



HAL
open science

Le corps en relation : la place de la psychomotricité dans le renforcement de l'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle

Miléna Durandea

► To cite this version:

Miléna Durandea. Le corps en relation : la place de la psychomotricité dans le renforcement de l'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle. Psychologie. 2023. dumas-04316596

HAL Id: dumas-04316596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04316596>

Submitted on 30 Nov 2023

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ

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

LE CORPS EN RELATION

La place de la psychomotricité dans le renforcement de l'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle

DURANDEAU Miléna

Née le 10 novembre 1997, à La Rochelle (17)

Juin 2023

Mme FOUQUIER Morgane

Remerciements

À ma maître de stage et de mémoire, Morgane Fouquier, pour son soutien tout au long de l'année, pour tous ces échanges enrichissants autour de cet écrit et pour m'avoir intégré si naturellement à ses côtés à l'Unité.

À ma maître de stage, Amandine Rauzy, pour son plaisir de transmettre et le partage de ses connaissances.

À mes parents et mes deux frères, qui ont toujours cru en moi et m'ont encouragé tout au long de mon cursus.

À ma cousine pour toutes les relectures et ses précieux conseils.

À mes amies de l'Institut de Formation, qui ont égayé ces années et ont été présentes en toutes circonstances.

À l'enseignant et l'éducateur de l'Unité d'Enseignement, pour leur temps accordé et leur investissement dans ce projet.

À tous les professionnels rencontrés au cours de ma formation pour leur bienveillance et leur disponibilité qui m'ont conforté dans mon envie de suivre la voie de la psychomotricité.

À tous les patients rencontrés qui m'ont fait beaucoup évoluer.

Sommaire

Introduction	1
1. L'adolescence	4
1.1. L'adolescence ; synonyme de changements	4
2. La déficience intellectuelle	20
2.1. Classification.....	21
2.2. La déficience intellectuelle et le passage de l'adolescence	23
3. La représentation corporelle et l'estime de soi	28
3.1. L'estime de soi.....	29
3.2. Le schéma corporel	32
3.3. L'image du corps.....	34
3.4. L'estime du corps	37
3.5. L'estime de soi et de son corps chez l'adolescent.....	38
4. L'unité d'Enseignement Externalisée	40
4.1. Présentation du dispositif	40
4.2. Le cadre de l'Unité d'Enseignement Externalisée	42
4.3. Un enjeu essentiel : l'inclusion	43
4.4. Le rôle de la psychomotricité au sein de l'Unité d'Enseignement Externalisée	44
5. La psychomotricité comme soutien de l'estime de soi chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle en Unité d'Enseignement Externalisée	53
5.1. L'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle	53
5.2. Quelques outils pour évaluer l'estime de soi et l'estime du corps	57
5.3. Prise en charge psychomotrice	61
5.4. L'évolution des adolescents du dispositif.....	74
Conclusion	75
Bibliographie	78
Table des matières	87
Annexes	89

« Le corps est partout à l'adolescence, à la fois envahissant et modalité de rappel d'une réalité structurante. À l'ouverture des portes de la perception par des expériences en tous genres et au moment où l'ensemble des possibles surgissent, un vacillement peut apparaître. Dans la grande majorité des situations, ce temps de déséquilibre ou de flottement précède la reprise de son souffle ou d'une démarche sur le chemin de la vie. Les moments d'éternité susceptibles de survenir à cette occasion ne sont pas forcément d'une gestion facile, car chacun sait que l'éternité est longue surtout vers la fin. Mais après tout, avancer un pas après l'autre suppose bien l'alternance d'instant d'équilibre et de déséquilibre du corps. »

(Ballouard, 2011)

Introduction

L'adolescence, ce chemin riche en remaniements physiques, hormonaux, psychologiques et sociaux. Cette belle aventure rythmée de découvertes et de désillusions. Ce stade où l'autre est omniprésent dans nos pensées, et son jugement nous importe tant. Cette période charnière de l'existence est en effet l'époque des paradoxes imbriqués : le désir d'autonomie côtoie la fragilité, la révolte s'inscrit dans le besoin de sécurité, l'immédiateté des sentiments dans un avenir à tracer. Ces mutations physiques et physiologiques sont au cœur de la problématique de l'adolescent qui doit apprendre au quotidien à vivre avec le corps qu'il a, ou plus exactement, avec le corps qu'il est.

Ce moment de ma vie, pas si loin encore, a été pour moi aussi synonyme de remaniements identitaires que je souhaiterai parfois oublier, et d'une recherche assez tumultueuse de qui je souhaitais devenir. Mais avec le recul des années qui passent et la maturité gagnée, je regarde en arrière avec bienveillance car je comprends maintenant que cela m'a permis de développer une profonde empathie ainsi qu'une curiosité à comprendre les enjeux que cette période recouvre. À mon tour, j'ai eu envie d'accompagner les adolescents dans leur construction identitaire, affective et sociale. En outre, mon travail en tant qu'Accompagnante d'Élèves en Situation de Handicap (AESH) avant de reprendre mes études en psychomotricité, et mes stages sur l'année en cours ont accentué mon intérêt pour cette population et le choix du sujet de ce mémoire.

Les changements biologiques, physiques et psychiques à l'adolescence m'ont questionné notamment auprès des jeunes présentant une déficience intellectuelle, que je rencontre lors de mon stage. En effet, le corps change, et peut devenir sujet de doutes et de souffrances mais comment cela se passe-t-il dans leur esprit ? La puberté est-elle vécue différemment ? Comment le soutenir dans l'affirmation et le renforcement d'une estime de soi satisfaisante quand tout change en lui ?

Le corps, qui est notre première représentation physique et matérielle sur Terre et qui est en constante interaction entre nous-même et autrui, est soumis à des réorganisations fortes que

l'on ne comprend pas toujours et qui peuvent impacter l'estime de soi. Est-ce que cet impact est majoré dans le cas d'une déficience intellectuelle ?

En prenant l'exemple de mon stage au sein d'une Unité d'Enseignement Externalisée, les adolescents qui en font partie sont en permanente relation avec ; les autres jeunes du dispositif, les adolescents du collège avec qui ils partagent les temps de récréation et de repas et les adultes présents dans la classe à savoir l'instituteur et l'éducateur. Mais il convient également d'évoquer leur corps en relation avec eux-mêmes, comment ressentent-ils ce corps qui change ? L'aiment-ils ?

Lorsqu'en raison d'une difficulté, ce corps lui échappe, le rôle du psychomotricien n'est-t-il pas d'aider l'adolescent à se le réapproprier ? Ces questionnements m'ont orienté vers la problématique suivante ; ***La psychomotricité peut-elle être un soutien dans le renforcement de l'estime de soi d'adolescents présentant une déficience intellectuelle ?***

J'é mets l'hypothèse que les remaniements qui s'opèrent à l'adolescence auront un impact sur l'estime de soi des adolescents et son développement psycho-affectif. La présence d'une déficience intellectuelle impliquerait l'adolescent dans les mêmes remaniements identitaires mais sur une temporalité plus longue. De plus, les répercussions associées à la déficience sur les sphères de vie de l'adolescent, pourrait provoquer une dévalorisation de soi et une altération de l'estime de soi.

Ainsi, un accompagnement en psychomotricité par l'expression corporelle et la verbalisation semblerait bénéfique pour l'estime de soi dans l'amélioration de la représentation et la compréhension de son corps, et dans l'association du plaisir au mouvement.

Le groupe occuperait une importance particulière dans la question du corps en relation avec soi et son environnement pour s'affirmer davantage et renforcer l'estime de soi.

J'évoquerai dans la première partie la période de l'adolescence, en mentionnant quelques généralités et les réorganisations impliquées.

Je centrerai ensuite ma réflexion sur la déficience intellectuelle en la reliant à la période de l'adolescence pour mieux en comprendre les enjeux et les difficultés.

La troisième partie portera sur le concept d'estime de soi, en abordant également les notions de schéma corporel et d'image du corps indispensables à la connaissance et la représentation de son corps et de soi.

Pour la quatrième partie, j'évoquerai l'Unité d'Enseignement Externalisée, son fonctionnement et ses objectifs. Je présenterai les adolescents du dispositif, et y soulignerai le rôle de la psychomotricité ainsi que le déroulement des séances.

Dans la dernière partie je tenterai de répondre à ma problématique au regard des analyses théoriques et des éléments cliniques apportés par mon stage. Je chercherai à comprendre par quelles approches et outils la psychomotricité peut être un soutien dans la réappropriation et le maintien d'une estime de soi satisfaisante. Je m'appuierai sur des vignettes cliniques issues de mon stage auprès d'adolescents présents dans l'Unité d'Enseignement Externalisée afin de concrétiser et illustrer les apports théoriques et mes observations.

1. L'adolescence

1.1. L'adolescence ; synonyme de changements

Le terme « adolescence » est issu du latin *adulescens* et signifie « grandir » ou « celui qui est en train de grandir ». Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, la période de l'adolescence se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre dix et dix-neuf ans. En ce sens, elle constitue à la fois un stade mais également un phénomène, physiologique, psychologique, culturel et social. Cette période, bien que chargée en bouleversements, est nécessaire au développement de l'individu.

Il est difficile de définir la tranche d'âge propre à l'adolescence car elle varie en fonction du contexte et de la culture. Elle se trouve entre dix et dix-neuf ans selon l'**OMS**, et l'**Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)** la situe entre quinze et vingt-quatre ans.

1.1.1. L'adolescence au fil de l'histoire

La période de l'adolescence telle qu'elle est décrite aujourd'hui, est un phénomène récent qui a émergé dans les sociétés occidentales au milieu du 19^e siècle. En effet, cette phase dans le développement psychomoteur a longtemps été négligée et ignorée. Les recherches étant principalement centrées sur les périodes de la petite enfance et de l'enfance. On pensait alors que le développement psychologique, affectif et moteur s'effectuait majoritairement à cette période. Or, il a été démontré principalement que le développement ne s'arrête pas à la fin de l'enfance. L'approche neuroscientifique met en lumière une « maturation » importante du cerveau de l'adolescent (Dayan & Guillery-Girard, 2011), qui s'étend même au-delà de l'âge adulte. Il s'effectue dans l'encéphale deux phénomènes ; une diminution du réseau synaptique qui prend fin vers vingt-trois, vingt-cinq ans, et une amplification des connexions du réseau cérébral qui se prolonge jusqu'à trente, quarante ans (Dayan & Guillery-Girard, 2011).

Le terme *adulescens* existait déjà à l'époque de la Rome Antique. Seuls les hommes de dix-sept à trente ans étaient nommés ainsi, les femmes, elles, revêtaient le rôle « d'épouse », sans passer par cette détermination.

Au fil des siècles, le passage de l'enfance à l'âge adulte se réfléchit autour de la question de l'économie, de la mortalité et des intérêts politiques et guerriers. Prenons l'illustration de la Révolution où l'âge légal du mariage est possible dès quinze ans pour les garçons et treize ans pour les filles. (Huerre, 2001)

La notion d'adolescence semble donc bien loin de la pensée actuelle dont j'évoquerai les aspects principaux, des questions de transition pubertaire et de remaniements psychiques.

De nos jours, le prolongement des années d'étude dans l'enseignement supérieur induit un allongement de la dépendance financière vis-à-vis des parents. Cette entrée dans le monde adulte est alors retardée. Cependant, la fin de l'adolescence ne renvoie pas nécessairement à l'entrée dans la vie professionnelle. Selon les époques et les sociétés, la fin de cette période ne sera pas expliquée par les mêmes phénomènes et s'exprime sur une temporalité différente au sein d'une dynamique sociétale en constante évolution. **J. Sacks** (2003) détermine la fin de l'adolescence « lorsque l'identité et le comportement adulte sont acceptés » (Miermon et al., 2015).

De toute évidence, le phénomène de l'adolescence reste propre aux sociétés occidentales. Dans certaines cultures comme en Afrique ou en Asie, le passage de l'enfance à l'âge adulte s'effectue aux premiers signes physiologiques de la puberté.

L'adolescent doit découvrir qui il est, ce qu'il souhaite, ce qu'il attend de la vie, loin peut-être de ses idéaux d'enfants et de ceux de ses parents.

Les avancées des études notamment en psychologie ou en philosophie autour du concept de l'adolescence ont permis de prendre davantage en considération le vécu du jeune lui-même. En effet, l'adolescence est source d'un enjeu majeur ; la construction de son identité propre impliquant la relation à soi, et la recherche d'identification sociale faisant appel à une motricité tournée vers l'extérieur et les autres.

1.1.2. Le corps adolescent en relation avec soi : représentations de désirs et de craintes

« Il est indispensable de comprendre que l'adolescent se retrouve dans une situation narcissiquement inconfortable et douloureuse, source d'inquiétudes voire d'angoisses. [...] L'exemple de l'adolescent rougissant, cherchant ses mots, à la

gestuelle maladroite, révèle un corps qui dévoile des émotions que l'adolescent souhaiterait garder secrètes et lui fait ressentir un sentiment de perte de maîtrise »

(Discour 2011)

Ce corps que le nouvel adolescent connaissait et qu'il savait maîtriser enfant n'est plus le même ; il lui devient inconnu et il va devoir se le réapproprier. L'adolescent ne se reconnaît plus et peut se sentir étranger face à ce nouveau corps, entraînant ainsi un trouble de son identité et des rapports avec les personnes qui l'entourent. Cela peut être source d'angoisse et déconstruire tout le narcissisme construit vis-à-vis de son corps pubère. « Les adolescents doivent faire le difficile travail de réappropriation d'un corps qui pour l'instant les déroutent et dont les impératifs biologiques déséquilibrent les assises narcissiques gagnées durant l'enfance. » (Potel, 2006a) Des interrogations anxieuses sur l'identité peuvent être secondaires à ce remaniement et générer des conflits internes.

Dans la revue n°39 d'*Enfances et Psy*, **C. Potel** évoque le lien entre l'intimité et l'identité. « C'est un sentiment très banal pour le commun des mortels que de vivre dans son corps et de se sentir vivre dans son corps. Malgré tout, ce sentiment peut s'effacer soudain pour laisser place à l'étrangeté. Se sentir tout d'un coup non concerné par son corps. » Ces deux phrases peuvent être mises en parallèle avec le concept d'adolescence. Lorsque le corps que l'on savait maîtriser change à la puberté, il peut devenir étranger et ainsi remettre en doute la question d'identité.

Les principales interrogations à l'adolescence se retrouvent autour des notions de « qui suis-je ? » et « quel corps suis-je ? ». C'est un long travail de réappropriation de soi et de son corps pour pouvoir se réaffirmer et retrouver une meilleure estime de soi. **C. Potel** développe « L'évènement majeur à l'adolescence est la rencontre avec soi rencontrant un autre différent » (Potel, 2006a).

⊗ [Le développement cognitif](#)

Selon le Dictionnaire de **l'Académie Nationale de Médecine**, la cognition se définit par « l'ensemble des processus psychiques permettant d'aboutir à la connaissance ». Cela regroupe notamment l'attention, l'apprentissage, l'intelligence, le langage, la mémoire, le raisonnement, la résolution de problèmes ou encore la prise de décision.

Contrairement aux enfants, l'adolescent se détache du support concret et réfléchit sur des thèmes et concepts abstraits. C'est ce que développe **J. Piaget** sous le terme de « pensée logique et formelle ». Cette pensée se met en place à partir de douze ans et incarne, toujours selon **J. Piaget**, le stade ultime du développement cognitif. La pensée devient ainsi indépendante de l'action et implique donc un raisonnement hypothético-déductif. L'adolescent construit son propre avis sur le monde qui l'entoure et son existence. Il peut se percevoir comme acteur de son histoire. Il peut également comprendre ce que ressent autrui et ainsi interpréter ses attitudes et sentiments.

Cette nouvelle forme de raisonnement permet le développement d'aptitudes dans les fonctions exécutives. L'adolescent peut mettre en œuvre des stratégies de résolution de problèmes permettant d'adapter son comportement, ses pensées et ses émotions face aux nouvelles situations.

Toutefois, **J. Piaget** met en avant le lien entre le passage aux opérations formelles, la maturation du cerveau et l'interaction de l'environnement. En cela, il pose une limite à ces opérations, expliquant qu'elles dépendent du milieu dans lequel l'individu évolue.

Les approches neuroconstructivistes apportent des précisions aux travaux de **J. Piaget**. Effectivement, l'influence des remaniements cognitifs et l'adaptation des différentes régions cérébrales est constante. Le milieu social de l'adolescent va être déterminant dans son développement cognitif, notamment « l'influence des pairs, la réponse émotionnelle à l'évaluation sociale, le rejet » (Cannard, 2019). Il existe une variabilité interindividuelle qui souligne un développement cognitif sur une temporalité plus ou moins longue et différente entre chaque individu.

L'étude développementale de **M. Luciana, H.M Conklin** et **R.S Yarger** en 2004 rend compte du développement tardif de certaines fonctions exécutives comme les stratégies de planification ou les prises de décision affectives qui débutent après le début de l'adolescence et continuent d'évoluer par la suite. En cela, la structure cognitive de l'adolescent n'est pas fixée dès l'entrée dans la puberté.

⊗ [Physiologie et remaniements hormonaux](#)

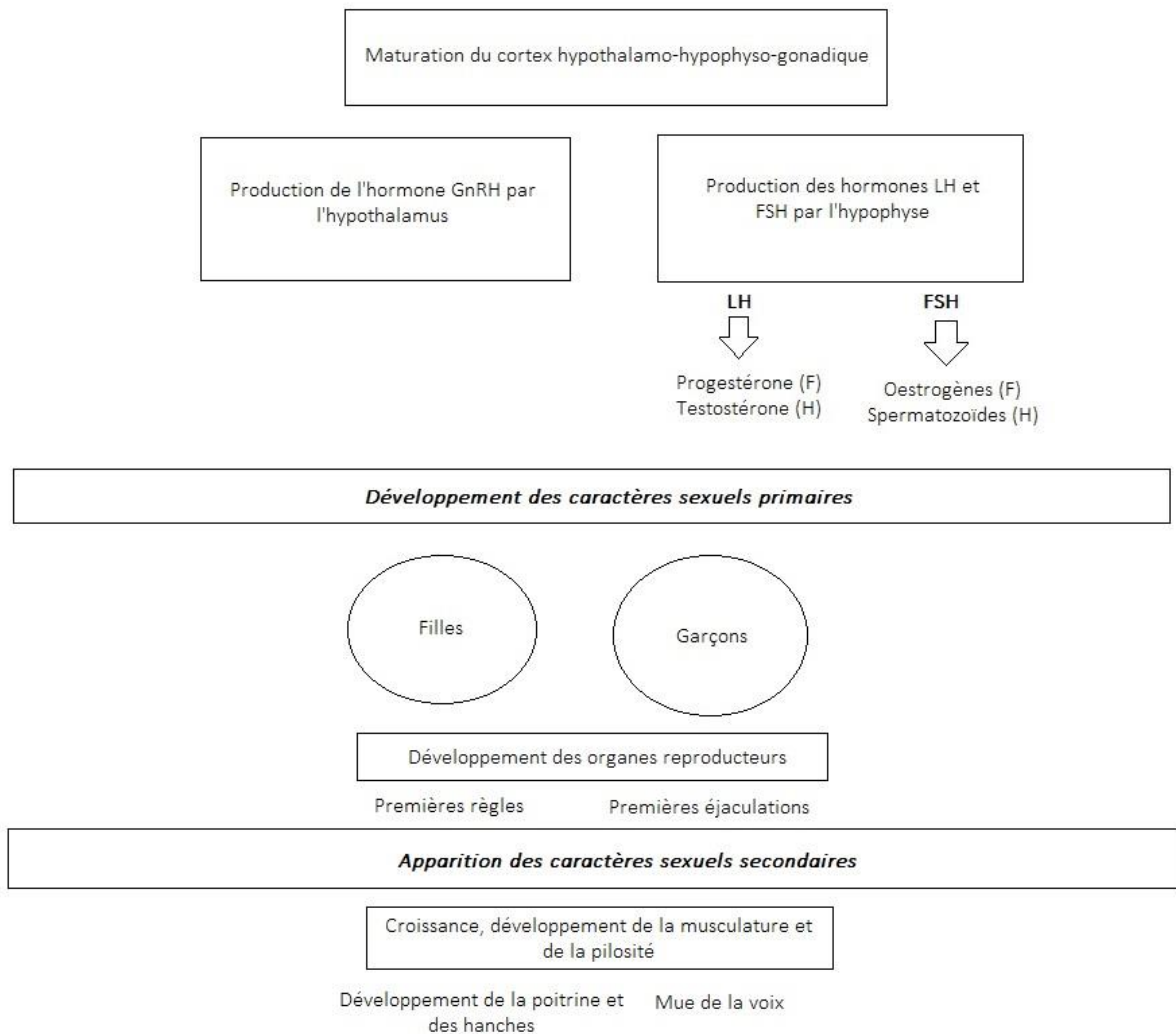
L'adolescence est simultanée à la puberté, processus biologique et psycho-social complexe qui active de nombreux changements hormonaux, grâce notamment à la

maturation du cortex hypothalamo-hypophyso-gonadique. En effet, les hormones GnRH (hormone gonadotrophine) sécrétées par les neurones de l'hypothalamus, vont être libérées au niveau de l'hypophyse ; la glande responsable du contrôle de la production des hormones sexuelles. L'hypophyse va produire deux hormones ;

- La FSH (hormone de stimulation folliculaire) qui favorise la production d'œstrogènes chez la femme et la production de spermatozoïdes chez l'homme.
- La LH (hormone lutéinisante) qui agit sur la production de progestérone chez la femme et donc favorise l'ovulation, et chez l'homme sur la production de testostérone.

Ces transformations à la puberté, sont au cœur des changements physiologiques qui s'opèrent lors de l'adolescence. L'adolescent commence à acquérir des caractéristiques physiques adultes avec les caractères sexuels primaires induits par la maturation des glandes sexuelles directement impliquées dans la fonction de reproduction, et la maturation des organes reproducteurs. Les ovaires, l'utérus et le vagin se développent chez les filles entraînant l'apparition des premières règles entre 11 et 14 ans. Pour les garçons, c'est le scrotum, les testicules et le pénis qui se développent permettant l'apparition des premières éjaculations entre 12 et 15 ans.

Des caractères sexuels secondaires apparaissent aussi et correspondent à la croissance de certaines particularités physiques en dehors des organes génitaux, comme le développement de la poitrine et des hanches, de la pilosité ou encore la mue de la voix pour les garçons. On observe aussi pour les deux sexes un pic de croissance important ; l'adolescent va grandir, prendre du poids et développer sa musculature.



Ces caractères sexuels, qu'ils soient primaires ou secondaires, exercent une influence critique sur l'estime de soi. L'adolescent doit s'approprier son nouveau corps. De surcroît, les modifications hormonales sont aussi régulièrement à l'origine d'une poussée d'acné. Celle-ci est plus ou moins sévère et visible en fonction des individus, et peut participer à une forte dévalorisation de soi en impactant l'image corporelle. « L'ensemble des études rapportent un impact négatif personnel (dévalorisation du patient) [...] On distingue d'une part les répercussions psychologiques : image de soi altérée, estime de soi diminuée, sentiment de colère, de frustration, de honte [...] » (Féton-Danou, 2010). Cette altération de l'image de soi peut également isoler le jeune socialement. « [...] Gêne dans les relations interpersonnelles (affectives, sociales) liée au sentiment d'être jugé, difficultés à faire face aux situations par manque de confiance, moindre assurance dans sa présentation [...] » (Féton-Danou, 2010)

Les représentations que l'adolescent se fait de son corps, simultanément à ces transformations physiques, cognitives et affectives inévitables prennent une place prépondérante dans sa vie et participent à l'appréhension de son corps. En effet, c'est à cette période que les silhouettes des filles et des garçons commencent à se distinguer visuellement, et peuvent être à l'origine des premiers complexes et questionnements.

⊗ *Le développement de la personnalité*

L'adolescence peut être divisée en trois périodes. La première correspond à la pré-adolescence, entre dix et douze ans pour les filles et onze à treize ans pour les garçons (Devernay & Viaux-Savelon, 2014). Cette phase témoigne de la fin de l'enfance. Le jeune commence à vouloir s'autonomiser, cherche l'indépendance parentale et l'identification aux pairs. Il exprime peu ses ressentis affectifs. Des oscillations de l'estime de soi peuvent apparaître, notamment en lien avec la perception de son corps qui change au détriment des remaniements psychologiques qui pouvant être plus longs.

Entre treize et seize ans pour les filles, et quatorze et dix-sept pour les garçons, s'étend l'adolescence. Les jeunes intègrent mieux les différents changements qui s'opèrent physiquement et physiologiquement. Psychologiquement, il se perçoit davantage individualisé et séparé des figures parentales en investissant plus ses pairs. Mais le désir d'identification peut venir ralentir l'individualisation du jeune. « L'adolescent choisit d'autres objets d'investissements mais doit aussi se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt et d'estime » (Devernay & Viaux-Savelon, 2014). En ceci réside la grande antinomie de l'adolescence, vouloir appartenir à un groupe tout en gardant sa propre identité.

La fin de l'adolescence marque la diminution des remaniements liés à la puberté. Elle inscrit le jeune dans une stabilité psychologique, émotionnelle, sociale et familiale. Le rapport à la sexualité et au plaisir s'accroît. Néanmoins, c'est à cette période que les comportements à risque comme la consommation de drogue ou d'alcool ou les rapports non protégés peuvent prendre de l'ampleur. Il en va de même pour les troubles de l'image du corps ou les troubles alimentaires (Devernay & Viaux-Savelon, 2014).

⊗ *Le rapport à la sexualité et au plaisir*

L'adolescent doit trouver ses repères en composant avec son corps d'enfant qu'il connaît et maîtrise, et un nouveau corps qu'il ne connaît pas encore. Ce corps est le lieu d'éprouvés

inconnus, de désirs et sensations nouvelles. Résultante des modifications physiologiques et de la capacité de procréation, la sexualité va transformer le regard de l'adolescent sur autrui. Il va aussi avoir un effet sur le concept et l'estime de soi. La sexualité existe déjà dans l'enfance mais se manifeste principalement par l'exploration des différentes zones du corps qui procurent du plaisir comme la zone orale avec le sein et la nourriture, ou bien la zone anale par le contrôle sphinctérien. Ce n'est qu'à partir de l'adolescence, ce que **S. Freud** nommera « le stade génital », que la découverte de l'objet sexuel se fait. La sexualité, jusqu'alors principalement auto-érotique, devient une sexualité tournée vers l'autre, plus intime et source de satisfaction et plaisir. Une nouvelle conquête apparaît, celle de la séduction et de l'affirmation narcissique. L'adolescent prend conscience de ses nouvelles possibilités physiologiques lui permettant de pouvoir avoir des relations sexuelles.

Les réactions physiologiques que sont les premières règles et les premières éjaculations impactent fortement l'aspect psycho-émotionnel du jeune. Elles peuvent être vécues comme un événement angoissant et honteux, nuisant à l'estime que les adolescents se portent. La perte de sang associée aux règles chez les jeunes femmes est souvent perçue comme sale, peu hygiénique (Medvey, 2017). L'adolescente peut ainsi vivre son corps et les changements qui s'y opèrent comme une expérience négative, qu'elle ne peut pas contrôler. De surcroît, le vécu douloureux associé parfois aux règles peut être vécu comme inévitable et elles vont chercher à le dissimuler. Cela peut amener à des comportements à risque tels que celui de prendre en continu sans respecter la semaine d'arrêt des contraceptifs hormonaux tels que la pilule, et ainsi cesser complètement ses règles. Il pourrait aussi être à l'origine d'un manque d'estime de soi (Medvey, 2017). Cependant, depuis quelques années la société tend davantage vers une sensibilisation aux menstruations et à la douleur pouvant être ressentie à cette période par les femmes. Les cours d'éducation à la sexualité sont davantage mis en place, et les publicités sont moins limitées dans leurs présentations. Effectivement, ce n'est que depuis quelques années que la couleur rouge du sang est affichée, avant elle était de couleur bleue.

La sensibilisation auprès des garçons est aussi nécessaire pour contourner les préjugés construits. Effectivement, le sujet est souvent peu abordé auprès des hommes qui ne se sentent pas concernés mais participent parfois à la dévalorisation auprès des femmes.

Pour les garçons, l'enjeu est tout aussi important. Les premières éjaculations peuvent être vécues différemment. Certains le vivent comme un plaisir nouveau qu'ils vont chercher à explorer, d'autres comme une source d'angoisse car soulevant de nombreuses questions. La question de la performance sexuelle est particulièrement mise en avant chez les hommes, notamment à travers l'éjaculation précoce ou l'impuissance. (Discour, 2011)

La discontinuité du rythme entre les remaniements physiques, source d'excitation dans l'exploration du corps de l'autre, et ceux qui s'accomplissent psychologiquement peuvent créer une disharmonie interne chez l'adolescent, donnant naissance à des conflits ou des choix questionnables. En effet, le manque de conscience des risques peut avoir de lourdes conséquences sur la santé de l'adolescent. Cela se traduit par l'absence d'utilisation de moyens de contraception contre les infections sexuellement transmissibles, le changement régulier de partenaire mais aussi la prise de toxiques ou d'alcool qui peuvent altérer la perception de la réalité du jeune. De plus, l'absence d'utilisation de moyens contraceptifs peut aussi être à l'origine d'une grossesse non désirée pour les filles.

La stimulation précoce et l'accès facile aux sites pornographiques peuvent également venir modifier les idées préconstruites par l'adolescent. Sa vision des rapports sexuels peut être établie sur des schémas non appropriés visionnés dans certaines vidéos mettant en scène l'intimité de deux partenaires dans un contexte qui n'est presque jamais celui d'une relation intime réelle. L'influence des pairs est un facteur favorisant la recherche d'une sexualité active avec différents partenaires, précoce, ou à risque. « Les sujets ayant une faible estime de soi s'engagent plus fréquemment dans une sexualité risquée avec des attitudes négatives envers l'usage du préservatif, son absence d'usage, des rapports sexuels précoces, des partenaires multiples et un risque accru de grossesses non planifiées. » (Courtois, 2011)

L'adolescent doit jongler entre les remaniements corporels qu'il est en train de vivre et son adaptation sociétale pour ainsi faire comme bon lui semble et découvrir à son rythme les différentes formes d'amour.

⊗ L'organisation psychomotrice de l'adolescent

Les modifications biologiques vont venir impacter les fonctions psychomotrices à l'adolescence et marquent les premières différences entre l'organisation des filles et des garçons.

Les garçons ont plus de force à l'adolescence que les filles grâce au développement plus important et plus durable de leur musculature. L'étude de **Vincent** en 1968 démontre que les performances motrices auraient tendance à stagner ou évoluer de façon peu significative chez les filles au cours de l'adolescence, alors qu'elle serait en pleine expansion chez les garçons. Cette expansion serait favorisée notamment par l'accroissement des membres et du buste en parallèle au développement de la force musculaire (Miermon et al., 2015).

Concernant les coordinations motrices et l'équilibre, la différence ne serait pas marquée entre les deux genres. Cette étape du développement psychomoteur ne serait pas forcément améliorée à l'adolescence. Il est constaté une régression car l'adolescent délaisse la stratégie la plus adaptée qui est de stabiliser sa tête dans l'espace et de ne pas la mobiliser en même temps que les épaules afin de maintenir son équilibre. (Miermon et al., 2015) Il réactualise un schème moteur de l'enfance en faisant fonctionner sa tête et son tronc conjointement sans les dissocier, ce qui impacte le contrôle de son équilibre. On peut observer à l'adolescence que « le développement du contrôle de l'équilibre ne suit donc pas une trajectoire développementale linéaire et les changements liés à la puberté influencent également les modes de contrôle de l'équilibre et de la posture. » (Albaret et al., 2012)

On peut entendre de la part des adultes à propos des adolescents ; « mais qu'ils sont maladroits ! » ou bien « ils renversent tout ce qu'ils touchent ! ». La maladresse est en effet un aspect récurrent à cette période, et même si elle est présente chez les adolescents, elle peut s'expliquer de façon physiologique. En effet, la croissance augmente rapidement à cette période, ce qui expliquerait que l'adolescent soit maladroit car son corps change de volume et de taille et il doit ainsi assimiler ses nouvelles dimensions lors de ses mouvements et coordinations. Le pic de croissance que l'on retrouve aux alentours de 14 ans chez beaucoup de garçons et 12 ans chez les filles (Buckler & Wild, 1987) semble fluctuant dans sa durée. Mais finalement, peu de recherches se sont accordées à dire que cette maladresse viendrait réellement diminuer les performances motrices. Selon **H.S Dimock** (1935) « la performance motrice serait ralentie, mais pas inversée ».

1.1.3. Le corps adolescent et sa relation à autrui

« Le schéma corporel et l'image du corps ne sont pas les seuls convoqués dans ce remaniement vivant où le corps est le plus à même d'exprimer les difficultés rencontrées. Le corps social constitue aussi un axe de compréhension essentiel. L'inscription sociale, y compris cutanée, est fondamentalement un souci dans une comparaison constante avec les autres et ce qu'ils pensent pour s'approcher de ce qui est annoncé comme normal ou pour s'en singulariser. »

(Ballouard, 2011)

L'adolescence est avant tout une phase de construction sociale, où l'enfant qui grandit se constitue un cercle d'amis proches, et veut appartenir à un groupe. L'adolescent oscille entre des besoins contradictoires ; le besoin toujours existant de la proximité parentale et l'envie d'être autonome. Une importance particulière est aussi accordée à l'envie de ressembler aux autres ou au groupe auquel il s'identifie et de s'y conformer, mais par la même occasion l'envie de se différencier en tant qu'individu unique, s'affirmer. C'est là l'une des problématiques principales de l'adolescence.

Le rapport à soi va être profondément modifié à l'adolescence. Le corps change, la réflexion évolue et les questionnements émergent. C'est notamment par ces questionnements que l'adolescent réorganise la place occupée par les sphères familiales et relationnelles.

⊗ Séparation et autonomisation avec les parents

Les transformations physiologiques, identitaires et la découverte d'une sexualité génitale vont avoir un impact sur la sphère psychologique et émotionnelle de l'adolescent. En effet, il doit ainsi se réapproprier les relations avec ses pairs et principalement avec ses parents. De multiples changements de comportements s'opèrent ainsi qu'une diminution de la communication, liés au développement de l'autonomisation. Ces changements comportementaux s'observent dans le but d'une affirmation de sa liberté et son indépendance affective, émotionnelle et sociale. Cette recherche d'autonomisation avec les parents se retrouve également par l'investissement des pairs (Habets, 2011). Cela n'est en aucun cas pathologique selon l'intensité mise en jeu, et renvoie à l'élaboration du travail psychique de l'adolescent. En effet, le jeune rompt les liens du monde de l'enfance et de l'équilibre antérieur. Cela va induire « des phases successives et contradictoires :

attachement/détachement, homosexualité/hétérosexualité, liberté/ascèse, progrès/régression, culpabilité/agressivité » (Ballouard, 2011).

Le processus d'attachement à l'adolescence est différent de celui de l'enfance. Il n'est plus marqué par « un besoin vital de protection assuré par la proximité physique d'une figure d'attachement » (Delage, 2008). **Allen et Land** en 1999 définissent plusieurs aspects de sécurisation chez l'adolescent :

- La possibilité de se référer en toute tranquillité à ses souvenirs d'attachement avec ses parents ;
- La possibilité de traiter ses pensées et d'utiliser des stratégies de régulation émotionnelle sans trop de difficulté, en particulier lors des situations de séparation ;
- La capacité à maintenir avec les figures d'attachement parentales des relations positives, malgré les aléas de l'adolescence.

M. Delage en 2008, y ajoute la possibilité d'opérer sans difficulté majeure une transformation du contenu même de l'attachement dans les relations amicales et amoureuses.

À travers le processus de séparation et d'individuation à l'adolescence mis en lumière par **P. Blos** en 1979 et secondaire à celui de la petite enfance décrit par **M. Mahler** en 1967, nous comprenons que s'opère, de la naissance à la mort, un long chemin d'autonomisation et de construction de sa propre identité. Effectivement, nous passons d'une fusion nécessaire et vitale à la figure d'attachement primaire lors de l'enfance à une indépendance et une autonomie physique, psychique et fonctionnelle à l'âge adulte.

L'adolescence signe une étape cruciale dans le processus de séparation et d'individuation avec les premiers objets d'amour de l'enfance, que sont les figures parentales.

L'adolescence peut être vécue par les parents comme une période de tensions, de malentendus et de crise car leur enfant change et ses réactions face aux situations ne sont plus les mêmes. Pour les adolescents, cette opposition marque un désir d'autonomie et d'indépendance pour affirmer leur quête de différenciation et permettre la séparation. Il entre dans une sorte de « désidéation » de ses parents en remettant en question leur autorité et aime passer du temps à contredire leurs idées. « Quand on se met à avoir un corps qui ressemble singulièrement à celui de son père ou de sa mère, de nouveau émerge la menace de la tentation incestueuse. L'adolescent s'en protège, en ne voulant plus rien

entendre de tous ces rapprochés corporels « dégoûtants » avec papa et maman. Les câlins, les bisous, les sourires deviennent bannis de la vie familiale. » (Potel, 2006b).

Malgré ces désaccords, l'environnement familial et principalement les parents sont impliqués dans le périple qu'est l'adolescence pour veiller à sa bonne évolution. Malgré la recherche d'autonomie manifestée par la prise de distance avec les parents, l'adolescent doit percevoir, comme lors de l'enfance, qu'ils sont toujours disponibles pour satisfaire son besoin de sécurité et de protection. Cette notion renvoie au système de caregiving et au système d'alarme, développé par **J. Bowlby**, permettant ainsi à l'adolescent de maintenir un état organisé et pouvoir explorer les relations avec ses pairs et s'éprendre d'objets d'amour sur un mode adapté. Cela, malgré une conduite parfois en totale contradiction avec ce besoin.

Les parents se doivent notamment de rester attentifs à ce que fait leur enfant et ses fréquentations. Etant une période de recherche de conformité et d'identification aux pairs, cette phase est aussi caractéristique des mauvaises rencontres pouvant exercer une influence négative sur le mode de vie du jeune en pleine quête identitaire. Les parents sont des figures clés dans le maintien d'une image de soi positive en veillant à ce que leur adolescent conserve ses assises narcissiques construites au préalable.

Comme j'ai pu le développer lors de la première partie, la recherche de dépendance parentale peut entraîner également des conduites à risque dans le cadre de la sexualité.

⊗ [Le corps comme instrument de différenciation d'autrui](#)

On observe à l'adolescence un désir d'appropriation du corps et de son identité par des changements de goûts, de choix vestimentaires, de marquages corporels avec les piercings et les tatouages, mais aussi par le désir de plaire en commençant à se maquiller, se coiffer d'une différente façon. Ces comportements et marquages du corps émergent principalement dans le but d'appartenir à un groupe social et de souligner sa singularité, notion beaucoup moins présente pendant l'enfance. Les vêtements peuvent être perçus comme une enveloppe protectrice sous laquelle l'adolescent peut se protéger. Comme l'explique **C. Potel** dans son ouvrage *L'adolescence : un passage*, « L'adolescent, lui, a besoin de passer par son corps pour clamer son identité. C'est son moyen d'expression privilégié, son drapeau d'appartenance au groupe de ses pairs. » (Potel, 2006a). Le regard d'autrui commence à prendre de l'importance dans le vécu de l'adolescent à la recherche d'une reconnaissance sociale.

Le corps est donc modifié de façon biologique par tous les changements que la puberté impose, mais il peut aussi se voir modifier par l'adolescent dans un besoin de se démarquer et à la fois de s'identifier.

✿ *L'autre ou le miroir de soi*

L'appartenance à un groupe revêt une composante classique de l'adolescence et sous-tend une notion proche de l'amour ; l'amitié. Auprès de ses pairs, l'adolescent accède à de nouveaux modèles identificatoires que les parents. Cette reconnaissance des pairs participe au développement psychosocial et identitaire de l'adolescent. En 1972, **H. Tajfel** développe la théorie de « l'identité sociale ». Il explique qu'elle « correspond à l'image de soi qui dérive des caractéristiques du groupe d'appartenance ». L'adolescence est la première réelle période où l'adolescent peut clamer son autonomie dans le choix de son groupe d'amis et ne renvoie pas obligatoirement aux camarades de classe comme cela pourrait être le cas en école primaire. Cela est d'autant plus important de pouvoir se sentir soutenu par eux et de s'identifier comme semblable.

Mais cette identification sociale n'est pas sans risque pour l'estime de soi et l'estime du corps de l'adolescent. Il va se construire face au jugement d'autrui qui pourrait venir remettre en question sa construction narcissique. Souvent, les jeunes sont prêts à adhérer à des comportements déviants pour éviter l'isolement et le rejet. « Se fondre dans l'anonymat semble moins dangereux que s'affirmer, se mettre en avant » (Edmond, 2005). Le groupe peut ainsi devenir néfaste pour l'adolescent encore en développement psychologique et affectif. Effectivement, même si communément l'influence du groupe est porteuse et soutient l'estime de soi du jeune, il est à noter que c'est un passage lié à une plus grande vulnérabilité concernant l'apparition de troubles psychologiques. 75% des troubles psychiques se manifeste avant 25 ans (Jones, 2013), nuisant au développement psychosocial de façon chronique (Asselmann et al. 2018).

L'adolescence étant conjointe à l'entrée au collège, dans un système plus rigoureux et plus demandeur que l'école primaire en termes de travail personnel, de prise de notes et de rythme, la conformité à tout prix auprès des pairs peut avoir un impact sur la scolarité. Comme le formulent **Fuligni** et **Eccles** en 2001 ; « L'acceptation par les pairs devient plus importante que la réussite en classe : ces élèves sont prêts à abandonner leur projet, changer d'attitudes et de comportements en classe pour se conformer aux normes du groupe de pairs et rester

intégrés à ce dernier ». Cela peut entraîner à long terme d'importantes conséquences telles qu'une expulsion ou un redoublement, une chute conséquente des résultats scolaires pouvant conduire à un échec au brevet des collèges, mais aussi un abandon scolaire. Cet impact sur la scolarité peut être néfaste pour l'estime de soi car le jeune peut perdre confiance en lui et en ses capacités, et abandonner ainsi ses projets futurs. Cela peut participer au conflit interne du jeune qui oscille entre l'envie de réussir scolairement et le besoin de ne pas être rejeté par ses pairs.

Bien sûr, le collège ne représente pas qu'un lieu de lutte et d'opposition avec soi et les autres, c'est aussi un espace de socialisation propice au développement affectif et social. De fait, il participe au développement cognitif du jeune par les apprentissages, la concentration et la persévérance.

Comme le mentionne **Valérie Discour**, « Le changement est donc central dans le processus d'adolescence, tant il engage l'individu mais également son entourage et la société en nécessitant de la part de tous une certaine élaboration et un repositionnement » (Discour, 2011).

Mais la réalité dépourvue de l'innocence apportée par le regard de l'enfance peut amener l'adolescent à vouloir se connaître davantage et explorer ses limites par des comportements à risques. Elle peut aussi être la conséquence d'un mal être qui s'exprimera essentiellement par le corps.

1.1.4. Quand la relation à autrui impacte la relation à soi

Le passage à l'acte peut être perçu comme une solution d'extériorisation des tensions internes. Il peut rimer avec impulsivité, recherche de sensations et comportements à risque. C'est à travers ces différentes conduites que l'adolescent peut expérimenter avec son propre corps en recherchant son individualité et son autonomie.

Selon des études portant sur la prévalence d'activités susceptibles de provoquer un accident ou de porter atteinte à la santé du sujet, on retrouve un fort taux vers l'âge de quinze et seize ans. « Pour de nombreux adolescents, l'action sert de terrain d'essai majeur pour le processus de définition de soi » (Dayan & Guillery-Girard, 2011).

Dans son ouvrage *L'adolescence, un passage* (2006), **C. Potel** énonce quelques manifestations psychosomatiques que l'on retrouve principalement à l'adolescence ;

- Les conduites alimentaires pathologiques telles que la boulimie ou l'anorexie. « Elles sont autant de tentatives de maîtrise et de contrôle d'un changement vécu comme impossible. » (Potel, 2006a). Les assises narcissiques du jeune sont fragiles, et il peut essayer de les compenser par le contrôle de son corps et de sa forme dans le déni des conséquences que cela peut engendrer.
- Les conduites addictives telles que la toxicomanie. « Tels les passages à l'acte, font du corps l'instrument d'une décharge pulsionnelle, incontrôlée [...] » (Potel, 2006a). Les conduites addictives sont aussi conjointes au développement de la conformité sociale et de l'identification aux pairs. Les fréquentations ont en effet un rôle déterminant dans la mise en place de comportements addictifs (Obradovic, 2017). L'adolescent est dans une recherche avide d'initiations nouvelles et d'explorations multiples de son corps et de sa pensée. Chez les adolescents, nous retrouvons davantage un usage « récréatif », caractérisé par une consommation occasionnelle et modérée en groupe. La distinction de l'addiction réside dans son usage ponctuel.
- Les conduites phobiques telles que le retrait relationnel et le décrochage scolaire. « Arrêter les mouvements et les déplacements du corps dans l'espace, au sens concret du terme, revient à arrêter le temps, arrêter les changements imposés par la vie » (Potel, 2006a). Cette notion a été plus explicitement développée dans la partie *l'autre ou le miroir de soi*.
- Les tentatives de suicides « ne sont jamais à banaliser chez un adolescent. [...] sont toujours des signes d'appel » (Potel, 2006a). Selon **D. Marcelli et E. Berthaut** en 2001, « Quand un adolescent effectue une TS, c'est presque toujours parce qu'il veut vivre... mais autrement, cherchant à se séparer d'une enfance ou à éteindre une excitation, l'une comme l'autre envahissante ». En cela, une tentative de suicide chez un adolescent répond principalement à un moyen de communiquer son mal-être.
- Les somatisations : L'adolescence peut être une période où les plaintes corporelles se multiplient ; migraine, douleurs abdominales, maux de dos... Ces plaintes peuvent être le signe de souffrance psychique, mais aussi d'un mal être social qu'il est important de prendre en considération (Potel, 2006a).

2. La déficience intellectuelle

Les adolescents que je rencontre lors de mon stage font partie d'un Institut Médico Éducatif qui externalise des adolescents de leur structure dans une classe d'un collège ordinaire. Ils présentent une déficience intellectuelle avec des degrés de sévérité plus ou moins marqués.

Avant de définir la déficience intellectuelle, il semble important de définir ce qu'est le handicap.

Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé**, le handicap se définit par : « toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. »

La loi française du 11 Février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances complète cette définition : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Selon le rapport de 2008 de l'**Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)**, 4,3 millions de personnes entre vingt et cinquante-neuf ans seraient en situation de handicap.

L'**OMS** définit la déficience intellectuelle comme « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (troubles 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 ». L'**Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)** ajoute que « la limitation significative du fonctionnement adaptatif est visible dans divers secteurs d'aptitudes tels que la communication, les apprentissages scolaires, l'autonomie, la responsabilité individuelle, la vie sociale, le travail, les loisirs, la santé ou encore la sécurité. »

Selon le **Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)**, « les principales caractéristiques du trouble du développement intellectuel résident dans un déficit général des capacités mentales et un trouble du fonctionnement adaptatif quotidien, par rapport à des sujets comparables en âge, genre et niveau socio-culturel. Le début du trouble a lieu pendant la période du développement. »

La prévalence de la population française présentant une déficience intellectuelle est de 1 à 2%, avec une prédominance d'hommes. (INSERM, 2016) Elle se définit par un quotient intellectuel inférieur à 70, bien que maintenant le QI n'est plus le seul critère pris en compte car il n'est pas représentatif du comportement adaptatif et social.

2.1. Classification

Les critères principaux de la déficience intellectuelle sont les suivants :

- Une apparition durant la période développementale ;
- Un déficit des fonctions intellectuelles telles que l'attention (abstraction des différents flux sensoriels difficiles), le jugement, l'apprentissage, le raisonnement, la planification ou la résolution de problème ;
- Une limitation significative de l'adaptation dans la vie quotidienne, y compris à l'âge adulte. Elle signe une difficulté de conformité aux normes sociales et développementales et donc de l'autonomie, de l'accès à la scolarité ou aux études supérieures, ainsi qu'à un emploi.

Plusieurs causes peuvent expliquer une déficience intellectuelle à différents temps du développement :

- Anténatale : maladies génétiques, anomalies chromosomiques, incompatibilité sanguine, virus, médicaments, alcool (cause environnementale la plus fréquente selon la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**), tabac...
- Périnatale : anoxie, prématurité...
- Postnatale : maladie infectieuses, virales ou métaboliques, traumatismes crâniens, accident de la route, noyade...

Ces différentes causes permettent la distinction du handicap mental, ou déficience intellectuelle, avec le handicap psychique. Le handicap psychique est consécutif à un trouble

psychiatrique. Les fonctions intellectuelles et cognitives ne sont pas déficitaires, mais c'est la possibilité pour la personne de les exploiter qui peut faire défaut (Richard, 2018c). Cela n'exclut pas la possibilité de retrouver l'association de ces deux troubles chez un individu.

Les déficiences intellectuelles les plus largement retrouvées sont les déficiences intellectuelles idiopathiques ; sans cause identifiée et reconnue. Elles représentent 35 à 40% des déficiences (CNSA, 2016).

Par ailleurs, Les déficiences intellectuelles légères pourrait être expliquées par un manque de stimulation de l'environnement, notamment pendant la petite enfance. La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** confirme qu'un contexte socio-économique défavorisé « joue un rôle certain sur la prévalence de la déficience intellectuelle légère » (CNSA, 2016).

2.1.1. Critères de gravité selon le DSM-V (INSERM, 2016)

D'après le **DSM-V**, on retrouve différents critères de gravité qui vont impacter de façon plus ou moins significatives trois domaines ; conceptuel, social et pratique.

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger (QI 50-70)	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 ; à un jugement social immature pour son âge.	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles.
Modéré (QI 35-50)	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 mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social.
Grave (QI 20-35)	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres,	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

	quantités, au temps et à l'argent.		quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes.
Profond (QI<20)	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.

La déficience légère est la plus représentée dans la population avec une prévalence de 85%, mais la déficience profonde est la plus détectable précocément.

2.2. La déficience intellectuelle et le passage de l'adolescence

« Ces jeunes expriment des désirs en lien avec l'adolescence mais leurs ressources et leurs moyens pour réaliser le travail relatif au processus adolescent sont limités. [...] Les jeunes eux aussi apparaissent comme des acteurs dans leur devenir, des sujets dont le fonctionnement ne peut se réduire à l'influence exclusive de phénomènes extérieurs. »

(Ingrid Picon, 2009)

La déficience intellectuelle peut avoir une incidence sur la construction psychique et identitaire de l'adolescent qui va devoir faire face aux mêmes remaniements. Le jeune voit son corps changer et doit affronter les mêmes angoisses que tout adolescent. La lutte dans la conservation d'une estime de soi satisfaisante est engagée.

Bien que l'on ait pu penser pendant longtemps que l'enfant en situation de handicap ne se rendait pas compte de sa différence, on sait à présent que cela est faux et qu'il est conscient

précocément de ses difficultés physiques et cognitives. En effet, malgré l'altération cognitive que la déficience engendre, le jeune est davantage en capacité de réfléchir sur lui-même et sur ce qui l'entoure.

2.2.1. Incidence de la déficience intellectuelle sur la relation à soi au passage de l'adolescence

L'adolescence marque une réelle prise de conscience du handicap et commence à souligner les différences. La déficience intellectuelle va retentir sur différents aspects moteurs et affectifs du jeune.

⊗ [Retentissement du handicap sur l'aspect psycho-affectif de l'adolescent](#)

La déficience intellectuelle peut avoir une incidence sur la désirabilité perçue par l'adolescent envers ses pairs à un âge où le besoin d'être aimé et considéré est au centre des préoccupations. Comme le souligne les auteures de la revue *Grandir avec un handicap : la transition adolescente*, **M.A.Ecotière, S.Pivry et R.Scelles** (2016), « L'une des spécificités du handicap est d'introduire une discordance entre l'apparence et l'intériorité du sujet. [...] Pour les adolescents déficients intellectuels sans visibilité des difficultés cognitives, la discordance se fait en dynamique inversée (du handicap moteur), ce n'est pas l'extériorité qui est jugée repoussante mais l'intériorité jugée menaçante ou dévalorisée. »

Par l'institutionnalisation souvent précoce des enfants présentant une déficience intellectuelle, la qualité de l'attachement envers les figures parentales peut être fragilisée. Cela peut s'expliquer aussi par un environnement familial dys-stimulant. On retrouve ainsi fréquemment un attachement insécure évitant ou ambivalent-résistant (Richard, 2018a). Ceci est d'autant plus délétère dans le cas de la déficience intellectuelle où l'enfant a besoin d'une sécurité affective et de stimulations pour son développement déjà fragilisé par les limitations cognitives.

L'adolescence marque le désir de sortir de la dépendance parentale pour devenir responsable dans ses choix de vie. Or, la présence d'un handicap tend à maintenir cette dépendance. Cela est d'autant plus le cas lors de la présence d'un handicap moteur car la personne ne peut pas réaliser elle-même certains actes de la vie quotidienne. Dans le cas d'une déficience intellectuelle, la notion de dépendance se retrouve davantage sur la gestion administrative, ou la capacité à élaborer des stratégies dans la vie quotidienne comme

prendre les transports en commun seul par exemple. Cette mise à distance parentale difficile peut avoir un impact sur la confiance du jeune en ses propres capacités. La vision de soi est limitée, le jeune se construit dans les projets qui ont été pensés à sa place.

L'adolescent en situation de handicap a également besoin d'une indépendance physique et psychique pour se percevoir autonome dans ses choix et garder une estime de lui-même satisfaisante. Un équilibre est donc nécessaire entre l'autonomie et l'aide requise pour pallier la vulnérabilité plus marquée.

⊗ *L'aspect cognitif : défaut de représentation et symbolisation*

La déficience intellectuelle va impacter la sphère cognitive de l'individu. Mais cet impact sera dépendant du niveau de déficience intellectuelle. Dans les déficiences intellectuelles modérées à sévères, les capacités de symbolisation sont difficilement accessibles, impactant l'accès au langage, les apprentissages ou encore le jeu. L'enfant peut avoir du mal à se dégager de l'objet concret et réfléchir sur des thèmes abstraits, et cela dès le plus jeune âge. Les réflexions sur soi et sur les différents remaniements à l'adolescence notamment peuvent être compliqués. L'adolescent peut avoir du mal à penser autour du monde qui l'entoure. Les acquisitions développementales comme la permanence de l'objet peuvent prendre davantage de temps à être intégrées.

Toutefois, l'étude de **K. Cornish et al.** en 2013 met en évidence la continuité du développement cognitif des sujets présentant une déficience intellectuelle. Cela vient invalider l'idée d'un « plafond » cognitif que l'individu ne pourrait dépasser. « Il existerait des retards de développement, mais pas de stagnation » (Richard, 2018).

Selon la théorie développementale développée par **E. Zigler** en 1969, les stades cognitifs par lesquels passent les enfants présentant une déficience intellectuelle seront les mêmes que les enfants qui suivent un développement normal. Cependant, la temporalité pour le développement des acquisitions cognitives serait plus tardive et les performances resteraient tout de même plus faibles (Nader-Grosbois, 2020).

Les fonctions exécutives sont affectées, principalement dans les stratégies de résolution de problèmes. Le jeune éprouve donc des difficultés à s'adapter à de nouvelles situations ou planifier une action.

Concernant le développement communicatif, une atteinte du langage dans son versant expressif ou compréhensif est communément identifiée dans le cas de la déficience intellectuelle. Cette atteinte aura un impact dans l'investissement des relations sociales et peut engager la confiance en soi.

⊗ Le fonctionnement psychomoteur

L'acquisition des fonctions psychomotrices est hétérogène et diffère selon les étiologies de la déficience intellectuelle, le degré d'atteinte et les troubles associés.

Le développement du cerveau et de l'intelligence sont primordiaux dans l'adaptation à l'environnement et dans les apprentissages sensori-moteurs. Cela peut faire défaut dans la déficience intellectuelle et donc entraîner un retard du développement.

A la suite de conduites de surprotection des parents et d'une pauvreté en stimulations sensorielles et perceptives, il n'est pas rare de retrouver chez l'enfant une diminution de l'exploration de son environnement. Cette altération aura un impact sur les déplacements de l'enfant, mais aussi ses acquisitions psychomotrices ainsi que ses capacités de représentations corporelles. Ainsi, l'intégration du schéma corporel est limitée et induit un retard psychomoteur et un défaut de conscience de son corps et de ses limites. Les adolescents sont communément dans une logique d'action immédiate et d'impulsivité. Le mouvement est difficilement contenu.

La présence de difficultés spatio-temporelles s'exprime, en plus des notions citées, par le manque de capacités de représentations.

Pour la motricité fine, il est observé principalement (Nader-Grosbois, 2020) :

- Un temps plus long dans le décodage perceptif
- Une diminution de l'exploration manuelle
- Des stéréotypies notamment dans le maniement d'objets
- Une hypotonie des muscles des yeux induisant un champ oculaire plus réduit et une poursuite plus lente

Pour la motricité globale et posturale, il est mis en évidence (Nader-Grosbois, 2020) :

- Un trouble de la régulation tonique qui influence le maintien de la posture, des mouvements et de l'équilibre
- Un retard et une singularité du développement postural

- Un défaut de coordination du geste
- Une pauvreté d'investissement de l'espace par le mouvement

Il est également essentiel de prendre en compte l'aspect psycho-affectif, les éprouvés et les douleurs du jeune qui peuvent le conduire à adopter des postures d'opposition ou de défense.

2.2.2. Incidence de la déficience intellectuelle chez l'adolescent dans sa relation à l'autre

L'adolescence étant une période charnière dans l'ouverture de soi vers l'autre, les jeunes sont dans une constante recherche de modèles identificatoires et dans la quête de l'autonomie tant désirée et du détachement parental pour se construire sa propre identité.

⊗ Les interactions sociales

Les capacités sociales et de communication des adolescents présentant une déficience intellectuelle sont perturbées. En effet, la déficience intellectuelle provoque des difficultés cognitives entraînant des conséquences sur les capacités d'apprentissages, de réflexion, de communication verbale ou non verbale et de compréhension des émotions d'autrui ou des codes sociaux. Ces difficultés peuvent venir impacter les interactions sociales et parfois les diminuer, isolant l'adolescent. On observe une différence d'entrée en relation chez les jeunes selon leur personnalité et la confiance qu'ils se portent. Certains adolescents préféreront rester entre eux pour se soutenir et réassurer leur enveloppe narcissique, tandis que d'autres pourront être plus confiants et bien dans leur corps et s'intégreront aux autres groupes d'adolescents.

Mais pour une grande majorité, les adolescents gravitent autour d'un environnement principalement adulte composés des professionnels qui les encadrent et leurs parents. Ils sont parfois isolés du groupes des pairs. Pourtant, on retrouve dans leurs discours une forte envie de se mélanger aux autres, de passer du temps loin de leur maison et de leur famille pour vivre sans restriction cette étape de leur vie.

⊗ La stigmatisation

Le collège est la période où les enfants deviennent adolescents et commencent à changer. Cela peut marquer une envie d'inclusion à tout prix ; le jeune commence à vouloir intégrer un groupe et ne veut pas se retrouver isolé. Cette volonté d'intégration peut amener certains adolescents à stigmatiser ceux perçus comme différents pour ne pas leur être associé.

Cela peut entraîner chez l'adolescent en situation de handicap un sentiment accru de différence et de non-appartenance à un groupe. En effet, l'estime de soi et de son corps semble être liée à la comparaison sociale. (Nader-Grosbois, 2020). L'écart perçu entre soi et les autres peut amener à une dévalorisation de soi-même, et donc un manque de confiance en soi. Plusieurs études mettent en évidence l'impact de la comparaison sociale. Les adolescents déficients intellectuels perçoivent leurs aptitudes comme inférieures à celles d'adolescents du même âge sans difficultés spécifiques (Butler & Marinov-Glassman, 1994 ; Harter, 1982, Kernis, Brockner, & Franckel, 1989 ; Renick & Harter, 1989 ; Ribner, 1978 ; Seiffge-Krenke, 1990). Les difficultés de communication, pour s'exprimer et se faire comprendre accentuent davantage la stigmatisation. En manquant de confiance, les adolescents auront plus de mal à exprimer ce qu'ils ressentent et avoir confiance en ce qu'ils valent et veulent.

3. La représentation corporelle et l'estime de soi

« Parler du corps en tant que socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique. »

(Potel Baranes, 2010)

Le corps est ce qui lie l'individu à l'extérieur mais en même temps ce qui le lie à soi, à son intériorité, un « touchant-touché » (Albaret et al., 2012). Il est à la fois extéroception grâce à la sensibilité somatique induite par les différents récepteurs présents dans la peau permettant l'accès au monde qui nous entoure et aux objets présents, et intéroception, par la sensibilité tournée vers le système respiratoire, endocrinien, cardiaque et les viscères. La sensation est ainsi ressentie et perçue, pour ensuite être représentée et reconnue.

Notre corps est avant tout le témoignage de notre subjectivité. C'est le premier élément de différenciation par rapport à l'autre. C'est grâce au développement de son corps et de la représentation qu'il s'en fait que le bébé va se différencier du corps d'autrui, de sa mère plus particulièrement.

Pendant longtemps, corps et âme ont été distingués voire à tout prix séparés. Le corps est soumis au changement contrairement à l'âme qui resterait stable et serait garante de l'identité du sujet.

Le corps est ce par quoi nous existons vis-à-vis d'autrui et est une notion centrale en psychomotricité. Il s'enrichit d'aspects moteurs, cognitifs et affectifs en union avec l'environnement. Chez les adolescents, le corps clame leur identité et leur différence.

La puberté et les transformations corporelles qui en découlent telles que le poids, la taille, le développement de la musculature ou de la poitrine modifient le corps connu en un corps étranger, « un corps d'adulte que l'adolescent n'est pas encore. » (Albaret et al., 2012)

3.1. L'estime de soi

Estimer est issu du latin « aestimare » qui signifie évaluer le prix d'une chose. L'estime de soi permet d'apprécier subjectivement ce que l'on pense de nous-même. Elle représente le socle de la personnalité et se trouve au carrefour de trois composantes (André, 2005) ;

→ Une composante comportementale ; par la manière dont elle influence nos actes et s'enrichit de nos réussites.

→ Une composante cognitive, puisqu'elle est intrinsèquement dépendante de la façon dont nous nous percevons. Mais elle peut venir nuancer cette perception par l'investissement des relations sociales ou le vécu d'un événement pouvant déprécier la confiance en soi.

→ Une composante affective, puisqu'elle est en constante interaction avec nos humeurs. C'est en cela qu'elle n'est ni linéaire ni figée dans le temps mais en constante évolution.

L'estime de soi va influencer et être influencée par différentes dimensions. Ces dimensions peuvent être internes comme la perception que nous avons de soi, nos compétences intellectuelles, la réussite dans les actions entreprises ou bien l'intégration de notre schéma corporel et de notre image du corps. Elles peuvent aussi être externes par l'influence de l'entourage social, familial et professionnel.

L'importance donnée à ces dimensions ne sera pas homogène et impactera différemment l'estime de soi. Un individu peut ainsi avoir une bonne estime de lui-même concernant son aspect physique, en revanche il se dévalorise complètement dans sa vie professionnelle car il ne se sent pas à la hauteur de ce qu'on lui demande.

C. André et F. Lelord (1999) évoquent trois supports fondamentaux à une estime de soi équilibrée ; l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi.

L'amour de soi est le pilier principal de l'estime de soi. « S'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers [...] » (André & Lelord, 1999). Les fondations de cet amour de soi se construisent principalement durant l'enfance, par l'amour et l'attention portés par les proches. L'estime de soi se construit ensuite grâce à ces fondations mais aussi par les expériences de vie. S'aimer et s'estimer soi-même est nécessaire au plein investissement des relations sociales. Pour respecter et aimer l'autre, il est important de pouvoir se respecter et s'aimer soi-même.

La vision de soi a une influence particulière sur l'estime de soi. Cette perception de soi s'élabore au regard de ce que l'individu pense qui le définit, en termes de qualités et de défauts, de capacités ou de limites. Cela expliquerait que certaines personnes, dont l'estime de soi est souvent diminuée, ne perçoivent en eux que des défauts. Cette perception laissant dubitatifs les proches se faisant un tout autre jugement de la personne (André & Lelord, 1999). La vision de soi est, au même titre que l'amour de soi, influencée par le regard des proches. Il n'est en effet pas rare de suivre le chemin professionnel recommandé par ses parents, sans forcément se poser la question de savoir ce que l'on souhaiterait réellement faire. En outre, un individu soutenu et encouragé continuellement par ses proches se sentira digne de sa réussite personnelle ou professionnelle, facteur de valorisation.

Enfin, la confiance en soi est le troisième appui de l'estime de soi. La confiance en soi réside dans la croyance en la réalisation de buts fixés qui compte pour l'individu, dans la valorisation de ses actes. Elle permet elle aussi un investissement ajusté des relations. Une confiance en soi défaillante se témoigne par une mise en retrait ou une majoration de l'inhibition (André & Lelord, 1999).

Ces trois composantes sont en constante interaction les unes avec les autres et vont participer à venir nuancer positivement ou négativement l'estime de soi.

C. Cooley en 1902 évoque le terme de « soi miroir ». Le jugement d'autrui va définir la perception de soi. C'est par les différentes interactions que l'individu entretient avec son milieu qu'il va construire son estime de soi en intégrant les différents avis à son propos. Selon l'auteur, le soi miroir est dépendant de trois facteurs ; « la manière dont on apparaît aux

autres ; l'évaluation de cette apparence par les autres ; la réponse émotionnelle à l'évaluation » (André, 2005).

Dans la société occidentale, une estime de soi satisfaisante semble être la clé de la réussite et de l'épanouissement personnel mais aussi de l'investissement des sphères sociales et professionnelles. « Une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande. » (André, 2005)

L'estime de soi est influencée par l'effet de comparaison sociale ; l'individu évalue ses aptitudes et jugements en les comparant à autrui. Cela entraîne un renforcement de l'estime de soi quand il se compare à un individu perçu comme moins performant, ou une dévalorisation de soi si l'individu semble davantage compétent.

Elle dépend également de la construction affective. Elle est intimement liée à la théorie de l'attachement développée par **J. Bowlby** (1959). L'enfant naît dans une néoténie et une vulnérabilité totale et dépend des soins qui lui sont prodigués. La construction de sa sécurité affective et la qualité de son attachement vont dépendre de la réponse ajustée ou non des figures d'attachement à ses besoins. C'est par ses explorations, limitées ou non, et ses liens d'attachements, sécurés ou insécurés, que l'enfant va commencer à s'édifier une assise identitaire et narcissique (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

Le test de la situation étrange pensé par **M. Ainsworth** (1978) stipule que le parent qui répond en adéquation aux besoins de son enfant va permettre à l'enfant de développer un attachement sécurés (Miljkovitch et al., 2003). Il va ainsi pouvoir explorer son environnement en toute confiance car il sait que son parent est disponible s'il a besoin de réassurance et de réconfort. A travers l'exploration, l'estime de soi va croître, car l'enfant se rend ainsi compte qu'il a les compétences pour découvrir son environnement et qu'il peut commencer à le maîtriser, ce qui va participer au développement de la confiance en soi. De plus, son parent qui l'encourage et le réconforte renforce cette estime.

A l'inverse, un manque d'encouragement, de reconnaissance, de réconfort ainsi qu'une surprotection ou des comportements d'attachement ambivalents chez la figure d'attachement vont coïncider avec la construction d'une estime de soi fragile (Guédénéy, 2011).

A l'adolescence, les inquiétudes nombreuses vis-à-vis du corps vont avoir pour conséquences des modifications de l'estime de soi et de l'image du corps (Cloutier, 1998).

Pour pouvoir évoquer le concept d'estime de soi, il paraît essentiel de définir également deux notions centrales en psychomotricité que sont le schéma corporel et l'image du corps. La connaissance de soi et de son corps et une représentation adéquate concourt à une estime de soi et de son corps satisfaisante.

3.2. Le schéma corporel

J.M Albaret (2011) définit le schéma corporel comme « 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 qu'on appelle le référentiel égocentrique ; il intervient dans la locomotion (se déplacer) et la préhension (saisir des objets). Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action. »

Selon **L. Ungerleider et M. Mishkin** en 1982, la voie cérébrale du schéma corporel emprunterait la voie dorsale comprenant le cortex occipital et pariétal postérieur. Cette voie serait nécessaire à la localisation de son corps et de ses membres dans l'espace pour contrôler exécuter un mouvement.

Plus récemment, **S.H. Creem et D.R Proffitt** en 2001 et **G. Rizzolatti et C. Sinigaglia** en 2008 divisent la voie dorsale en deux autres voies ; la dorsale-ventrale avec une implication plus importante spécifique sur la perception spatiale et répondant à la question « où ? », et la voie dorsale-dorsale répondant à la question « comment ? », requise dans l'organisation motrice.

J. De Ajuriaguerra en 1970, donne la définition suivante ; « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, proprioceptives 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. » Il confère ainsi le caractère évolutif du schéma corporel dans l'espace et le temps, deux notions indissociables en psychomotricité.

« Toutefois si c'est une prise de conscience globale de ma posture dans le monde intersensoriel, [...] ce n'est pas une spatialité de position mais une spatialité de situation [...] Le schéma corporel est finalement une manière d'exprimer que mon corps est au monde » (Merleau-Ponty, 1947). Nous comprenons à travers le terme de « spatialité de situation » que l'individu se perçoit et perçoit son corps en le situant au regard de son environnement. C'est ainsi par son corps qu'il vient modifier le monde qui l'entoure.

Le schéma corporel est donc un encodage du corps dans l'espace. Cet encodage intègre la perception de la position des différentes parties du corps, mais aussi leur constitution et leurs interactions mutuelles. Sa représentation est donc à la fois dynamique et statique. La combinaison de ces différents facteurs rend possible une adaptation ajustée à l'action, et une motricité en relation.

Le schéma corporel est donc engagé dans la planification, l'exécution et le contrôle des mouvements. Mais l'importance de ce système se trouve aussi dans l'automatisation du geste dans un espace défini et les changements de position. Il dépend de la maturation neurologique, motrice et sensorielle, mais est aussi tributaire de l'expérimentation chez l'enfant. Le corps est le premier référentiel spatial essentiel aux déplacements et à l'ouverture vers le monde extérieur.

Les enjeux que revêt la connaissance de son corps et la conscience de soi sont nécessaires au développement et la construction de son individuation. Le sujet peut se penser unifié et différencié de l'autre.

Le schéma corporel implique des modalités motrices mais aussi de nombreuses afférences sensorielles circulant jusqu'au système nerveux central :

- La proprioception
- Le système vestibulaire
- La vision périphérique
- L'audition

A la naissance, l'enfant va notamment explorer son corps et en découvrir quelques parties qu'il va beaucoup solliciter. C'est le cas de ses mains et de ses pieds qu'il amène à la bouche.

A ses quatre mois, il peut réagir à la vision de lui-même devant le miroir. Il peut aussi se distinguer d'autrui. Cela se manifeste par des allers-retours entre lui et la personne qui le tient devant le miroir. L'exploration du corps va être continue et permettre à l'enfant d'avoir davantage conscience des segments qui composent son corps ainsi que des détails. A quatre ans, il peut discerner l'intérieur de l'extérieur. A six ans, il prend conscience de son axe corporel, ligne délimitant ses deux hémicorps ; droite/gauche et avant/arrière. A neuf ans, l'enfant s'intéresse au corps humain et à son organisation. Le schéma corporel commence à être correctement intégré à dix ans (Bonneil & Meunier, 2020, p235).

Le schéma corporel est perpétuel remaniement et notamment lors de l'adolescence. Les bouleversements morphologiques comme le pic de croissance ou la prise de poids vont venir modifier la construction du schéma corporel déjà établie.

Les adolescents présentant une déficience intellectuelle peuvent rencontrer des difficultés pour se représenter leur corps, ses différentes parties et sa position dans l'espace. Ce manque de conscience corporelle peut s'ajouter à une régulation tonique peu adaptée rendant le mouvement peu précis et maladroit. (Mercier et al., 1997). L'utilisation de leur corps sera davantage dans un but fonctionnel car l'habiter et l'investir semble plus complexe.

3.3. L'image du corps

« Chacun de nous possède effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure. »

Jean Lhermitte, *L'image de notre corps*, 1998.

J.M Albaret en 2011, définit l'image du corps comme « un système de perception des formes qui sert à l'identification et à la reconnaissance des formes, et répond à la question « Quoi » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?) [...] Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouve des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui entraînera des conséquences à la fois

comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques. »

Selon **L. Ungerleider et M. Mishkin** (1982), la voie cérébrale de l'image du corps serait la voie ventrale comprenant le cortex occipital et temporal inférieur. Elle serait impliquée dans la reconnaissance et l'identification de formes.

L'image du corps est subjective, propre à chacun et liée à l'histoire personnelle. Elle se base sur comment le sujet perçoit son corps et l'incarne. Elle est influencée par les émotions, affects et cognitions. L'environnement culturel et sociétal jouent également un rôle dans la perception de l'image corporelle. L'image du corps confère un sentiment d'unité, et incarne un support au narcissisme.

Cette notion est conjointe au concept du narcissisme que **S. Freud** définissait comme « l'amour du moi, établissant ainsi une relation entre le Moi et le corps » (Freud, 1914). Les deux se nourrissent l'un de l'autre. **P. André** en 2006 définit le narcissisme comme un « investissement affectif de soi, de sa propre personne, à l'origine du sentiment de sécurité, de confiance en soi, de l'estime de soi et qui fonde la connaissance de soi et l'identité » (André, 2006, p256). Les assises narcissiques sont fortement bouleversées à l'adolescence et auront une incidence sur l'estime de soi.

Par l'expérience du miroir, **H. Wallon** (1931) démontre que l'enfant se perçoit et reconnaît l'image de son corps dans le miroir avant même que son schéma corporel ne soit constitué. En effet, entre six mois et deux ans, l'enfant s'intéresse longuement à son reflet dans le miroir contrairement au chimpanzé qui ne s'attarde pas. Par la suite, les travaux de **R. Zazzo** en 1993, viennent étayer les précédentes recherches d'**H. Wallon**. Les enfants, marqués d'une tâche sur le nez, viennent toucher la tâche avec leur main. Cela rend ainsi compte de la capacité de l'enfant à identifier la personne qu'il voit dans le miroir comme soi (Jung, 2015). Il commence à acquérir une représentation de soi. Pourtant, le visage est une partie du corps invisible jusqu'à présent que l'enfant ne peut pas voir avant de se trouver devant un miroir.

Comme l'estime de soi, l'image du corps est subjective et dynamique. Le terme dynamique sous-tend que cette notion est en remaniement constant et peut varier en fonction des expériences positives ou négatives vécues. Elle se nourrit du corps en relation

avec soi, mais aussi avec les autres. L'image du corps est soumise à la perception que le sujet se fait de son corps au travers de ses interactions sociales, de comment il se perçoit dans le regard d'autrui, ainsi que de sa construction narcissique. De ce fait, l'image du corps à l'adolescence n'est pas toujours très harmonieuse, et peut avoir une influence sur l'estime du corps. Ces deux notions sont inextricablement liées.

Selon **O. Moyano**, on peut distinguer le schéma corporel de l'image du corps en ce sens que l'un est un « le même pour tous les individus [...] qui vivent sous les mêmes latitudes » (le schéma corporel) et l'autre « est propre à chaque individu, fonction de son histoire personnelle, familiale » (l'image du corps) (Moyano, 2009).

Pour l'adolescent, en plus d'une réorganisation du schéma corporel, la perception de son image du corps est aussi modifiée. Les inquiétudes face à ce corps qui change prennent de l'ampleur. C'est grâce à l'estime qu'il se porte que l'adolescent pourra surmonter ces étapes avec plus ou moins de résilience. Selon l'étude de **V.A Clifford** et **M. Rauste-von Wright** (1971), les filles porteraient davantage de jugement sur leur corps que les garçons (Ferron, 1992).

L'adolescent présentant une déficience intellectuelle peut éprouver des difficultés à ressentir son corps comme unifié, entier. De surcroît, la reconnaissance de son handicap peut entraîner une fragilité narcissique. L'adolescent est frustré, angoissé par les difficultés qu'il éprouve à verbaliser et se représenter ce qu'il ressent et qui l'envahit (Sternis, 2014). Par la surprotection et la dépendance envers ses parents, se penser comme sujet différencié de l'autre et autonome est d'autant plus complexe. L'image de soi étant soumise à la construction de son attachement, la reconnaissance et la bienveillance des parents sont nécessaires pour permettre au jeune de se sentir valorisé.

Parfois l'image du corps permet un équilibre psychocorporel qui va renforcer l'estime de soi et la confiance en soi. Mais parfois cette image du corps est en décalage avec les cognitions de l'individu ce qui va résulter de troubles de l'image du corps telles que la dysmorphophobie. Si l'image du corps est dépréciée, cela peut venir impacter l'amour de soi et la confiance en soi.

3.4. L'estime du corps

Notre schéma corporel et l'image de notre corps vont aboutir à une perception de nous subjective, amenant ainsi à une évaluation positive ou négative de notre corps, communément appelé estime du corps.

L'estime du corps est une composante de l'estime de soi. Elle se définit par la satisfaction que l'on éprouve vis-à-vis de notre corps. Elle est influencée par l'image du corps mais est également corrélée à plusieurs facteurs tel que l'idéal corporel. « L'idéal corporel constitue l'image du corps vers laquelle l'individu tend. Cet idéal est intimement lié au contexte socio-culturel et aux idéaux corporels présents au sein de nos sociétés » (Dany & Morin, 2010). Le corps perçu est également un facteur d'évaluation de la satisfaction corporelle. « Le corps perçu est la manière dont les individus se classent et évaluent leur poids (maigre, normal, trop gros...). La différence entre le corps perçu et le corps désiré permet d'évaluer l'insatisfaction corporelle » (Dany & Morin, 2010).

Une étude de **Allaz, Bernstein et al.** En 1998 a permis de démontrer que l'estime du corps n'est pas dépendante de l'indice de masse corporelle (IMC). Prenons le cas de l'anorexie mentale, trouble du comportement alimentaire apparaissant généralement à l'adolescence. L'anorexie mentale s'exprime par des restrictions alimentaires et caloriques sur une période de plusieurs mois. Pour que le diagnostic puisse être posé, l'IMC doit se trouver inférieur à 17.5 kg/m². Pourtant, on retrouve comme critère diagnostique de l'anorexie mentale, une dysmorphophobie qui se définit par une déformation de la perception de son corps. L'individu estime son corps trop gros, bien que des preuves objectivables lui prouvent le contraire. La perception de son corps est donc subjective et n'obéit à aucune logique ou cohérence dans l'esprit de l'individu.

Selon plusieurs recherches, il semble que l'estime du corps est plus souvent impactée chez les femmes qui ont tendance à se percevoir plus corpulentes qu'elles ne le sont réellement, alors que ce serait l'inverse pour les hommes. Selon l'étude de **Masson** en 2004, 78% des femmes entre 18 et 24 ans estiment qu'il faut être mince pour « se sentir normale », et deux tiers avec un poids classique se sentiraient trop grosses et souhaiteraient maigrir d'environ 5 kilos. Cela pourrait s'expliquer par les modèles socio-culturels prônant l'effet bénéfique de la minceur sur la santé, au contraire du surpoids.

Les hommes se concentreraient davantage sur la prise de masse musculaire, synonyme de corps masculin idéal. À l'adolescence, l'image de leur corps resterait stable et satisfaisante car elle serait liée à un accroissement du sentiment d'attrance (Miermon et al., 2015).

Cependant, l'arrivée du mouvement « body positivisme » prône davantage l'acceptation et la tolérance de la diversité des corps dans les sociétés occidentales. Des femmes avec plus de formes et de rondeurs apparaissent dans les publicités. Cela s'étend aussi aux deux genres en s'éloignant des silhouettes « idéales » et en incluant davantage de polyvalence par la couleur de peau, la taille, mais aussi le handicap par plus de représentation de personnes en fauteuil roulant ou bien avec une prothèse par exemple.

3.5. L'estime de soi et de son corps chez l'adolescent

L'adolescence est une période de la vie où l'individu est encore en plein développement et en pleine construction, son estime de soi est donc fragile. Ces problématiques autour de l'image du corps et de l'estime de soi s'imposent à l'adolescence puisque, grâce au développement cognitif, l'adolescent est de plus en plus en capacité de réfléchir sur le monde qui l'entoure et sur lui-même. À cela s'ajoutent les changements inhérents à la puberté (croissance en taille et en poids, développement de la poitrine, apparition de poils, d'acné...) source d'enjeux narcissiques et pouvant être à l'origine d'une dévalorisation de l'estime de soi. En effet, ce corps qui fait face à une nouvelle réalité corporelle représente selon **C. Potel** (2006) « la vitrine » de l'identité de l'individu.

Selon **P. Coslin** (2010), l'image du corps de l'adolescent est intrinsèquement liée à l'estime de soi. La notion d'idéal corporel qui en représente une dimension, peut aussi vite devenir source de complexes pour les adolescents dont le corps change. Ils sont parfois confrontés à la dure réalité que le corps qu'ils ont n'est pas celui qu'il souhaiterait avoir. Ceci peut être encore plus marqué par le jugement d'autrui. A cet âge, les moqueries liées au physique ne sont pas rares et peuvent représenter un réel traumatisme dans la vie future de l'adolescent qui gardera des complexes de cette période et aura du mal à être satisfait de lui, de ce qu'il vaut et ce qu'il est.

Les comportements de recherche identitaires évoqués préalablement se multiplient. Les changements de styles vestimentaires ou les modifications corporelles avec les piercings ou tatouages viennent ainsi valoriser l'image corporelle du jeune qui prend confiance en lui.

La satisfaction corporelle se trouve altérée à la puberté où l'on observe principalement chez les filles un abaissement de l'évaluation de l'estime de soi et de l'image de leur corps, alors que leur IMC est dans la norme. On observe dès la fin de la sixième jusqu'au début de la quatrième une différence significative entre l'estime du corps des garçons et celle des filles (Miermon et al., 2015). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, elle s'en trouve améliorée pour les garçons (Kindelberger, Brami & Mallet, 2008). Cela s'expliquerait notamment par l'influence du corps exploité dans les médias. En grandissant, les garçons vont croître et prendre en musculature. Leur corps svelte d'enfant va se transformer, et se rapprocher ainsi de l'idéal masculin. Cependant, malgré une certaine évolution, la silhouette féminine que l'on prône encore actuellement est celle d'une femme longiligne. Avec le développement des caractères sexuels secondaires telles que les seins ou les hanches, il est rare qu'une femme ressemble en grandissant à cette silhouette idéale (Miermon et al., 2015).

L'étude longitudinale de **D. Neumark-Sztainer** (2006) met en lumière une relation entre l'insatisfaction corporelle et les troubles du comportement alimentaire. Plusieurs travaux ont également permis d'associer l'insatisfaction corporelle à une estime de soi diminuée (Paxton et al., 2006), à l'anxiété sociale (Tantleff-Dunn et al., 2011) ou à la dépression (Paxton et al., 2006).

Les troubles de l'image du corps comme la dysmorphobie ont une forte incidence sur la perception de son corps et peuvent donc être à l'origine d'une altération de l'estime de soi. L'interaction avec l'environnement peut aussi être altérée.

L'échelle d'estime de soi de **M. Rosenberg** réalisée en 1965 est l'une des plus connue et utilisée dans le domaine de la psychologie. Le questionnaire se compose de dix items dont cinq évaluent « l'estime de soi positive » et cinq « l'estime de soi négative ». Les réponses se présentent en quatre points de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord ». La moyenne se trouve dans un score entre 31 et 34. Une estime de soi faible se distingue par un score allant de 31 à 25 ou moins. Selon **M. Rosenberg** (1985), « l'estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi, tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. L'estime de soi élevée implique ainsi le respect de soi-même. »

B.K Mendelson et ses collaborateurs en 2001 ont réalisé un auto-questionnaire permettant d'évaluer son propre corps ; la *Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*. Ils

constatent une forte corrélation entre l'estime de soi et l'auto-évaluation que l'on se fait de notre apparence physique au cours de la vie. En effet, l'estime du corps a souvent été évaluée de façon globale alors qu'elle se construit selon différents facteurs cognitifs, affectifs, sociaux et moteurs. Les sentiments ressentis par une personne en rapport à son poids peuvent être différents de ceux ressentis concernant son apparence générale. Les sentiments peuvent être indépendant les uns les autres. L'estime du corps semble donc tributaire de plusieurs critères et ne pourrait pas être résumée comme une estime de soi globale. Le questionnaire permet de mesurer les trois dimensions suivantes ; la satisfaction concernant son apparence, la satisfaction concernant son poids et l'évaluation que l'on se fait du regard d'autrui sur notre corps et notre apparence (Miermon et al., 2015). Si l'on voulait simplifier ces termes, cela renverrait à trois sous-échelles : apparence, poids et attribution. Cette étude a permis de commencer à relier l'estime de soi globale à l'estime du corps.

The figure rating scale de **Stunkard et al.** en 1983 représente également un outil pertinent pour évaluer l'estime de soi et les représentations du corps. Elle consiste à indiquer en visualisant neuf silhouettes de corps féminin et masculin, représentées d'un corps mince à un corps corpulent, la silhouette qui correspondrait le mieux au corps actuel de la personne (corps perçu) et celle qu'elle souhaiterait avoir (corps idéal). La différence relevée entre le corps perçu et le corps idéal est un indicateur de l'insatisfaction corporelle (Mendelson et al., 2001). Si le corps perçu désigné est plus large que le corps idéal, cela indiquerait un désir d'être plus mince. A l'inverse, si le corps perçu est plus mince que l'idéal, l'individu souhaiterait prendre du poids. Les résultats de cette étude indiquent que les femmes choisissent majoritairement un corps idéal plus mince que leur corps actuel.

4. L'unité d'Enseignement Externalisée

4.1. Présentation du dispositif

L'Unité d'Enseignement Externalisée (UEE) est un dispositif d'externalisation d'unités d'enseignement, localisées jusqu'à présent dans des établissements médico-sociaux vers des

écoles ordinaires à temps partiel ou temps complet. L'unité que je présente dans cet écrit est délocalisée d'un Institut Médico-Educatif (IME) vers un collège de la région.

Les UE sont apparues en 2009 bien que la scolarité dans les structures médico-sociales soit déjà inscrite dans les textes dès 1978. Elles font suite à la **loi du 11 février 2005** portant sur « l'égalité des droits et des chances et la participation de la citoyenneté des personnes handicapées ». L'objectif de cette loi est de tendre vers une inclusion adaptée en fonction des besoins de chaque élève et de leur permettre une égale scolarisation. Tout enfant et adolescent doit pouvoir avoir accès à une scolarité et doit pouvoir être accueilli dans l'école la plus proche de chez lui. Comme l'explique le site internet de l'Education Nationale et de la Jeunesse **Eduscol**, « chaque projet d'école et d'établissement doit comporter un volet sur l'accueil et les stratégies d'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers ». On passe donc « d'une stratégie d'intégration » (l'enfant doit se conformer au système éducatif) à « une stratégie d'inclusion » (le système éducatif s'ajuste à l'enfant).

L'inclusion est issue du latin « inclusio » qui signifie « état de quelque chose qui est inclus dans un tout, un ensemble ». Aujourd'hui, ce terme renvoie au processus d'insertion sociale et d'intégration économique. L'inclusion d'individus en situation de handicap dans des établissements scolaires ordinaires ou bien au travail est essentielle et démontre un changement positif de la vision sociétale. Effectivement, ces personnes doivent avoir une place égale à tous et pouvoir participer pleinement à leur autonomie et indépendance. Les structures doivent ainsi s'adapter et contourner les obstacles liés à l'accessibilité des personnes en situation de handicap pour garantir l'accès à l'éducation ou à l'exercice d'une profession. Cette inclusion permet également une vision plus réaliste du handicap, de la déficience et de la différence, permettant une diminution significative des représentations péjoratives et des stéréotypes les concernant. Elle est un tremplin à l'ouverture d'esprit et à l'entraide pour tous.

D'après une étude de **Doré et al.** (1999), l'inclusion « favoriserait le développement d'habiletés sociales et permettrait aux jeunes ayant une déficience intellectuelle d'interagir avec des pairs plus nombreux (handicapés et non handicapés) [...] L'institution spécialisée offre au contraire des possibilités de rencontres plus limitées et la présence des mêmes personnes n'oblige pas à mettre en œuvre des capacités d'adaptation structurantes pour la vie relationnelle » (Picon, 2009)

4.2. Le cadre de l'Unité d'Enseignement Externalisée

L'unité d'Enseignement externalisée dispose d'une classe fixe que les adolescents visualisent comme refuge et lieu d'ancrage. C'est dans cette classe qu'ils bénéficient d'un temps pédagogique en grand ou petit groupe avec l'enseignant ou l'éducateur. Les temps de classe sont personnalisés et individualisés en tenant compte des capacités, difficultés et intérêts de chacun.

Les temps de récréation et de repas sont les mêmes que pour les autres collégiens de l'établissement, ce qui participe à l'inclusion scolaire.

Les adolescents de l'UEE sont présents le lundi, mardi, jeudi et vendredi. Ils arrivent le matin de l'IME en minibus, accompagnés de l'éducateur. Leur journée commence par le même rituel ; un temps de discussion au sujet du week-end de chacun et des activités réalisées. Cette discussion permet de ne pas séparer l'UEE du lieu de vie de l'adolescent, mais de tisser un lien entre les deux pour que cela reste une continuité pour les jeunes. La matinée se poursuit par une expression et une compréhension orale autour des informations importantes comme la date et la présentation de la journée.

La semaine s'organise par des temps de classe en demi-groupe assurée par l'instituteur, et des temps de médiations éducatives avec l'autre demi-groupe aux côtés de l'éducateur le matin et l'après-midi. Ces temps éducatifs basés sur les intérêts de chaque jeune présent dans l'UEE se déroulent dans diverses salles comme le CDI, le foyer, la salle informatique, le gymnase..., vecteur d'inclusion par les rencontres qui y sont possibles. La localisation du collège est propice à l'aménagement de cette UEE. Le cadre est apaisant par les bois qui entoure la structure, la cour de récréation propose divers espaces distincts où différentes activités y sont proposées, les couloirs sont larges et lumineux, une salle leur est dédiée et beaucoup d'ateliers sont envisageables dans les locaux (musique, sport, potager...).

Le mardi, la psychologue est présente sur la structure et s'entretient avec les jeunes. Le vendredi après-midi est le temps consacré aux séances de psychomotricité.

La journée se termine à quinze heures trente par un bilan de la journée en classe entière puis une collation avant que les adolescents rejoignent l'IME.

4.3. Un enjeu essentiel : l'inclusion

Cette unité récente est innovante puisqu'elle permet la scolarisation des adolescents dans un collège ordinaire et participe ainsi à l'inclusion scolaire. Ce dispositif diffère du dispositif d'Unité Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) car les enfants ou adolescents restent également inscrits dans l'établissement médico-social. Elle permet d'offrir la possibilité d'une inclusion tout en respectant les difficultés et besoins spécifiques de chaque jeune. Le bénéfice pour le jeune est valorisant et stimulant.

Cette externalisation d'une classe d'un institut médico-social est aussi bénéfique dans la sensibilisation et l'évolution de la vision du handicap dans le milieu « ordinaire » auprès notamment du personnel du collège qu'il soit enseignant ou administratif mais aussi des autres adolescents de l'établissement. Du côté des adolescents sans handicap qui vivent quotidiennement auprès des jeunes, cela participe à déconstruire les préjugés et réduire la stigmatisation. « L'enjeu de l'école inclusive est ici de préparer la société de demain au vivre ensemble, et pas seulement de permettre aux élèves en difficulté de bénéficier du droit à la scolarité en milieu ordinaire. L'inclusion scolaire doit permettre la mixité, promouvoir ce mélange, par la mise en avant de la valeur additionnelle de chacun des élèves, tous porteurs d'un potentiel de compétences à valoriser ou développer » (Cabaribère, 2019, p61-73).

Il ne s'agit pas de voir les élèves accueillis dans l'UEE comme « handicapés » de quelque chose et différent des autres mais bien comme des personnes uniques et singulières avec, comme tout un chacun, ses forces et ses fragilités, ses intérêts et ses envies d'adolescents. Les mots employés par l'éducateur présent sur la structure viennent étayer ces propos ; « les élèves accueillis se présentent donc avec des personnalités très différentes, des caractéristiques très hétérogènes d'une richesse inouïe pour nous qui avons à les accompagner au quotidien ».

L'inclusion dans un collège ordinaire pour les jeunes de l'IME revêt donc un double enjeu ; la permission d'une association aux autres adolescents pour favoriser les liens sociaux et l'intégration, valorisant pour l'estime de soi. Mais elle rend également possible la mise en place d'un programme adapté aux besoins de chaque enfant pour les valoriser et renforcer positivement leurs apprentissages. Selon plusieurs études, il est observé « [...] une perception plus positive, par des enfants et adolescents DI, de leurs compétences, particulièrement

lorsqu'ils sont scolarisés en classes spéciales » (Nader-Grosbois, 2020). Cette valorisation est vécue comme une protection narcissique face à la peur de l'échec. Il n'est pas rare que les collégiens d'une classe spécialisée investissent énormément les apprentissages scolaires, et c'est justement le cas dans cette Unité où les élèves demandent régulièrement des devoirs à faire à la maison.

4.4. Le rôle de la psychomotricité au sein de l'Unité d'Enseignement Externalisée

La psychomotricité est reconnue comme pratique professionnelle paramédicale depuis 1988, et est réglementée par un décret de compétence. Cette profession est accessible à la suite de l'obtention d'un Diplôme d'Etat. Elle fait le lien entre la motricité, les émotions, la sensorialité et la cognition.

Un suivi en psychomotricité optimal est conjoint ou précède un accompagnement pluridisciplinaire selon les besoins de la personne. « Les bilans cités [...] peuvent mettre en lumière d'autres difficultés qui, une fois traitées, peuvent réduire l'impact de certains troubles psychomoteurs. [...] Il est important de comprendre que ce sont les conclusions des divers bilans qui permettent de poser un diagnostic fiable. » (Bonneil & Meunier, 2020). Il est aussi nécessaire de rester en lien avec le milieu scolaire et familial dans le cas d'enfants ou d'adolescents pour englober l'individu dans une vision écosystémique.

« Que le psychomotricien ait une approche fonctionnelle ou relationnelle, chaque prise en charge de patient est unique et cherche à faire le lien entre les dynamiques motrices et psychiques du sujet » (A. Bonneil, C. Meunier, 2020). Il est nécessaire de proposer des activités que le patient apprécie, qu'il investit et qui le valorise. Cela peut passer par des jeux, des parcours psychomoteurs, du sport dans une visée thérapeutique, de la relaxation, ou encore des médiations comme la danse. Le corps a une place centrale en psychomotricité. Il est corps en fonction mais aussi corps en relation.

La psychomotricité peut être indiquée dans le cas de déficience intellectuelle en permettant à la personne de rester le plus autonome possible. Elle est considérée dans sa globalité, avec ses forces et ses fragilités. Dans le suivi auprès d'adolescents, il est important et nécessaire de soutenir le maintien d'une scolarité. L'accompagnement proposé en

psychomotricité est évidemment tributaire du degré de déficience intellectuelle ainsi que des troubles associés ou comorbidités.

Le bilan psychomoteur réalisé met communément en évidence chez les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle ;

- Des troubles de la régulation tonique
- Des troubles de la motricité fine
- Des troubles de la motricité globale
- Des troubles du schéma corporel
- Des troubles temporo-spatiaux

« Le décret des compétences de cette profession stipule que les psychomotriciens apportent par leur contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles [...] » (Pireyre, 2014, p217)

4.4.1. Déroulement des séances en psychomotricité

Les séances de psychomotricité au collège avec les adolescents de l'UEE se déroulent le vendredi après-midi. Nous arrivons avec ma maître de stage en début d'après-midi et rejoignons les adolescents, l'éducateur ainsi que l'enseignant en récréation. Nous prenons un temps d'échange entre adultes pour discuter des nouvelles de la semaine et de l'organisation de l'après-midi. Les jeunes étant en inclusion avec les autres adolescents du collège pendant ce temps, c'est également un moment d'observation de leurs interactions.

S'en suit un temps de regroupement collectif dans la classe, puis nous nous dirigeons vers le gymnase pour commencer les activités. Ces activités sont variées dans leurs propositions mais s'organisent autour d'une temporalité bien définie ; nous commençons par une activité de groupe favorisant les échanges entre les jeunes, puis un temps où deux groupes peuvent se former et où nous choisissons ensemble un jeu qui peut être différent pour que chacun puisse l'investir pleinement. La séance est complétée par un temps calme avec une musique de relaxation. Ce temps permet d'apaiser les tensions et de relâcher le corps après l'avoir sollicité dans des activités plus dynamiques. Elle se termine par un temps de verbalisation pour discuter autour de la séance passée.

L'enjeu principal de la psychomotricité vis-à-vis des adolescents présentant une déficience intellectuelle est de participer à l'acquisition davantage d'autonomie dans leur vie

future en assistant et consolidant leurs acquisitions psychomotrices et leur confiance en soi. La psychomotricité auprès des jeunes de l'Unité d'Enseignement Externalisé s'inscrit dans un accompagnement le plus individualisé possible. Le choix des ateliers psychomoteurs est pensé en fonction de chacun, de ses capacités et de ses besoins et envies. Cette prise en considération des particularités de chaque a pour but de permettre à tous de trouver leur propre place au sein de ce groupe et qu'une cohésion puisse se former. C'est cette dynamique commune qui apporte de la richesse aux séances. En effet, chaque adolescent apporte quelque chose au groupe. Les séances s'organisent autour de ce que les jeunes aiment faire afin de lier apprentissages et plaisir.

Concernant ma place en tant que stagiaire, je me suis toujours sentie incluse dans les séances par la psychomotricienne ainsi que dans la classe aussi grâce à l'éducateur et l'instituteur. J'ai pu observer une évolution dans mes interactions avec les adolescents au fil de l'année. Notre participation aux séances et aux jeux proposés avec ma maître de stage a été bénéfique à la création d'une confiance mutuelle dans le groupe que nous formions. A la fin de l'année, les jeunes viennent me voir spontanément pour échanger et attachent une importance à me choisir dans leur équipe.

L'instauration d'un cadre thérapeutique est fondamentale dans la mise en œuvre de séances de psychomotricité. Le cadre thérapeutique, selon **C. Potel** (2010), « est ce qui contient une action thérapeutique dans un lien, dans un temps, dans une pensée ». Pour être optimal, il englobe différents aspects primordiaux en psychomotricité.

Il délimite un espace défini que l'adolescent repère facilement. Ce cadre permet la réception en toute sécurité des expérimentations sensorielles et motrices, mais aussi des pulsions et excitations. Cet espace n'est pas rigide mais souple, permettant l'adaptation à la singularité de chaque individu. Le cadre des séances de psychomotricité à l'UEE se matérialise spatialement par le gymnase du collège où nous nous retrouvons tous les vendredis. Ce n'est donc pas une salle de psychomotricité, mais les jeunes ont bien repéré que cet espace était dédié aux séances. Le gymnase reste rangé et les jeux sont hors de leur vue pour ne pas provoquer davantage de stimulations extérieures. Cela semble être un espace qui les sécurise car connu par tous et maîtrisé. Ils s'épanouissent dans ce cadre et laissent libre cours à leur imagination et leur expressivité en se l'appropriant.

Le cadre thérapeutique est contenant par sa structuration temporelle notamment par les notions de durée, de rythme et de succession. Les séances de psychomotricité sont délimitées dans le temps par la durée de séance de quarante-cinq minutes et sont ritualisées tous les vendredis. Cela permet de fournir des repères aux adolescents. Ils intègrent ainsi le jour et l'heure des séances et son déroulé qui reste communément le même. Cela leur permet de se sentir contenus et sécurisés et de vivre la séance pleinement.

Les séances impliquent aussi que nous mobilisons notre corps simultanément à celui des jeunes, le corps étant le premier outil de travail du psychomotricien. Ce cadre thérapeutique ne peut être partagé et investi par les jeunes qu'à condition que nous engagions nous même notre corps dans l'espace et le temps de la séance. Cela est notamment important pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle afin de favoriser l'imitation. Mais ils semblent aussi prendre du plaisir à nous observer dans les mêmes libérations motrices et gestuelles qu'eux et impliquées dans les mêmes activités.

Nous proposons lors d'une séance en avril une balle aux prisonniers. Je suis souvent touchée par les adolescents et je finis régulièrement derrière la ligne adverse, en prison. Je me rends compte à ce moment que cela devient un but de continuer à me viser. Ils semblent prendre conscience qu'il est aussi possible pour des personnes adultes sans troubles notables de ne pas esquiver tous les ballons et d'être comme eux, parfois en difficulté. Ce fut un moment de complicité et nous avons beaucoup ri de cette situation. J'ai ensuite senti que les jeunes étaient beaucoup moins dans la retenue de leurs mouvements. Tiphaine qui d'habitude n'investit pas beaucoup les activités et ne veut faire que celles qu'elle aime, a pris beaucoup de plaisir à échapper aux touches et continuait de jouer même lorsqu'elle était touchée.

Le cadre thérapeutique est aussi présent pour que l'adolescent puisse y déposer ses inquiétudes et questionnements. Il va venir délimiter l'extérieur, parfois source d'angoisses car en lien avec l'incontrôlable, le relationnel, et l'intérieur, fondement de la sécurité interne.

4.4.2. Présentation des adolescents de l'Unité d'Enseignement Externalisée

L'UEE accueille sept adolescents de onze à seize ans présentant une déficience intellectuelle avec la présence de trouble(s) associé(s) tels que des troubles des

apprentissages, des troubles psychomoteurs et/ou des troubles affectifs (inhibition, agressivité...).

Basile a 14 ans lors de la rédaction de mon mémoire. Il est l'aîné d'une fratrie composée après lui de deux jumeaux ; une fille et un garçon. Il intègre l'Unité d'Enseignement Externalisée au mois de mars 2021, dans un premier temps à temps partiel puis depuis septembre 2022 à temps complet. Basile est un enfant autonome dans ses actes quotidiens au collège. En revanche, c'est un enfant très ritualisé avec de fortes angoisses qu'il tente de masquer sous beaucoup de contrôle. Lors des séances de psychomotricité, Basile semble avoir besoin de tout gérer, de la composition des équipes à la couleur du plot posé par terre pour délimiter le terrain. Sa flexibilité est très limitée, et il peut vite se montrer très perturbé si nous n'écoutons pas ses indications. Le calme paraît source d'anxiété pour Basile qui éprouve du mal à garder le silence. C'est un enfant très souriant et impliqué dans les séances. En psychomotricité, un travail pour essayer de passer de la maîtrise à davantage de lâcher prise et de confiance en lui serait nécessaire.

Felix est âgé de 12 ans. Il intègre l'UEE en septembre 2022. Il est autonome dans ses démarches mais a encore besoin d'étayage concernant les règles qui régissent la vie au collège. Le contexte familial est compliqué, ce qui provoque beaucoup d'angoisses et tensions chez Félix. Toutefois, il se sent assez en confiance dans le dispositif pour se confier à l'équipe éducative. Il est intégré dans l'univers du collège et joue régulièrement au ping-pong avec les adolescents. Félix a parfois du mal à canaliser ses émotions qu'elles soient positives ou négatives et peut vite agir de façon impulsive. Cette impulsivité a un impact sur sa régulation tonique et ses praxies, en effet Félix semble parfois maladroit et se précipite, engendrant un déficit dans son contrôle moteur et gestuel. Il semble important de l'accompagner à ce niveau en essayant de l'aider à mieux intégrer ses ressentis, sans les enfouir mais plutôt les exprimer de manière plus appropriée. Acquérir une régulation tonique plus ajustée lui donnerait plus d'aisance dans ses mouvements et un meilleur ancrage.

Giulia a 13 ans et fait partie de l'UEE depuis septembre 2021. Elle vit chez ses parents et a une sœur de 19 ans. Les premières difficultés sont repérées par ses parents dès l'entrée en maternelle car Giulia ne parlait pas. Par la suite, il sera constaté un retard de langage se manifestant par un problème d'articulation et de prononciation. Un retard dans le

développement des apprentissages sera aussi identifié, et des difficultés en motricité fine pénalisent l'écriture en cursive. Giulia est une adolescente très participante dans les activités proposées. Elle est très investie dans les apprentissages scolaires et demande régulièrement du « travail ». Concernant la relation avec ses pairs, Giulia peut vite envahir l'espace personnel de l'autre en leur parlant très proche ou en leur tenant la main sans approbation préalable. Cela se manifeste davantage avec les filles de l'UEE. Giulia peut parfois manquer de confiance en elle et n'ose pas s'exprimer à l'oral du fait de son retard de langage. Si nous lui posons une question, elle peut regarder la personne qui est à côté d'elle et la fixer en souriant pour ne pas répondre. Il semble important de l'accompagner dans la verbalisation de ses émotions en travaillant sur l'élaboration de ses ressentis corporels ainsi que dans son affirmation de son identité propre, différenciée d'autrui. L'appréhension de son corps est aussi un aspect important chez Giulia qui perçoit que son corps change avec la puberté. L'apparition notamment des premières règles et de ressentis corporels inconnus peuvent parfois l'inquiéter. Un travail autour de la sensibilisation à la vie affective et sexuelle serait bénéfique.

Tatiana est une adolescente de 12 ans, qui a intégré l'UEE en septembre 2021. Elle vit chez ses grands-parents, avec une visite chez ses parents un week-end sur deux ainsi que lors des vacances scolaires. Elle présente un retard intellectuel moyen, un retard global du développement, un retard psychomoteur ainsi que des troubles du langage autant dans le versant expressif que compréhensif. Ces difficultés impactent ses apprentissages scolaires. Elle est très indépendante dans les activités quotidiennes au collège et investit les temps libres de façon complètement autonome. Cependant, elle a lié peu de relations stables avec les autres collégiens, et reste donc le plus souvent avec les jeunes de l'UEE. Tatiana a une attitude en miroir vis-à-vis des figures parentales féminines qu'elle imite beaucoup dans sa façon de parler notamment. Sa perception de la réalité interroge car nous remarquons rapidement qu'elle peut se créer une vie imaginaire à propos d'elle, de sa famille, de ses amis et de ses activités. Elle peut par exemple nous dire très souvent qu'elle joue au foot tous les soirs de la semaine dans un club, ou nous parler d'une personne connue sur les réseaux sociaux qui serait venue à son domicile lui offrir un pull. Cette façon de créer un monde parallèle à sa vie réelle peut montrer une envie de combler des besoins affectifs et sociaux profonds. C'est une adolescente plutôt directive avec ses pairs qui semble préférer les relations duelles notamment avec Philippine et peut ainsi exclure avec autorité Giulia. L'accompagner à favoriser davantage son

individuation psychique et délaissier ce collage des paroles ou désirs des adultes ou de ses pairs serait bénéfique. Tatiana a besoin que nous l'accompagnions à trouver sa place avec les autres. Il faudrait l'aider à verbaliser ses propres besoins et désirs et s'ancrer davantage dans la réalité, bien que ses capacités d'imagination soient une qualité qu'il est important qu'elle conserve. Sur le plan moteur, on note une raideur tonique très prononcée au niveau des membres supérieurs et inférieurs, qui influe sur son adresse et ses coordinations.

Philippine a 13 ans et est arrivée sur l'Unité en septembre 2022. C'est une adolescente souriante mais inhibée, qui reste beaucoup accrochée à ses repères du collège, notamment Tatiana qui semble la sécuriser face à l'environnement du collège. Elle n'investit pas du tout les relations avec les autres adolescents du collège. Sur le plan postural, Philippine présente une nette asymétrie corporelle avec son épaule gauche plus basse que la droite. Elle se place toujours en appui sur sa jambe gauche, avec sa tête penchée du côté droit. Nous nous posons la question d'un problème orthopédique important qui impacte sa posture. Effectivement, Philippine porte les mêmes sandales très abîmées tous les jours. Lorsqu'une demande pour des chaussures de sport est faite par l'équipe éducative pour que Philippine puisse participer pleinement aux activités sportives et de façon sécurisée, les parents refusent dans un premier temps de lui acheter de nouvelles chaussures. Ce n'est que vers le mois de mars que Philippine viendra avec des chaussures de sport. Mais les portant tous les jours, elles finissent par s'abîmer rapidement.

Philippine présente une forte sensibilité et une difficulté dans la gestion de ses émotions. Elle peut se montrer très stressée si nous lui posons une question devant la classe et se fige, cherchant le regard d'une de ses camarades. Elle fond en larmes si nous insistons un peu et que la demande est trop directe à son encontre. Il peut être bénéfique d'accompagner Philippine dans l'expression de ses envies et émotions dans le cadre sécurisé qu'est la séance de psychomotricité. L'accompagner à avoir davantage confiance en elle serait un soutien pour l'engagement dans une motricité en relation auprès de ses pairs et des adolescents de son entourage. C'est finalement une boucle fermée, car en allant vers les autres, Philippine aura une meilleure estime d'elle-même.

Pierre a 16 ans et est le plus âgé de l'UEE. Il est arrivé en mars 2021. C'est un jeune plutôt avenant et respectueux, mais aussi discret et sensible. Il est souvent camouflé sur les temps informels, derrière un masque qu'il continue de porter, ou bien sa capuche. Pierre reste

plutôt en retrait face aux personnalités plus fortes de l'Unité. Il semble avoir bien investi les séances de psychomotricité puisqu'il est très actif et participatif, alors qu'il nous a été mentionné qu'il venait peu l'an dernier. Pierre présente des difficultés motrices et de coordination entre le haut et le bas du corps ce qui le rend parfois un peu maladroit et peu confiant dans ses gestes. C'est aussi difficile pour lui lorsqu'il s'agit de mettre son corps en jeu pour exprimer ses émotions ou être dans l'imitation. Étant le plus âgé avec une différence d'âge assez importante, il semble parfois en décalage avec les envies du reste du groupe et préfère s'identifier aux autres collégiens avec qui il reste la plupart du temps en récréation. Pierre semble vouloir se défaire de cette étiquette de l'UEE en s'extériorisant vers les autres jeunes du collège bien qu'un décalage soit inévitable, mais il semble aussi apprécier la sécurité de ce groupe qu'il connaît et dans lequel il se sent intégré. Un accompagnement dans l'amélioration de sa motricité serait favorable à davantage d'affirmation et une meilleure confiance en soi.

Tiphaine est âgée de 11 ans. Elle est présente dans le dispositif depuis septembre 2022. C'est une jeune adolescente avec une déficience intellectuelle marquée. Une forte sensibilité sur le plan sensoriel est observée, notamment auditive. Elle recherche les endroits calmes et rassurants comme le foyer du collège, même lors des récréations. Elle a besoin de la présence presque constante d'un adulte car elle peut vite être angoissée face aux situations qui manqueraient de contenance. Tiphaine s'alimente très peu ce qui a été très surveillé au cours de l'année car cela engendre beaucoup de fatigue et de désorientation, ainsi que des maux de ventre qu'elle verbalise. Elle est en décalage vis-à-vis du groupe et peu en interaction. Elle peut se sentir perdue lorsqu'elle s'éloigne du groupe et des adultes mais à l'inverse persécutée lorsqu'elle en est trop proche. En revanche, elle peut facilement exprimer ses émotions positives ou négatives. C'est souvent par une médiation ou un jeu collectif qu'elle peut s'inscrire véritablement dans une dynamique collective. Il est important d'aider Tiphaine à mettre du sens sur ses apprentissages mais aussi sur les actions qu'elle entreprend pour améliorer ses vécus d'angoisse. Le cadre rassurant et sûr de la psychomotricité est un bon étayage à cet accompagnement.

Depuis le début de l'année où je suis présente sur l'Unité, j'observe que le processus qu'est l'adolescence et ses nombreux remaniements prennent une place majeure dans la vie des jeunes de l'UEE. Malgré leurs différences, on retrouve chez la plupart beaucoup d'anxiété. Celle-ci s'exprime de multiples façons mais elle renvoie bien souvent à une estime de soi altérée et un défaut d'appropriation et d'habitation de son corps. Au-delà des difficultés motrices objectives, les jeunes démontrent de réelles capacités dans pleins de domaines, mais celles-ci sont souvent freinées par leur peur de l'échec. Il existe aussi également un défaut de représentation corporelle qui ne leur permet pas de s'adapter de manière ajustée à leur environnement. Les repères spatiaux allocentrés ne sont pas efficaces. Des troubles de la régulation tonique se retrouvent chez la majorité d'entre eux. Un accompagnement dans la revalorisation de leur estime du corps est pertinent.

J'observe majoritairement chez les filles du groupe beaucoup de collage et de mimétisme qui laisse peu de place à l'expression de leur propre personnalité et individualité. C'est le cas notamment de Giulia et Philippine. Tatiana et Tiphaine peuvent davantage s'exprimer en leur nom, mais cela reste davantage centré sur des sujets peu profonds. L'estime de soi reste fragile et on observe une grande difficulté à exprimer leurs besoins et envies.

Chez les garçons, le manque de confiance et les angoisses s'expriment principalement à travers des débordements, de l'impulsivité ou un besoin constant de contrôle. Seul Pierre, le plus âgé de tous, qui s'oriente maintenant plus vers le chemin du monde adulte, semble être davantage maître de ses émotions. Ses difficultés se perçoivent majoritairement dans sa motricité, ce qui semble être la principale source de dévalorisation pour lui.

L'inclusion semble participer à la valorisation des adolescents du dispositif. Le regroupement de jeunes en situation de handicap dans un milieu ordinaire tout en restant spécialisé peut avoir un effet de renarcissisation car ils restent intégrés aux autres adolescents du collège mais se retrouvent entre eux lors des temps de classe et l'apprentissage scolaire est adapté à leur niveau. Les adolescents de la classe sont très soudés et aidant les uns envers les autres. La notion de déficience est intégrée et n'est pas un sujet tabou. Le fait de faire partie intégrante d'un collège accueillant des adolescents sans déficience ou handicap leur permet aussi de se socialiser, de vivre les mêmes choses que tout un chacun et de se sentir adolescent à part entière. En effet, quelques jeunes de l'UEE semblent parfaitement intégrés

à certains groupes d'adolescents. D'autres présentant une déficience intellectuelle plus marquée, ne sont pas dans cette recherche d'affiliation aux adolescents du collège mais les côtoient quand même quotidiennement ce qui reste un bénéfice à leur intégration sociale. Les différentes personnalités des adolescents de l'UEE créent une dynamique très porteuse dans le groupe où chacun y trouve sa propre place. Les plus inhibés, car parfois les plus conscients de leur différence sont soutenus par ceux moins conscients et plus spontanés pour s'intégrer dans une motricité en relation. Par ailleurs, les moins conscients de leurs difficultés ont des supports identificatoires concernant les codes sociaux et le savoir vivre ensemble.

5. La psychomotricité comme soutien de l'estime de soi chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle en Unité d'Enseignement Externalisée

5.1. L'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle

Les adolescents présentant une déficience intellectuelle sont impliqués dans le même processus pubertaire et identitaire que les autres adolescents. De manière générale, l'adolescence est une étape source de dévalorisation de l'estime de soi et de l'investissement narcissique du jeune.

Il existe peu d'écrits relatant l'évaluation de l'estime de soi des adolescents présentant une déficience intellectuelle. Celle-ci peut d'ailleurs être très dissemblable en fonction de chacun du fait de son vécu et de son environnement social et familial.

Selon mes recherches, étayées par mes observations cliniques lors de mon stage, l'estime de soi des adolescents présentant une déficience intellectuelle pourrait être impactée par différents facteurs.

Le degré d'altération intellectuelle de l'adolescent pourrait en être le premier facteur. En effet, certains perçoivent une différence entre les autres adolescents de leur entourage et

eux-mêmes. Cette perception pouvant parfois les conduire à un déni ou un rejet de leurs difficultés et participer à une dévalorisation de soi.

D'autres adolescents, conscients aussi de leurs difficultés, vont rechercher la conformité en ayant des comportements allant dans le sens de ce que l'on pourrait attendre d'eux. Ainsi, ils recherchent l'acceptation et l'identification aux pairs.

Giulia est très en demande de devoirs à faire à la maison, comme si le fait qu'ils n'en aient pas dans le dispositif les différencie des autres collégiens. Elle investit aussi beaucoup les activités sportives comme le volley qu'elle pratique tous les vendredi midi avec les adolescents en classes ordinaires. Lorsque je suis allée la voir, elle était très souriante et semblait fière d'être intégrée aux autres adolescents.

Le manque de confiance en soi peut aussi s'exprimer par de la timidité et renforcer les difficultés d'intégration et l'isolement.

C'est le cas de Philippine qui investit peu les relations avec ses pairs mais qui privilégie les relations duelles, au début d'année avec Tatiana, puis avec Giulia. Giulia étant une adolescente très incluse auprès des adolescents du collège, Philippine se retrouve régulièrement seule en récréation.

Les jeunes avec une déficience intellectuelle plus marquée ne semblent pas toujours prendre en considération leur différence et semblent ne pas prêter attention aux moqueries ou regard des autres adolescents. C'est ceux-là que l'on peut voir dans la cour jouer à chat ou adopter des comportements plus enfantins que les autres adolescents du collège par manque de compréhension des codes sociaux et habiletés sociales. Mais ce n'est pas parce qu'ils semblent ne pas y prêter attention qu'ils sont totalement insouciants et que ça n'atteint pas l'estime qu'ils se portent. L'étude de **J. Weiss, T. Diamond, J. Demark** et **B. Lovald** en 2003 démontre que plus la déficience intellectuelle est profonde, plus les individus seront satisfaits d'eux-mêmes et se sentiraient inclus socialement.

Tiphaine s’amuse beaucoup seule en récréation à courir, ou se cacher derrière son manteau pour jouer à « caché-coucou » avec nous. Elle s’amuse particulièrement de nous entendre demander où elle peut bien être cachée. Elle ne semble pas du tout soucieuse du regard des autres ou du décalage qu’il pourrait y avoir entre leurs jeux et les siens. Mais depuis le début de l’année, les adultes évoluant autour de Tiphaine se rendent compte de sa perte d’appétit et de la sélectivité alimentaire dont elle fait preuve. Bien que cela ne soit qu’une supposition, cela peut être une façon pour Tiphaine d’exprimer à travers son corps un mal être qu’elle ne verbalise pas.

L’estime de soi pourrait être affectée par la difficulté à entretenir une relation amoureuse ou intime, alors que l’intérêt et l’envie sont autant présents que chez les adolescents sans déficience intellectuelle. L’adolescent cherche, dans ses relations, un renforcement narcissique. Mais c’est également la curiosité vis-à-vis des sensations nouvelles qui traversent son corps et son esprit qui le pousse à explorer sa sexualité.

La déficience intellectuelle est souvent associée à un défaut de symbolisation. Cela peut venir compromettre la contenance de des pulsions internes et du désir, source de souffrance et d’angoisse.

De surcroît, certains parents ont parfois du mal à accepter de voir évoluer leur enfant, tant sur le plan physique, biologique que psychologique. Cela peut créer des conflits intra-familiaux et accentuer la surprotection. L’adolescent est freiné dans la découverte de son corps, et des désirs qui l’assiègent. Il peut se sentir dans l’incapacité d’explorer ses désirs affectifs et sexuels. Les figures parentales refusent de reconnaître comme existants les désirs de leur enfant. Le rapport sexuel est vécu comme un acte souvent irresponsable. En effet, la présence d’une déficience intellectuelle accentue l’inquiétude des parents. D’autres, ouverts à l’idée que leurs enfants explorent leur sexualité, ne se sentent pas suffisamment compétents pour les éduquer à ce sujet. Cela peut aussi créer un manque d’information amenant à des comportements à risque comme les rapports sexuels non protégés.

Tatiana et Félix entretiennent une relation amoureuse depuis le début de l'année. Cette relation reste platonique et ne se manifeste que par quelques mots échangés et quelques moments passés ensemble. Mais Tatiana semble très heureuse de cela puisqu'elle nous en parle régulièrement. Un vendredi, l'éducateur nous explique que la maman de Félix a découvert la veille des messages entre les deux adolescents sur le téléphone de Félix. Ces messages ne mentionnent aucun propos choquant pour leur âge mais font état de leur plaisir d'être ensemble. Furieuse, la mère a supprimé les messages et interdit à son fils de reparler à Tatiana, même au collègue. Elle a ensuite informé l'éducateur et l'enseignant de son ressenti.

Cependant, dans ce contexte de sexualité et de sexualisation, le développement des réseaux sociaux peut aussi devenir dangereux pour les adolescents, encore peu alertes à ce sujet. Mais les jeunes présentant une déficience intellectuelle vont être davantage en difficulté pour comprendre les conséquences néfastes que l'exposition sur les réseaux sociaux de leur vie personnelle peut avoir. Les conversations virtuelles avec des inconnus malveillants peuvent avoir un retentissement dans la construction affective et la confiance en soi, déjà mise à l'épreuve. Cela prouve toute l'importance d'une éducation à la vie sexuelle, par des éducateurs formés à la question en prenant en considération les capacités de compréhension parfois plus limitées dans le cas d'une déficience intellectuelle. Le jeune pourra ainsi mieux comprendre son corps et son fonctionnement, et l'importance de la contraception.

Lors d'une discussion sur le temps de récréation, Philippine nous parle d'une personne qu'elle suit sur le réseau social Tik Tok. Interpellés, nous lui demandons si elle a un compte sur ce réseau ce à quoi elle répond par l'affirmative. Nous verbalisons notre interrogation et notre concernement auprès de Philippine puis entre nous par la suite car les réseaux sociaux ne sont normalement pas autorisés à son âge, et cela peut être dangereux. Elle nous montre aussi la danse de la série « Mercredi » sur Netflix, et nous explique qu'elle a un compte sans contrôle parental.

La déficience intellectuelle peut aussi amener les adultes évoluant autour de l'adolescent, à avoir des comportements de surprotection et d'infantilisation. Leurs conduites peuvent parfois paraître plus immatures et infantiles que celles des autres adolescents.

L'estime de soi peut être impactée car il peut finir par se penser comme certains le voit : un enfant. Cela peut aussi engendrer une dévalorisation vis-à-vis des autres adolescents ou du groupe auquel il tente de s'identifier. La surprotection peut engendrer une difficulté de se sentir soi, de vivre son corps et de se sentir capable, compétent dans les objectifs fixés.

Enfin, la dépendance pour de nombreuses choses au quotidien peut avoir un impact sur l'image de soi et l'estime de soi en tant que personne capable, dépendante et mature. En effet, la déficience intellectuelle peut venir impacter la perception corporelle et la conscience de soi et de son corps. Cela aura une incidence directe sur la motricité en relation avec son environnement ainsi que sur les sphères spatio-temporelles. L'adolescent se sent ainsi tributaire des décisions que l'adulte va prendre pour lui dans son quotidien et ne sera pas acteur de sa vie.

« Ces jeunes ne disent donc jamais qui ils sont mais affirment qui ils ne sont pas : ils ne sont pas handicapés et ne sont pas différents des jeunes qui ne présentent pas de déficience » (Picon, 2009). Cette phrase est vraiment le reflet de la revendication du groupe que représente le dispositif ; ne pas être catégorisé comme différent.

5.2. Quelques outils pour évaluer l'estime de soi et l'estime du corps

Pour objectiver ces propos auprès des jeunes de l'UEE sur l'estime de soi et leur satisfaction corporelle, j'ai choisi de m'appuyer sur divers outils. Cela était bien sûr sur la base du volontariat, et m'a permis d'apporter quelques éléments qualitatifs et cliniques à cet écrit. Seul Pierre a semblé très angoissé lorsque je lui ai demandé s'il acceptait de venir répondre à quelques questions avec moi m'expliquant qu'il « n'aimait pas parler de lui », je n'ai donc pas insisté.

J'ai utilisé deux auto-questionnaires préalablement présenté lors de ma partie concernant l'estime de soi et l'estime du corps chez les adolescents ; la *Body Esteem Scale for Adolescents and Adults* de **B.K Mendelson** et l'*Echelle d'estime de soi* de **M. Rosenberg**.

La déficience intellectuelle étant souvent associée à un retard de langage et de compréhension, j'avais conscience que cela risquait de rendre la réalisation des questionnaires compliquée. J'ai donc pris l'initiative de simplifier les mots pour qu'ils puissent être plus facilement compris et le réaliser avec eux en toute bienveillance et sans jugement. J'ai attendu la rentrée de janvier pour que les adolescents aient appris à me connaître et qu'ils

aient assez confiance en moi pour répondre aux questions librement. Cependant, les résultats obtenus semblent complètement biaisés par ma présence à leur côté.

Le biais de désirabilité sociale semble aussi jouer un rôle. Il s'explique par « la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable » (Hays, 1989) ainsi « qu'à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir » (Fisher, 1993). Les adolescents de l'Unité sont effectivement dans un souci constant de masquer leurs difficultés face aux autres. De plus, par mes différentes lectures, j'ai pu m'apercevoir que le même résultat était retrouvé dans certaines études. C'est le cas par exemple de celle réalisée par **F. Lemétayer** et **D. Kraemer** en 2005, au moyen de l'*Échelle Toulousaine d'Estime de Soi* (ETES). Il était retrouvé « [...] des scores significativement supérieurs chez des adolescents DI en classe spécialisée [...] par rapport à des adolescents TV (tout venant) [...] pour l'estime de soi globale » (Nader-Grosbois, 2020). Ces résultats peuvent témoigner du cadre protecteur et sécurisant que représente la classe spécialisée qui vient soutenir l'assise narcissique et identitaire du jeune. Mais cette surestimation d'eux-mêmes et de leurs capacités peut aussi être le reflet de la désirabilité sociale et de la peur de la stigmatisation. En se valorisant, le jeune enfouit son sentiment d'infériorité et se conforme à ce que l'on pourrait attendre de lui et de ce qu'est la norme.

Les jeunes répondaient donc majoritairement des réponses allant dans le sens d'une estime de soi positive. Ce sont les arguments pour étayer leurs propos qui étaient parfois en discordance avec la réponse aux items. À l'item « j'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre » de la *Body Esteem Scale*, Tatiana répond que non.

Tatiana et Basile indiquent qu'ils ne sont « pas totalement d'accord » avec la phrase « Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens ». Cela souligne une conscience des limitations qu'engendrent la déficience intellectuelle.

En revanche, il en ressort davantage pour les filles une inquiétude vis-à-vis de leur poids. Aux items concernant l'apparence corporelle de la *Body Esteem Scale* « je suis satisfaite de mon poids », « j'aimerais être plus beau/belle » « j'aime vraiment mon poids » Giulia et Tatiana indique qu'elles n'en sont jamais satisfaites. Tiphaine, qui s'exprime peu sur ses troubles alimentaires, peut ce jour m'indiquer qu'elle est préoccupée par l'envie de prendre du poids. Philippine reste très en retrait lors du questionnaire et développe peu ses réponses. Elle

répond majoritairement ce qu'elle pense être attendu. Les filles présentent des scores dans la moyenne pour les deux questionnaires.

Les garçons ont un score dans la moyenne haute à l'*Echelle d'Estime de Soi* ainsi qu'à la *Body Esteem Scale*. Les items où ils sont le moins fréquemment d'accord sont aussi ceux relatifs à leur corps ; « je suis fier de mon corps », « j'aime ce que je vois dans le miroir ».

Conjointement aux questionnaires, j'ai présenté aux jeunes l'échelle *The Figure Rating Scale*, mentionnée précédemment également. Cette échelle permet d'apprécier davantage la satisfaction corporelle et l'estime du corps. Les adolescents devaient sélectionner quelle silhouette représente leur corps actuel, puis quelle silhouette évoquerait le plus leur corps idéal. Par souci de clarté dans mes propos, j'ai numéroté les silhouettes de 1 à 9, la numéro 1 étant équivalent à la silhouette la plus fine, et la numéro 9 à la silhouette la plus corpulente.

J'observe pour la plupart une discordance entre la perception de leur corps et la réalité. Les filles désignent toutes une silhouette plus mince que leur corps réel. Lorsque je leur demande de me montrer le corps qu'elles souhaiteraient avoir dans l'idéal, elles pointent toutes la silhouette 1 ou 2. Seulement Tiphaine a une vision assez réaliste de son corps perçu puisqu'elle pointe la silhouette numéro 2. Se nourrissant peu, elle est effectivement très mince. Elle indique la silhouette numéro 4 pour le corps idéal, qui représente une silhouette féminine de corpulence normale.

Pour les garçons, la perception de leur corps est plutôt réaliste car ils pointent tous une silhouette dans la moyenne. Lorsque je leur demande de désigner le corps qu'ils aimeraient avoir, Basile désigne la silhouette numéro 5. Félix lui pointe la silhouette numéro 2, plus mince que celle désignée pour son corps perçu.

Un peu plus tard dans l'année au mois de mars, j'ai proposé aux jeunes deux autres activités ciblant plus particulièrement l'estime de soi. Certains adolescents comme Basile, Giulia ou Pierre n'ont pas souhaité participer.

La première activité consistait à colorier au crayon de couleur sur une silhouette féminine ou masculine les parties du corps qu'ils aimaient chez eux, et celles qu'ils aimaient moins. Tatiana colorie l'ensemble de la face avant de la silhouette féminine, mais ne colorie pas l'arrière. Lorsque je lui demande si elle souhaite colorier une partie qu'elle aimerait moins sur son corps, elle me répond que non car il n'y en a pas. Sa réponse est en adéquation avec celles

aux questionnaires ainsi que sa façon d'être au collège. C'est une adolescente assurée qui a besoin de prouver qu'elle a confiance en elle.

Philippine semble très en difficulté et gênée par ma présence lors de l'activité ainsi que celle de ma maître de stage, bien que nous ne la regardions pas. Nous décidons alors de nous excenter un peu pour lui laisser plus d'intimité, mais cela n'arrange rien. Elle réalise un trait difficilement visualisable au niveau des cheveux. Elle dit ensuite qu'elle ne sait pas ce qu'elle n'aime pas et ne colorie rien.

Félix colorie les bras et les jambes pour les parties du corps qu'il aime, et le torse pour la partie qu'il n'aime pas. Il m'explique qu'il aime ses bras et ses jambes pour pouvoir jouer au foot ou faire du sport. Quant à son torse, il n'apprécie pas cette partie de son corps car il souhaiterait avoir « plus de muscles ».

Tiphaine ne semble pas comprendre réellement la consigne et colorie la silhouette entière représentant le garçon d'une seule et même couleur pour les parties du corps qu'elle aime sur son corps. Elle colorie ensuite les mains pour celles dont elle n'est pas satisfaite.

Pour la dernière activité, je leur ai énoncé différents adjectifs et ils devaient m'indiquer lesquels étaient les plus caractéristiques de leur personnalité. Pour cette activité, ils ont tous accepté de me répondre. Les adolescents ont pour la plupart une vision assez réaliste de leur personnalité et savent dire quels traits principaux sont les représentent le mieux. Cependant, on retrouve le biais de désirabilité sociale lorsque je leur propose des adjectifs pouvant être définis comme des défauts tel que « menteur ». L'unanimité répond qu'ils ne sont pas menteurs, puisqu'ils ont dû intégrer que socialement le mensonge était défendu et mal perçu. Par ailleurs, j'ai pu observer que les adjectifs un peu plus abstraits comme « curieux », « sensible », « égoïste » ou encore « impatient » étaient difficilement compris. C'est lorsque j'énonçais des adjectifs basiques comme « joyeux », « drôle », ou « triste » que leurs réponses étaient les plus spontanées.

Après avoir appris à mieux connaître les jeunes et à comprendre quelle perception ils avaient de leur valeur et de leur corps, j'ai pu décomposer plusieurs facteurs nécessaires au travail de réaffirmation de soi en séance de psychomotricité pour ainsi aboutir à une estime de soi satisfaisante, et une meilleure valorisation de son corps.

5.3. Prise en charge psychomotrice

« Le psychomotricien est à la fois du côté des acquisitions, des expériences, des structurations psychomotrices en même temps qu'il est du côté de la construction identitaire étant donné la portée symbolique des engagements corporels. »

(Potel, 2016, p28)

La notion d'estime de soi n'est pas incluse explicitement dans le décret d'acte du psychomotricien. Pourtant, la psychomotricité a toute sa place dans la valorisation de soi et dans l'acceptation de son corps.

Les activités proposées lors des séances ne ciblaient pas spécifiquement l'estime de soi mais c'est à travers les différents aspects travaillés en psychomotricité comme le schéma corporel, l'image du corps, la régulation tonique ou bien l'intégration spatio-temporelle que nous avons pu accompagner les adolescents à davantage connaître leur corps, se le représenter et prendre du plaisir dans le mouvement. C'est par l'expérience du corps que l'adolescent accède à une meilleure estime de soi.

Par les ateliers mettant en jeu le corps (activité sportive, relaxation, motricité fine...), le but recherché est de favoriser une unité corps-psyché pour une amélioration de la conscience de soi. Le but est de donner au jeune des appuis, le résultat n'est pas vraiment ce qui nous intéresse. La destination importe peu, le principal est le chemin emprunté et les acquisitions qui s'ensuivent.

Il a été intéressant de repartir des sensations corporelles à travers l'exploration, la perception et la manipulation. C'est grâce à la mise en mouvement de son corps dans son environnement, qu'émergent chez l'individu des sensations qui se conscientisent dans son cerveau en perceptions. Les perceptions de ce qu'il ressent et éprouve, étroitement liées aux émotions, donnent lieu aux représentations sur le monde et sur soi. La psychomotricité peut venir étayer les sensations et les perceptions que le jeune a du mal à se représenter pour créer un sentiment d'unité corporelle.

5.3.1. Renforcer la construction psychocorporelle et l'image du corps : percevoir son corps unifié et différencié de l'autre

L'image du corps est le support du narcissisme et détermine le sentiment d'unicité. Elle implique une conscience du corps propre que nous allons nous représenter dans notre esprit.

L'image du corps étant étroitement liée à l'estime de soi, percevoir son corps tel qu'il est réellement par sa corpulence, sa taille mais aussi sa composition interne concourt à une estime de soi harmonieuse.

Nous avons cherché à mener les adolescents présentant une déficience intellectuelle vers une meilleure représentation de leur corps propre et ses limites, parfois presque inconnues.

L'enseignant propose aux élèves de dessiner leur squelette comme ils l'imaginent. La représentation du corps et de son intériorité semble vague tous. Philippine dessine une succession de carrés à l'intérieur de la silhouette. Giulia dessine les contours en séparant le corps en deux par un tracé vertical. Basile procède de la même façon, mais ajoute à son dessin une succession de rond à l'emplacement de la tête. A-t-il essayé d'y représenter toutes ses pensées ? Tiphaine fait des traits verticaux. Pierre, le plus âgé, est celui qui représente le plus de d'éléments du corps humain en dessinant la cage thoracique ainsi que les rotules des genoux. Cela rejoint l'approche par laquelle l'investissement de l'image du corps est dépendant de notre histoire personnelle, puisque Pierre représente ces deux éléments à la suite d'événements s'étant produits dans sa vie.

L'approche psychomotrice s'intéresse aux adolescents dans leur globalité et leur unicité en leur permettant d'être acteurs de leur corps aux moyens de différentes expériences psychomotrices qui les intéressent et les stimulent.

À chaque fin de séance, les adolescents choisissent une activité, et c'est par une décision commune que le choix est fait. Si certains n'ont pas envie de faire la même activité que les autres, alors nous essayons de diviser le groupe en deux pour que chacun puisse être actif et impliqué dans la proposition qui l'intéresse, permettant un plein investissement de l'activité. La base d'un accompagnement en psychomotricité repose sur la participation active du sujet, les jeunes doivent donc percevoir qu'ils ont le choix lors des séances pour y participer activement.

L'expression corporelle est protectrice d'une image du corps satisfaisante par l'apprentissage ou le renforcement de nouvelles séquences motrices. Par la prise de plaisir

dans le mouvement, l'adolescent va retrouver des sensations agréables. Cela participe à une restauration narcissique ; le jeune est fier de lui, fier de montrer ses capacités. En prenant conscience de son évolution, il prend davantage confiance en lui. Il est important de valoriser chaque adolescent du groupe individuellement pour ce qu'il est et ce qu'il est capable de faire, et leur faire prendre conscience que l'on peut être bon dans un domaine et en difficulté dans un autre, et que cela est valable pour tous.

La relaxation est aussi une médiation intéressante par la contenance qu'elle apporte et la prise de conscience de sa régulation tonique. Elle participe à la construction d'un sentiment de soi unifié. **N. Baste** définit la relaxation comme « une pratique psychosomatique qui consiste à induire chez le sujet, par différents procédés, un état de relâchement musculaire plus ou moins important et une modification de l'état et du niveau de conscience plus ou moins profond dans un but thérapeutique. » (Baste, 2014, p3-7). La relaxation implique la respiration, un des automatismes naturels et permanents de notre organisme, qui joue un rôle central dans la régulation tonique.

Pour participer à renforcer leur construction psychocorporelle et amener des sensations de bien-être liées à la détente, un temps calme était proposé à chaque fin de séance. Une prise de conscience de sa respiration et de sa régulation tonique était suggérée. Une attention devait être portée à ce qu'il se passe dans le corps ; la sensation des différents appuis sur le tapis, les parties pouvant être perçues comme chaudes, froides, lourdes, légères... Ce rituel de fin de séance a été très investi par les adolescents, même les plus dynamiques qui restaient calmes et respectueux de leurs camarades autour. Tiphaine semble avoir du mal à s'allonger et se retrouver face à elle-même. Elle reste silencieuse mais se lève, marche, se rassoit, puis repart. Félix est également dans l'incapacité de relâcher son tonus musculaire comme en témoigne ses décharges motrices. Il saute sur le tapis, se redresse sur les barres parallèles de gym, parle fort. Cela paraît être un besoin péniblement contrôlable puisque malgré nos sollicitations pour qu'il reste au moins assis, il lui faut quelques minutes pour contenir cette excitation.

La relaxation permet un retour à son corps et à l'accueil de diverses sensations pour ensuite pouvoir se les représenter et les formuler lors du temps de verbalisation à la fin du temps calme.

Elle permet aussi des modifications physiologiques telles que la diminution de la fréquence respiratoire et du tonus musculaire, mais aussi la sensation de chaleur ou de lourdeur.

Le groupe peut être porteur dans ce contexte. La verbalisation des ressentis de chaque peut conduire à une dynamique groupale intéressante notamment en amenant une vision sur son corps différente, à laquelle on n'avait pas pensé.

En plus de constituer un rituel de fin de séance, ce temps prend valeur de pause pour les adolescents. Il participe au retour sur soi et la prise de conscience de ses sensations.

Dans la déficience intellectuelle, il est régulier de retrouver des troubles de la régulation tonique et des vécus d'angoisse exprimés à travers le corps par des tensions ou de l'hyperactivité. La relaxation permet d'être attentif à son corps et davantage percevoir les tensions qui y résident. Mieux percevoir les signes d'alerte dans son corps permet par la suite de mieux pouvoir les contrôler. Cela se fait par une approche adaptée en fonction des capacités de chacun et en respectant ses limites. C'est pour ces raisons que le temps proposé reste court, de quelques minutes. Le cadre joue ici également un rôle contenant et sécurisant pour le jeune. Il se retrouve aussi dans la musique douce mise en place lors de ce moment pour contenir l'espace sonore.

La contenance se retrouve à travers la disposition prise par les adolescents sur le tapis lors de la relaxation, mais aussi par la difficulté à s'individualiser de l'autre. En effet, Philippine et Giulia sont toujours allongées côté à côté, et se tiennent la main. Elles sont dans une sorte de mimétisme mutuel et adoptent régulièrement la même position allongée. Loin du regard des autres, Philippine de nature très timide, se montre assurée et dynamique. C'est grâce à cette contenance apportée par le temps calme, la musique et cette sensation d'enveloppe qui les éloigne et les isole du reste du groupe, qu'elle peut rire et discuter avec Giulia.

J'observe au cours des séances une meilleure capacité de détente de la part des jeunes qui vont par exemple fermer les yeux de manière plus spontanée. Certains comme Philippine, Giulia, Tatiana ou Pierre s'installent rapidement en position allongée immobile et peuvent prendre conscience de leur respiration et de leur mouvement à l'intérieur du corps. Félix et Tiphaine peuvent au moins rester assis sur le tapis et contenir davantage leurs mouvements.

Comme proposé dans l'approche sensori-motrice de **A. Bullinger**, des exercices autour de la respiration mais aussi de l'enroulement ont permis d'étayer le sentiment d'unité en revenant à l'intégration de l'axe corporel. L'axe corporel représente le repère faisant la distinction entre nos deux hémicorps, droit et gauche mais aussi avant et arrière. Sa juste adaptation est essentielle pour explorer son environnement et interagir avec en percevant les différents flux sensoriels qui le composent. Mais l'axe corporel permet également le retour à soi, à son intériorité. Ainsi, l'apprentissage moteur, le développement postural et la conscience de soi sont tributaires d'un axe corporel intégré.

Pour aborder l'image du corps sans passer par la verbalisation car nous savons que la symbolisation peut faire défaut dans la déficience intellectuelle, nous avons proposé aux adolescents de s'allonger sur une grande feuille blanche et que l'un de leur camarade dessine ses contours. Ils perçoivent ainsi visuellement leur corps, sa taille mais aussi sa corpulence. Cet atelier a été très investi par les adolescents qui ont pris du plaisir à se dessiner mutuellement. Il a été plus difficile pour certains de pouvoir s'allonger et laisser l'autre inscrire une trace de leur corps sur la feuille. C'était en effet le cas pour Giulia qui annonce être trop grande pour pouvoir être dessinée.

5.3.2. Renforcer le schéma corporel et la conscience de son corps dans l'espace et le temps

Le corps est le principal référentiel spatial. Il permet d'être en lien avec soi, mais aussi avec autrui et l'environnement. Sa représentation ajustée est nécessaire à un juste investissement de ce et ceux qui nous entourent. Chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle, cette représentation et perception du corps et de soi se trouve altérée.

Lors d'un temps en classe, nous proposons aux adolescents de dessiner un bonhomme au tableau. Tatiana, Tiphaine et Giulia dessinent toutes un bonhomme en bâton présentant une disproportion des parties du corps comme la tête, les bras et les jambes. Cela souligne une certaine immaturité dans la représentation corporelle. Les garçons n'ont pas souhaité participer. Pour Philippine, cela a été un moment très angoissant de se retrouver au tableau, seule face au groupe. Par l'accompagnement et le soutien de ma maître de stage, elle dessine un sapin de Noël.

La psychomotricité joue un rôle de soutien dans cette (re)construction d'un sentiment de soi unifié, support du narcissisme et de l'estime de soi. La motricité est le point d'appui de l'intégration sensorielle, permettant la connaissance et l'investissement du corps dans un environnement maîtrisé. Accompagner l'adolescent dans la recherche de repères en partant de son corps va ainsi lui permettre de réorienter sa motricité et être acteur sur son environnement.

Impliquer son corps dans le mouvement et exprimer ses sentiments à travers l'expression corporelle permet ainsi d'extérioriser les conflits internes, mais aussi de travailler les coordinations et praxies souvent mises à mal à cette période, ainsi que l'équilibre, le contrôle et la maîtrise de son corps... L'adolescent investit son corps, le ressent, le vit sans aucun jugement. A une époque où la mise en mot de ses « maux » peut parfois être compliquée, l'expression corporelle peut permettre au jeune de s'exprimer par la communication non-verbale. L'expressivité par le corps qu'amène la psychomotricité est un atout majeur au concept d'estime de soi et d'estime de son corps. Par des activités adaptées aux capacités de chacun, l'adolescent prend du plaisir à travers sa motricité et sa sensorialité. Il peut ainsi se percevoir avec bienveillance. Ainsi, une meilleure maîtrise de son corps est valorisante. Par les activités proposées en séance mettant en jeu les différentes chaînes musculaires dans différentes postures, le mouvement impulsé et les sensations suscitées seront structurants pour l'axe corporel et le schéma corporel.

Lorsque nous jouons à « 1.2.3 soleil », Giulia a du mal à ajuster son énergie à l'activité qui nécessite une totale immobilité lorsque la personne qui compte au mur dit « soleil » et qu'elle se retourne. Giulia court pour rejoindre le mur, ce qui l'empêche de se stabiliser au mot, donc elle bouge et doit revenir à la case départ. Elle réagit alors par des rires de prestance, mais je ressens que cela est dur pour elle et que ces rires cachent une certaine frustration de ne pas arriver à rester immobile.

Félix, pris dans l'excitation et le plaisir du jeu, dénombre très vite et se retourne sans attendre de dire « soleil », ce qui rend l'anticipation de l'immobilité compliqué chez ses camarades.

Selon **B. Lesage** (2012) « s'éprouver comme un tout articulé nécessite de savoir distinguer les différentes parties de son corps ainsi que de pouvoir préciser les lieux où elles se relient, pour les intégrer dans un ordre global ».

Les activités sportives proposées souvent en fin de séance comme le foot ou le volley font plaisir. Elles impliquent le travail des coordinations et des dissociations ainsi qu'une représentation ajustée de son corps dans l'espace. Cela est important dans le cas des jeunes de l'UEE d'avoir un meilleur contrôle de leur corps pour venir soutenir l'estime de soi. Il est aussi nécessaire de leur faire prendre conscience de leurs capacités réelles. Effectivement, les enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle peuvent développer une perception altérée de soi allant dans le sens d'une sur ou sous-évaluation de leurs performances. « Ces survalorisations témoignent d'une revalorisation compensatoire même si elle est irréaliste, pour rééquilibrer le vécu d'échec » (Ninot et al., 2000, p.10). Mais cela peut provoquer une forte désillusion face aux adolescents du collège ordinaire, et nuire à l'estime que l'adolescent se porte.

Tatiana raconte souvent qu'elle joue tous les soirs au foot à la sortie de l'école et qu'elle est très performante. Elle est très enthousiaste lorsque nous proposons d'en faire. Je me rends ainsi compte que ce n'est pas évident pour elle de shooter dans le ballon, qu'elle manque à plusieurs reprises. Ses coordinations oculomotrices ne sont pas efficaces. Dans le domaine du foot, Tatiana aime se valoriser. Ce sport doit être important à ses yeux et s'imaginer qu'elle joue tous les soirs dans une équipe lui permet d'échapper à la réalité de ses difficultés.

En plus d'enrichir le schéma corporel, il est important d'agir sur la sphère spatio-temporelle qui participe à la perception de son corps dans un espace et un temps défini. « Mon corps est polarisé, je n'engage pas le même type d'actions et d'interactions avec l'arrière qu'avec l'avant, avec le haut qu'avec le bas. L'espace est de fait polarisé par cet engagement corporel et le repérage spatial est aussi repérage corporel. » (Lesage, 2018)

Les adolescents présents dans l'Unité éprouvent des difficultés à s'orienter dans l'espace. Cela peut être dû à un manque de sollicitation de l'environnement qui les limite dans leur participation aux déplacements quotidiens et participe à leur dépendance. Par exemple, l'éducateur nous explique que Philippine ne serait jamais partie en dehors de sa région. Les repères égocentrés et allocentrés sont pour la plupart déficitaires.

Pour travailler la spatialité en lien avec le schéma corporel, nous avons proposé aux adolescents une réadaptation du jeu du téléphone. L'activité consiste à former une file indienne en se tournant tous dans la même direction. Le premier de la file va toucher une ou plusieurs parties du corps définie au préalable comme étant une zone possible à toucher de son camarade de devant, et celui-ci va devoir faire la même chose sur la personne devant lui et ainsi de suite. Lorsque toute la file est passée, le dernier touche les zones sur lui-même et les énonce et nous voyons si c'est juste. Les jeunes arrivaient sans trop de difficulté à toucher les bonnes zones en question sur leur corps. Seul Pierre était dans l'incapacité de toucher la zone sans dire à haute voix quelle partie il touchait.

À Pâques, l'enseignant et l'éducateur de l'UEE ont décidé de proposer une chasse aux trésors. Ils avaient imprimé les emplacements des œufs de chaque élève sur une feuille et constituer des groupes de deux pour partir à leur recherche. Ce moment a été un réel partage car les adolescents semblaient très heureux de pouvoir chercher les œufs et nous ont inclus avec plaisir dans leur recherche. Cela reflète bien cette profonde envie d'autonomie et, surtout, d'avoir des responsabilités.

Lors d'un temps de classe, l'éducateur propose de jouer au « Twister ». Le tapis de jeu est composé de ronds de différentes couleurs et les joueurs tournent une roulette qui leur indiquera sur quelle couleur ils doivent placer leurs mains et leurs pieds. Le dernier joueur qui est toujours en équilibre gagne la partie. Ce jeu est intéressant car il fait travailler la latéralité, les coordinations et la planification du mouvement. De plus, il requiert de l'équilibre, mais aussi de l'attention portée à ses camarades sur le tapis. Pour la plupart, les repères topologiques droite et gauche ne sont pas acquis. Tatiana et Philippine sont très vite en difficulté dans l'adoption d'une stratégie efficace pour placer leurs mains et de leurs pieds dans les ronds demandés sans être déséquilibrées. Tatiana place sa main gauche sur le rond bleu à côté de sa jambe droite au lieu de mettre sa main gauche sur le rond bleu à côté de sa jambe gauche. Cela souligne un vrai défaut de planification et d'organisation spatiale. En revanche, Félix et Giulia y arrivent avec facilité. Nous essayons d'adapter les consignes en fonction des capacités

de chaque jeune, ce qui les met moins en difficulté et participe à les valoriser pour qu'il prenne du plaisir à jouer ensemble.

Concernant la structuration du temps chez les adolescents, il a été fondamental d'instaurer des rituels pour permettre une meilleure représentation temporo-spatiale. La psychomotricité s'insère dans une rythmicité et une durée claire et définie pour les jeunes, ce qui leur permet de se sécuriser en maîtrisant leur espace d'action et le cours du temps.

Ces rituels sont nécessaires notamment pour Basile qui a besoin d'un certain contrôle sur son environnement et d'anticipation de la séance pour ne pas être soumis à ses angoisses. Il semble avoir intégré le temps consacré aux séances de psychomotricité, et sait que c'est un espace où son besoin de maîtriser ce qui l'entoure est compris. Je perçois au fil des séances une plus grande flexibilité de sa part car il essaie de contenir ses comportements, en sachant bien que nous ne cherchons pas à les supprimer.

« Pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps » (Potel, 2010, p.321).

Nous proposons aux adolescents de participer à une chaise musicale ainsi qu'un bérêt. Cela implique d'adapter son action à un rythme commun. Pour la chaise musicale, il s'agit de rapidement s'asseoir sur une chaise lorsque la musique s'arrête et pour le bérêt, de courir attraper l'objet au centre du terrain lorsque son numéro est appelé. Ces exercices, permettent aux adolescents d'améliorer leur structuration temporelle par la succession et l'anticipation de l'arrêt de la musique ou de l'appel de son numéro. Ils impliquent également de s'orienter dans l'espace pour s'asseoir le plus rapidement sur une chaise ou aller saisir le bérêt.

Cette petite adversité mise en place par la constitution de deux groupes lors du bérêt est intéressante car des deux côtés le soutien entre chacun et les encouragements sont réguliers. La chaise musicale se jouant seul, j'observe tout de même un fair-play de la part de tous qui acceptent le fait d'avoir perdu.

La prise de conscience de son corps passe aussi par la mise en jeu du corps de l'autre. Les séances de groupe proposées contribuent à la mise en relation du corps mais permettent également de se différencier et se reconnaître mutuellement. C'est cette distinction de la ressemblance mais aussi de la différence des corps qui permet un enrichissement de la représentation, faisant suite aux expériences sensorimotrices vécues.

5.3.3. Accompagner la représentation par la verbalisation

À l'adolescence, le jeune est soumis à des changements physiologiques liés à la puberté qui entraînent une confusion dans la reconnaissance de son corps, de ce qui le définit. Pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle, le cheminement est similaire. Le regard d'autrui et des pairs exerce également une influence sur la façon dont le jeune va percevoir son corps. Il semble primordial qu'il puisse verbaliser ses ressentis, exprimer ses doutes et ses craintes dans un environnement qu'il considère comme sécurisant et où ses propos seront écoutés attentivement et avec bienveillance. Mais aussi évoquer les changements par lesquels il passe pour qu'il puisse comprendre ce qui se joue à l'intérieur de son corps. Cela peut agir comme réaffirmation narcissique et participer à la valorisation de soi et de son corps. « Cela donne du sens aux bouleversements vécus et favorise l'acceptation et l'appropriation des modifications du corps » (Picon, 2009).

Cependant, dans le cas de la déficience intellectuelle, les troubles du langage sont fréquents et le jeune peut éprouver des difficultés à verbaliser ses émotions, ou à comprendre ce qu'il perçoit. La psychomotricité peut jouer un rôle dans l'accompagnement du jeune à trouver les bons mots ou étayer ses propos dans une écoute active et empathique ainsi qu'en étant attentif à sa communication non verbale, témoin de ses affects et émotions. Nous avons attaché beaucoup d'importance à laisser un temps de verbalisation après les activités pour que les jeunes puissent exprimer ce qui leur a plu et déplu, même si cela ne passe que par quelques mots. Lors des premières séances, la mise en mots des adolescents est pauvre en lien avec leur vécu. Ils expriment que « c'était bien », « ça soulage ». C'est au fil des séances que leur parole se libère davantage et que leur verbalisation est davantage accentuée sur les ressentis corporels.

Au retour d'un week-end particulièrement mouvementé pour Félix dans sa famille, il s'exprime sur la situation et dit avoir « mal au cœur ». C'est par l'extériorisation de ses ressentis que nous pouvons échanger à ce sujet. Il comprend qu'il est écouté et soutenu dans ce moment.

À l'image de **W. Bion** et de la fonction alpha théorisée entre une mère et son enfant, la contenance amenée en séance de psychomotricité va permettre aux vécus parfois désorganisés d'être accueillis, pensés, transformés, et symbolisés pour donner sens à ce qui se vit.

Tiphaine semble se sentir persécutée ou jugée par les autres adolescents ou les adultes évoluant autour d'elle. Elle peut vite s'énerver si une réflexion lui est faite. Dans ces moments, la verbalisation prend toute son importance car elle tente de mettre en mots les émotions que peut ressentir Tiphaine et lui montrer que nous l'avons prise en considération. Cette écoute active est un support pour que Tiphaine puisse à son tour verbaliser ce qui a été difficile lors de la situation. En donnant corps à ses ressentis, elle peut ainsi mettre plus à distance leur vécu négatif. Cela participe à une meilleure gestion des émotions.

La verbalisation représente un support à la compréhension par les jeunes que leur bien-être nous importe pour les valoriser dans leur place au sein du groupe.

Comprendre ses émotions et où elles se ressentent dans le corps sous-tendent une connaissance de soi plus ajustée et une meilleure régulation émotionnelle. Mais être à l'écoute de son corps et de ses manifestations est aussi utile dans la gestion de ses émotions.

Avec ma maître de stage, nous avons accordé de l'importance à expliquer aux jeunes que toute discussion est sérieuse et utile à avoir. Parce que certains sujets sont peut-être difficiles à aborder auprès de leurs parents, il est fondamental que les jeunes perçoivent que le cadre de la classe et de la psychomotricité est aussi là pour accueillir leurs questionnements.

Lors d'une rare séance où le groupe est divisé et que nous sommes avec les filles, nous évoquons le sujet des menstruations. Tatiana a l'air contente de pouvoir en discuter et a pu verbaliser que ses règles lui « faisaient mal », nous avons donc échangé à ce sujet puisqu'il est important d'expliquer aux filles que la douleur des règles ne doit pas être banalisée et perçue comme une peine sans solution. Certaines, ayant vu que nous en parlions naturellement avec Tatiana, ont pu rejoindre la discussion pour évoquer leurs ressentis personnels, comme Philippine ou Giulia. Cette discussion a permis aux adolescentes de se rendre compte que les règles sont communes à la plupart des femmes, et qu'il ne faut pas que cela soit un sujet tabou car c'est un processus naturel, physiologique et surtout inévitable. Nous nous entendons d'ailleurs sur le fait que ce n'est pas quelque chose de sale, qui serait à cacher.

5.3.4. L'apport du groupe en séance de psychomotricité

Les séances ont été réalisées tout au long de l'année en groupe. Selon moi, c'est la dynamique du groupe dans leurs interactions et leur soutien mutuel sans aucun jugement qui est l'un des principaux moteurs du renforcement narcissique chez les adolescents de l'Unité d'Enseignement Externalisée. Le groupe est contenant, les jeunes peuvent s'en saisir pour s'investir collectivement dans la médiation proposée. « En groupe, les jeunes se soutiennent, s'encouragent quand certains n'osent pas parler par exemple, ou encore se donnent des conseils. [...] Ils peuvent donc jouer un rôle de soutien narcissique mais également combler pour les autres des limites dans l'expression de leur vécu » (Picon, 2009).

C'est en cela qu'au-delà d'un apport commun, le groupe est également structurant dans l'expérience individuelle que va vivre l'adolescent. Il va être important que chacun y trouve sa place, et qu'il sache se différencier d'autrui tout en étant impliqué dans la dynamique groupale.

À l'adolescence, ce qui prime est la relation aux pairs. Elle permet de soutenir l'appartenance à un groupe et ainsi son identité. Par le sentiment d'inclusion au groupe et la perception d'avoir de la valeur à leur yeux, l'estime de soi s'en voit renforcée.

J'ai pu observer que le groupe est soutenant dans la libération de la parole. Parce qu'ils se connaissent et se respectent, il est possible pour eux de débattre sur certains sujets et signaler leur désapprobation.

Le groupe participe à l'harmonisation des fonctions psychomotrices, en permettant d'être soi-même et de se sentir sécurisé par la présence des pairs. La dynamique du groupe permet à chacun de se réaliser comme il l'entend selon ses envies, ses forces et ses fragilités. Les filles sont incluses pour faire du foot avec les garçons, les garçons sont sollicités par les filles pour faire un cache-cache... Le groupe structure et contient, c'est un miroir dans lequel l'adolescent se reconnaît et se construit.

Ce qui fait la richesse de l'Unité d'Enseignement Externalisée est ce lien qui unit les jeunes. Le soutien et la bienveillance qu'ils se portent sont protecteurs d'une image de soi satisfaisante. Ils respectent les particularités de chaque, s'aident lorsqu'ils sont en difficultés, se rassurent lorsqu'ils sont angoissés, répondent à la place de celui qui hésite.

Nous proposons un parcours que les jeunes doivent réaliser les yeux bandés ou fermés alors que leur binôme les guide dans le franchissement d'obstacles. J'observe diverses façons de maintenir le contact, toutes adaptées et sécurisées. Certains sont davantage dans l'impression tactile et viennent apporter par le contact une sécurité à leur binôme, quand d'autres amènent de la contenance par leur voix. Je note une confiance réciproque entre les binômes qui n'appréhendent pas les obstacles et se laissent diriger par leur camarade. Les jeunes prennent soin les uns des autres.

Pierre, en équipe avec Tatiana qui doit le guider, fait preuve de bienveillance. Tatiana est en difficulté dans la compréhension de la consigne et réalise le parcours avec Pierre sans l'accompagner réellement par son guidage. Pierre fait ainsi comme il peut et essaie de lui poser des questions pour franchir les obstacles sans tomber. A aucun moment il ne s'énerve de la situation et reste très compréhensif.

Les activités de groupe favorisent également la coopération et l'esprit d'équipe. Les jeunes se soutiennent et se valorisent dans la mise en mouvement de leur corps dans un but partagé.

Lors d'une séance en mars, nous proposons une balle aux prisonniers. La cohésion et l'esprit d'équipe sont forts, les adolescents s'encouragent, se donnent des conseils pour arriver à viser correctement un adversaire. Les plus à l'aise en termes de motricité et de coordination laissent la chance aux plus en difficulté en leur donnant régulièrement le ballon pour tirer.

Bien que les séances aient été réalisées en groupe, il n'en était pas moins important de prendre en compte chaque élève en fonction de ses capacités pour adapter les activités en fonction des compétences acquises jusqu'à présent.

5.4. L'évolution des adolescents du dispositif

J'ai constaté une réelle évolution auprès des jeunes de l'Unité au long de cette belle année. Par les différentes activités et l'implication de leur corps dans le mouvement, les jeunes ont pu renforcer leurs acquisitions psychomotrices et prendre de l'assurance dans leurs gestes. Leur régulation tonique est plus ajustée aux circonstances. Ils peuvent relâcher leur corps lors des temps calmes. Évidemment, c'est aussi grâce à la valorisation apportée par tous les professionnels évoluant autour des adolescents que cette évolution est rendue possible.

Pierre ne se cache plus derrière ses vêtements ou son masque. Il est plus détendu et cela se ressent. Il s'exprime plus et semble prendre du plaisir avec ses pairs. Il est plus facile pour lui de mimer et d'être dans la symbolisation. Lors d'une activité, il peut facilement mimer la façon dont il réagirait s'il avait entre ses mains un ballon brûlant, lourd ou léger. Cela témoigne d'une meilleure harmonie avec son corps.

Tatiana investit mieux les autres adolescents du collège. Effectivement, à partir du mois d'avril je l'observe plus régulièrement éloignée des autres adolescents de l'UEE.

Basile semble moins dans le contrôle et laisse plus de place à l'imprévu.

Philippine projette davantage de relation sur les autres adolescents de l'unité, même si elle n'investit pas encore les espaces où se retrouvent les adolescents du collège. Elle gère mieux ses émotions et est plus ouverte dans ses expressions faciales notamment. Elle demande le ballon pendant le foot et s'exprime sans chercher le regard de Giulia. Elle peut dire « non, je n'ai pas envie. »

Au début de l'année, il était compliqué pour Tiphaine de participer à un jeu qu'elle n'avait pas choisi ou qui ne l'intéressait pas particulièrement. Elle partait régulièrement en pleurant ou en s'énervant et délaissait les activités. À présent, elle les investit davantage et semble prendre réellement du plaisir à partager ces moments avec nous et ses pairs.

Félix canalise mieux ses impulsions et peut accéder à un relâchement tonique sur une temporalité plus longue.

J'ai constaté également une réelle évolution dans la verbalisation et l'expression des ressentis par les jeunes. Le progrès le plus flagrant étant avec Philippine. Très timide et hésitante au début de l'année, elle avait besoin de l'aide des adultes pour l'accompagner dans l'expression de ses envies. La spontanéité et la pertinence de ses réponses ou demandes à la fin de mon stage m'ont surprise. Philippine se montre plus à l'aise et cela se ressent aussi corporellement dans l'investissement de l'espace. Sa posture est plus ouverte, elle est plus souriante et son regard est davantage porté vers son interlocuteur. J'ai pu également remarquer un détachement vis-à-vis des réponses des autres élèves, elle s'affirme plus dans ses choix et ses idées. Elle peut projeter d'autres relations avec les autres filles du dispositif comme Tiphaine avec qui elle partage des temps de jeux.

À la fin de mon stage, les jeunes affirment mieux leur prise de position face à un sujet sans chercher à coller au discours des camarades. Cela souligne une prise de distance autant physique que psychique, et témoigne d'une amélioration de la confiance en soi. Sur le long terme, le maintien de cette confiance en soi est un facteur prédictif d'une estime de soi harmonieuse.

Conclusion

Le processus qu'est l'adolescence, aussi complexe soit-il, affecte l'estime de soi. Les remaniements sont nombreux ; physiques, physiologiques, cognitifs, psychologiques, sociaux et familiaux. L'adolescent doit connaître et surtout reconnaître ce corps qui est le sien. Mais il doit aussi construire son identité propre, celle qui l'accompagnera au cours de son existence et qu'il remodelera de ses expériences de vie.

Les adolescents présentant une déficience intellectuelle vivront les mêmes transformations, mais avec des enjeux différents. En effet, les fragilités cognitives et motrices vont entraver ses capacités de réflexion sur ce qu'il vit dans et par son corps. Les relations sociales peuvent être compliquées à établir. Les adolescents sont parfois victimes de stigmatisations et de préjugés qui les isole. La relation avec les parents est ambivalente ; il subsiste parfois un besoin de surprotéger les enfants mais ces derniers clament leur envie

d'être autonomes et indépendants. Ces différents facteurs peuvent participer à une dévalorisation de soi. Le degré de déficience intellectuelle et les troubles associés participeront également à l'évaluation de soi car modifieront la façon dont l'adolescent se perçoit.

La psychomotricité, par l'approche corporelle et les expériences sensori-motrices vécues, peut soutenir le renforcement de l'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle. Le jeune peut prendre plaisir dans le mouvement et renforcer ses acquisitions psychomotrices. Être en lien avec son corps représente un premier pas vers l'affirmation de soi. En soutenant l'image du corps et le schéma corporel du jeune, le psychomotricien apporte au jeune des points d'ancrage et d'investissement de son corps dans la relation avec soi mais aussi avec les autres. L'approche psychomotrice participe à faire naître chez le jeune une vision positive de son identité. Il se sent ainsi capable, valorisé, légitime. Une réorganisation de la perception de soi s'effectue.

Par l'intermédiaire de la verbalisation, la psychomotricité donne du sens à ce qui se vit dans les séances. Elle vient étayer les difficultés de symbolisation et de représentation de l'adolescent et soutient l'intégration des sensations positives dans le corps.

Mais ces expériences ne peuvent être valorisante pour l'estime de soi que si le cadre thérapeutique est contenant, sécurisant, bienveillant. Le psychomotricien participe à cette contenance en étant impliqué corporellement dans la séance. Effectivement, pour qu'un accompagnement soit bénéfique, il nécessite une participation active du sujet dans sa prise en charge. Il semble donc nécessaire d'accompagner les adolescents à se saisir des bénéfices apportés par les séances également en dehors du cadre de la psychomotricité.

C'est grâce aux nombreux domaines qu'englobent la psychomotricité que j'ai pu enrichir ce mémoire. Effectivement, les séances mises en place n'étaient pas axées uniquement sur le renforcement de l'estime de soi. L'estime que l'adolescent se porte se nourrit également de tout ce qui l'entoure. Elle se nourrit de la perception qu'il a de son corps, de sa façon de l'investir et de se mouvoir. Elle se nourrit de la valeur qu'il se porte et des compétences qu'il pense avoir. Mais elle s'enrichit également du monde extérieur, de la valeur qu'il a pour son entourage. En cela, la représentation de soi donne lieu à de constants changements qui en rendent la compréhension difficile dans le cas d'une déficience

intellectuelle. La psychomotricité accorde une voix au corps. Bouger son corps, et travailler les différents thèmes psychomoteurs tels que la latéralité, les coordinations, l'orientation spatio-temporelle, le schéma corporel ou encore l'image du corps est nécessaire pour maîtriser son corps et se valoriser.

Le groupe, dans un cadre contenant et protecteur, est un vecteur favorable à une bonne estime de soi. Les jeunes se soutiennent mutuellement avec bienveillance. Le sentiment d'appartenance semble très présent au sein du groupe de l'Unité d'Enseignement Externalisée, aucun adolescent n'est isolé. Les plus timides se sentent à l'aise dans le groupe et dans le cadre de la psychomotricité. Ils peuvent ainsi s'exprimer plus facilement qu'en dehors de cette espace.

Il est également nécessaire de prendre en considération chaque adolescent pour ce qu'il est individuellement, avec son vécu et sa manière d'être au monde. C'est chacun à son niveau qu'ils ont pu s'approprier les séances proposées et les différentes activités sportives pour évoluer dans leur conscience d'un corps unifié, et différencié.

L'estime de soi est un concept changeant, tributaire de nos émotions et de nos actions. Il est donc fondamental de se connaître soi-même pour parvenir à la stabiliser lorsqu'elle vacille.

La psychomotricité peut être un chemin d'accès vers une estime de soi plus satisfaisante, mais elle ne peut qu'être renforcée par un accompagnement multidisciplinaire. Le soutien et le repère apporté par l'éducateur est primordial au sein de l'Unité. L'enseignant participe à une pédagogie valorisante et adaptée à chaque adolescent, qui les renarcissise dans leurs apprentissages. Enfin, la psychologue, en accueillant les ressentis des jeunes et en les accompagnant dans projet thérapeutique adapté à leurs besoins, permet une mise à distance des vécus négatifs.

Cette année aux côtés des adolescents du dispositif a pu confirmer mon envie de continuer mon futur chemin professionnel en tant que psychomotricienne auprès de cette population.

Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine. (s. d.). *Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*. Consulté 26 octobre 2022, à l'adresse <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2012). *Manuel d'enseignement en psychomotricité— Tome 1 Concepts fondamentaux* (Vol. 1).
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015a). *Manuel d'enseignement de psychomotricité— Clinique et thérapeutique* (deboeck, Vol. 3).
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité— Tome 2 Clinique et thérapeutiques* (Vol. 2).
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- André, C., & Lelord, F. (1999). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres* (Odile Jacob). Éditions O. Jacob.
- Ballouard, C. (2011). 17. Le prime adolescent, l'adolescent, l'adulte. In *L'aide-mémoire de psychomotricité : Vol. 2e éd.* (p. 131-134). Dunod.
- Bonneil, A., & Meunier, C. (2020). Psychomotricité et troubles psychomoteurs—Concrètement, que faire ? In *Psychomotricité et troubles psychomoteurs—Concrètement, que faire ?* (Tom Pousse, p. 235).
- Bossé, J. (2017). *Prendre corps : Apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux. [Mémoire de Psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université de Bordeaux]*. dumas-01562005

- Cannard, C. (2019a). Chapitre 4. Le développement cognitif à l'adolescence. In *Le développement de l'adolescent : Vol. 3e éd.* (p. 95-124). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0095>
- Cannard, C. (2019b). Chapitre 6. Le développement psycho-sexuel à l'adolescence. In *Le développement de l'adolescent : Vol. 3e éd.* (p. 159-190). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0159>
- Carrard, I., Della Torre, S. B., & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes. *Santé Publique, 31*(4), 507-515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- CNSA. (2016, mars 1). *Les résultats d'une expertise collective sur les déficiences intellectuelles*. CNSA. <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-resultats-dune-expertise-collective-sur-les-deficiences-intellectuelles>
- Courtois, R. (2011). Chapitre 7. Sexualité à risque. In *Les conduites à risque à l'adolescence* (p. 105-116). Dunod.
- Dadoorian, D. (2007). 2. Adolescence. In *Grossesses adolescentes* (p. 25-41). Érès.
- Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : Étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie, Numéro 509*(5), 321-334. <https://doi.org/10.3917/bupsy.509.0321>
- Dargère, C. (2014). La stigmatisation des adolescents placés en institution médico-sociale. *Déviance et Société, 38*(3), 259-284. <https://doi.org/10.3917/ds.383.0259>
- Davies, P. L., & Rose, J. D. (1999). Assessment of Cognitive Development in Adolescents by Means of Neuropsychological Tasks. *Developmental Neuropsychology, 15*(2), 227. <https://doi.org/10.1080/87565649909540747>

- Dayan, J., & Guillery-Girard, B. (2011). Conduites adolescentes et développement cérébral : Psychanalyse et neurosciences. *Adolescence, T. 29* 3(3), 479-515. <https://doi.org/10.3917/ado.077.0479>
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Applications thérapeutiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 40*(1), 79-97. <https://doi.org/10.3917/ctf.040.0079>
- Devernay, M., & Viaux-Savelon, S. (2014). *Développement neuropsychique de l'adolescent : Les étapes à connaître.*
- De Vignemont, F. (2018). Le schéma corporel et l'image corporelle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 204-213). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0204>
- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques, 50*(1), 40-46. <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy, 66*(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Écotière, M.-A., Pivry, S., & Scelles, R. (2016). Grandir avec un handicap : La transition adolescente. *Contraste, 44*(2), 229-251. <https://doi.org/10.3917/cont.044.0229>
- Éducation Nationale. (2021). *Le droit à l'éducation pour tous les enfants.* éducol | Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Direction générale de l'enseignement scolaire. <https://eduscol.education.fr/1153/le-droit-l-education-pour-tous-les-enfants>
- Ferron, C. (1992). Évolution de l'image du corps à l'adolescence. Déterminants psycho-sociaux et effets comportementaux. Revue de la littérature récente. *Bulletin de psychologie, 46*(409), 130-138.

- Féton-Danou, N. (2010). Impact psychologique de l'acné. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 137, S62-S65. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(10\)70028-4](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(10)70028-4)
- Fontan, A. (2017). *La construction du schéma corporel dans un cerveau en développement [Thèse de Neurosciences—École Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé—Aix Marseille Université]* [Thèse de doctorat, Aix-Marseille]. <https://www.theses.fr/2017AIXM0162>
- Garcia, N. (2022). "Miroir déformant" Prise en charge et accompagnement en psychomotricité des perturbations de l'image du corps dans la pathologie de l'anorexie mentale chez l'adolescente. [Mémoire de psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université de Bordeaux]. 87.
- Giromini, F. (2019). Chapitre 2. Spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 15-26). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0015>
- Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23(2), 129-144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>
- Habets, I. (2011). Adolescence : Quand les revendications à l'autonomie dénoncent un manque d'appartenance. *Thérapie Familiale*, 32(4), 479-492. <https://doi.org/10.3917/tf.114.0479>
- Hernandez, L., Roussel, N., & Prêteur, Y. (2014). De l'affirmation de soi dans le groupe de pairs à la démobilité scolaire. *Enfance*, 2014, 135-157. <https://doi.org/10.4074/S001375451400202X>
- Huerre, P. (2001). L'histoire de l'adolescence : Rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie*, 14(3), 6-8. <https://doi.org/10.3917/jfp.014.06>

- INSERM. (2016). *Déficiences intellectuelles—Synthèse*. https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf
- Jung, J. (2015). Chapitre 5. Du miroir au double : Le processus de « reconnaissance » de soi dans le miroir. *Psychismes*, 83-102.
- Lesage, B. (2018). L'espace et le temps en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 81-93). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0081>
- Malnoë, S. (2021). *Apprivoiser un corps qui se transforme : L'image de soi chez les adolescents déficients intellectuels*. [Mémoire de Psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université de Bordeaux]. 92.
- Marcelli, D. (2003). Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. *Le Carnet PSY*, 85(8), 21-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.085.0021>
- Mardon, A. (2009). Les premières règles des jeunes filles : Puberté et entrée dans l'adolescence. *Sociétés contemporaines*, 75(3), 109-129. <https://doi.org/10.3917/soco.075.0109>
- Mascaron, J. (2022). *Passage à travers le miroir : Quand le corps est le reflet du mal de vivre adolescent—Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif*. [Mémoire de Psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université de Bordeaux]. 94.
- Medvey, J. (2017, mai 28). *Estime de soi : Les règles peuvent-elles être vécues avec bonheur ?* ConsoGlobe.
- Mendelson, M., R. White, D., & K. Mendelson, B. (2001). *Manual for the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*.

- Mercier, M., Delville, J., & Monin, L. (1997). 2. La personne handicapée mentale et son corps. In *Sexualité, vie affective et déficience mentale* (p. 61-71). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.merci.1997.01.0061>
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Chapitre 2. Le développement psychomoteur. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1 Concepts fondamentaux* (Vol. 1).
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir, 15*(2), 143-177. <https://doi.org/10.3917/dev.032.0143>
- Morin, C. (2013). 2. L'image du corps. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (p. 39-67). Érès. <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-p-39.htm>
- Moyano, O. (2009). *Un test d'image du corps : L'entretien sur les représentations corporelles*.
- Nader-Grosbois, N. (2020). Chapitre 7. Déficience intellectuelle. In *Psychologie du handicap : Vol. 2e éd.* (p. 219-293). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.nader.2020.01.0219>
- Obradovic, I. (2017, décembre). *Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence*.
- Pagès, V. (2017). 14. Les déficiences intellectuelles. In *Handicaps et psychopathologies : Vol. 3ème éd.* (p. 133-138). Dunod. <https://www.cairn.info/handicaps-et-psychopathologies--9782100769599-p-133.htm>
- Palazzolo, J. (2020). *Annexe. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg* (p. 118-119). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-psychologie-positive--9782715403697-p-118.htm>

- Picon, I. (2009). Adolescence et déficience intellectuelle. Approche clinique de jeunes accueillis en Institut médicoprofessionnel (IMPro) ou en unité pédagogique d'intégration (UPI). *Alter*, 3(4), 303-319. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.06.003>
- Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- Potel Baranes, C. (2008). Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi. *Enfances & Psy*, 39(2), 106-118. <https://doi.org/10.3917/ep.039.0106>
- Potel Baranes, C. (2010). 1. Un corps à soi. Intimité du corps, espace intime, secret de soi. In *Être psychomotricien* (p. 69-84). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0069>
- Potel, C. (2006a). 4. L'adolescence : Un passage. In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 57-70). Érès. <https://www.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-p-57.htm>
- Potel, C. (2006b). 8. Des médiations corporelles : Lesquelles ? In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 101-116). Érès. <https://www.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-p-101.htm>
- Potel, C., & Hefez, S. (2018). *L'adolescent, son corps, ses « en jeux » : Point de vue psychomoteur*. In press.
- Pouts, P. (2016). *Je ressens donc je suis : La représentation de soi altérée par la déficience intellectuelle : Le choix des médiations sensorielles. [Mémoire de Psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université Pierre et Marie Curie à Paris]*. dumas-03716506
- Richard, C. (2018a). Chapitre 2. Aspects du développement affectif et social. In *Déficiences intellectuelles* (p. 40-54). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/deficiences-intellectuelles--9782353274475-p-40.htm>

Richard, C. (2018b). Chapitre 3. Aspects du développement cognitif. In *Déficiences intellectuelles* (p. 55-65). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/deficiences-intellectuelles--9782353274475-p-55.htm>

Richard, C. (2018c). Introduction. Déficience intellectuelle et handicap, de qui est-il question ? In *Déficiences intellectuelles* (p. 1-31). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/deficiences-intellectuelles--9782353274475-p-1.htm>

Ruiz Cifuentes, T. (2019). Chapitre 17. L'apport de la psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 187-199). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0187>

Soppelsa, R. (2018). Les agnosies portant sur le corps. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 71-80). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0071>

Sternis, C. (2014). Image du corps, handicap et symbolisation. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 40-44. <https://doi.org/10.3917/jdp.316.0040>

The Manual's Editorial Staff. (2022). *Les faits en bref : La puberté chez les filles*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/biologie-de-l%E2%80%99appareil-g%C3%A9nital-f%C3%A9minin/la-pubert%C3%A9-chez-les-filles>

The Manual's Editorial Staff. (2022). *Les faits en bref : La puberté chez les garçons*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-l%E2%80%99homme/biologie-du-syst%C3%A8me-reproducteur-masculin/pubert%C3%A9-chez-les-gar%C3%A7ons?query=la%20pubert%C3%A9%20chez%20les%20gar%C3%A7ons>

Zaïmi, K. (2022). *Le renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés [Mémoire de Psychomotricité—Institut de Formation en Psychomotricité—Université de Bordeaux]*.

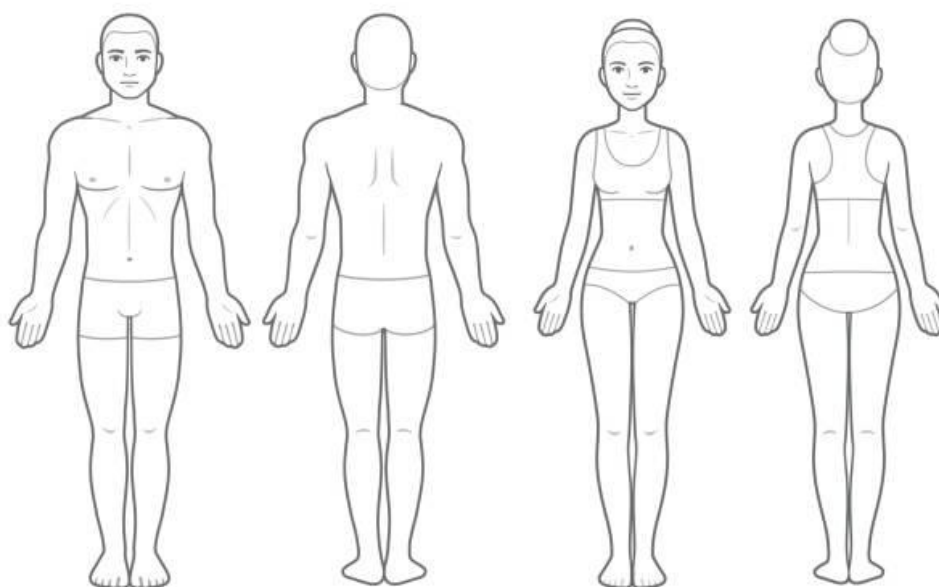
Table des matières

Introduction	1
1. L'adolescence	4
1.1. L'adolescence ; synonyme de changements	4
1.1.1. L'adolescence au fil de l'histoire	4
1.1.2. Le corps adolescent en relation avec soi : représentations de désirs et de craintes ...	5
1.1.3. Le corps adolescent et sa relation à autrui	14
1.1.4. Quand la relation à autrui impacte la relation à soi	18
2. La déficience intellectuelle	20
2.1. Classification	21
2.1.1. Critères de gravité selon le DSM-V (INSERM, 2016)	22
2.2. La déficience intellectuelle et le passage de l'adolescence	23
2.2.1. Incidence de la déficience intellectuelle sur la relation à soi au passage de l'adolescence	24
2.2.2. Incidence de la déficience intellectuelle chez l'adolescent dans sa relation à l'autre	27
3. La représentation corporelle et l'estime de soi	28
3.1. L'estime de soi	29
3.2. Le schéma corporel	32
3.3. L'image du corps	34
3.4. L'estime du corps	37
3.5. L'estime de soi et de son corps chez l'adolescent	38
4. L'unité d'Enseignement Externalisée	40
4.1. Présentation du dispositif	40
4.2. Le cadre de l'Unité d'Enseignement Externalisée	42
4.3. Un enjeu essentiel : l'inclusion	43
4.4. Le rôle de la psychomotricité au sein de l'Unité d'Enseignement Externalisée	44
4.4.1. Déroulement des séances en psychomotricité	45
4.4.2. Présentation des adolescents de l'Unité d'Enseignement Externalisée	47
5. La psychomotricité comme soutien de l'estime de soi chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle en Unité d'Enseignement Externalisée	53
5.1. L'estime de soi chez l'adolescent présentant une déficience intellectuelle	53
5.2. Quelques outils pour évaluer l'estime de soi et l'estime du corps	57
5.3. Prise en charge psychomotrice	61

5.3.1. Renforcer la construction psychocorporelle et l'image du corps : percevoir son corps unifié et différencié de l'autre	61
5.3.2. Renforcer le schéma corporel et la conscience de son corps dans l'espace et le temps	65
5.3.3. Accompagner la représentation par la verbalisation	70
5.3.4. L'apport du groupe en séance de psychomotricité	72
5.4. L'évolution des adolescents du dispositif.....	74
Conclusion	75
Bibliographie	78
Table des matières	87
Annexes	89

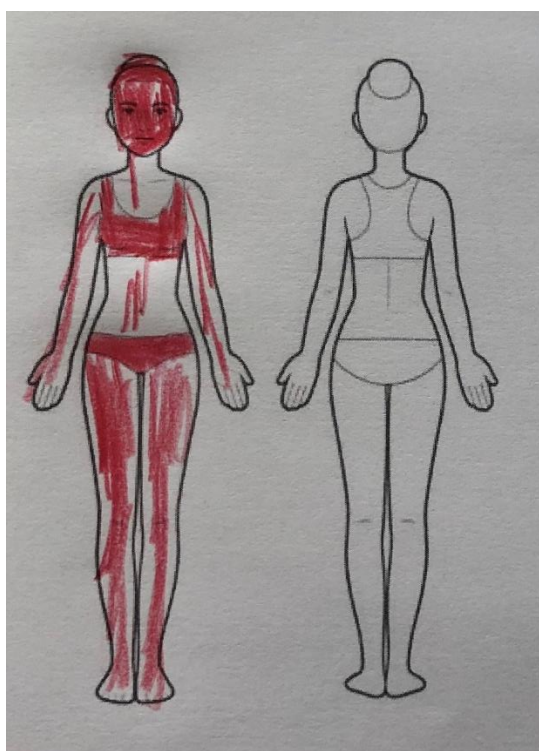
Annexes

Les silhouettes

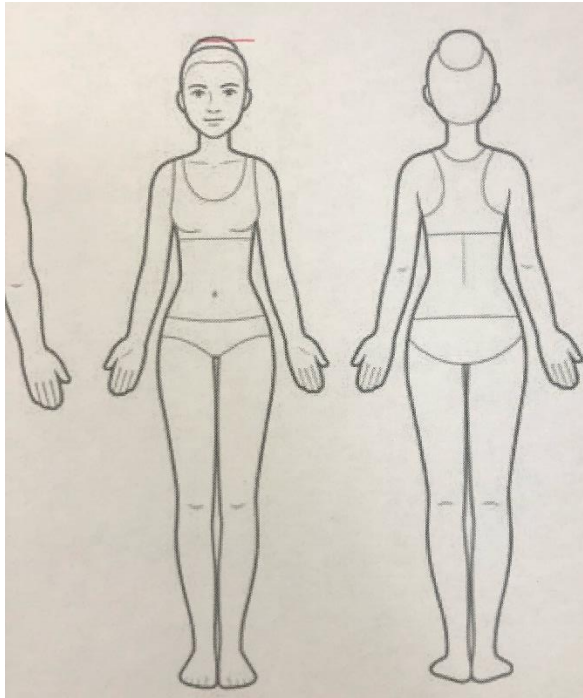


Les silhouettes coloriées par les adolescents

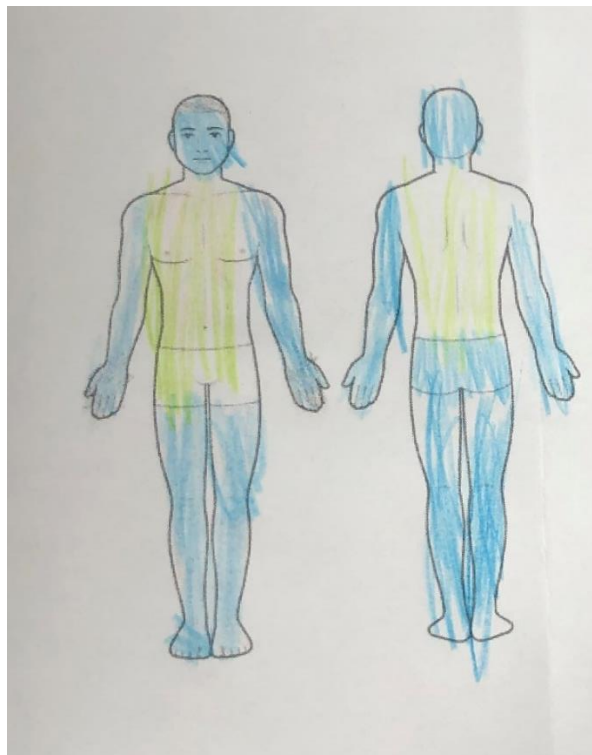
→ *Silhouette de Tatiana*



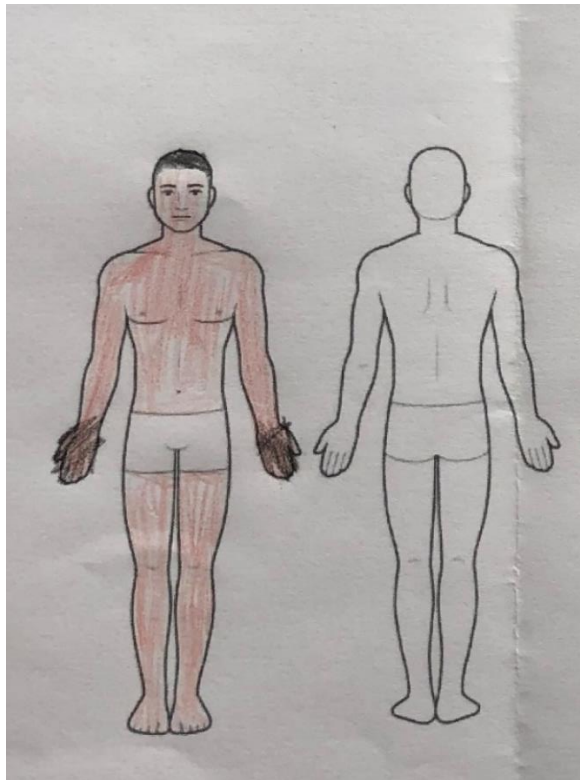
→ *Silhouette de Philippine*



→ *Silhouette de Félix*



→ *Silhouette de Tiphaine*



Les adjectifs

Autonome

Gentil

Drôle

Curieux

Méchant

Impatient

Timide

Triste

Joyeux

Sensible

Attentionné

Beau

Anxieux

Egoïste

Menteur

Maladroit

L'échelle d'estime de soi de M. Rosenberg (1965)

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

The Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults de B.K Mendelson et al. (2001)

Body Esteem Scale for Adolescents and Adults

Indique à quelle fréquence tu es d'accord avec les phrases suivantes que je vais te lire, de « jamais » à « toujours ».

	0	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Par/cis	Souvent	Toujours
1. J'aime ce à quoi je ressemble sur les photos					
2. Les autres me considèrent comme beau					
3. Je suis fier de mon corps					
4. Je suis préoccupée par l'envie de prendre/perdre du poids					
5. Je pense que mon apparence m'aiderait à trouver du travail					
6. J'aime ce que je vois quand je regarde dans le miroir					
7. Il y a beaucoup de choses que je changerais sur mon look si je pouvais					
8. Je suis satisfaite de mon poids					
9. J'aimerais être plus beau/belle					
10. J'aime vraiment mon poids					
11. J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre					
12. Les personnes de mon âge aiment mon look					
13. Mon look m'énerve					
14. Je suis aussi beau/belle que la plupart des personnes					
15. Je suis contente de mon apparence					
16. Je pense que je fais le bon poids pour ma taille					
17. Je suis honteuse de mon apparence					
18. Me peser me déprime					
19. Mon poids me rend malheureuse					
20. Mon look me permet de plaire aux garçons / filles					
21. Je m'inquiète de mon apparence					
22. Je pense que j'ai un beau corps					
23. Je suis aussi beau/belle que je le voudrais					

The Figure Rating Scale de Stunkard et al. en 1983

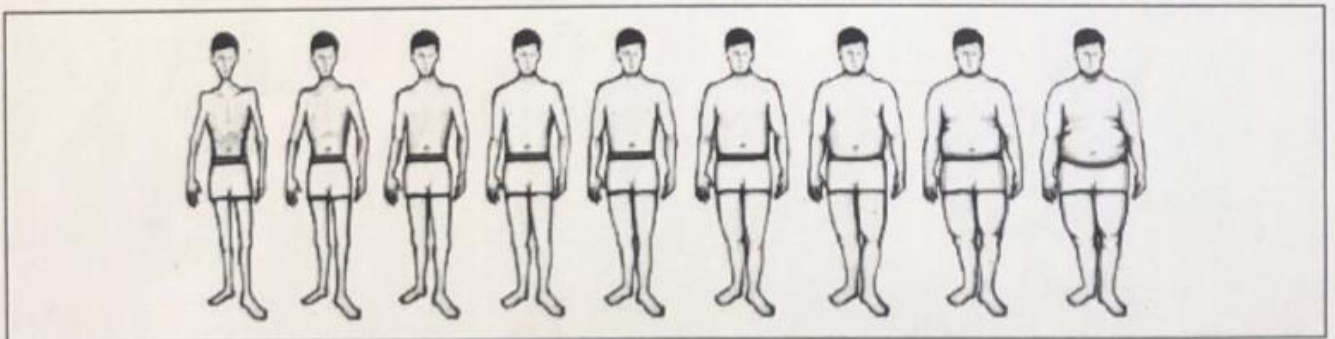
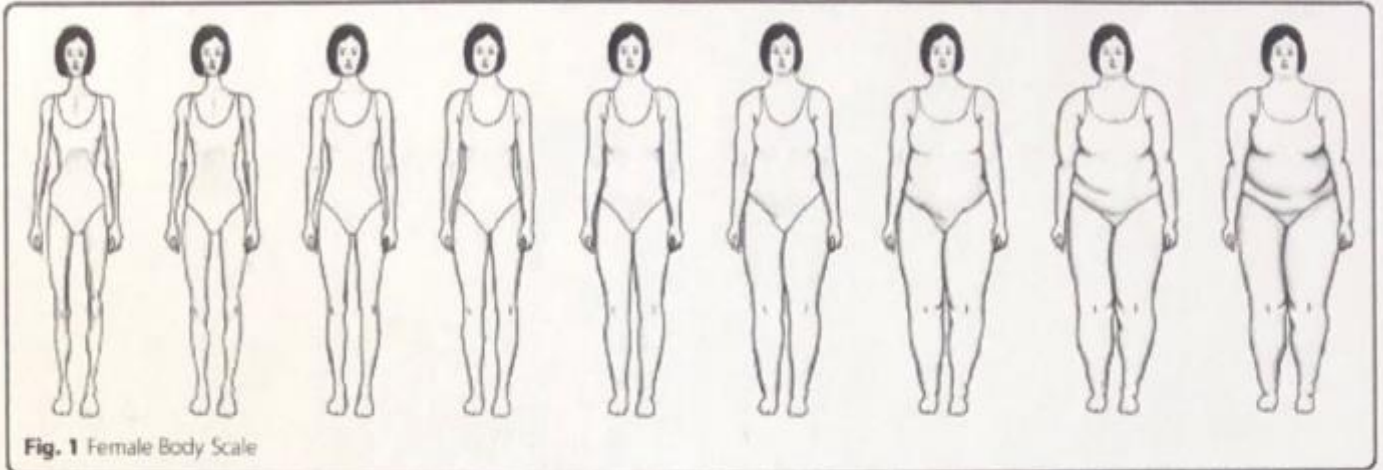
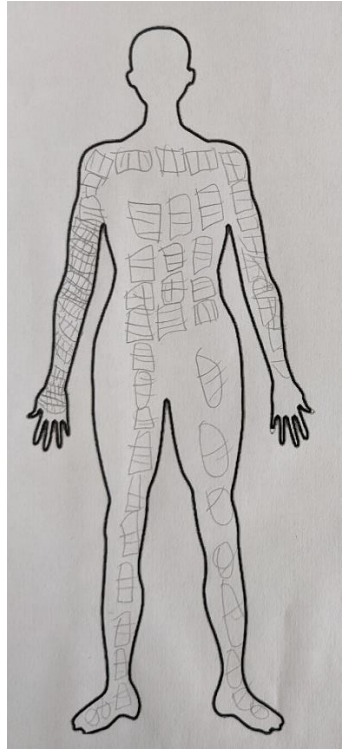


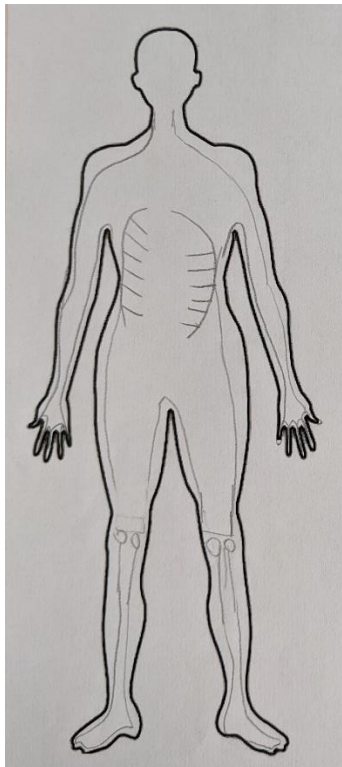
Figure 1. Male Body Scale.

La représentation du squelette humain par les adolescents

→ *Philippine*



→ *Pierre*



→ *Tiphaine*



→ *Basile*

