuvent être

désinhibés et avoir des comportements familiaux et inadaptés ou au contraire inhibés et gênés de la relation.

3/ Développement psychomoteur :

Nous retrouvons fréquemment un **retard des acquisitions motrices** chez les individus déficients intellectuels par manque d'expériences sensori-motrices ou de stimulation. Les acquisitions motrices sont donc impactées par les prérequis jugés indispensables par le contexte familial, mais également par des **troubles de la régulation tonique**. Il est assez fréquent de trouver des troubles psychomoteurs chez les individus déficients intellectuels, tel que des troubles toniques (allant de l'hypotonie à l'hypertonie). Nous pouvons donc retrouver une motricité saccadée ou maladroite, un équilibre précaire. Cela impacte le contrôle postural.

La régulation tonique est complexe pour eux car **l'intégration des sensations, notamment proprioceptives, est perturbée**. La personne déficiente intellectuelle peut avoir des difficultés à ajuster son tonus de façon adaptée à l'action ou à la situation. Ces troubles de la régulation tonique peuvent s'expliquer par une recherche de limites corporelles.

Effectivement, au niveau du schéma corporel, C. Potel a dit que chez les personnes déficitaires, il est souvent *«incomplet par incapacité de se représenter la globalité du corps et les attaches qui lient les parties du corps entre elles »* (Potel, 2019, p151). Les limites cognitives et l'immaturité symbolique peuvent limiter la représentation et l'intégration de leurs vécus corporels. C'est pourquoi on retrouve souvent un **manque d'intégration des limites corporelles**. De plus, J-M. Albaret a dit que *« L'interaction de l'individu avec le milieu passe par la mise en œuvre de mouvements intentionnels qui présupposent de disposer et d'actualiser un ensemble d'informations concernant le corps en lui-même, l'environnement dans lequel le sujet évolue et l'interaction sujet-environnement pour être poursuivis [...] jusqu'à l'accomplissement du but fixé. Un tel référentiel repose en partie sur l'intégration des infos sensorielles en provenance de diverses modalités (visuelles, proprioceptives, auditives) »*. (Ruiz Cifuentes, 2019, p9). Ainsi, du manque d'expérimentation sensori-motrice découle un retard psychomoteur et un manque d'intégration du schéma corporel, avec un défaut de perception et d'organisation praxique. Plus globalement, cela entraîne un **défaut de la conscience corporelle**. Les troubles de la régulation tonique peuvent également induire des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Ces difficultés psychocorporelles peuvent entraîner des difficultés dans la motricité, l'investissement et l'engagement du corps. Ce point particulier sur l'image du corps est développé dans une sous partie à venir de mon mémoire.

Le temps et l'espace sont des concepts assez abstraits qui nécessitent la capacité de représentation mentale, une compréhension du monde qui nous entoure. Dans le cas de la déficience intellectuelle, de par les limites de ces capacités ainsi que de par un manque de conduites d'exploration, cela entraîne des **troubles spatio-temporels**. Ces troubles restreignent les capacités d'adaptation de l'individu à son environnement et ont un impact sur la motricité.

C) Adolescence et déficience intellectuelle :

« Grandir n'est pas s'enrichir de quelque chose de nouveau, mais découvrir ce que l'on a déjà à l'intérieur. »

A. Jollien

Au fil des siècles, le regard porté par les sociétés sur le handicap a évolué. La personne en situation de handicap a longtemps été considérée comme un éternel enfant, et aujourd'hui, même si cette illusion s'est transformée, il s'agit encore d'un acquis fragile. Pourtant, comme tout adolescent, l'adolescent déficient intellectuel va subir un bouleversement physique, psychique et relationnel et va devoir s'adapter en faisant face à ces remaniements. La présence d'une déficience intellectuelle, sauf cas particulier, ne modifie pas l'apparition du phénomène pubertaire qui survient donc au même âge moyen que l'ensemble de la population (Vaginay, 2016). L'adolescent va donc devoir accueillir ce qu'il est, intégrer son nouveau corps, et affronter les angoisses et les pulsions libidinales. Concernant sa vie psychique, elle va donc suivre généralement les mêmes processus que la vie psychique de tout adolescent. Il peut arriver que les mouvements psychiques émergent plus tardivement que chez les autres adolescents, ou bien n'apparaissent pas dans certains cas particuliers de déficience intellectuelle associé à des troubles graves du développement. Nous parlons alors d'adolescence « blanche » (Paumel, 2019). Jusqu'ici, peu de recherches ont été faites sur l'impact du statut d'handicapé sur le psychisme de l'adolescent.

L'adolescence est considérée comme un passage de l'enfance à l'âge adulte. Le terme passage équivaut à signifier quitter une phase, et cela peut aussi parfois signifier rupture. *« Pour peu que l'enfant ait été –pour une raison ou une autre- en difficulté dans sa construction de sujet, à l'adolescence peuvent se reposer avec fracas les avatars d'une maturation et d'un développement fragiles. »* (Potel, 2006, p69). Nous ne quitterons pas tous l'enfance de la même façon car les liens qui nous attachent à l'enfance n'ont pas été posés de la même

manière. Il est donc nécessaire de ne pas négliger cette transformation qui doit être accompagnée et soutenue.

Chaque individu n'aborde pas l'adolescence avec les mêmes capacités de travail psychique. La puberté est une période difficile et déroutante pour tous les enfants. Mais cette étape peut se révéler encore plus difficile pour les enfants ayant une déficience intellectuelle. Pour eux, l'adolescence se compose d'une prise de conscience importante du handicap. Les différents standards sociaux auxquels doit répondre chaque individu devient de plus en plus difficile à atteindre pour le sujet porteur d'une déficience intellectuelle. Pour C. Bon (2007), le processus d'adolescence mettrait «*en lumière comme un miroir grossissant*» les questionnements soulevés par le handicap (Brutillot, 2015).

Par ailleurs, **un écart se creuse entre le développement physique et le développement cognitif et intellectuel**. Durant cette période, l'adolescent déficient intellectuel souffre de se sentir différent et de ne pas rentrer dans les normes induites par la société. Le sujet porteur de handicap n'est souvent réduit qu'à son handicap, et n'est vu qu'à travers cette étiquette, ce qui peut causer une grande blessure narcissique pour lui.

1/ Une liberté affectée :

A l'adolescence, les jeunes se retrouvent normalement dans le paradoxe du désir de liberté et de la peur de cette liberté. « *L'adolescent est tiraillé entre son besoin d'être tenu, soutenu, porté (à condition de ne pas le sentir) et son désir d'éprouver sa liberté* » (Potel, 2006, p78). Cependant, pour les adolescents déficients intellectuels, la recherche d'indépendance et les revendications de liberté liées à l'adolescence se voient en opposition avec **la nécessité d'encadrement et de soutien dans la prise en charge du handicap**. La déficience intellectuelle exige, selon le degré de sévérité de la déficience, une demande d'aide importante, parfois même dans le cas de situations très intimes de la vie quotidienne.

Pour eux, la relation qui se joue avec les parents durant cette période est rarement source d'opposition ou de désobéissance. Ces jeunes ne peuvent que difficilement s'affranchir de cette dépendance et ne remettent généralement pas en cause l'autorité parentale. Cela peut s'expliquer parce que l'adolescent ne dispose pas des moyens cognitifs, psychiques et environnementaux pour le faire, ou bien parce qu'une telle prise de position ne lui semble pas concevable. Rester dépendant de leurs parents leur évite d'avoir à faire face à des situations douloureuses comme celle de la confrontation à ses propres limites, la peur de se tromper, de se perdre etc. L'entourage peut préférer les dissuader plutôt que de les aider à se confronter à

leurs limites dans une véritable expérimentation. Les jeunes sont donc généralement guidés par leur entourage qui leur dresse un plan de vie très orienté, celui qu'ils pensent adapté à leur situation. **Cette dépendance peut faire obstacle à la construction identitaire.**

Pour F. Michel, lorsque l'adolescent essaie d'entamer un travail de détachement des figures parentales, les remaniements psychiques se heurtent au handicap et à ses effets traumatiques. Selon lui, pour les jeunes déficients, s'engager dans le processus de l'adolescence et investir un corps pubère pourrait parfois revenir à « *questionner la mesure dans laquelle ses parents, soutenus pas les professionnels, vont pouvoir reprendre la question du traumatisme, et abaisser leurs défenses à l'encontre d'un investissement positif de cet enfant si différent de celui qu'ils avaient souhaité* » (Michel, 2010). La période d'adolescence et les interactions qu'elle implique, peut alors **ranimer chez les parents le traumatisme** que représente le fait d'avoir un enfant handicapé. Ce traumatisme peut engendrer une désorganisation du lien d'attachement parents-enfant, même si ce lien peut se restaurer petit à petit lorsque les parents auront élaboré le traumatisme.

Beaucoup de questionnements vont apparaître chez les parents, mais également chez le jeune, qui, en constatant l'ampleur de l'atteinte de ses parents du fait de son handicap, va se sentir coupable et va avoir une sensation d'irréparable, puisque le handicap n'est pas guérissable. C'est alors qu'il va essayer de se conformer aux attentes de ses parents, de se conformer à l'image qui est tolérable pour eux (Michel, 2010). D. Vaginay parle de se mouler sur le « **pseudo-enfant imaginaire** ». Cela peut être une grande souffrance pour l'adolescent qui, du fait des limites cognitives, va avoir des difficultés dans l'évocation de ses éprouvés (difficultés langagière) et va devoir ancrer cela en lui.

2/ Le rôle de l'entourage :

Le rôle de l'entourage lors du processus d'adolescence est alors souvent souligné, en particulier celui des parents. Les transformations pubertaires obligent l'entourage à penser la sexualité mais aussi l'avenir de ces jeunes, ce qui peut impliquer de l'angoisse pour les proches (Picon, 2009). L'avènement de la puberté, dans les situations de handicap, soulève de nombreuses questions de la part de l'individu lui-même, de sa famille, et des professionnels qui l'entourent et peut déclencher des réactions de **dénégations** chez des parents. Certains parents peuvent avoir du mal à projeter leur enfant dans l'adolescence et d'accepter qu'il devienne un adulte à égale d'eux.

A propos des parents d'adolescents, D. Winnicott a dit « *La seule chose que peuvent faire des parents d'adolescents, c'est survivre* ». Dans le cas de parents d'adolescents en situation de handicap, nous pouvons comprendre le terme « survivre » dans le sens de tenir bon dans le lien à l'autre, survivre aux attaques, aux préjugés qui peuvent se loger au fond d'eux.

Les parents qui ont un enfant en situation de handicap peuvent parfois vouloir trop le protéger. La surprotection familiale, est au moment de l'adolescence la moins propice à leurs épanouissements, à leurs évolutions vers le maximum d'autonomie et à leurs devenirs.

Parfois même, pour voiler leur déception du au fait d'avoir un enfant en situation de handicap, les parents peuvent développer une sorte de fusion comme action réparatrice autant pour eux que pour leur enfant. Cependant, dans ces cas-là, lors de l'adolescence, le jeune serait toujours collé aux pensées, aux images, aux symboles que ses parents lui inculquent sans pouvoir chercher les siennes et trouver son propre fonctionnement mental. Il ne trouverait pas l'espace psychique nécessaire entre lui et ses parents lui donnant la possibilité d'établir et de trouver ses propres pensées, images et symboles. L'espace non seulement physique est nécessaire, mais le jeune doit aussi symboliser l'espace psychique qui « *détermine l'existence d'un sujet, d'un être séparé et autonome* ». (Vaginay, 2005, p161)

Les jeunes auront tendance à vouloir se détacher de la surprotection. Il est souhaitable que l'entourage puisse assumer certaines prises de risques afin de permettre aux adolescents de vivre la vie de leur âge, de partager des temps de loisir, des activités. Effectivement, les adolescents déficients ont les mêmes désirs et préoccupations que tous les autres adolescents.

Les adultes sont importants pour ces jeunes puisque s'ils perdent leur soutien, en particulier celui des parents, ils n'auront pas réellement d'autres sources d'influences sur lesquelles s'appuyer pour étayer le processus de l'adolescence et devenir adulte. Selon D. Vaginay, « *Comme pour tous, l'adolescence des jeunes déficients intellectuels s'avère le moment le plus propice pour réorganiser et structurer ses données psychiques. Ce moment est d'autant plus périlleux que le jeune doit très fréquemment quitter un état d'interdépendance psychique dans lequel règne une certaine confusion, voire une intrication entre l'appareil psychique de l'adulte tutélaire et le sien* » (Vaginay, 2013, p215). Les adolescents déficients ainsi que leur entourage se retrouvent confrontés à l'impact de l'insuffisance intellectuelle à cette période. La déficience intellectuelle à l'adolescence rend donc **encore plus difficile le travail d'élaboration** nécessaire pour surpasser cette période de remaniements psychiques. L'entourage est là pour lui fournir des repères, des modèles, et également pour lui apporter de l'estime de soi afin d'acquérir de l'indépendance, et de l'aider à conditionner ses perspectives.

E. Kestemberg explique que les adolescents sont, se considèrent en fonction de ce que les adultes sont, et de la manière dont les adultes les considèrent. L'adolescent va devenir adulte et indépendant en fonction de ce que les adultes leur proposent comme devenir d'adulte. Ce phénomène est amplifié pour l'adolescent déficient intellectuel.

3/ L'impact du regard de l'autre :

Lors de la transformation pubertaire, le regard sur soi va se modifier, et le regard de l'autre rentre également en jeu. « *Le regard des autres est un complexe de regards préconstruits, de regards d'autrui introjectés, de regards de soi projetés. Le regard d'autrui construit le regard que l'on porte sur soi mais en résulte également* » (Durif-Varembont et al., 2014, p214).

De façon plus générale, la façon dont les jeunes pensent et se vivent est influencée par le regard et l'attitude des autres. L'adolescence est une période où il y a une importance de l'image que l'on renvoie à l'autre. L'apparence, l'image montrée, rentrer dans la norme, c'est important à l'adolescence. Dans le cadre de la déficience intellectuelle, cette influence sociétale prônant la norme et la performance, les attentes de la société envers le jeune qui s'amplifient, peuvent constituer pour le jeune un sentiment de rejet, de frustration, une perte d'estime de soi, de découragement et également une source de questionnement. Dans ce processus d'acceptation de soi et de sa différence, le regard des proches tient un rôle important (Pierard, 2015).

4/ La vie relationnelle :

Pour les jeunes déficients, la possibilité d'aller expérimenter seuls ce qui touche à la vie sociale, affective ou bien sexuelle est peu fréquente. Effectivement, leur vie tourne bien souvent autour de la famille et de l'institution (dans le cas des jeunes accueillis en institution spécialisée). Cette étape est pourtant primordiale dans l'autonomisation et l'individuation de l'adolescent. Les adolescents déficients ont des **désirs et des préoccupations similaires** aux autres adolescents, ils s'inquiètent de leur appartenance à un groupe, d'avoir des amis, des relations amoureuses.

N'entrant pas dans la norme, l'insertion sociale du jeune déficient n'est pas évidente. Le statut de handicap renvoie socialement à **une stigmatisation et à un défaut de reconnaissance**. Ils peuvent donc avoir du mal à se différencier des adultes et à se confondre avec leurs pairs. Or, arriver à se construire sans reconnaissance n'est pas facile. Pour instaurer une ouverture au

monde et à autrui, tout jeune se construit par comparaison avec les autres et par identification aux idéaux et standards sociaux. Les psychanalystes appellent cela des « images identificatoires ».

L'isolement social vécu par l'adolescent déficient intellectuel peut prendre origine également dans le rejet pratiqué par ses pairs non handicapés. Dans sa recherche d'appartenance au groupe et de ressemblance aux pairs, **l'adolescent est confronté à son handicap et doit accepter sa différence qui fait partie de son identité propre** (Pierard, 2015).

De plus, les troubles de la communication que l'on a vus précédemment ont un impact sur la vie relationnelle du jeune déficient. L'adolescent déficient peut avoir du mal à se faire comprendre ou à comprendre l'autre, ce qui va impacter sur ses interactions. Nous pouvons parfois voir des troubles affectifs associés à la déficience (inhibition, fuite du contact, agressivité...) qui peuvent également avoir un impact sur la qualité de relation aux autres et à l'environnement.

D) La déficience intellectuelle et l'image de soi à l'adolescence:

1/ Une image de soi « handicapé » :

En ce qui concerne l'enfance, D. Winnicott évoque le rôle primordial du regard de la mère dans la construction de l'enfant, entre autre, le visage maternel qui possède un rôle de miroir pour le nourrisson. Le bébé regarde le visage de sa mère et se voit dans le regard de celle-ci, le bébé voit ce que sa mère voit de lui et ce qu'elle exprime dans son visage. Or le fait d'avoir un enfant atteint d'une déficience est toujours une **blessure narcissique** pour chacun des parents (Ecotière et al., 2016).

Dans cette relation précoce, entre les parents et l'enfant handicapé, ce dernier va donc voir à travers le regard de sa mère sa différence et la souffrance qu'elle entraîne. L'enfant déficient perturbe le travail de deuil de l'enfant imaginaire des parents et va ainsi être confronté aux traumatismes de ses parents, qui ne pourront souvent pas lui procurer l'investissement narcissique nécessaire à son développement psychique. L'enfant, dès la naissance, va devoir se construire autour et avec différence et va développer **une première image de soi « handicapé »**. Tout handicap entraîne une faille narcissique.

En cela, l'adolescence de « *cet ancien bébé qui a grandi tant bien que mal avec une faille narcissique scellée à cette révélation semble entre-ouvrir une fenêtre sur un périnatal qui se donne dans une intacte souffrance que le corps de l'adolescent tend parfois à mettre en scène* » (Michel, 2010).

A l'adolescence, période de bouleversements entraînant des perturbations d'ordre narcissique (dévalorisation, faible estime de soi), le jeune déficient va être confronté au regard de l'autre, parfois de manière douloureuse et cela pourra provoquer un effondrement narcissique. Lors de cette période, nombreuses sont les sensations inidentifiables qui laissent place à des questionnements, des angoisses, des pulsions d'excitation et sans forcément pouvoir les exprimer à cause du peu de mots pour les signifier (Sternis, 2014). L'adolescent déficient intellectuel sera envahi par des affects et une incapacité de mettre en mot sur ce qu'il ressent. Il y a un **écart qui se creuse entre la maturité corporelle et l'immaturité psychique**. Il se peut que les adolescents déficients sévères soient désavantagés au cours du processus pubertaire. Ils ont dû fournir des efforts pour se constituer une image d'eux-mêmes lors de leur enfance en s'appuyant sur un corps défaillant et contraint, tout en étant dans une dépendance pratique et formelle à l'autre comme adjuvant. Ces efforts qu'ils ont essayé de mener à bien peuvent être particulièrement chamboulés par les remaniements pubertaires (Vaginay, 2016).

A cette période, plus que jamais, le jeune déficient aura besoin de voir dans les yeux de ses parents l'investissement et la bienveillance dont il a besoin plutôt que les préoccupations créées par son handicap, sans pour autant que ce handicap ne soit dénié. Les adolescents handicapés sont conscients qu'ils ne sont pas tout à fait comme les autres et que leur corps puisse transmettre cette différence. A cette période où la prise de conscience du handicap émerge particulièrement, cela génère de la honte chez l'adolescent: honte de sa déficience intellectuelle qui lui renvoie une image de soi entravée, et une honte en lien direct avec le regard d'autrui qui le place face à sa propre vision du handicap. Lorsque les transformations pubertaires surviennent, cela peut donc faire émerger chez le jeune déficient de la honte, de la gêne, ou bien même du dégoût. Les modifications somatiques impliquent l'adolescent dans un **remaniement d'individuation et d'identification qui peuvent le fragiliser**. Ce processus d'individuation, nécessaire au développement de l'identité du sujet, est étayé par l'autonomie. C'est-à-dire que plus le sujet sera qualifié d'autonome, plus il aura une image précise de lui-même, plus il se rapprochera d'une identité unique. Toutefois, nous avons pu voir que ce processus d'autonomisation est entravé en ce qui concerne les adolescents déficients. Il semblerait, selon l'étude d'A. Vinter, P. Mounoud et O. Husain, que ces individus ne possèdent pas une image unique et précise d'eux-mêmes (Vinter et al., 1983).

Du fait du besoin d'aide et d'étayage par les autres, le jeune va avoir tendance à penser qu'il ne peut pas compter sur lui-même et à se percevoir comme incompetent, incapable d'agir sur son environnement. Le sujet déficient fera face à des **difficultés d'expérimentation** dans le sens où il aura moins d'occasions d'exercer ses apprentissages sur les plans sensori-moteur, relationnel et social. **Or expérimenter est essentiel afin de pouvoir appréhender, intégrer ce nouveau corps et pouvoir en dégager une image gratifiante.**

Jusqu'alors, le jeune n'a pas pu élaborer une base solide de référence pour l'action du fait des difficultés de représentations et entre donc dans l'adolescence avec des **bases fragiles** concernant sa représentation de lui-même au niveau du schéma corporel. A la puberté, les changements somatiques viennent modifier les caractéristiques corporelles du sujet et viennent donc bouleverser les perceptions de l'individu, qui a une **compréhension limitée** de ce qui rentre en jeu. En résulte un rapport à soi, à l'autre et à l'espace qui est perturbé, de **faibles capacités d'adaptation à l'environnement**. Cela peut également engendrer une qualité diminuée de sa motricité (difficultés de précision, de coordination du geste, de segmentation du mouvement et d'adaptation au contexte). **La difficulté d'accès à la représentation présente dans la déficience intellectuelle freine l'élaboration du schéma corporel et la création d'une image du corps gratifiante.**

D'autant plus que dans le handicap, le corps est investi comme un **objet de soin et d'attention**, comme un objet de régression. Adolescent, il est possible qu'il ne base son adolescence que sur cette modalité là ce qui deviendra problématique puisqu'il y a un risque qu'adulte, il perdure dans cette modalité de fonctionnement par rapport à son corps. Le corps d'un déficient à l'adolescence peut donc constituer un frein dans la construction de la relation à soi et au monde extérieur. Le jeune laisse à l'autre le soin de penser ce corps, et le sentiment d'appropriation du corps s'en retrouve diminué. Le corps est « utilisé » surtout de manière fonctionnelle. Il peut arriver que pour se dégager de cette dépendance, se sentir et être reconnu acteur, certains jeunes cherchent à s'opposer à minima en refusant les prises en charge, marquant ainsi un début d'appropriation de leur corps et leur volonté d'être « sujet » (Ecotière et al., 2016). Chez les adolescents déficients, les troubles portant sur la vie relationnelle et les procédures cognitives perturbent la construction de leur image de soi.

Pourtant, une récente recherche (Picon, 2009) a été faite auprès d'adolescents déficients intellectuels au cours de laquelle la plupart des jeunes se sont attachés à donner d'eux une image positive. Ils parlent que peu de leurs difficultés ou de leurs échecs, qui sont pour la plupart minimisés et projetés sur les autres, et ont tendance à surestimer leurs atouts et réussites. Cette attitude peut s'expliquer par la volonté « *d'échapper à la stigmatisation peu*

désirable socialement et de réparer une image mise à mal par le handicap et les échecs répétés ». Ces défenses sont donc susceptibles de compenser partiellement leurs sentiments d'infériorité et de rejoindre la volonté d'être conforme aux attentes à leur égard et de s'inscrire dans un désir de « normalité ». Ainsi, l'image que l'adolescent donne de lui-même est bien souvent représentative de ce que ses parents espèrent de lui. Le jeune peut alors adopter un discours collé à celui des adultes, avec des désirs très raisonnables afin d'avoir le sentiment d'avoir de l'importance aux yeux des autres.

Nous pourrions également imaginer que les adolescents déficients intellectuels dans cette étude se perçoivent de manière positive car ils ne s'encombrent pas du référentiel social et des comparaisons qui nous agitent constamment.

2/ Une sexualité gênante:

Reconnaître la sexualité des individus déficients intellectuels et plus encore leur droit à la vivre n'a pas toujours été une évidence et a mené à de nombreux tabous. Actuellement, vivre sa sexualité est devenu un droit pour tous et il est désormais admis que l'adolescent déficient puisse vivre sa puberté, ses désirs, sa sexualité, comme tout adolescent. La sexualité des déficients existe, mais dès qu'elle intervient dans la vie de ces jeunes, elle peut faire peur, provoquer des réactions de malaise, ou bien des réactions maladroites, destructrices (Vaginay, 2008). Si la sexualisation n'est pas évidente pour l'adolescent, elle peut également s'avérer compliquée à gérer pour les parents. Ces derniers peuvent avoir du mal à admettre la transformation de leur enfant, du fait du décalage entre la maturité psychique et physique de ce dernier. Pourtant, l'«*adolescent handicapé mental ressent et perçoit les mêmes pulsions que son contemporain non déficitaire au moment de la puberté* » (Marcelli & Braconnier, 2018, p445). **La construction du corps érotique est indépendante du handicap.**

L'angoisse de la sexualité à l'adolescence est un mélange entre un comportement sexualisé (comportements masturbatoires, relations sexuelles) et des comportements infantiles, ce qui peut être déstabilisant. Cela l'est d'autant plus dans le cas de troubles cognitifs importants et de difficultés de représentation. Cette période est difficile à gérer pour l'adolescent, puisqu'il fait face à des pulsions qu'il ne comprend pas forcément. Ces jeunes n'ont **souvent pas les moyens d'élaborer et de contenir la sexualisation de leur corps**. On peut donc parfois voir apparaître des angoisses dues à l'incompréhension de ces nouvelles pulsions libidinales et de la masturbation compulsive pour essayer de symboliser. Ces mouvements peuvent venir du registre archaïque, et mettent en avant un décalage entre le développement psycho-affectif et physique. Il peut y avoir également une difficulté à reconnaître et à respecter ce qui touche à

l'intimité des uns et des autres. D'autres, au contraire, tentent de refouler les changements qui s'opèrent ainsi que ces pulsions libidinales, avec un dégoût apparent.

Afin d'aider le jeune à intégrer la sexualité, les sensations et les moyens psychiques, il est nécessaire d'apporter une verbalisation afin de signifier les notions d'intimités de certaines parties du corps et la mise en place d'une éducation précoce, comme cela peut se faire pour tout adolescent. Ainsi, le jeune déficient peut développer une autonomie affective considérée jusque-là comme inaccessible.

F. Michel (2010) met en évidence le fait que les modifications corporelles qui se produisent lors de l'adolescence peuvent également permettre au jeune déficient de construire une nouvelle image plus valorisante de lui-même. Le regard des autres change, et le jeune déficient s'aperçoit qu'il est capable de plaire, ce qui lui apporte un gain narcissique lui permettant de davantage s'affirmer. Le jeune peut essayer de transmettre à l'autre l'image d'un corps sexué et désirable. La théorie de P. Schilder concernant l'image du corps rend compte que l'adolescent découvre l'image de son corps grâce aux tendances libidinales des autres dirigées vers lui.

3/ Conclusion :

La déficience intellectuelle et ses limites cognitives peuvent être un **frein au travail d'élaboration des pulsions et des changements pubertaire**. La déficience intellectuelle peut entraver le processus d'adolescence puisqu'elle empêche des identifications et fragilise la construction de l'identité.

La prise de conscience aigüe du handicap à l'adolescence va amener le jeune à devoir faire face à la perte de repère et à la vulnérabilité des angoisses. Le jeune déficient va, plus que n'importe quel adolescent faire face à ses peines, ses blessures, ses angoisses d'abandon. Ils vont être animés par des conflits psychiques intenses, qui pourront être difficile à gérer puisque tous les jeunes n'ont pas les mêmes moyens et certains souffrent d'une **défaillance dans leur capacité à symboliser leurs expériences, à leur donner du sens et à les contenir**. Etre face à ses pertes peut donc être douloureux pour l'adolescent déficient, et il est nécessaire qu'il les accepte afin que le déroulement de l'adolescence puisse avoir lieu et qu'il n'y ait pas d'empêchement à l'investissement de la réalité extérieure.

De manière générale, l'estime de soi est fréquemment faible chez l'adolescent déficient, en raison du regard de l'autre, ainsi que de la perception de ses difficultés par le jeune.

De plus, l'adolescent n'a pas pu se constituer un fondement solide de base pour l'action. La qualité motrice s'en retrouve donc appauvrie, avec un rapport à soi, à l'autre et à l'espace perturbé. L'intégration du schéma corporel, la construction de leur image et les représentations du corps, constitués sur des bases fragiles, sont complètement chamboulées à l'adolescence. Les limites cognitives rendant difficile la compréhension des phénomènes liés à l'adolescence complexifient la compréhension et la prise de conscience de ce corps changeant. Plus que tout adolescent, l'individu déficient fait donc face à de fortes angoisses durant l'adolescence, dues à son **manque de compréhension du corps et de son fonctionnement**. Par conséquent l'adolescent déficient intellectuel a une **image de lui peu valorisée**.

L'adolescence est un moment difficile pour les déficients intellectuels. Elle peut néanmoins constituer un moment de relance, entre autre, « *insuffler une nouvelle énergie vitale dans les investissements libidinaux et provoquer une remobilisation* » (Potel, 2006, p69).

L'adolescence de ces individus n'est cependant pas identique pour tous. Il existe différents degrés de déficience et un grand nombre de tableaux cliniques. Chaque adolescent se développe en fonction de ses difficultés, de ses relations avec son environnement et de son vécu. L'adolescence ne sera ni ressentie ni vécue de la même manière également pour l'entourage familial.

Nous pouvons nous demander en quoi la psychomotricité peut-elle aider le jeune à faire émerger une image d'eux plus valorisante.

IV. L'apport de la psychomotricité dans la valorisation de l'image de soi auprès des adolescents déficients intellectuels

A) Présentation et fonctionnement de l'IME:

L'IME est un établissement médico-éducatif qui accueille les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés.

L'IME regroupe un Institut Médico-Pédagogiques (IMP) et un Institut Médico-Professionnels (IMPro). Ils participent à l'éducation, dispensent des soins et une éducation adaptée aux enfants et adolescents de 6 à 20 ans. Les jeunes sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire qui élabore et évalue régulièrement les projets personnalisés des personnes accueillies en se plaçant au plus près de leurs capacités et de leurs besoins. Au sein de l'IME, les personnes accueillies sont généralement réparties par parcours, en fonction de leur projet personnalisé :

- Le dispositif **scolarisation** accueille des jeunes de 6 et 14 ans bénéficiant de scolarisation interne ou externe à l'établissement.
- Le dispositif **professionnalisation** accueille des jeunes de 14 et 20 ans dont l'objectif est d'accéder au milieu du travail protégé ou ordinaire.

L'IME conjugue des interventions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et d'intégrations sociales.

Les prestations pédagogiques :

De 6 à 16 ans, l'IME répond à l'obligation d'instruction, selon les modalités adaptées :

- Accompagnement sur ses lieux d'enseignement dans le cadre d'un parcours partagé en milieu ordinaire (Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), Centres de Formation des Apprentis (CFA),...)
- Apprentissage en unité d'enseignement interne au sein de l'IME

L'équipe de l'IME propose en fonction des besoins de chacun :

- Une découverte du monde du travail et une orientation pré-professionnelle
- Des séances d'activité physique adaptée

Les prestations éducatives :

L'équipe éducative accompagne à l'autonomie dans les différentes sphères :

- **L'autonomie personnelle et sociale** : accès aux besoins fondamentaux, développement des compétences domestiques, les apprentissages des repères spatiaux temporels, l'acquisition des règles sociales.
- **Le développement personnel** : découvrir ses capacités d'apprentissage, apprendre à gérer ses émotions, développer ses centres d'intérêt et sa créativité, apprendre à devenir citoyen.
- **Le développement de la communication** : l'équipe propose tout un panel d'outils de communication adaptés aux jeunes en fonction de leurs compétences.

Les prestations thérapeutiques :

L'équipe paramédicale permet d'être accompagné au quotidien en fonction des besoins. En cas de traitement médicamenteux, l'infirmier de l'établissement coordonne l'aide à la prise du traitement conformément à l'ordonnance médicale transmise par la famille. L'équipe de l'IME facilite l'accès aux soins nécessaires et conseille sur ces accompagnements. Des ateliers de prévention à la santé et d'habituations aux soins peuvent être proposés. Des prestations paramédicales (orthophonie, psychomotricité) peuvent être organisées en interne sur prescription médicale.

Les prestations sociales :

L'équipe propose un accompagnement dans les démarches à caractère social (les dossiers de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les dossiers de protection juridique...). En fin d'accompagnement, l'établissement prépare l'adolescent et ses proches vers un relai pour le secteur adulte, quel qu'il soit.

B) La psychomotricité au sein de l'IME :

1/ Définition de la psychomotricité :

La psychomotricité est une discipline paramédicale qui considère le sujet dans sa globalité. Elle s'intéresse à l'humain dans toute sa complexité et sa richesse, et présente un intérêt central pour le corps et son investissement par le sujet. Elle demande une écoute ainsi qu'une

implication active et corporelle de la part du psychomotricien. Il s'engage dans la relation à l'autre, au niveau verbal et non verbal dans le cadre d'un accompagnement contenant. **Le psychomotricien s'intéresse à la façon dont le sujet perçoit son corps, se le représente ainsi qu'à la façon dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation.**

La psychomotricité est une articulation qui noue pas à pas un programme neuro-sensori-moteur et des expériences affectives et relationnelles. C'est cet ensemble qui construit le psychisme. Le psychomotricien ne s'attaque pas d'emblée aux symptômes et ne vise pas seulement à développer l'efficacité motrice des apprentissages précis. Il effectue plutôt une action globale en utilisant les possibilités du corps, d'expression et de la relation pour essayer de restructurer l'ensemble de la personnalité, de permettre un vécu harmonieux de l'individu et pour qu'il (re)trouve un équilibre psycho-corporel adapté au mieux à son environnement.

2/ Apport de la psychomotricité pour l'image de soi :

Le corps et ses représentations constituent une place centrale en psychomotricité. Le code de santé publique présente le psychomotricien comme un professionnel du paramédical habilité à agir sur les «troubles des représentations du corps d'origine psychique ou physique». Les troubles de l'image du corps relèvent ainsi des compétences du psychomotricien, puisque ils sont implicitement présents dans le décret d'acte de compétence.

L'image du corps prend toute son importance en psychomotricité car celle-ci rend compte de la dimension relationnelle présente entre le corps et le psychisme.

Le psychomotricien travaille à partir du corps réel en proposant un accompagnement à un développement psychomoteur plus harmonieux, d'amener ces individus à la (re)découverte de soi, de l'autre et du monde qui les entoure. Le but de la thérapie psychomotrice est que le corps soit un lieu de plaisir, de connaissance et de connaissance avec l'autre. Cela se fait en favorisant l'expressivité motrice et la symbolisation.

En ce qui concerne l'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels, nous avons pu voir qu'elle est fragile car elle a été construite sur des bases peu stables. Durant cette période, il est important d'accompagner les adolescents dans leurs remaniements physiques et psychiques. L'adolescent déficient a besoin de se voir dans le regard des autres pour avoir une image positive de lui. L'un des objectifs de la psychomotricité est donc **d'aider ces adolescents à se réapproprier leur corps, de le revaloriser à travers une dynamique corporelle, en intervenant sur le corps sujet afin de changer les représentations**

mentales. Les jeunes doivent apprendre à se familiariser avec leurs perceptions sensorielles, affectives, redécouvrir leur schéma corporel et chaque partie de leur corps, retracer leur développement psychomoteur. Ces expériences amèneront les jeunes vers une **conscience de leur corps**. La conscience corporelle est un premier pas vers les représentations du corps, qui pourront étayer l'image de soi de manière positive.

Pour cela, le psychomotricien pourra mettre en œuvre différentes activités sensori-motrices, toniques et émotionnelles qui offriront un support aux fonctions corporelles qui vont pouvoir étayer l'intégration des fonctions psychiques. Le psychomotricien guide le jeune afin qu'il éprouve son corps au calme ou en mouvement, qu'il l'observe en pleine conscience en toute bienveillance, qu'il crée et improvise à partir de l'écoute sensorielle. Le psychomotricien pourra nourrir toutes ces expériences en aidant le jeune à mettre des mots sur ses ressentis.

En s'appuyant sur des pratiques qui lui sont propres, le psychomotricien visera à favoriser la perception et la structuration du schéma corporel et de l'image du corps afin de favoriser l'équilibre psychocorporel. Ces pratiques peuvent être, par exemple, de la balnéothérapie, de la relaxation, du toucher thérapeutique, du jeu, du mime..., entre autre, autant de médiations qu'il en existe. Au sein de la médiation, l'individu va aussi pouvoir se découvrir un certain potentiel, des capacités. Cet investissement peut venir stimuler la confiance en soi, et l'affirmation de sa place en tant que sujet.

3/ Place de la psychomotricité au sein de l'IME :

Dans mes deux stages en IME, une psychomotricienne est présente au sein de chaque structure. Elles réalisent des bilans psychomoteurs, « outil » de travail du psychomotricien. Cette évaluation psychomotrice précède toujours une indication de suivi demandé par le médecin psychiatre de l'établissement. Le bilan psychomoteur vise à observer l'activité psychomotrice (tonus, coordinations, latéralité, équilibre, motricité globale et fine, capacités attentionnelles) ainsi que d'autres grands items psychomoteurs tels que le schéma corporel, l'espace et le temps, l'image du corps et la sphère relationnelle. A la suite de ce bilan, la psychomotricienne examine la pertinence d'une prise en charge pour le jeune, en prenant en compte son projet global au sein de l'établissement. La décision finale est prise en réunion de synthèse, après concertation avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et après une validation médicale.

La prise en soin en psychomotricité peut prendre deux formes : individuelle ou collective. Ce choix dépendra du projet thérapeutique et de la capacité de l'enfant à s'intégrer à un groupe. Les objectifs de prise en soin sont spécifiques à chaque jeune.

La psychomotricité auprès d'adolescents déficients intellectuels amène à être en contact avec de nombreuses difficultés d'intégration du schéma corporel et de création d'une image valorisante. Le rôle de la psychomotricienne est alors d'accompagner le jeune dans un investissement positif de son corps.

La prise en charge se fait au rythme d'une séance par semaine et dure une demi-heure à trois quarts d'heure.

4/ Ma place en tant que stagiaire :

Au cours de ces stages, je suis présente dans chaque IME une journée par semaine. Dans ces deux stages se déroulent différentes prises en charge, des prises en charge individuelles, et des prises en charge groupales. J'ai également eu l'occasion de participer à quelques réunions de synthèses.

Lors des prises en charge psychomotrices, j'ai eu différents statuts. J'ai tenu un rôle d'observatrice dans certaines prises en charges individuelles qui nécessitaient une continuité dans le cadre entre le jeune et ma maître de stage. Dans d'autres cas, je participais aux séances sans les diriger. Enfin, j'ai pu mener de façon autonome la prise en charge de plusieurs jeunes dont le binôme «impression-expression» ainsi que celle de Léa, qui s'inscrivent dans mon mémoire.

C) Un travail en psychomotricité avec un binôme d'adolescents: "impression-expression"

1/ Présentation :

Je vais maintenant présenter la prise en charge « Impression-Expression ». Cette prise en charge a été mise en place par la psychomotricienne et moi-même en mi-janvier 2021. Cette prise en charge se déroule en co-animation entre ma maître de stage et moi. A terme, j'ai pu diriger de façon autonome plusieurs séances.

Ce groupe est composé de deux adolescents déficients intellectuels. Je vais d'abord présenter les apports du groupe, le cadre, le fonctionnement et les objectifs de cet atelier. Ensuite,

j'expliquerai en quoi cette prise en charge participe à la prise de conscience du corps chez ces adolescents déficients intellectuels et quels ont été les bénéfices en ce qui concerne l'image de soi.

2/ Les apports du groupe :

La question du groupe se pose souvent en psychomotricité. Il permet d'appréhender la subjectivité et de mieux comprendre leur position dans les relations intersubjectives. Le groupe peut présenter plusieurs intérêts, notamment au niveau de la **socialisation**. Le groupe structure l'individu de par son rapport avec les autres. Il va devoir mettre en place des stratégies d'adaptation dans le groupe, stratégies qu'il pourra réutiliser ensuite. La dynamique de groupe peut aussi avoir une **fonction rassurante** chez des jeunes, pour qui la relation duelle est compliquée. Cette dynamique peut aussi donner lieu à plus de créativité, de richesse.

En groupe, les autres jeunes constitueront un miroir. Il est plus facile de se voir comme l'autre jeune que de se voir comme un autre adulte. Mais le groupe peut aussi être considéré comme un appareil de transformation, selon R. Kaës. Il contient, désintoxique et transforme les contenus bruts, ce qui peut faire écho à l'appareil à penser les pensées de W. Bion.

Pour les adolescents, le groupe est l'un des moyens privilégiés pour aborder le mal de vivre et la souffrance, en utilisant des médiations qui vont être des aides à la relation et à la rencontre.

3/ Le cadre thérapeutique :

Le cadre thérapeutique en psychomotricité va définir non seulement un espace, un temps, mais aussi un ensemble de règles. Le cadre doit être contenant pour permettre la rencontre et des échanges.

Winnicott parle de « setting » qui est un ensemble de règles variables qu'il faut définir et limiter. C'est pour lui une application de son concept de holding. En psychomotricité, il y a un cadre délimité et défini. On parle donc de setting qui sera aussi fait de notre sensibilité et de notre façon de travailler, sans mettre en cause l'identité du cadre. C. Ballouard écrit 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 »*.

Selon C. Potel, ce cadre s'inscrit dans des conditions d'espace, de temps, de matériel, d'encadrement, et de fonctionnement institutionnel. Ce cadre permet au patient qu'il y ait une régularité dans le temps et l'espace (durée, heure et salle fixe), afin de pouvoir intégrer des repères. Ces repères balisent un cadre matériel et dessinent des conditions qui rendent possible de concevoir l'espace comme un réceptacle contenant les expériences sensori-motrices en toute sécurité.

A cela s'ajoute la disponibilité psychocorporelle du thérapeute. C'est au travers de ses comportements, de sa posture, de ses attitudes, que le cadre sera respecté. Il est **garant du cadre** et il se veut rassurant, sécurisant et contenant.

En groupe, le cadre constitue un repère. Les débordements en groupe sont plus rapides et plus fréquents qu'en séance individuelle. Des règles claires et structurantes sont donc mises en place, ce qui limite les jeunes dans leurs débordements. Le cadre doit toujours être le même d'une séance à une autre. Il a également un **rôle de sécurité**, les règles sont là pour garantir la sécurité de tous.

4/ Objectifs de la prise en charge:

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

- Aider les adolescents à comprendre leurs nouvelles sensations et à s'appropriier leur corps, en privilégiant l'attention à leur corps ainsi qu'à leurs ressentis corporels (état, limites, capacités, appuis...)
- Eveil de la conscience corporelle, notamment dans l'élaboration de la représentation du corps par l'intégration de son schéma corporel et de l'image du corps à travers des expérimentations sensori-motrices
- Favoriser le développement de la communication, les échanges, les interactions sociales, ainsi que l'entraide
- Favoriser l'estime de soi, la confiance en soi et en l'autre

5/ Le cadre des séances :

Les séances sont hebdomadaires, à raison d'une fois tous les jeudis après midi dans la salle de psychomotricité et durent 45 minutes. Les séances sont organisées en cinq temps :

- **Temps d'accueil** : L'accueil des jeunes se fait à l'entrée de la salle, nous les saluons et ils enlèvent leurs chaussures afin de démarrer la séance. Au début de chaque séance, nous leur expliquons ce que nous allons faire tout le long de la séance. Cela leur permet de mieux appréhender la séance et de les mettre en confiance. Il n'est pas rare de devoir rappeler les règles de l'atelier durant ce temps. Il y a 3 règles de base dans cet atelier : je prends soin de moi, des autres, et du matériel. Ces différentes notions, notamment au niveau du cadre, des règles, et de l'intérêt de cet atelier ont été répétées plusieurs fois afin que les jeunes puissent s'en saisir et s'en imprégner.
- **Echauffement** : Ce temps permet de mobiliser toutes les articulations. Il peut mettre en jeu la dissociation de mouvement, la concentration, le rythme, l'équilibre, la coordination, les notions dans l'espace, la proprioception. Mais il est surtout le prétexte pour expérimenter de nombreuses situations motrices.
- **Mise en situation** : L'atelier est essentiellement basé sur des expérimentations sensori-motrices. C'est un temps où les adolescents peuvent vivre et éprouver leur corps de manière active et qui permet à chacun de reprendre confiance et conscience de son corps et ses possibles.
- **Temps calme** : A l'origine, ce moment de la séance devait être réservé à un temps de relaxation. Les voyant réfractaires à ce temps et afin de respecter leur rythme, ce temps s'est transformé en temps calme avec d'autres ressources que la relaxation. Effectivement, cela peut s'avérer compliqué pour eux, car poser son corps et se laisser aller représente une situation très personnelle, rarement exposée au regard de l'autre.

Nous finissons donc par des activités ludiques, permettant de se décontracter, de se recentrer sur soi, et de redevenir calme avant de finir la séance. La relaxation pourra éventuellement être mise en œuvre lorsqu'ils seront prêts à l'accepter.

- **Temps de verbalisation** : Il permet de faire un retour sur la séance, sur ses impressions propres, ses ressentis et de mieux inscrire leur vécu dans leur représentation corporelle. Les jeunes ont donc l'occasion d'extérioriser dans ce cadre afin de ne pas partir de la séance avec un mal-être, ou un ressenti négatif en tête. Les temps de parole se font assis, en cercle. La notion de cercle permet de favoriser l'échange et l'écoute de chacun.

- **L'échauffement :**

Pour l'échauffement, nous avons pu proposer divers exercices au cours des séances:

Un « réveil corporel » avec différents types de pression/tapotement de la tête jusqu'aux pieds. L'objectif est de centrer l'attention sur son corps, de soutenir la somatognosie en énonçant les différents segments corporels, et que l'adolescent perçoive ses contours.

Une « Salutation au soleil », exercice inspiré du yoga. Le but est de s'étirer et se focaliser sur ses ressentis, tout en essayant de savoir les endroits où nous sentons un étirement.

Nous avons également pu proposer aux jeunes de se déplacer de différentes manières avec des consignes qui se rajoutent au fur et à mesure (en arrière, en pas chassé, en crabe...). D'autres exercices avec des consignes de déplacement ont mis en jeu la modulation tonique et ont visé à éprouver différentes qualités toniques (le dos droit et les jambes pliées, le dos courbé et les jambes tendues...). Ces différents types de marches permettent de travailler les capacités de segmentation des adolescents et nécessitent de développer une attention perceptive au corps propre. Au sein de cet atelier, nous avons également pu proposer aux adolescents de modifier consciemment leur tonus, par exemple en étant léger comme des plumes, ou lourds comme des éléphants. En plus d'être très imagé, cet exercice implique la représentation mentale et demande une modification volontaire de sa qualité de présence, ce qui n'est pas une tâche facile pour les déficients intellectuels.

- **Mise en situation :**

Concernant les activités de mise en situation, nous avons tout d'abord effectué différents parcours. En premier lieu des parcours simples mettant en jeu des coordinations dynamiques générales et des dissociations simples ou complexes, où les jeunes ont pu enrichir leurs capacités motrices (courir, sauter, rouler, enjamber,...) tout en se construisant une image de leur propre corps. Ensuite des parcours avec un sac lesté sur la tête pour inciter le redressement de l'axe, ou bien des sacs lestés posés sur d'autres parties du corps (épaules, mains, pieds) afin que les jeunes se déplacent tout en adoptant des stratégies motrices pour éviter de les faire tomber. L'adolescent doit avoir le tonus nécessaire pour relever la tête et coordonner le haut et le bas de son corps.

Nous avons par la suite réalisé différents parcours en binôme. Par exemple, nous avons fait un parcours simple où l'un des jeunes, les yeux fermés, se laisse guider par des indications orales

de l'autre jeune. L'orateur guide son binôme en lui donnant des indications spatiales et des indications corporelles. Ici, se joue la confiance en l'autre, la relation à l'autre. Dans un même principe d'échange avec l'autre, nous avons effectué un parcours en binôme où les jeunes se mettaient dos à dos et en plaçant un ballon entre leurs deux dos, et avaient comme consigne de ne pas le faire tomber durant le parcours. Cela demande une certaine conscience de son propre corps, du mouvement et du corps de l'autre. L'adolescent doit s'adapter et être attentif à l'autre tout en mettant en place des stratégies motrices afin de parvenir à avancer sur le parcours. 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.

Pour travailler sur l'image de soi, l'intégration du schéma corporel et la représentation du corps, nous avons chacun réalisé nos empreintes au sol à taille humaine à l'aide de cordes. Cet exercice nous aidant à savoir comment les jeunes se visualisent, permet de porter une attention à l'ensemble du contour de son corps, donc à son unité corporelle, ses délimitations et son enveloppe. Suite à cela, nous nous sommes chacun installés dans nos empreintes afin de percevoir s'il y a une différence entre la taille de l'empreinte et notre taille réelle. L'objectif est de permettre aux jeunes d'avoir une connaissance plus juste de leur corps et de ses contours, de leur permettre de percevoir les changements corporels dus à l'adolescence, et de faire émerger des sensations et émotions en lien avec le vécu corporel. Cela les aide donc à se représenter leur croissance et à échanger sur la question de l'adolescence et des changements corporels associés à cette période.

Nous avons aussi joué à « Moves ». Il s'agit d'un jeu composé de plusieurs disques en bois qui représentent pour chacun d'entre eux un mouvement qu'il faut imiter. Après avoir retourné un disque, le premier joueur reproduit le mouvement dessiné. Ensuite, on retourne ce disque face cachée et le joueur suivant imite le premier mouvement ainsi que celui sur le deuxième disque, et ainsi de suite. Ce jeu permet une intériorisation de l'image du corps, de développer les coordinations globales et de stimuler la mémoire. Il a pu être dévié en différents « jeux des postures ». Par exemple, à partir du dessin de la posture, il faut donner des indications corporelles à l'autre (« lève ton bras », « plie ta jambe ») afin que la personne trouve la posture. Cela implique de trouver le vocabulaire adéquat et pour l'autre de le comprendre, d'avoir de bons repères égocentrés et exocentrés. Aussi, nous avons pu modifier ce jeu en « chef d'orchestre de posture » où une personne proposait une posture et les autres devaient réaliser la même. Cette activité nécessite l'observation du corps de l'autre et de l'orientation spatiale des membres, en retranscrivant la posture sur son corps, dépendant de leur organisation spatiocorporelle. Cela implique aussi de prendre des initiatives sous les yeux des autres, ce qui n'est pas forcément évident.

Le but de ces jeux de postures est que les jeunes cherchent à sentir ce qui se passe dans leur corps, qu'ils améliorent cette perception et construisent des repères.

- **Temps calmes :**

Durant les temps plus calmes, nous avons pu proposer le loto des odeurs, qui stimule le sens de l'odorat. Au-delà de la règle qui est de reconnaître les diverses odeurs, le but est d'en découvrir éventuellement, de permettre un échange entre les participants, de dire si on aime ou pas telle ou telle odeur. Les odeurs font appel au cerveau archaïque, en activant le système limbique, carrefour des émotions et de la mémoire. Le dispositif de ce jeu recrée ainsi un environnement sécurisant, et permet d'aller à la recherche de souvenirs infantiles. Nous avons aussi joué à l'«objet surprise». Ce jeu, basé sur une reconnaissance tactile, permet un retour à soi et à ses ressentis. Les yeux fermés, les jeunes doivent sentir et se représenter l'objet choisi, construire une image mentale de l'objet qu'ils ont touché et le représenter en dessin sur une feuille. Cela montre une certaine capacité de représentation mentale. D'autres propositions consistent à réaliser un symbole (chiffre, lettre, forme) avec son doigt dans le dos de l'autre. Il s'agit ici du jeu du « passe-parole » où nous devons faire passer le symbole à la personne devant nous. Le dernier devait identifier et reproduire le symbole sur une feuille pour rendre compte de la représentation graphique de ses ressentis corporel en temps réel. Nous avons également pu le faire en binôme en temps réel ou différé. Ce jeu permet d'instaurer un échange, de travailler le contact et également de travailler sur la mémoire corporelle à travers des stimulations.

Pour finir, sur la fin de ma venue en stage, une fois que les adolescents étaient en confiance, nous leur avons demandé de se dessiner. La consigne était « dessine-toi, comme tu penses que tu es ». Tout d'abord, cet exercice nécessite que les jeunes aient une certaine représentation du corps. Ce dessin rend compte d'éléments plus projectifs concernant l'image de soi et la représentation qu'ils se font de leur corps. Ce dessin évoque effectivement la question du rapport au corps propre, de l'investissement du corps, des éventuelles angoisses pouvant en ressortir, des éventuels questionnements.

7/ Présentation et évolution des jeunes :

a - Tom :

(1) Présentation :

Tom est né le 19/03/2006. Il présente un **trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité** ainsi qu'un **trouble anxieux**. Il est affecté d'une **déficiences intellectuelle légère**. Il est accueilli à l'IME depuis septembre 2019 avec une poursuite de l'ULIS collège en temps partagé.

Tom est un jeune plutôt autonome dans toutes les différentes actions du quotidien. Dans ses relations à l'autre, il cherche souvent à être en lien avec les professionnels. Tom a un flot de paroles important, comme s'il avait besoin de combler le silence ou le vide. Il a tendance à monopoliser l'attention et a du mal à être à l'écoute de l'autre. Il peut être incohérent et confus dans son discours. Il peut être également en lien avec ses pairs et sait se montrer attentionné avec eux. Cependant, par son grand manque de confiance en lui, il se met toujours en **position valorisante** par rapport aux autres, quitte à les dévaloriser et à être blessant. Tom cache ses lacunes au premier abord et est gêné quand on lui demande d'effectuer une tâche qu'il affirmait savoir réaliser.

Un bilan qui a été réalisé en octobre 2020 a mis en évidence un **niveau psychomoteur hétérogène**. Il ne se situe pas dans la norme de son âge sauf pour la coordination dynamique général où il est assuré. Il a besoin de beaucoup d'expériences pour améliorer ses performances. Il est gêné en permanence par des **difficultés d'attention**, avec une importante **fatigabilité**. Ce manque d'attention est majoré par un manque d'estime de soi, une crainte de l'échec importante. Durant le bilan, Tom **se dévalorise** beaucoup, semble très anxieux, et fait part à plusieurs reprises de moqueries qu'il subit au collège. Il a besoin de revalorisation tout le long.

En ce qui concerne la connaissance des parties du corps, elle est hésitante et peu précise. Lors du dessin du bonhomme, en annexe (2), il dessine un garçon « fil de fer », de petite taille, qu'il enrichit ensuite de vêtements. Il ne peut pas s'empêcher de faire une autoévaluation négative (« on dirait un canard »).

A l'entretien sur les représentations corporelles d'O. Moyano (1), Tom répond avec beaucoup de bon sens sur les questions de l'intérieur et l'extérieur du corps, sur son utilisation et sur les parties fragiles et solides du corps, qu'il différencie selon le sexe, les nommant avec beaucoup de pudeur. D'un point de vue général, Tom a montré une importante gêne par rapport à son

corps, comme s'il éprouvait de la honte. Lors de l'analyse des praxies buco-faciales (Kwint), Tom **a éprouvé le besoin de se cacher** du regard de la psychomotricienne. Pareillement, lorsqu'il s'est mouché, il s'est caché car « cela le dégoute ».

Son projet thérapeutique s'axe alors sur :

- Favoriser l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps : perceptions et représentations, somatognosie, contenance, unité corporelle et changements corporels (adolescence)
- Revalorisation de l'image du corps
- Accompagner vers une meilleure confiance en soi et estime de soi
- Soutenir l'attention à soi et à son corps propre

(2) Evolution :

Tom prend beaucoup de place dans le groupe. Il cherche souvent à attirer le regard et l'attention de l'adulte.

Tom a pu faire part de beaucoup de gêne lors des premières séances lorsque l'on a expliqué l'objectif de cet atelier. Le fait d'aborder le processus de l'adolescence a semblé le mettre très mal à l'aise. Durant les séances, tout ce qui se rapportait au corps (par exemple les articulations qui craquaient, enlever ses chaussettes) semblait le déranger. Il a pour habitude d'avoir un besoin constant de parler et de bouger, voire de déconcentrer les jeunes. Dans les cas où il a pu être mal à l'aise, voir honteux lors de ces discussions, cela s'amplifie et peut venir témoigner d'une **anxiété corporelle** sous-jacente. Cette anxiété est présente également au niveau verbal puisque Tom peut être dans des **plaintes somatiques** lors des mises en jeu corporelles comme pour l'éviter, peut-être par peur d'être ridicule, de « mal faire », ou d'être confronté au regard de l'autre. Effectivement, l'observation et le regard des autres est fortement présent au sein d'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. Dès le départ, Tom montre donc une tendance à refuser de faire, soit en se dévalorisant, soit en prétextant des douleurs soudaines, soit en décrétant qu'il ne veut pas le faire. Cette tendance se produisait notamment lors des échauffements, peut-être de par l'aspect moins ludique de la mise en jeu corporelle. Lorsque des situations le mettent en difficulté, il peut également **dévaloriser l'autre pour se mettre en avant** en ce qui concerne un exercice, et perdre tous ses moyens lorsque c'est à son tour et que toute l'attention est centrée sur lui. Il a alors fallu mettre rapidement en place une bonne alliance thérapeutique et trouver des

méthodes détournées pour l'aider à expérimenter malgré son manque de confiance. Grâce à l'alliance thérapeutique et la mise en confiance progressive qu'offre le cadre ainsi que la revalorisation que nous lui avons fourni sur ses acquis et ses capacités, cela lui a permis d'oser essayer de nouvelles choses même s'il pouvait craindre la difficulté.

Il a ainsi pu faire plusieurs échauffements, dont l'automassage en étant assis, qu'il a très bien investi. Effectivement, il a su trouver ce qui lui plaisait comme type de pression, quelle partie du corps il préférait masser. C'est au cours des séances qu'il a pu mieux se poser et ressentir, même s'il continue à montrer encore une impatience ou une difficulté à être dans le calme ou à maintenir le silence. Il peut présenter dans certaines de ces situations un rire teinté de nervosité. Lorsqu'il sent qu'il peut réussir une activité ou qu'il est sur la bonne voie, il arrive à canaliser ses rires.

Lors des exercices, Tom a tendance à essayer d'imiter les autres. Et quand il s'agit d'improviser, il a du mal à explorer ses capacités motrices ou d'expressions. Sans support pour venir étayer sa pensée, il peut difficilement trouver des ressources internes pour s'adapter à l'environnement extérieur.

Je remarque que sur les dernières séances, Tom fait preuve d'une **motricité globale plus maîtrisée**. Ses changements d'appuis et les équilibres s'harmonisent au fur et à mesure et il semble plus à l'aise dans sa gestualité.

Le temps de verbalisation à la fin permet de voir que les mots que Tom utilise sont souvent les mêmes. Ceci peut montrer qu'il a des **difficultés à identifier ses ressentis et à les exprimer**, mais aussi peut révéler une **pauvreté de l'imaginaire**.

Lors du dessin de soi (3), cela a pu faire ressurgir des angoisses qu'il a pu verbaliser. Il s'est beaucoup dévalorisé physiquement, notamment de part son acné important qu'il a retranscrit dans son dessin. Il a également dit que son dessin ressemblait à un alien. Cela a fait émerger une discussion autour de l'adolescence et de ses transformations/pubertaires, entretenue par plusieurs questions de sa part, chose qui n'était pas possible jusque là de par sa pudeur. Tom a une **image dévalorisée de lui-même**, et a su exprimer ses interrogations concernant le corps ou l'adolescence.

Le groupe est donc bénéfique à Tom, il lui offre un **cadre sûr et contenant** qui lui permet peu à peu de surpasser sa crainte de l'échec, tout en lui apportant de la confiance. Tom a pu se montrer à l'écoute de ses sensations, trouver des bonnes stratégies motrices lors des mises en jeux corporelles. Nous avons pu l'aider à comprendre certaines nouvelles sensations et à se diriger progressivement vers un cheminement d'acceptation de son « nouveau » corps et d'une

meilleure image du corps. Ce cheminement est cependant loin d'être terminé et il est nécessaire de continuer à l'accompagner dans ses représentations corporelles et pour renforcer sa confiance en lui.

b - Benjamin :

(1) Présentation :

Benjamin est né le 04/06/2006. Il est atteint d'une **dysphasie**, un **trouble envahissant du développement** (TED) sans précision, un **retard dans ses acquisitions** et une **immaturité psycho-affective**. Benjamin présente une **déficience intellectuelle légère**.

Il est entré à l'IME en août 2019. Il bénéficie d'un suivi orthophonique deux fois par semaine depuis son arrivée, ainsi qu'une prise en charge groupale en psychomotricité depuis janvier 2021.

Benjamin est un adolescent révélant beaucoup de troubles du comportement, des angoisses et des troubles du sommeil. Ses centres d'intérêts sont centrés sur les jeux vidéo, faisant qu'il lui arrive régulièrement de s'identifier à des personnages fictifs. Cela crée chez lui une **limite de distinction entre la réalité et l'imaginaire**. De ce fait, Benjamin a peu de relations avec ses pairs. Il est très discret, et peut même être mutique dans des situations groupales. Il a très peu confiance en lui et en ses capacités, et a très peur d'être mis en situation d'échec. Il peut très vite se décourager et abandonner une tâche en cours s'il fait une erreur.

Lors de son bilan psychomoteur de février 2020, il en est ressorti que Benjamin présente une **hypotonie axiale**. Il présente un **profil psychomoteur dysharmonique**, avec de bonnes capacités de contrôle moteur, des capacités cognitives préservées (flexibilité, analyse visuo-spatiale), mais aussi un grand **déficit dans la sphère du langage**. Ce bilan fait ressortir la **fragilité des enveloppes** chez Benjamin, avec un imaginaire débordant. Effectivement, lors du dessin du bonhomme (4), Benjamin dessine un bonhomme squelette-robot. Il semble avoir projeté dans ce dessin toute sa problématique au niveau de l'intégrité corporelle et l'angoisse qui en découle. Suite au dessin, il affiche des angoisses par rapport au personnage qu'il vient de dessiner, en ayant peur que le personnage vienne dans la salle.

En ce qui concerne l'entretien sur les représentations corporelles d'O. Moyano, les limites corporelles de Benjamin semblent floues. Il ne comprend pas les notions de solidité et de fragilité du corps et semble très mal à l'aise face à ces questions.

La somatognosie de Benjamin est également très immature.

Son projet thérapeutique s'oriente alors sur :

- Un meilleur investissement du corps propre lui permettant une appropriation de son corps ainsi qu'un ancrage dans la réalité
- Renforcement des repères corporels afin d'enrichir son schéma corporel
- La revalorisation de ses capacités et de l'image du corps pour qu'il puisse s'affirmer et gagner en confiance

(2) Evolution :

Benjamin est assez discret, il parle peu et a du mal à s'affirmer au sein de cet atelier, freiné par ses difficultés de langage et par Tom, qui prend une place importante au niveau verbal dans le groupe. Il va s'affirmer de plus en plus au fur et à mesure. Sa participation nécessite un étayage verbal, mais ses réponses se font de plus en plus nombreuses et pertinentes.

Lors de ces séances, à de nombreuses reprises, Benjamin s'est identifié à des personnages de jeux vidéo. Il peut par exemple bouger ses bras de façon robotisé, ou bien parler d'une manière étrange, faire des chorégraphies présentes dans certains jeux vidéo. Quand il y a de l'enjeu et qu'il ressent le stress, il dit qu'il a « les ténèbres dans le corps » au niveau du ventre. Il peut également papillonner dans la salle, être perdu dans ses pensées et ne pas répondre à l'appel de son prénom, ceci durant de courtes durées. Il peut ainsi être dans la **rupture de relation** et dans des **difficultés de transition** entre deux activités. Benjamin présente d'importantes **angoisses corporelles**. Les stimulations sensorielles notamment (automassage, loto des odeurs par exemple) étayent son sentiment d'exister et apaisent ainsi ses angoisses.

Pendant les exercices qu'il peut réaliser sans trop d'efforts, ses mouvements semblent robotiques, automatiques et pas « habités ». Peut être a-t-il une image d'un corps qui n'est pas unifié et qui ne permet ainsi pas de porter son attention sur un mouvement global. Toutefois, progressivement, il a pu se détacher de ses mouvements parasites pour proposer des postures qui ne semblent pas inspirés d'un jeu.

Durant les dernières séances, Benjamin a ainsi montré une **régulation tonique plutôt adaptée** aux différentes situations, et une coordination motrice plus maîtrisée. Effectivement, par exemple lors du parcours à deux où il y avait un ballon entre les dos du binôme, le contact

du dos était un peu hypotonique au début, ce qui fait que le ballon avait tendance à tomber. Après l'avoir étayé, il a su mettre en place des stratégies pour que le ballon puisse rester entre les deux. Benjamin est capable de beaucoup d'imagination et de mise en jeu corporelle.

Au début de la mise en place des séances, Benjamin éprouvait de grandes difficultés au niveau de la somatognosie ainsi que dans l'évocation de ses ressentis. Le langage permet de définir la représentation du corps selon un référentiel commun. Cette mise en mot atteste d'une certaine intégration du schéma corporel. Au cours des séances, nous avons pu voir chez Benjamin une évolution autant en ce qui concerne la nomination des différentes parties du corps, que par rapport à la verbalisation de ses ressentis, pouvant ainsi traduire d'une **meilleure capacité de représentation corporelle**.

Lors du dessin de soi (5), Benjamin exprime une grande difficulté à sortir de son imaginaire. Il réalise un tout petit bonhomme lui correspondant selon lui, à peine visible dans le dessin, qui est debout sur un tas de terre et encerclé par un « portail de réalité ». Le fait de s'entourer d'un « portail de réalité » peut montrer un **besoin d'être contenu**. Il est essentiel d'accompagner Benjamin pour favoriser des éprouvés corporels tels que la sensation de continuité, de contenance, et de permanence du corps.

Le jeu de l'empreinte au sol a montré que Benjamin se visualisait beaucoup plus petit que ce qu'il était réellement. Effectivement, lorsqu'il a élaboré son empreinte à l'aide des cordes, il a montré de l'étonnement de ne pas pouvoir rentrer complètement dedans. Nous pouvons alors nous demander de par cet exercice, de par la proportion que prend son dessin de lui-même dans le dessin global, ainsi que par ses comportements, s'il **véhicule une image infantile pour que l'enfance se prolonge à cause de la peur de grandir**, la peur de franchir cette étape et de se retrouver face à son handicap. Le fait qu'il se dessine et se représente tout petit peut aussi traduire son **manque de confiance** en lui, son besoin de prendre peu de place.

Je pense qu'il est important de proposer à Benjamin cet éveil de sa conscience corporelle, lui permettant d'intégrer une image corporelle plus stable. Cet accompagnement contenant où il peut expérimenter, percevoir puis se représenter ses enveloppes corporelles lui proposera de se vivre dans un corps unifié plus sécure et avec lequel il pourra à son rythme y trouver un sentiment de confiance. La prise de conscience par l'expérimentation, des notions de plaisir d'agir dans un corps habité, pourra l'amener à être capable, en conscience, d'être plus à l'écoute de son corps, de ses possibilités et limites afin de vivre de manière plus ajustée dans sa vie.

8/ Conclusion sur le groupe :

A travers ces activités, nous avons recours aux techniques **d'impressions corporelles**, fournissant aux jeunes des renseignements sur la position de leurs corps et des parties de leurs corps dans l'espace, sur l'ampleur, la vitesse, la force des mouvements. Dans cet atelier, le principe est de nourrir leurs représentations corporelles et de les mettre en confiance corporellement en leur offrant une richesse de vécus corporels. Pendant les séances, j'ai pu voir que les jeunes pouvaient se trouver dans le collage physique, l'imitation, l'immobilité ou l'évolution égocentrée. Ces comportements peuvent faire penser à un besoin d'affirmation de soi (ou défaut de différenciation) ou d'expérimentation des capacités propres, ou encore à une pauvreté de l'imaginaire.

L'idée est que, par son côté ludique, l'atelier puisse amener les adolescents à prendre plaisir à jouer avec leurs corps et enrichir leur registre d'expression corporelle en canalisant leur agitation ou en levant leur inhibition. Ces derniers pourront faire des expériences motrices, sensorielles et émotionnelles sur lesquelles nous mettrons des mots et du sens pour faciliter l'accès à certaines représentations. Par ces expériences corporelles, les jeunes pourront, dans l'idéal, mieux sentir leur espace corporel et ainsi, l'espace environnant. Ils pourront également, à travers leurs ressentis corporels, leurs sensations, leur écoute corporelle, aller vers une prise en compte du corps. Ces expériences sensori-motrices visent effectivement à **une prise de conscience de la réalité physique du sujet ainsi qu'un investissement du corps et une meilleure image de soi**. Egalement, l'atteinte des objectifs dans les activités proposées va pouvoir procurer des bénéfices à la fois pratiques mais aussi cognitifs et psychologiques, comme soutenir l'estime de soi et/ou la fierté. Au final, l'accomplissement de ses propres buts participe au développement du sujet. Cela peut ainsi soutenir le sentiment d'agentivité, donc de se sentir en mesure d'atteindre ses propres buts, de diriger sa vie.

A terme, l'objectif est que les séances prennent un versant plus dans l'expression. Les techniques **d'expression corporelle** favorisent la libération émotionnelle. Il sera alors possible, tout en suivant leur rythme, de leur proposer des jeux pouvant mettre en avant la créativité et l'affirmation de soi comme le mime, le jeu du miroir, des improvisations ou autres, afin qu'ils puissent développer de multiples possibilités de l'engagement du corps dans l'action au regard d'autrui.

D) Une rencontre avec Léa :

1/ Présentation générale :

Léa est une adolescente âgée de 15 ans lorsque je la rencontre pour la première fois en octobre. Elle présente une **microcéphalie**, une **déficience intellectuelle moyenne**, de l'**épilepsie**, des **troubles du comportement** (auto et hétéro agressivité, intolérance à la frustration) et une forte **agitation motrice**. Légèrement en surpoids, elle présente une posture particulière qui surprend au premier abord. Elle a une allure tonique, avec les bras qui se balancent avec raideur et les poings souvent serrés. Le buste est incliné vers l'avant et on note également une inclinaison du pied gauche vers l'intérieur et un léger genu valgum. Cela lui confère une démarche qui semble désarticulée et peu stable.

a - Anamnèse:

Le dossier ne comporte que peu d'éléments concernant la grossesse de sa mère et le développement psychomoteur de Léa. Léa est née par césarienne. Elle a été nourrie au biberon, elle ne grossissait pas correctement, ceci allant jusqu'à refuser de manger. Elle a donc du être hospitalisée. Sa mère dit que c'est pendant la semaine d'hospitalisation qu'elle a repris un peu de confiance en elle, car lorsque Léa était petite, la relation entre sa mère et elle était très difficile. Toute son enfance, Léa était très fluette et a gardé un rapport compliquée à la nourriture durant ses trois premières années de vie. Léa a mis très longtemps avant de pouvoir s'asseoir. Jusqu'à ses 6 ans, elle ne savait pas faire de vélo. Elle dormait beaucoup lorsqu'elle était petite, de nombreuses fois dans la journée. Ici, nous pouvons voir que dès la petite enfance, il y a eu des facteurs qui ont induit un trouble prématuré, à savoir un **lien avec la mère fragile** et un **trouble alimentaire précoce**.

A l'âge d'un an, un retard global de développement a été décelé chez Léa par un neuro-pédiatre de l'hôpital des enfants. Elle y a fait un an de kinésithérapie, puis à ses 2 ans, l'hôpital des enfants a dirigé Léa vers un Centre Médico-Psychologique (CMP), où elle était accompagnée par une orthophoniste, des thérapeutes et des éducateurs. La même année, Léa a eu une visite chez l'ophtalmologiste pour un strabisme, et porte des lunettes depuis. Il a décelé une hypermétropie. Elle s'est également fait opérer peu de temps après des végétations, ayant des rhino-pharyngites à répétition. Léa a été diagnostiquée épileptique à l'âge de 3 ans, et est sous traitement depuis.

Le CMP a par la suite orienté Léa à l'IME. Faute d'effectif, cela a pris plusieurs années avant que Léa puisse être admise à l'IME. Elle a donc intégré la structure en avril 2014 d'abord en séquentiel, au début un jour par semaine, puis rapidement deux jours par semaines. Léa a intégré l'IME à temps complet en septembre 2014.

Pour des raisons inconnues, l'IME a appris seulement l'an dernier que Léa avait une microcéphalie. Selon l'OMS, la microcéphalie est une malformation néonatale définie par une taille de la tête beaucoup plus petite que celle des autres nouveaux nés du même âge et du même sexe. Elle s'accompagne d'une croissance insuffisante du cerveau. Les nouveau-nés atteints peuvent présenter des troubles du développement. Ils peuvent souffrir d'épilepsie, d'infirmité motrice cérébrale, de troubles de l'apprentissage, d'une perte d'audition et de problèmes visuels. Cela fait écho dans le cas de Léa.

Au niveau du contexte familial, actuellement, Léa vit avec ses parents et son frère de 23 ans au domicile familial. Sa mère est aide à domicile et son père est contremaître. Sa mère est très présente dans la prise en charge de sa fille. Elle assiste aux différentes réunions et lit tous les jours le carnet de liaison (description de la journée car Léa ne raconte pas d'elle-même ce qu'elle a fait à l'IME). Toutefois, elle reste très pudique sur les difficultés de Léa, elle n'ose pas parler de ce qui se passe à la maison. Nous pouvons nous demander si le **processus d'acceptation du handicap** de Léa a été complètement achevé. Effectivement, lorsque les parents ont un enfant en situation de handicap, ils peuvent accepter les aides nécessaires pour leur enfant, lui souhaiter un bon développement et une bonne intégration sans pour autant que le processus d'acceptation soit complètement établi (Vaginay, 2005).

Léa a une très bonne relation avec son grand frère, il peut s'occuper d'elle, et jouer avec elle. En ce qui concerne son père, elle y trouve beaucoup d'affection malgré les difficultés de ce dernier à comprendre sa fille lorsqu'elle s'exprime. La mère semble avoir plus d'autorité que le père sur Léa.

b - Scolarité :

Léa est allée en école maternelle, puis en école primaire. Elle bénéficiait d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) durant son cursus scolaire. Lors de son arrivée à l'IME, elle était en parallèle scolarisée en CE1, mais elle travaillait alors sur des objectifs de petite section. Cependant, la prise en charge n'était plus adaptée pour elle. Elle n'arrivait pas à suivre le rythme, elle quittait la classe et exprimait beaucoup de mal-être et d'excitation en rentrant chez elle le soir. C'est ainsi qu'elle a intégré l'IME à temps complet. Depuis, elle y bénéficie

de la scolarisation Montessori. Cette méthode pédagogique semble pertinente pour elle. La pédagogie Montessori permet d'accompagner l'enfant dans le respect de son développement naturel tout en prenant en compte ses besoins spécifiques. Elle a beaucoup évolué sur ces temps de classe. Elle se révèle assez autonome dans le travail, respecte les règles de la classe et n'est plus trop en errance dans les salles comme elle pouvait l'être au début, même si elle a besoin d'être étayée et sollicitée.

c - Traitement :

Léa prend trois traitements anti-comitiaux différents pour son épilepsie, et également un neuroleptique.

Léa a changé plusieurs fois de traitements et nous savons qu'elle est allergique à une molécule de la Dépakine (un traitement pour l'épilepsie). Des recherches génétiques ont été lancées car son cas questionne. Il y a également des questionnements sur son traitement. Tant que ces recherches ne sont pas abouties, le médecin ne veut pas modifier le traitement.

Elle est suivie au CHU par un neuropédiatre pour son épilepsie.

d - Comportement général :

Léa est très dynamique, très curieuse et très spontanée. C'est une jeune pleine de vie qui est très reconnaissante lorsqu'elle passe un bon moment et n'hésite pas à le montrer par des gestes d'affection. Elle est dans l'action constante, dans une agitation motrice importante qui peut vite laisser l'excitation monter et prendre le dessus. C'est une adolescente qui n'a pas du tout conscience du danger. Il faut souvent la surveiller car elle est capable de partir de l'IME sans avertir personne, ce qui peut la mettre en danger puisque la route et la voie ferrée sont très proches du portail d'entrée. Elle cherche beaucoup les limites, le cadre. Elle peut être dans la provocation dans ces moments là, il est alors difficile de la canaliser. Les frustrations et l'autorité de ses pairs provoquent chez elle de grosses colères. Dans ce cas là, elle peut présenter des **comportements hétéro-agressifs** : cracher, faire des croche-pieds, taper, crier... Mais également des **comportements auto-agressifs** : elle se cogne, se jette contre les murs, cherche à se provoquer des crises d'épilepsie en fixant intentionnellement des rayures (sur les stores, sur le sol...). Ces crises se traduisent par des tremblements qui envahissent tout son corps, elle a le regard fixe et n'entend plus nos appels et peut avoir des pertes d'urine. Elle manque de contenance, et semble chercher constamment **une limite corporelle** qu'elle

vient éprouver par de l'agir et des coups. Nous pouvons nous questionner sur son rapport à la douleur et une éventuelle **hyposensibilité**.

e - Relation avec ses pairs :

Léa a des difficultés à gérer ses relations sociales, que ce soit avec ses pairs ou avec les adultes. La distance à l'autre est un point compliqué pour Léa, elle est souvent trop près, collée à l'autre (que ce soit dans la douceur ou la brutalité), avec une tendance à envahir l'espace des adultes en particulier. Elle peut également être trop loin, dans la distance excessive à l'autre et la rupture du lien.

Avec les adultes, Léa est très en recherche d'affection. Elle dit beaucoup « je t'aime », sans que cela n'ait forcément un sens pour elle et elle fait énormément de câlins. En cas de frustration, Léa peut présenter des comportements hétéro-agressifs et employer un langage ordurier. La difficulté de la relation qui peut se traduire par de l'hétéro-agressivité peut montrer une construction fragile des repères identificatoires et des limites peu différenciées du Moi. Lorsqu'elle est énervée, agitée, l'un des rares moyens de la calmer est d'avoir un contact physique avec elle. Cela peut venir d'une **confusion entre soi et l'autre**, une individuation et une différenciation de l'autre qui n'est pas totalement admise.

Avec les jeunes, elle est souvent la leader du groupe et incite les autres à transgresser les règles (ce qui démontre qu'elle les a bien intégrées). Elle peut provoquer intentionnellement une agitation chez ses pairs. Léa peut aussi s'occuper et prendre soin d'autres jeunes, les soutenir. Même si l'intention de départ est bonne, nous pouvons avoir à lui demander d'avoir des gestes plus doux, moins intrusifs. Léa est très poreuse à l'ambiance du groupe.

f - Langage :

Au niveau langagier, Léa éprouve de grandes difficultés à s'exprimer. Elle ne formule pas de phrases mais seulement des mots. Elle n'oralise pas correctement les mots qu'elle utilise, elle les déforme et peut s'exprimer par des sons proches de mots qu'elle souhaite exprimer. Elle arrive quand même à se faire comprendre. En ce sens, il semble que la verbalisation reste secondaire dans le lien qu'elle peut tisser avec autrui et notamment avec ses pairs. C'est plutôt dans l'expression du corps agit tout d'abord que le lien peut s'engager avec Léa.

g - Autonomie :

Léa peut être assez autonome dans les gestes de la vie quotidienne. Elle mange seule, va aux toilettes, s'habille (parfois à l'envers). En atelier d'hygiène corporelle, et particulièrement en accompagnement à la douche, elle insiste souvent sur une partie du corps en oubliant toutes les autres parties du corps et même les parties intimes. Dans ce cas, il faut la soutenir avec une guidance verbale et physique. Elle a des acquis comme le brossage de dents, le coiffage de cheveux.

h - Bilan psychomotricité :

Elle a été rencontrée en 2015 lors d'une séance d'observation par la psychomotricienne précédente afin de faire le point sur ses compétences psychomotrices dans le but de la mise en place d'un suivi. Depuis, il n'a pas été fait d'autres bilans en psychomotricité. Ce qui est ressorti de cette séance est que Léa est curieuse, explore et est vite attirée par le matériel de manipulation. Elle touche, manipule, expérimente. Il faut s'adapter à elle, la suivre dans la salle sans trop être présent non plus, sinon elle fuit l'activité. Elle trépigne sur place d'excitation quand un jeu lui plaît, comme les échanges de ballons de baudruches, ce qui peut la mener à un surplus d'excitation difficilement contrôlable. Avec le ballon de baudruche, les envois et **échanges sont très toniques** et s'effectuent toujours avec la main droite avec un geste similaire à chaque fois, ce qui leur donne une allure ritualisée. Malgré les sollicitations, Léa n'arrive pas à changer de main ou de partie du corps.

Au niveau de la motricité fine, Léa tient relativement bien son stylo, elle peut repasser sur un trait et tracer divers motifs graphiques dans de petites surfaces avec un geste assez maîtrisé. La dominance manuelle semble instable mais Léa a tout de même une préférence plus marquée pour la main droite.

La connaissance des parties du corps est **sommaire** (jambe, main, pied, bras, yeux, nez, ventre) et **superficielle**.

Léa a un **temps de concentration très court** et elle change d'activité et d'intérêt très vite. Elle accepte de faire un petit parcours lors de la séance d'observation. La motricité est raide, le corps est en hypertonie ce qui rend les mouvements brusques, saccadés. Les sauts sont peu déliés, très raides car trop toniques, et très couteux aussi sur le plan physique. Léa montre peu d'extensibilité. L'ensemble des coordinations est limité par une **raideur importante** des membres, en particulier au niveau proximal. L'équilibre unipodal est peu tenu en raison de l'hypertonie au niveau de ses membres inférieurs. Les mouvements sont en général peu

coordonnés. Ils manquent d'ajustement et d'harmonisation car le contrôle est difficile. Léa se repère bien dans l'espace au sein de l'IME. Pour le repérage temporel, elle utilise beaucoup son emploi du temps pictogramme pour se repérer dans le cours de sa journée.

La conclusion de cette séance faite par la psychomotricienne a été que Léa présente un retard important sur le plan psychomoteur. Le projet de soin est axé sur **la contenance, la notion d'enveloppe, la structuration du corps vécu et l'abaissement de l'état tonique en passant par des expériences sensori-motrices**. Le but est de l'aider à utiliser son corps de façon moins coûteuse, à se l'approprier, mais aussi l'utiliser comme socle des échanges avec l'extérieur et surtout à trouver de l'apaisement. Ces objectifs ont été poursuivis par la psychomotricienne actuelle et sont toujours d'actualité.

2/ Evolution du comportement de Léa au sein de la structure :

a - Ma rencontre avec Léa :

Lors de mon premier jour de stage à l'IME, je n'ai pas assisté à des prises en charge : c'était une journée de visite et d'intégration au sein de mon lieu de stage où j'ai pu me mélanger aux différents jeunes présents afin de mieux appréhender l'année que j'allais passer à leurs côtés. J'ai donc rencontré Léa pour la première fois dans ce cadre là. Elle m'a tout de suite interpellée lorsque je l'ai vue puisqu'elle m'a sauté dans le dos en me faisant un câlin en me serrant très fort. J'ai été touchée par cette marque d'affection. Puis ma maître de stage l'a prévenue qu'exceptionnellement la séance n'aurait pas lieu ce jour là. J'ai alors pu apercevoir un changement instantané dans son comportement, dans sa posture, dans son regard. Elle a commencé à s'agiter, à avoir une posture très tonique, les poings serrés, et dans ses yeux, j'ai pu remarquer la colère qui émergeait d'elle. Suite à ce moment là, Léa nous a suivies en tapant très fort avec ses pieds sur le sol, et m'a ensuite claqué violemment la porte au nez.

Ce qui m'a le plus interpellé chez elle à ce moment là, a été cette **ambivalence** entre cette marque d'affection qu'elle venait de me faire et cette brusquerie soudaine. Etait-ce une réaction contre moi, sachant que j'étais la cause de l'annulation de sa séance en raison de la visite de la structure organisée par ma maître de stage ? Ou était-ce simplement en raison de son incapacité à contrôler sa frustration de ne pouvoir assister à sa séance ?

Mon principal questionnement a été de savoir si j'allais réussir à me détacher de ce qui s'était passé qui venait de me perturber, et si j'arriverai à ne pas lui montrer mon appréhension lors des prochaines séances. Ma crainte était qu'elle puisse la ressentir dans mes mimiques, mon

visage, mon regard. Effectivement, **le thérapeute joue un rôle de miroir** pour le patient en séance. Il a une position maternante, contenante, et il est une forme de représentation psychique pour le patient. Nous pouvons le mettre en lien avec le travail de D. Winnicott qui parle du visage maternel possédant un rôle de miroir pour le nourrisson. Ainsi je ne voulais pas lui renvoyer un sentiment qui n'était pas adapté en séance.

b - L'apparition de la puberté :

Cette ambivalence, ces changements de comportements sont ce qui interroge le plus l'institution. Je vais évoquer globalement l'évolution de Léa depuis son arrivée à l'IME puisque c'est ce qui questionne le plus la structure, c'est-à-dire cette évolution hachée et fluctuante où nous pouvons voir une évolution positive, une stagnation puis une régression. Il s'agit d'une boucle continue comme cela depuis son arrivée.

Ce qui ressort de l'année de son arrivée en 2014, est que Léa a une attention très labile et un besoin de changer très vite d'activité. Son hypertonie la parasite dans son organisation psychomotrice. Plusieurs mois après son arrivée, **des troubles du comportement apparaissent** de manière régulière, elle est très sensible à la frustration, refuse l'autorité, peut avoir de grosses colères. Son temps de concentration ne dépasse pas les 10 minutes. A partir de l'année 2016, il y a de **gros progrès**. Son niveau de compréhension est très efficace, elle est curieuse de tout. Sa capacité de concentration est en hausse (30 minutes), elle a besoin de moins de surveillance, fait des choix, comprend les consignes et n'est pas dans l'opposition. Nous pouvons ensuite voir une amélioration au niveau du langage, elle est capable de faire de petites phrases, ce qu'elle ne pouvait pas faire avant. Elle est assez autonome, cherche peu les limites, même s'il y a des crises en cas de frustration.

Mais depuis 2018, le comportement se dégrade au domicile et à l'IME. Chez elle, il peut y avoir des gros mots, des croche-pieds, elle peut lever la main sur ses parents sans pour autant aller jusqu'au bout du geste. A l'IME, Léa est de plus en plus dans l'opposition, manifeste beaucoup de violence avec ses pairs ou les adultes. Il y a beaucoup de **tics physiques, d'auto-agressivité pour sentir son corps, une grosse régression au niveau du langage**. Elle se provoque beaucoup de crises d'épilepsie, éprouve ses limites corporelles en se jetant par terre.

Nous observons donc que depuis 2018, le comportement de Léa se dégrade à tous niveaux. Même s'il y a des périodes où cela s'améliore, nous pouvons mettre cela en lien avec **l'apparition de la puberté**. Léa est effectivement **réglée** depuis septembre 2018, et a commencé à avoir sa transformation pubertaire à ce moment-là. Toutes ces modifications somatiques ont des conséquences au niveau de la construction psychique. Cela a pu faire

traumatisme pour elle. Léa avait déjà un rapport à son corps qui était dans la brusquerie et la force. Avec la puberté, cela a pu venir **perturber son équilibre intérieur, ses limites corporelles, ses repères**. Cela pourrait expliquer ses comportements et ses recherches sensorielles (épilepsie qu'elle se provoque, douleur qu'elle donne et qu'elle se donne...) et le fait qu'elle éprouve son corps de cette façon. Elle semble chercher un sentiment d'unité corporelle et d'existence.

Face à ces comportements, la structure essaie de mettre en place des moyens afin de l'apaiser, de la contenir, de la canaliser. Les moyens prévus pour répondre à ses besoins sont la scolarisation Montessori, l'orthophonie, la psychomotricité, la psychologie, l'atelier mobilité piéton en petit groupe, la communication renforcée, l'équithérapie, la piscine, le trampoline, l'atelier de stimulation sensorielle.

Les activités d'équithérapie sont très importantes pour elle car cela lui permet de travailler sur le lien, elle se sent très à l'aise et y prend beaucoup de plaisir. Elle montre un intérêt particulier pour la nature (papillon, oiseaux, insectes...). Elle participe donc à de nombreuses balades, ce qui a tendance à l'apaiser. Les activités piscine et trampoline sont aussi très importantes, elle les apprécie beaucoup. Cela lui permet également de dépenser son énergie. L'atelier de stimulation sensorielle est un vrai temps de bien-être pour Léa.

Pour le repérage temporel, elle utilise quotidiennement son emploi du temps pictogramme pour se repérer dans le cours de sa journée. Il est nécessaire d'assurer une continuité dans le lien et une permanence accrue des personnes et des lieux afin de favoriser au maximum Léa. De plus, tous les temps de transition sont accompagnés puisqu'il s'agit d'un moment très compliqué pour Léa.

Au vu de ces changements de comportements qui sont questionnant, l'équipe s'interroge sur un éventuel trouble de l'humeur. Une évaluation psychiatrique a été demandée pour Léa.

3/ Les séances individuelles :

Les séances individuelles de Léa se déroulent le vendredi matin avec la psychomotricienne et moi-même. Nous la récupérons à un atelier de stimulations sensorielles qui a été mis en place depuis quelques semaines. Les séances individuelles de psychomotricité durent 30 minutes et s'enchaînent directement par le retour dans l'atelier de stimulations sensorielles.

Jusqu'en janvier, j'avais une position d'observatrice dans les séances avec Léa. Elle pouvait m'inclure dans certaines propositions mais ce n'est qu'en mi-janvier que j'ai pu prendre une part active dans sa prise en charge et lui proposer des séances. Léa n'a eu aucune difficulté à ce que je prenne en main les séances.

Aux vues des observations précédentes, il paraît essentiel de l'accompagner dans sa **construction psychocorporelle** et dans la **constitution d'un corps unifié et différencié de l'autre**. La prise en charge psychomotrice s'organise ainsi autour de plusieurs objectifs. Elle doit permettre de favoriser les éprouvés corporels tels que la sensation de continuité de l'enveloppe et des limites corporelles, l'éprouvé d'une contenance, et de la permanence du corps. Ce travail notamment autour de la contenance permet de l'aider à **gérer des ressentis compliqués qui sont probablement en lien avec les changements pubertaires**.

Elle doit également permettre de **travailler la régulation tonique** et l'abaissement de ces tensions musculaires afin que Léa évite de vivre dans la tension et l'éparpillement.

Léa ayant tendance à chercher les limites du cadre avec les adultes, l'importance du cadre thérapeutique en séance, décrit précédemment, prend tout son sens avec elle. Léa a tout le temps besoin de vérifier la continuité de nos séances. Ce cadre matériel qui lui sert de repère dans le temps et qui assure la continuité de nos rencontres ainsi que la certitude qu'elle reviendra dans cet espace la semaine suivante lui permet de se rassurer.

Je vais désormais parler des séances que j'ai pu lui proposer.

a - Les séances:

Pour commencer les séances, un temps ritualisé lui est proposé où l'on enlève nos chaussures. Suite à cela, j'ajuste les séances en fonction de son état interne. Je me laisse guider par elle en accompagnant ses expérimentations sensori-motrices, en apportant des propositions et en apportant également de l'apaisement pour elle. Les séances sont teintées de répétitions, nous pouvons souvent faire les mêmes exercices. Dans le développement, un paramètre indispensable à l'intégration des sensations pour accompagner les représentations corporelles de l'enfant à ne pas négliger, est la répétition. L'enfant va reproduire les mêmes schémas pendant la durée qui lui sera nécessaire pour les intégrer. Cette répétition va alors amener à l'habituation qui favorisera les capacités d'anticipation et d'adaptation de l'enfant dans de nouvelles situations. Cette idée de répétition est importante dans l'accompagnement de Léa. En plus de soutenir son développement, elle est rassurante et contenante pour elle et accompagne l'instauration d'un climat de confiance entre elle et moi.

Léa a toujours besoin d'un temps de décharge motrice et tonique en entrant dans la salle. J'alterne entre des temps très moteurs où l'action et l'expérimentation motrice sont au premier plan, temps pendant lesquels nous travaillons également sur sa posture et son ajustement tonique, et des temps calmes, sur une écoute plus sensorielle de son corps. Les jeux moteurs sont nécessaires pour que Léa **explore dans un cadre sécurisé et protégé son corps et ses capacités motrices**, mais il est également nécessaire de la recentrer très vite sur une activité calme, car lors des moments d'excitation, Léa peut se mettre en danger physiquement de par ses mouvements brusques.

A travers ses jeux moteurs, nous pouvons faire des parcours, sauter, des jeux de bascules, expérimenter des sensations sur le gros ballon (qui mettent en jeu des stratégies d'ajustements posturaux), travailler sur la chute. Ces nombreuses chutes violentes au sol, ou sur le mur, sont selon moi liées aux **sensations corporelles** (tactiles, toniques et kinesthésiques) provoquées. En travaillant sur la chute et en essayant de faire en sorte de « tomber » sur un matelas de manière douce et conscientisée tout en étant accompagnée, j'essaie de lui faire comprendre qu'il existe d'autres manières que d'éprouver son corps et ses limites corporelles avec dureté.

Avoir accès à son propre corps passe par des expériences qui mettent en jeu le corps via des interactions. Ainsi, j'ai proposé à Léa quelques parcours psychomoteurs, associant du saut sur différents supports (sur un gros tapis, dans des cerceaux au sol...), des roulades, des déplacements divers (course, marche normale, sur le côté, en arrière).

Les jeux de bascule sur le dos, quant à eux, ont pu évoluer vers des roulades permettant **l'enroulement du corps autour de l'axe**, un rassemblement en son centre et une mise en flexion du bassin. Cela permet un étayage de la prise de conscience du bassin afin de favoriser les coordinations haut/bas du corps.

Nous pouvons également danser, généralement avec de la musique. Elle choisit toujours la même chanson de la Reine des neiges. La danse est un très bon médiateur pour Léa pour travailler le lien en s'amusant à se rejoindre, s'éloigner tout en restant en lien, sans couper le contact.

Suite à ce temps moteur, il arrive souvent que l'on construise ensemble une cabane, ce qui fait transition vers des temps plus calmes, afin d'aider Léa à poser son corps, à le ressentir dans le calme sans cesser d'exister. Léa a besoin d'être dans le mouvement constant, voir dans la douleur pour se sentir exister. L'apaisement est ainsi très difficile pour elle. Il est donc nécessaire de l'accompagner pour qu'elle puisse accéder à un état de détente corporelle et un apaisement tonique progressif. Ces jeux de construction de cabane permettent un travail

autour des enveloppes et de la contenance afin de **globaliser son vécu corporel** qui apparaît dispersé.

Durant ces temps calmes, je peux lui proposer une écoute de musique, de sons, un massage des mains avec de la crème, un massage du dos avec une balle (chose qui n'était pas possible avant car elle ne l'acceptait pas). Lors de ces temps, Léa n'a de cesse de m'interpeller, demander si on est « tranquilles ? », demander que je sois à côté d'elle, coller son front contre le mien. La distance à ce moment-là semble source d'angoisse. Cette écoute sensorielle du corps permet à Léa de ressentir ses limites corporelles, une enveloppe, un sentiment d'unité corporelle, pour pouvoir progressivement m'éloigner et qu'elle puisse ne pas être submergée par l'angoisse de cette distance.

Les fins de séances ont besoin d'être accompagnées. Léa peut être dans l'opposition à ce moment-là, et il faut la rassurer sur la continuité de la séance pour qu'elle puisse l'accepter. L'écriture d'un papier de rendez-vous avec un dessin de licorne a été mise en place avec la psychomotricienne, donc j'ai perpétué cette habitude. Cela semble l'apaiser et la rassurer, et permet de faire transition et lien dans ce moment difficile pour elle.

b - Evolution au cours des séances :

J'ai pu voir une évolution flagrante, même si fluctuante en fonction des jours, au cours de ces séances. Sur les activités motrices, Léa va généralement toujours vite, il faut donc l'inviter à ralentir ses actes, ce qu'elle peut faire sur un temps court, mais rapidement l'action redevient agitante pour elle. Léa a pu progressivement se détacher de cette rapidité. J'ai eu l'occasion de faire plusieurs parcours au cours desquels il y a eu une grande évolution. Lors des premiers parcours, elle les faisait en vitesse, les gestes étaient donc entravés. En cette fin d'année, lors des parcours que je lui ai proposé, elle a réussi à prendre son temps, à être moins dans la précipitation et cela s'est ressenti dans ses mouvements qui étaient plus contrôlés et plus fluides. Dans la plupart des activités que l'on a pu faire, je l'ai trouvée plus appliquée qu'au début. Lors des activités motrices, il y avait moins de prises de risque de sa part, elle se cognait beaucoup moins contre les murs et contre le sol.

Son schéma corporel se construit progressivement grâce aux expériences motrices et sensorielles et à leurs répétitions. Grâce au massage, qui organise sa perception de son enveloppe corporelle et de son intériorité du corps, ou encore grâce aux jeux d'équilibre, des parcours qui lui permettent aussi de consolider ses représentations, **d'étayer sa prise de conscience de son corps.**

J'ai également pu observer des gestes plus doux venant de sa part, plus adaptés à la relation. Elle a pu pendant les temps calmes, sur la fin de mon stage, me faire des massages avec une balle, prendre soin de moi, avec douceur. Les temps de relaxation ont pu augmenter au fur et à mesure, Léa montrant de l'engouement pour ces temps. Son état tonique a pu s'amoinrir durant ces moments. La concentration et l'attention arrivent de plus en plus à se fixer lors de ces instants de calme. Elle est également capable d'exprimer son envie de poursuivre ou non ces temps-là.

Généralement, ces séances ont permis à Léa de canaliser son énergie et d'en ressortir plus apaisée. L'éducatrice qui prend en charge l'atelier de stimulations sensorielles a pu dire que Léa était d'ailleurs beaucoup plus calme et apaisée dans l'atelier après avoir fait la séance de psychomotricité.

c - Mon ressenti lors des séances :

Certaines séances ont pu être déroutantes pour moi, car son état en arrivant en séance m'a parfois rendue dépourvue de savoir quel type de réaction était adapté et pouvait répondre à ses besoins, quel type de proposition je pouvais lui faire. Il lui est arrivé de venir en séance au bord des larmes, et d'alterner il me semble entre des moments de mélancolie et des moments de grande colère, à essayer de se provoquer des crises d'épilepsie en fixant des rayures au sol. D'autre fois, elle semblait présente physiquement, mais absente psychiquement, vide. Cela a pu me mettre à mal puisque j'ai remarqué que lorsqu'elle était dans cet état là, je me sentais démunie et impuissante. Dans ces moments là, j'ai quand même essayé d'être contenante, de lui renvoyer ce qu'elle me présentait mais de façon plus acceptable et moins angoissante pour elle. Nous pouvons l'apparenter au concept de W. Bion, la fonction alpha. Ce dernier évoque la capacité de la mère à pouvoir détoxifier les impressions brutes non élaborées (éléments bêta) du nourrisson en les transformant et en lui renvoyant en éléments plus acceptables et assimilables (éléments alpha).

J'ai donc essayé de contenir ce qu'elle me projetait, de m'en servir comme communication, de le transformer, de le renvoyer sous une forme modifiée, plus adaptée pour elle. Cela s'est traduit par le fait d'être disponible psychiquement et corporellement pour elle, instaurer des contacts puisque cela a tendance à la rassurer, instaurer la communication afin de savoir ce qui n'allait pas et de pouvoir être rassurante, adapter ma voix.

4/ Conclusion à propos de Léa:

Le cas de Léa est très questionnant en ce qui concerne cette évolution fluctuante. Même si ces derniers temps il y a un mieux quant à son évolution, il faut se questionner quant à l'impact de l'apparition de la puberté. La déficience intellectuelle, de par les limitations cognitives et les difficultés de symbolisation qui en découlent, ne permet que peu à Léa de mettre en sens ses expériences corporelles. **La construction corporelle s'en retrouve entravée, d'autant plus depuis l'apparition des transformations pubertaires.** Au regard de ces changements pubertaires qui ont pu venir provoquer un désordre émotionnel chez elle, il est important qu'elle puisse ressentir de la contenance, afin de l'aider à cheminer dans ses ressentis et à apprivoiser son « nouveau » corps. Ce travail autour de la contenance est très présent en séance de psychomotricité.

Il faut également se questionner en ce qui concerne les modifications de traitement qui peuvent avoir une conséquence sur sa construction psychique, ainsi que l'impact de ses crises d'épilepsies.

Son agitation motrice, chercher à faire réagir son entourage en dépassant les limites et en se mettant en danger est une façon d'être en lien avec l'autre. Tout cela montre à la fois une médiation par le corps comme source de souffrance, comme source de plaisir, et comme source de communication.

Au vue de l'évolution de Léa et de ses difficultés globales, un accompagnement adapté à ses besoins reste indispensable tant sur le plan éducatif que pédagogique, tout en proposant des espaces de soins. Le cadre proposé tel que l'IME permet à Léa de s'appuyer sur des repères stables et de les intérioriser.

En séance de psychomotricité, Léa évolue grâce à une stabilité importante du cadre et de la relation qu'elle a tissée avec la psychomotricienne et moi-même. Elle investit pleinement la prise en charge en psychomotricité. Elle y manifeste un réel plaisir relationnel et fait du lien d'une séance à l'autre, en répétant des expériences jusqu'à ce qu'elles fassent traces et sens pour elle. **La psychomotricité est un espace privilégié pour soutenir Léa dans son vécu corporel, pour qu'elle puisse se développer dans un corps vécu comme contenant et sécure, et non à travers des angoisses et de la dureté.** Elle expérimente et découvre son corps sous un autre angle, enrichit son répertoire d'expériences. L'objectif est de lui permettre de développer sa perception de soi. La conscience d'un corps unifié et fiable et une image corporelle plus stable lui permettra de découvrir toutes ses capacités et d'appréhender son corps d'une toute autre manière.

Conclusion générale :

Mes recherches pour l'écriture de ce mémoire m'ont permis de soutenir mon hypothèse de départ. La déficience intellectuelle a un impact sur l'image de soi. Les limites cognitives et les difficultés rencontrées dans la déficience (difficultés de représentation et de symbolisation, de perception globale, faible niveau des fonctions exécutives...) ont des conséquences sur la dynamique de la construction corporelle. La déficience intellectuelle entraîne effectivement des troubles de la conscience et de la représentation de soi. Ces deux dernières sont pourtant nécessaires à la constitution de repères stables sur son propre corps pour ensuite permettre d'interagir de façon harmonieuse avec l'environnement.

Lors de la période adolescente, l'image qu'ils ont essayé de se construire jusqu'ici est plus ou moins bouleversée par les modifications physiques et psychiques. Nous pouvons alors voir des jeunes qui n'intègrent pas leur corps, ne se l'approprient pas et ne peuvent pas forcément poser de mots sur leurs ressentis troublés. Il est ainsi compliqué pour eux de s'en dégager une image stable et apaisée.

L'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels dépend de plusieurs autres facteurs, en plus de leurs difficultés et des remaniements qui se produisent à l'adolescence. L'environnement, la pression sociétale et les liens parentaux ne sont pas négligeables dans la façon dont le jeune déficient se voit et se vit. De plus, l'image de soi peut varier en fonction du degré de la déficience intellectuelle, de l'étiologie s'il y en a une, et des troubles associés. Ainsi, la compréhension, la représentation et la conscience de ce corps changeant lors de la puberté diffèrent d'un individu à l'autre.

En psychomotricité, les expériences proposées permettent une prise de plaisirs corporels ainsi que l'émergence d'une image de soi valorisée. Elle permet aux jeunes de pouvoir se réapproprier leur corps, et encourage un vécu harmonieux du corps dans cette période lourde en remaniements. A travers les séances que j'ai proposées, les jeunes ont pu se saisir des expérimentations et investir ces différents moments. Par ces moments de mises en jeux corporelles issus de ces séances, j'espère avoir participé à l'émergence d'une image plus positive pour ces adolescents.

Enfin, à travers l'écriture de ce mémoire, j'ai pu être confrontée à un manque d'écrits dans la littérature francophone concernant l'adolescence de jeunes ayant une déficience, surtout dans le champ clinique. Il n'existe que peu de repères pour penser ce qui se joue chez ces jeunes. Il est important de continuer à s'intéresser à ce champ de recherche, à approfondir ce qui se passe pour eux, afin de mieux les comprendre et les accompagner dans ce processus si complexe.

Bibliographie :

- Bossé, J. (2017). *Prendre corps : Apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux* [Mémoire de psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- Brutillot, M. (2015). *L'image du corps des adolescents déficients mentaux* [Mémoire de Master de psychologie clinique].
- Busschaert, B., Vandewalle, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter Ponsin, F., Matta Abi-Zeid, C., Pireyre, E., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). Le corps et ses représentations. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1 : Concepts fondamentaux* (deboeck supérieur, p. 201-246).
- Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : Étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie, cairn.info*, 509, 321-334.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers, cairn.info*, 129, 18-26.
- Duclos, G. (2011). L'estime de soi. *Université de paix*.
<https://www.universitedepaix.org/lestime-de-soi-selon-germain-duclos/>
- Durif-Varembont, J.-P., Parisot, A.-S., Bernard, A., & Stiker, H.-J. (2014). Le corps vécu et les représentations du corps handicapé. In *Le corps vécu chez la personne âgée et handicapée* (Dunod, p. 123-171, 211-225).
- Ecotièrre, M.-A., Pivry, S., & Scelles, R. (2016). Grandir avec un handicap : La transition adolescente. *Contraste, cairn.info*, 44, 229-251.
- Guiose, M. (2003). *Schéma corporel et image du corps dans la relaxation*. FMPMC-PS - Fondements théoriques et techniques de la relaxation - Psychomotricité première année.
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>

- Inserm. (s. d.). *Terminologie, définitions, classifications de la déficience intellectuelle*.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/expcol_2016_DI_01ch.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie, cairn.info*, 2(3), 185-194.
- Larousse. (s. d.). Définitions de l'estime. In *Le dictionnaire Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/estime/31187>
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2018a). L'adolescent dans son environnement. In *Adolescence et psychopathologie* (Elsevier Masson, p. 378-393, 427-447).
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2018b). Les modèles de compréhension de l'adolescence. In *Adolescence et psychopathologie* (Elsevier Masson, p. 14-43).
- Michel, F. (2010). Image de soi et handicap mental à l'adolescence : Ce que le corps en dit. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, cairn.info*, 50, 25-32.
- Morin, C. (2013). Le schéma corporel/ L'image du corps. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire Neurologie et psychanalyse* (éres, p. 19-67).
- Nasio, J. D. (2013). *Mon corps et ses images : Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient!* (Payot&Rivages).
- OMS. (s. d.). *Développement des adolescents*. World Health Organization.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Paumel, C. (2019). La traversée adolescente : Problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (Dunod, p. 1-75).
- Picon, I. (2009). Adolescence et déficience intellectuelle. Approche clinique de jeunes accueillis en Institut médicoprofessionnel (IMPro) ou en unité pédagogique d'intégration (UPI). *ScienceDirect*, 303-319.
- Pierard, A. (2015). Le vécu du handicap à l'adolescence. *UFAPEC*, 15.15.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (Dunod).

- Potel, C. (2006). Corps Brûlant, corps souffrant Le corps à l'adolescence. In *Corps brûlant, corps adolescent Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents?* (érès, p. 52-98).
- Potel, C. (2019). Les notions fondamentales en psychomotricité. In *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (érès, p. 117-153).
- Ribes, G., & Ostermann, G. (2015). Sexualité, image du corps et image de soi chez la personne obèse. *Diabète & obésité, 10*.
- Richard, C. (2018). Aspects du développement cognitif. In *Déficiences intellectuelles, de la compréhension à la remédiation* (deboeck supérieur, p. 55-65).
- Ruiz Cifuentes, T. (2019). L'apport de la psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (Dunod, p. 1-18).
- Sternis, C. (2014). Image du corps, handicap et symbolisation. *Le Journal des psychologues, cairn.info, 316, 40-44*.
- Vaginay, D. (2005). *Découvrir les déficiences intellectuelles* (érès).
- Vaginay, D. (2008). La sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence, cairn.info, 73, 33-40*.
- Vaginay, D. (2013). Adolescence et handicap mental : Incidences sur les pratiques thérapeutiques et l'accompagnement. *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent, cairn.info, 203-222*.
- Vaginay, D. (2016). Les pubertés chez les jeunes porteurs d'un handicap mental. *Contraste, cairn.info, 44, 169-199*.
- Vinter, A., Mounoud, P., & Husain, O. (1983). Image de soi et déficience intellectuelle : Perspective théorique et expérimentale. *Revue de psychologie appliquée, 33(1)*.

Tables des matières :

Remerciements :	4
Sommaire :	5
Introduction :	6
I. Les représentations corporelles	8
A) Construction du Moi:	8
1/ La relation à la mère :	8
2/ Le moi tonique :	9
3/ Le corps libidinal :	11
4/ Le moi et le stade du miroir : (vers le 8 ^{ème} mois) :	11
B) Notions de schéma corporel et d'image du corps :	12
1/ Le schéma corporel :	12
a - Historique du schéma corporel :	12
b - Construction du schéma corporel :	14
c - Conclusion :	16
2/ Image du corps :	16
a - Historique de la notion :	16
b - Vers une image composite du corps :	18
c - Conclusion :	21
C) Une image du corps liée à l'estime de soi ?	22
II. L'étape de bouleversement : L'adolescence.....	24
A) Définition et généralités :	25
B) Transformation physique :	25
1/ D'un point de vue physiologique :	25
2/ L'adolescent et son corps :	27
a - Impact de la transformation pubertaire sur l'image de soi :	27
b - Corps sexué :	29
C) Remaniements psychologiques :	30
1/ La relation à l'autre :	31
2/ Corps qui se marque et se démarque.....	32
3/ Transition cognitive :	33
III. L'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels :	34
A) Concepts clés à propos de la déficience intellectuelle.....	34
1/ Définition et généralités	34
2/ Classification :	35
3/ Etiologies et prévalence :	36
4/ Comorbidités :	37

B)	Particularités de la déficience intellectuelle :	37
	1/ Développement cognitif :	37
	a - Difficultés de représentation mentale et de symbolisation :.....	37
	b - Fonctions exécutives :	37
	c - Difficultés langagières :	38
	2/ Développement psycho-affectif :	38
	a - Troubles de l'attachement :	38
	b - Difficultés dans la relation :	38
	3/ Développement psychomoteur :.....	39
C)	Adolescence et déficience intellectuelle :	40
	1/ Une liberté affectée :	41
	2/ Le rôle de l'entourage :	42
	3/ L'impact du regard de l'autre :	44
	4/ La vie relationnelle :.....	44
D)	La déficience intellectuelle et l'image de soi à l'adolescence:	45
	1/ Une image de soi « handicapé » :.....	45
	2/ Une sexualité gênante:	48
	3/ Conclusion :.....	49
IV.	L'apport de la psychomotricité dans la valorisation de l'image de soi auprès des adolescents déficients intellectuels	51
A)	Présentation et fonctionnement de l'IME:	51
B)	La psychomotricité au sein de l'IME :	52
	1/ Définition de la psychomotricité :	52
	2/ Apport de la psychomotricité pour l'image de soi :	53
	3/ Place de la psychomotricité au sein de l'IME :	54
	4/ Ma place en tant que stagiaire :	55
C)	Un travail en psychomotricité avec un binôme d'adolescents: "impression-expression"	55
	1/ Présentation :	55
	2/ Les apports du groupe :	56
	3/ Le cadre thérapeutique :	56
	4/ Objectifs de la prise en charge:	57
	5/ Le cadre des séances :	58
	6/ Le contenu des séances :	59
	7/ Présentation et évolution des jeunes :.....	62
	a - Tom :	62
	(1) Présentation :	62
	(2) Evolution :	63

b - Benjamin :	65
(1) Présentation :	65
(2) Evolution :	66
8/ Conclusion sur le groupe :	68
D) Une rencontre avec Léa :	69
1/ Présentation générale :	69
a - Anamnèse:	69
b - Sclarité :	70
c - Traitement :	71
d - Comportement général :	71
e - Relation avec ses pairs :	72
f - Langage :	72
g - Autonomie :	73
h - Bilan psychomotricité :	73
2/ Evolution du comportement de Léa au sein de la structure :	74
a - Ma rencontre avec Léa :	74
b - L'apparition de la puberté :	75
3/ Les séances individuelles :	76
a - Les séances:	77
b - Evolution au cours des séances :	79
c - Mon ressenti lors des séances :	80
4/ Conclusion à propos de Léa:	81
Conclusion générale :	82
Bibliographie :	83
Tables des matières :	86
Annexes :	89

Annexes :

Annexe (1) : Entretien des représentations corporelles de O. Moyano :

1/ Entretien sur les représentations corporelles :

Dessin du bonhomme : consigne : “Peux-tu dessiner un bonhomme le plus joli et le plus complet possible” puis, le dessin réalisé, demande d’annotation sur la feuille des parties du corps connues par l’enfant (si celui-ci n’est pas en âge ou en mesure d’écrire, le faire pour lui). Recueil des commentaires de l’enfant sur sa production, tout écrire à côté du dessin.

Entretien :

- a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu’on ne voit pas, qui sont à l’intérieur du corps, dedans ?
- b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu’on peut voir de l’extérieur ?
- c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
- d) On peut faire quoi avec son corps ?
- e) Qu’est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
- f) Qu’est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
- g) Qu’est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu’il y a des endroits du corps que tu préfères ?
- h) Qu’est-ce que tu n’aimes pas comme parties du corps ?
- i) Où est la pensée à ton avis ? (si “dans le corps”, Où exactement ?)

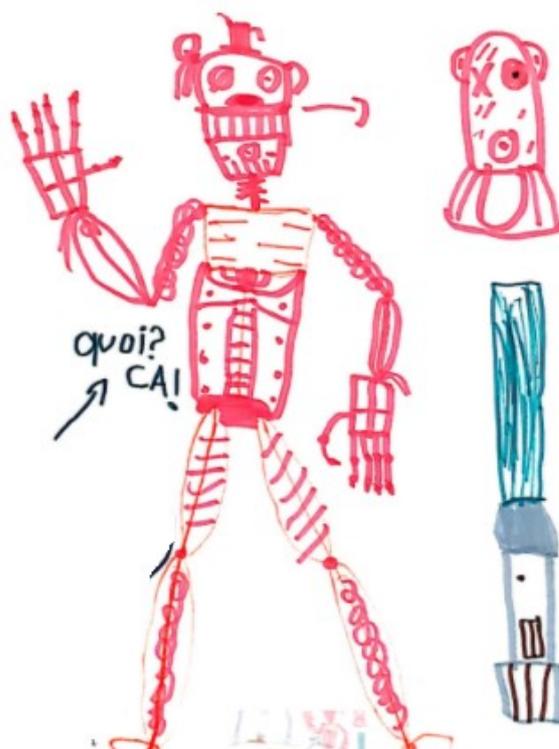
Annexe (2) : Dessin du bonhomme réalisé par Tom (octobre 2020):



Annexe (3) : Dessin de soi réalisé par Tom (mars 2021):



Annexe (4) : Dessin du bonhomme réalisé par Benjamin (février 2020) :



Annexe (5) : Dessin de soi réalisé par Benjamin (mars 2021) :

