



HAL
open science

Vie affective et sexuelle : la place de la psychomotricité dans l'accompagnement d'adultes présentant un trouble du développement intellectuel

Audrey Monfort

► To cite this version:

Audrey Monfort. Vie affective et sexuelle : la place de la psychomotricité dans l'accompagnement d'adultes présentant un trouble du développement intellectuel. Psychologie. 2023. dumas-04318142

HAL Id: dumas-04318142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318142v1>

Submitted on 1 Dec 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 Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Vie affective et sexuelle : la place de la
psychomotricité dans l'accompagnement d'adultes
présentant un trouble du développement
intellectuel**

Monfort Audrey

Née le 22 Décembre 2000 à Bayonne (64)

Directrice de Mémoire : MILLET Cyrielle

Juin 2023

Remerciements

Je remercie les psychomotriciennes que j'ai eu la chance de rencontrer ces trois dernières années : Cyrielle, Delphine, Chrystelle, Pauline.

Un grand merci à Anouk pour son soutien à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, son personnel administratif et ses professeurs pour leur accompagnement.

Merci à ma famille et à mes proches pour leurs encouragements, leur soutien et leurs relectures.

Je remercie Esther, Evan, Mathis et Alice pour leur amour, leur patience et leurs encouragements !

Merci à mes camarades du groupes trois, à Léa ma binôme, qui m'ont tant apporté ces trois dernières années.

Merci à Éloïse, Juliette, Clara, Clémentine et Haize, mes amies psychomot' pour ces trois années à vos côtés.

Merci à toutes les personnes qui sont intervenues de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci !

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	5
I. Le Trouble du développement de l'intelligence	7
A. Définitions de l'intelligence.....	7
B. Le développement de l'intelligence.....	8
a) La théorie Piagétienne.....	8
b) La théorie de Vygotski.....	10
c) Les travaux de Bruner.....	11
d) Les travaux de Wallon.....	11
C. Généralités sur le trouble du développement de l'intelligence.....	11
a) Définitions.....	11
b) Diagnostic.....	12
c) Classifications.....	15
d) Étiologie et épidémiologie.....	16
e) Symptomatologie et Comorbidités.....	17
II. Quelle est l'influence du trouble du développement de l'intelligence sur la vie affective et sexuelle de l'adulte ?	19
A. Introduction avec définition et généralités sur la vie sexuelle et affective.....	19
B. Le développement psycho-affectif.....	20
a) L'attachement.....	20
b) La psychogenèse de l'identité sexuelle.....	22
C. Approche Anatomo-Physiologique.....	26
a) Le rôle du système nerveux.....	26
b) Le rôle des hormones et des neurotransmetteurs.....	26
B. Vie affective et sexuelle avec un trouble du développement de l'intelligence.....	27
a) La législation.....	28
b) L'institution.....	29
c) L'influence du TDI sur la vie affective et sexuelle.....	30
III. Comment le psychomotricien peut-il accompagner des adultes déficients intellectuels dans leur vie affective et leur sexualité ?	32
A. La relation thérapeutique.....	32
a) Le cadre thérapeutique.....	32
b) L'alliance thérapeutique.....	33
B. Axes d'intervention.....	34
a) Image du corps et Schéma corporel.....	34
b) Le tonus.....	36
c) Sphères émotionnelles et relationnelles.....	37
C. L'accompagnement de Marcel avec la médiation équine.....	38
a) Ma rencontre avec Marcel.....	38
b) Anamnèse.....	39
c) Parcours institutionnel.....	39
d) Le foyer de vie.....	41
e) Projet personnalisé.....	43
f) Bilans psychologiques et génétiques.....	44
g) Prise en charge en psychomotricité.....	44

Conclusion	52
Bibliographie.....	53
Annexe 1 :	56
Annexe 2 :	57

Introduction

Ce mémoire a pour thème l'accompagnement en psychomotricité des adultes présentant un trouble du développement intellectuel dans leur vie affective et sexuelle. La notion d'affectivité a rapidement éveillé ma curiosité au fur et à mesure de ma rencontre avec différentes populations sur mes lieux de stage.

Ce questionnement a émergé au cours d'un stage dans une unité intersectorielle d'un hôpital psychiatrique ainsi que dans d'autres lieux de stage, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), puis en foyer de vie pour adultes présentant un handicap mental ou psychique et enfin en Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) auprès d'enfants présentant une déficience motrice et une déficience intellectuelle.

A l'exception du SESSAD, sur ces différents lieux de stages, j'étais avant tout accueillie sur le lieu de vie, temporaire ou permanent, des personnes prises en soins. Dans ce contexte, nous sommes plongés dans le quotidien d'usagers. Sur ces lieux d'accueils, ce sont leurs vies privée et publique qui cohabitent.

Sur les lieux de vie, nous sommes particulièrement plongés dans des relations et des affects de tous ordres. Ils sont liés aux perceptions ainsi qu'aux représentations que ces adultes se font d'eux-mêmes et de leur environnement. La question de la psychomotricité me paraît intrinsèquement liée à la question de la vie affective et sexuelle. Ces notions prennent corps dans la relation à l'autre, à soi, à son propre corps, dans l'interaction avec autrui.

En ce qui concerne les adultes porteurs de handicap psychique ou mental, la société a longtemps eu une vision infantilisante de leur vie affective et sexuelle. Quant à la question de la sexualité, elle a été très longuement niée par la société. « Globalement, reconnaître la sexualité des personnes en situation de handicap, c'est reconnaître leur humanité et la pleine existence de leur citoyenneté. » (Pitaud, 2010) Bien qu'encore très peu représenté dans la société ou les médias, la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap évolue depuis la parution de la loi

n°2002-2 du 02 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale qui garantit à tout usager de ces services : « Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ».

Après de nombreuses rencontres auprès de patients de tous âges et aux profils variés, j'ai souhaité approfondir la question de la vie affective et sexuelle en lien avec la pratique psychomotrice. C'est seulement après avoir trouvé mon stage long de troisième année auprès d'adultes présentant des handicaps psychiques et mentaux que j'ai affiné le thème de mon mémoire. C'est en ce sens que j'ai tenté de réfléchir aux apports d'un accompagnement en psychomotricité sur la question de la vie affective et sexuelle d'adultes présentant un trouble du développement intellectuel (TDI).

Des questions supplémentaires se sont présentées à moi : quelles sont les spécificités de la vie affective dans le cadre du handicap mental ? Comment est-elle vécue au sein d'une institution ? **Comment le psychomotricien peut-il accompagner l'adulte présentant un trouble du développement intellectuel dans sa vie affective et sexuelle ?**

J'aborderai dans un premier temps la notion du trouble du développement intellectuel. Pour ce faire, je présenterai d'abord ce qu'est l'intelligence puis des généralités à propos de ce trouble.

Dans un second temps, je décrirai de quelle façon la présence d'un TDI peut impacter la vie affective et sexuelle d'un adulte.

En dernier lieu, je présenterai l'accompagnement du psychomotricien ainsi que des axes de travail.

I. Le Trouble du développement de l'intelligence

Avant d'aborder la notion de TDI, il est nécessaire de définir celle d'intelligence. C'est un concept qui fait l'objet de nombreuses définitions associées à son évolution historique.

A. Définitions de l'intelligence

Les définitions de l'intelligence sont plurielles. Elles varient de par les théories et les disciplines dont elles émergent (médecine, psychologie, philosophie...).

Dans le but d'illustrer mon propos, j'ai choisi la définition proposée par Le dictionnaire Larousse qui définit l'intelligence comme étant : « l'aptitude d'un être humain à s'adapter à une situation, à choisir des moyens d'action en fonction des circonstances ». (Dictionnaire de français Larousse, s. d.)

H. GARDNER, auteur du livre *Frames of Mind : the Theory of multiple Intelligence*, définit l'intelligence comme « une capacité ou un ensemble d'aptitudes qui permet à une personne de résoudre des problèmes ou de concevoir un produit qui sont importants dans un certain contexte culturel » (Gardner, s. d.). Il décrit huit types d'intelligence :

- **L'intelligence linguistique** : capacité d'utilisation du langage oral et écrit pour comprendre autrui et s'exprimer,
- **L'intelligence intra-personnelle** : c'est une représentation précise et fidèle de soi (l'intelligence de l'introspection),
- **L'intelligence musicale** : capacité à percevoir et à créer des rythmes,
- **L'intelligence naturaliste** : aptitude à reconnaître et à classer les éléments de la nature,
- **L'intelligence spatiale** : capacité à s'orienter et à se représenter en trois dimensions,
- **L'intelligence logico-mathématique** : capacité à résoudre des problèmes abstraits de nature logique ou mathématique, à calculer et à analyser,

- **L'intelligence interpersonnelle** : elle s'exprime dans notre relation aux autres, c'est l'aptitude à comprendre, communiquer et à anticiper l'apparition d'un comportement,
- **L'intelligence corporelle-kinesthésique** : capacité à utiliser le contrôle fin des mouvements du corps afin d'exprimer une idée, un sentiment ou pour réaliser une activité physique,
- **L'intelligence existentielle** (ou spirituelle) : capacité à se questionner sur le sens et l'origine des choses.

B. Le développement de l'intelligence

a) La théorie Piagétienne

Jean Piaget a tenté d'expliquer la genèse des structures de l'intelligence. Pour ce faire, il a défini des périodes (stades) de développement de l'enfant par lesquelles tous les enfants passent. Piaget a défini **l'adaptation** comme la forme d'intelligence mentale la plus développée qui permet les échanges entre un sujet et son environnement.

Ces échanges se font par l'intermédiaire de deux processus complémentaires qui sont **l'assimilation** et **l'accommodation**. Ils sont tous deux régulés par **l'équilibration**. L'assimilation correspond à la façon dont la structure du sujet va appréhender un objet du milieu suite à une action sur ce dernier. L'accommodation fait suite à ce que le milieu physique va renvoyer sur l'organisme. L'équilibration fait suite aux échanges entre le milieu et le sujet, le sujet va pouvoir réagir aux variations du milieu en ajustant ses structures.

Piaget a décrit 4 grandes périodes du développement cognitif de l'Homme :

- ◇ La **période sensori-motrice** (de la naissance à deux ans),
- ◇ La **période préopératoire** (de deux ans à six ans),
- ◇ La **période des opérations concrètes** (de sept ans à douze ans),
- ◇ La **période des opérations formelles** (après douze ans).

La théorie qu'il a développée est universelle : chaque enfant va successivement passer par les différents stades décrits dans le même ordre.

En ce qui concerne **la période sensori-motrice**, Piaget décrit 6 sous-stades distincts et successifs :

- Le stade 1 est le stade des réflexes, il correspond à l'exercice de schèmes sensori-moteurs primitifs réflexes (suction, grasping...),
- Le stade 2 correspond à l'apparition des réactions circulaires primaires, c'est-à-dire la reproduction de schèmes moteurs innés en dehors des besoins biologiques qui vont stimuler l'exercice de ce dernier,
- Le stade 3 correspond à l'apparition des réactions circulaires secondaires, c'est-à-dire la reproduction de schèmes moteurs dans le but d'obtenir un résultat,
- Le stade 4 correspond à la coordination de schèmes secondaires,
- Le stade 5 est le stade des réactions circulaires tertiaires, il correspond à la recherche de nouvelles expérimentations de la part de l'enfant,
- Le stade 6 correspond à l'invention de moyens nouveaux grâce à la combinaison de schèmes immédiate.

A la fin de la période sensori-motrice, l'enfant est capable de reconnaître son corps et de le différencier de celui d'autrui. Il a une relative compréhension des relations de cause à effet. Il a intégré la notion de permanence de l'objet ce qui lui a permis d'acquérir la capacité de se représenter mentalement des objets ou des situations.

Quand l'enfant rentre dans **la période préopératoire**, l'intelligence n'est plus seulement sensori-motrice. La capacité d'avoir une représentation mentale lui permet notamment d'accéder à la fonction symbolique. Elle permet de se représenter quelque chose (un signifié) par un symbole ou un signe (un signifiant). Nous l'utilisons au quotidien pour penser et communiquer. Un enfant âgé de deux à dix ans exercera cette fonction symbolique à travers différents exercices : le langage, le dessin, le jeu symbolique et l'imitation différée... L'enfant en maturant gagne les possibilités de généralisation et d'abstraction.

Au cours de la **période opératoire**, l'enfant est capable d'effectuer un raisonnement logique concret sur du matériel qu'il peut manipuler. Le stade des opérations formelles correspond à la période à partir de laquelle l'enfant n'a plus la nécessité de manipulé un matériel concret.

La théorie Piagétienne présente des limites. Piaget n'a pas pris en compte l'influence des interactions sociales et des facteurs socio-culturels dans le développement cognitif de l'enfant. C'est pour cela que nous allons aborder les travaux de Lev Vygotski qui a pris en compte la dimension sociale dans le développement cognitif.

b) La théorie de Vygotski

Vygotski a étudié le développement des fonctions psychiques supérieures en lien avec la société dans laquelle le sujet évolue. Il se base sur trois points : **l'approche historico-culturelle**, **l'ancrage social du développement** et la **notion d'instruments psychologiques**.

Bien que les théories de Vygotsky et de Piaget soient toutes deux des théories interactionnistes (avec l'environnement physique ou avec l'environnement humain), elles divergent sur différents points. Tandis que Piaget s'est concentré sur le rôle des opérations logiques dans le développement de l'intelligence, Vygotsky s'est intéressé au développement des fonctions psychiques supérieures.

Selon la théorie de Vygotsky, le développement de l'intelligence ne s'appuie pas seulement sur des processus de nature endogène. En ce sens, il définit la notion de zone proximale de développement qui correspond à « la distance entre le niveau actuel de développement tel qu'on peut le déterminer à travers la capacité de l'enfant de résoudre seul un problème, et le niveau potentiel de développement tel qu'on peut le déterminer à travers ses capacités de résoudre un problème lorsque l'enfant est assisté par l'adulte ou collabore avec d'autres enfants plus experts ».

Leur conception de l'évolution du langage comme instrument psychologique est divergente. En effet, Vygotsky considère que le langage évolue progressivement d'un

langage social vers un langage intérieur en passant par le langage égocentrique. Piaget considère l'évolution inverse, du langage égocentrique vers un langage social.

c) Les travaux de Bruner

Bruner est un psychologue américain qui s'inscrit dans la continuité de Vygotski en étudiant l'ancrage social du développement du langage. Selon lui, l'enfant communique avant de savoir parler. En ce qui concerne le développement de l'enfant, il décrit deux interactions : « le format d'interaction » et la « relation de tutelle », qui sont sous-tendu par le « processus d'étayage ».

d) Les travaux de Wallon

Wallon est un psychologue français qui a cherché à comprendre à travers les dimensions sociales, affectives et cognitives, le développement de la personnalité. Il faut prendre en considération les facteurs biologiques à l'origine de la maturation nerveuse dans le développement en plus du rôle des facteurs sociaux dans les échanges avec autrui.

Dans ce cadre, il propose à son tour une théorie du développement de l'enfant. Il décrit six stades : le stade impulsif, le stade émotionnel, le stade sensori-moteur et projectif, le stade du personnalisme, le stade catégoriel et le stade de l'adolescence.

C. Généralités sur le trouble du développement de l'intelligence

a) Définitions

La définition de TDI est mouvante, elle a évolué concomitamment à l'évolution des différentes classifications médicales. En effet, le terme de trouble du développement de l'intelligence n'est apparu que dans les classifications les plus récentes que je vais vous présenter.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le TDI comme étant « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe

et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ».

Dans la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) établie par l'OMS, la dénomination de **troubles du développement intellectuel** (léger, moyen, grave, profond ou provisoire) est utilisée. La France se base sur la définition de l'OMS pour définir ce trouble. Ce trouble du développement intellectuel est inclus dans les **troubles du neurodéveloppement**. Il est défini comme un trouble aux affections étiologiques diverses qui apparaît **au cours du développement**. En sa présence, le **fonctionnement intellectuel** et le **comportement adaptatif** d'un sujet sont significativement inférieurs à la moyenne.

La cinquième version Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) publiée par l'association américaine de psychiatrie parle de **handicap intellectuel ou de trouble du développement intellectuel** (TDI) classés au sein des **troubles neurodéveloppementaux**.

Il existe une troisième définition établie par l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) qui stipule que : « La déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du **fonctionnement intellectuel** et du **comportement adaptatif**, qui se manifeste dans les **habiletés** conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient **avant l'âge de 18 ans**. »

Les différentes définitions du TDI ont été établies, qu'il apparait au cours du développement de l'individu. Il impacte à la fois le fonctionnement intellectuel, le comportement adaptatif et l'autonomie du sujet dans différentes sphères de son quotidien.

b) Diagnostic

Le diagnostic de trouble du développement intellectuel peut être posé par des professionnels formés aux troubles du neurodéveloppement (TND) à partir d'évaluations psychométriques : une **évaluation du Quotient intellectuel** et d'une **évaluation des fonctions adaptatives**.

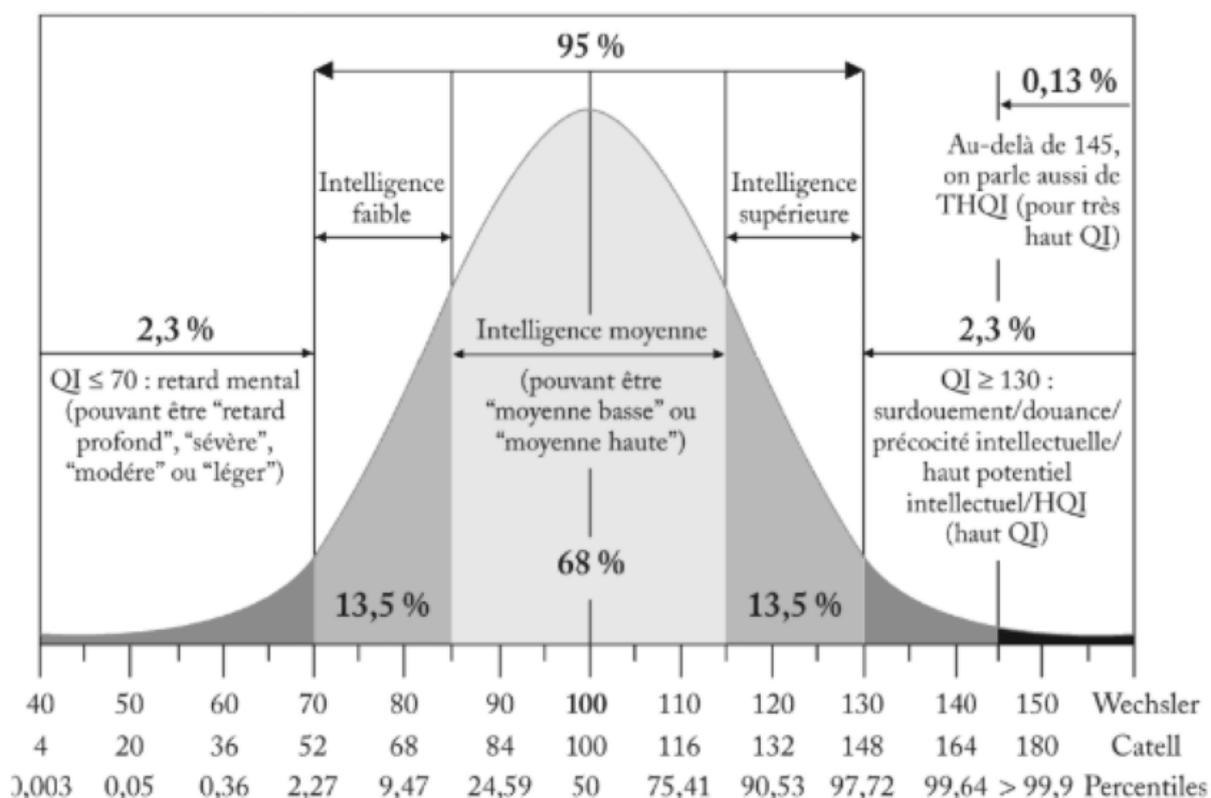
Une évaluation psychométrique est une évaluation qui se base sur des tests psychologiques standardisés afin de mesurer les compétences, les traits de personnalité ou les comportements. Dans le cas du TDI, les tests psychométriques auront pour but d'évaluer le fonctionnement intellectuel en mesurant son quotient intellectuel.

- Évaluation du Quotient Intellectuel (QI)

Le psychiatre américain D. WECHSLER a créé trois échelles de l'intelligence. La première, pour les enfants, l'échelle **WPPSI-IV** est utilisable de deux ans et demi à sept ans et demi. Elle permet de mesurer différents indices selon l'âge de l'enfant : l'indice de compréhension verbale, l'indice visuospatial, l'indice de mémoire de travail, l'indice de raisonnement fluide et l'indice de vitesse de traitement. Des indices complémentaires sont utilisables en fonction des situations cliniques rencontrées. Le quotient intellectuel est calculé à partir des indices principaux.

Pour les enfants et les adolescents de six ans à seize ans et onze mois, la **WISC-V** (Wechsler Intelligence Scale for Children) est utilisable. Elle regroupe également différents indices correspondant aux grandes fonctions cognitives permettant de calculer un quotient intellectuel total. Elle se compose de l'indice de compréhension verbale, l'indice visuospatial, l'indice de raisonnement fluide, l'indice de mémoire de travail et l'indice de vitesse de traitement.

La dernière échelle est conçue pour les personnes de seize ans à soixante-dix-neuf ans, il s'agit de la **WAIS-IV**. Il utilise quatre indices (l'indice de compréhension verbale, l'indice de raisonnement perceptif, l'indice de mémoire de travail et l'indice de vitesse de traitement) pour calculer le quotient intellectuel total.



Le QI moyen se situe entre 70 et 130. A partir des résultats obtenus, il sera possible de situer la personne par rapport à la norme.

Il existe également des tests psychométriques disponibles pour évaluer le fonctionnement cognitif d'un individu présentant des difficultés de langage tels que **l'échelle non verbale d'intelligence de Wechsler (WNS)**, le **KABC-II** (batterie pour l'examen psychologique de l'enfant) et **NEMI-3** (nouvelle échelle métrique de l'intelligence).

- Évaluation des fonctions adaptatives

Il est nécessaire d'évaluer le fonctionnement adaptatif dans trois domaines avant de poser le diagnostic de TDI. L'AAID définit un comportement adaptatif comme étant « l'ensemble des **habiletés conceptuelles, sociales et pratiques** apprises par la personne qui lui permet de fonctionner au quotidien ». Les habiletés conceptuelles englobent le langage, la lecture, l'écriture, le concept d'argent, l'orientation dans l'espace et la résolution de problèmes. Les habiletés sociales comprennent le respect

des lois et des règles, la responsabilité, la prudence, l'estime de soi ainsi que les habiletés interpersonnelles. Enfin, les habiletés pratiques englobent les soins personnels, les compétences domestiques, les horaires et les routines et le maintien de la sécurité.

L'évaluation du comportement adaptatif n'est possible qu'avec un seul test en France. C'est avec la **Vineland II (Vineland Adaptive Behavior Scale Second Edition)**. Ce test psychométrique permet d'évaluer le niveau d'autonomie et d'adaptation de l'enfant et de l'adulte en explorant trois domaines : la communication, les compétences en vie quotidienne et la socialisation. Pour les enfants, le domaine de la motricité est également exploré.

L'âge auquel sera confirmé un diagnostic varie en fonction du degré de sévérité du trouble. Plus le TDI est sévère, plus le diagnostic sera confirmé précocement. Les déficits graves et profonds sont majoritairement affirmés avant l'âge de trois ans.

c) Classifications

La CIM-11 ainsi que le DSM-V mentionnent des critères de sévérité du trouble. Il existe quatre critères de gravité : léger, modéré, grave et profond. Ces critères se sont longtemps référés au niveau du quotient intellectuel (QI) d'un individu. Anciennement, on considérait comme :

- Déficience légère : un QI de 50 à 69
- Déficience moyenne : un QI de 35 à 49
- Déficience grave : un QI de 20 à 34
- Déficience profonde : un QI inférieur à 20.

Actuellement, le DSM-5 se base sur le niveau de fonctionnement adaptatif ainsi que le soutien nécessaire à l'individu pour définir le degré de sévérité du trouble (Annexe 1).

d) Étiologie et épidémiologie

Les étiologies du TDI sont diverses et multifactorielles. En effet, les causes du trouble du développement intellectuel peuvent être d'origine prénatale, périnatale et postnatale.

Parmi les causes **d'origine prénatale**, on retrouve les mutations génétiques et chromosomiques ainsi que les infections congénitales. Les causes génétiques sont les plus représentées, on retrouve le syndrome de Down (Trisomie 21), le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Prader-Willi...

La prématurité, les complications liées à l'accouchement et les infections sont des causes **d'origine périnatale**. En effet, la prématurité et les retards de croissance intra-utérin sont des facteurs de risque concernant l'apparition d'un TDI.

Les causes du TDI **d'origine postnatale** peuvent être environnementales (présence de maltraitances ou de carences psycho-affectives) mais également liées à des maladies infectieuses, des lésions cérébrales.

Le TDI peut être considéré comme **idiopathique**, sans causes connues, cela représente 40% des cas.

Il existe des **techniques de dépistage** qui permettent de repérer certaines des affections qui peuvent induire un TDI. Certaines techniques de dépistages sont systématiquement proposées comme le dépistage prénatal du syndrome de Down pendant la grossesse ou le test de Guthrie qui permet de dépister la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale chez le nouveau-né. D'autres techniques de dépistage peuvent être proposées uniquement si un risque de transmission est connu. C'est le cas pour le dépistage prénatal du syndrome de l'X fragile qui est la cause la plus fréquente de transmission héréditaire.

Le trouble du développement intellectuel est considéré comme fréquent, il concerne 1 à 2% de la population. La prévalence du TDI augmente jusqu'à l'âge de quatorze ans et se stabilise ensuite. Ces chiffres correspondent au temps nécessaire au repérage du trouble. La prévalence de la forme sévère du TDI est de 0,3 à 0,4%.

On observe que la population masculine est touchée en proportion plus importante.

Le contexte socio-culturel joue un rôle certain sur la prévalence du TDI, en effet, la prévalence est plus faible dans les milieux socio-économiques favorisés (majoritairement pour la forme légère).

Dans les prochaines années, la prévalence pourrait évoluer pour différentes raisons : les techniques de dépistage prénatal d'affections chromosomiques tendent à s'améliorer et la politique de prévention en santé concernant les facteurs environnementaux tels que le syndrome d'alcoolisation fœtal ont pour objectif de réduire son incidence.

e) Symptomatologie et Comorbidités

La sémiologie du TDI varie en fonction de la sévérité du trouble ainsi que des troubles organiques ou psychiatriques associés. Il existe sept domaines majeurs d'atteintes et d'expression dans le TDI : la cognition, les compétences sociales et affectives, le langage, l'autonomie personnelle, la sensorialité, le comportement, la motricité.

Avant de présenter les différents troubles qui peuvent être rencontrés, il est nécessaire de savoir que les personnes présentant un TDI ne vont pas nécessairement manifester l'ensemble des signes psychomoteurs qui vont être décrits.

Cyrielle Richard parle de profils hétérogènes. Ainsi les personnes présentant un TDI auront des niveaux de retard mental variés, des niveaux de déficits adaptatifs variés, des atteintes neurologiques et neuropsychologiques variées, des atteintes sensorielles variées, des problématiques psychiatriques différentes... (Richard, 2018)

Il existe une multitude de troubles qui peuvent s'associer au TDI : des troubles mentaux, sensoriels, moteurs, neurodéveloppementaux, cognitifs (constitutifs du TDI), psychopathologiques ainsi que des maladies somatiques. Plus la déficience est sévère, plus il est fréquent d'observer des comorbidités.

Les troubles fréquemment rencontrés sont :

- Les troubles spatio-temporels : le manque d'expériences sensori-motrices et de conduites d'explorations peut induire des troubles de l'orientation et de l'organisation dans l'espace. Les personnes présentant un TDI peuvent également présenter des difficultés à intégrer les rythmes.
- Les troubles du schéma corporel : le manque d'expériences sensori-motrices entraîne un manque d'intégration du schéma corporel ainsi qu'un défaut de perception et d'organisation praxique. L'intégration des limites corporelles peut aussi être déficitaire.
- Les troubles toniques : des troubles de la régulation tonique sont retrouvés par exemple dans le syndrome de Prader-Willi avec une hypotonie majeure qui tend à s'améliorer partiellement à l'âge adulte ou dans le cas de la trisomie 21 avec une hypotonie de fond et une hypertonie d'action.
- Les troubles de la motricité globale ou fine peuvent être induits par un manque de stimulation ou d'expériences sensori-motrices. L'équilibre statique et l'équilibre dynamique peuvent être précaires.
- Les troubles des fonctions exécutives.
- Les troubles psycho-affectifs. Qui seront développés ultérieurement.

Les comorbidités plus fréquemment observés sont : le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles dépressifs et bipolaires, les troubles anxieux, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les mouvements stéréotypés, les troubles du contrôle des impulsions et les troubles neurocognitifs majeurs. On peut observer d'autres troubles psychiatriques que ceux précédemment cités tels que : le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble de l'humeur, le trouble des conduites, les troubles du sommeil...

Toutes les maladies somatiques et tous les déficits moteurs peuvent s'associer à un TDI. Des maladies neurologiques, endocriniennes et génétiques sont fréquemment observées.

II. Quelle est l'influence du trouble du développement de l'intelligence sur la vie affective et sexuelle de l'adulte ?

A. Introduction avec définition et généralités sur la vie sexuelle et affective

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l'influence du TDI sur la vie sexuelle et affective de l'adulte. En ce sens, on étudiera dans un premier temps la genèse de l'affectivité et de la sexualité. Ensuite, je vous présenterai les spécificités que le TDI apporte à ces domaines de vie.

La vie affective d'une personne se rapporte à tous ce qui lui procure des sentiments et des émotions. Ils peuvent provenir de relations amoureuses, amicales, familiales... En ce qui concerne la vie sexuelle, elle ne se limite pas à l'activité sexuelle mais s'étend aux questionnements identitaires, aux concepts d'intimité, de plaisir, d'érotisme.

L'OMS définit la sexualité comme étant « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. ». La définition de l'OMS stipule que la sexualité est influencée par de nombreux facteurs (biologiques, psychologiques, sociaux, politiques...).

La santé sexuelle est un sujet également abordé, l'OMS met l'accent sur une approche positive de la sexualité et des relations sexuelles. Elle ne repose pas sur l'absence de dysfonctionnement mais sur « la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence » .(*Santé sexuelle*, s. d.)

Le bien-être d'une personne correspond au sentiment d'épanouissement procuré par la pleine satisfaction des besoins du corps et de l'esprit. Ainsi, le bien-être psychique d'une personne est lié aux émotions et aux sentiments ressentis.

B. Le développement psycho-affectif

Afin de vous présenter le développement psycho-affectif, j'ai choisi d'étudier différentes théories sur l'attachement et ensuite de présenter les travaux psychanalytiques de Freud sur la psychogenèse de l'identité sexuelle.

a) L'attachement

Le psychologue Henri Wallon considérait qu'un enfant naît « inachevé », c'est **la néoténie**. Selon lui, l'enfant ne peut pas survivre s'il n'est pas pris en charge par sa mère ou autrui. Le bébé est dépendant d'un tiers. Il ne peut survivre qu'en interaction avec son environnement. Il communique avec lui grâce à son tonus et ses cris, on nomme cette communication réciproque communication tonico-émotionnelle. Pour que les besoins de l'enfant soient assurés, il lui faudra donc créer un lien d'attachement avec une figure adulte.

Donald W. Winnicott s'est intéressé à la relation de dépendance entre l'enfant et sa mère. Il a décrit la **préoccupation maternelle primaire** comme étant l'état psychologique de dévotion d'une mère au début de la vie de son enfant. La mère procure à son enfant les soins maternels nécessaires à son bon développement psychique à travers les notions de holding, handling et d'object presenting. Le holding désigne l'adaptation posturale de la mère à son bébé, la façon dont il va être tenu, porté, manipulé et touché. Le handling correspond à la façon dont l'enfant est traité et soigné par sa mère. L'object presenting désigne la façon dont la mère présente le monde à l'enfant.

Un environnement maternel suffisamment bon valorise la construction psychique de l'enfant. « La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson et, dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois. Par l'intermédiaire de la force que donne au moi faible du nourrisson

l'accomplissement de ses expressions d'omnipotence, un vrai self comment à prendre vie » (Winnicott et al., 2006)

A la suite de la seconde guerre mondiale, René Spitz définit le **syndrome d'hospitalisme**. Il décrit de quelle façon les interactions précoces de l'enfant avec sa mère et son environnement influencent son développement psychologique et émotionnel à venir. Spitz met en évidence l'importance de l'attachement maternel pour le développement de l'enfant et les effets de la séparation sur l'enfant. Le syndrome d'hospitalisme correspond à l'évolution d'un enfant vers un état de marasme psychique et physique en cas de carences affectives.

John Bowlby est à l'origine du **concept d'attachement**. Ce système d'attachement a pour but de favoriser la relation avec une figure adulte capable d'apporter du réconfort et de maintenir l'enfant dans un état de sécurité interne. Selon lui, l'enfant a besoin de développer une relation d'attachement (cohérente et continue) avec au moins une personne qui prend soin de lui afin de connaître un développement social et émotionnel normal. Ce système d'attachement se manifeste par des comportements d'attachements innés tels que le sourire. On retrouve dans les travaux de Bowlby l'idée que le bébé naît avec des compétences qui valorisent les conduites d'attachement. C'est à travers la répétition des expériences de réconfort que l'enfant va être capable de discriminer une figure d'attachement. Ce système d'attachement a différentes fonctions : une fonction de protection d'une part et d'autre part une fonction de socialisation.

Marie Ainsworth a démontré le lien entre **le système d'attachement** et le système d'exploration en considérant la figure d'attachement comme base de sécurité à partir des travaux de Bowlby. Elle a mis en évidence trois types d'attachements : sécure, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent. Ultérieurement, Mary Main a contribué à cette théorie en identifiant un quatrième type d'attachement : l'attachement désorganisé – désorienté.

Ces quatre types d'attachements se manifestent chez l'enfant différemment (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015) :

- L'attachement de type sécure s'accompagne d'une meilleure estime de soi. Il favorise la capacité d'exploration et la capacité de recourir à l'attachement si nécessaire. L'enfant ne proteste pas lors des séparations avec ses figures d'attachement.
- L'attachement de type insécure évitant s'accompagne d'une tendance à masquer sa détresse émotionnelle. Il ne fait pas appel à autrui et réduit les signaux de détresse en direction de ses parents.
- L'attachement de type insécure ambivalent : l'enfant se montre ambivalent en augmentant ses signaux de détresse, en manifestant de la détresse lors de la séparation mais manifeste un mélange entre la recherche de contact et le rejet coléreux.
- L'attachement désorganisé est présent chez les enfants victimes ou témoins de violences. Ils manifestent des postures évoquant l'appréhension et la confusion.

b) La psychogenèse de l'identité sexuelle

La théorie psychanalytique a largement enrichi la compréhension du développement psychoaffectif. La psychogenèse de l'identité sexuelle correspond à la structuration de la personnalité. Nous allons voir comment la personnalité se construit depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte (environ trente ans) dans une perspective psychanalytique.

Au XXème siècle, Freud a théorisé le développement de la sexualité. Selon lui, la sexualité a un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. Dans la théorie psychanalytique, la sexualité ne désigne pas uniquement l'activité sexuelle mais tout ce qui se rapporte à éprouver du plaisir. La théorie de la sexualité infantile permet d'une part de reconnaître des excitations ou des besoins précoces et d'autre part de reconnaître l'existence d'activités qui vont mettre en jeu des zones corporelles particulières autres que les zones érogènes. Elle a également pour fonction l'organisation du « moi » du sujet, ce qu'il est et comment il se représente.

Pour théoriser la psychogenèse de l'identité sexuelle, Freud a défini trois stades que nous allons approfondir par la suite : la prime enfance, la période de latence et le stade génital.

Avant d'approfondir ces stades où Freud décrit différents mécanismes pulsionnels, il me paraît nécessaire de présenter différents termes. Laplanche et Pontalis définissent une pulsion comme un « processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but ». (Laplanche et Pontalis, 1967). La libido désigne la valeur dynamique des tendances sexuelles infantiles ou adultes.

i. La prime enfance

La période de la prime enfance s'étend de la naissance jusqu'à six ans et se décompose en trois phases qui se succèdent : le stade oral, le stade sadique anal et le stade phallique.

Le premier stade est le stade oral, le plaisir sexuel est lié quasi-exclusivement à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres liée à la fonction physiologique alimentaire. Freud insiste sur le mode de relation particulier entre le nourrisson et son environnement qui est l'incorporation. L'incorporation peut être mise en relation avec le fantasme primitif du cannibalisme. Karl Abraham a distingué à nouveau deux périodes dans ce stade : d'abord le stade précoce de succion puis le stade sadique oral. Le stade précoce de succion est caractérisé par une satisfaction libidinale intense liée à la succion du sein maternel et à l'absorption des stimulations sensorielles. Lors des périodes de frustration, le nourrisson peut sucer son pouce ou un objet dans le but d'atteindre une satisfaction auto-érotique. On parlera de masturbation primaire. Le stade sadique oral est caractérisé par l'apparition des dents, de la morsure et de la dévoration. Il apparaît une ambivalence pulsionnelle, la libido et l'agressivité (pulsion de mort) sont dirigées vers le même objet. Le stade oral se termine au sevrage de l'enfant qui peut provoquer une frustration plus ou moins importante. La relation à la mère est caractérisée par une dépendance totale et l'illusion de se satisfaire lui-même. Mélanie Klein a dit « le sein est le prolongement de la bouche de l'enfant », comme s'il y avait une fusion et une continuité corporelle. Ce stade se termine aux alentours de la fin de la première année de l'enfant. On peut retrouver un fonctionnement immature

de la structuration de la personnalité à ce niveau de développement (à ce stade) sur certains modes psychotiques, névrotiques et schizophréniques qui peut se traduire par des angoisses de morcellement.

Le second stade est le stade sadique anal, il se déroule entre deux et quatre ans. Il est caractérisé par une organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anal. Cet érotisme est lié à l'ambivalence entre la défécation et les rétention des matières fécales qui induisent passivité et activité. Dans ce contexte, l'apprentissage de la propreté va être éprouvé par des difficultés physiologiques de contrôle des sphincters et par la complexité pour l'enfant de comprendre cette bipolarité d'action et de passivité. Abraham a à nouveau distingué deux phases. Une première où l'érotisme anal est lié à l'évacuation et a une pulsion sadique de destruction. Une seconde qui correspond à un érotisme anal lié à la rétention et lors de laquelle la pulsion est liée à un contrôle possessif, masochiste. Les deux premiers stades de la prime enfance (le stade oral et le stade sadique anal) sont des stades prégénitaux. Les zones génitales n'ont pas encore été investies dans le sens d'un investissement affectif.

Le dernier stade que Freud décrit dans la prime enfance est le stade phallique qui se déroule entre quatre et six ans. L'investissement érotique est maintenant tourné vers la zone génitale. Le complexe d'Œdipe apparaît comme « un ensemble organisé de désir amoureux et hostile que l'enfant éprouve à l'égard de ses deux parents ». (Laplanche et Pontalis, 1967) Les formes du complexe d'Œdipe vont différer selon le sexe de l'enfant. La bipolarité présente au stade précédent d'activité et de passivité se transforme en couple phallique et castré. Chez le petit garçon, S. Freud décrit d'abord un déni de la réalité. Il ne reconnaît pas de différence entre les organes sexuelles féminins et masculins. Pour le jeune enfant, si sa mère n'a pas de pénis, c'est qu'il lui a été enlevé. Consécutivement à l'apparition de la menace de castration, c'est la fin de la relation fusionnelle entre la mère et l'enfant au profit d'une relation triangulaire père-mère-enfant. Au déclin du complexe d'Œdipe, l'enfant fait un choix entre l'amour incestueux qu'il porte à sa mère et l'amour narcissique qu'il porte à son pénis et choisit son pénis. On peut parler de masturbation secondaire. C'est la fin de l'amour œdipien. Chez la petite fille, S. Freud décrit également le déni de la réalité. Quand elle constate qu'elle n'a pas de pénis apparaît le complexe de castration qui se transforme en envie d'avoir un enfant avec son père et en haine pour sa mère qui n'a pas su lui donner. Le

déclin du complexe d'Œdipe permet à l'enfant d'accéder au principe de réalité. Selon s. Freud, ce déclin est fondamental dans la structuration de la personnalité et pour l'orientation du désir.

ii. La période de latence

La période de latence s'étend des six ans de l'enfant à la puberté. Au cours de cette période, on peut observer une inhibition de la libido. L'énergie qui était investie jusqu'à là est utilisée différemment, dans les apprentissages entre autres. Progressivement, les éléments de la prime enfance sont refoulés dans l'inconscient du sujet, c'est l'amnésie psychique. Les désirs infantiles sont eux aussi refoulés dans l'inconscients. De nouveaux comportements apparaissent tel que la pudeur et un dégoût pour les fonctions organiques.

iii. Le stade génital

Le stade génital débute à la puberté et marque le début de la sexualité adulte. A ce stade, il y a un nouvel essor de la libido avec l'apparition des règles (chez les filles) et de l'éjaculat (chez les garçons). Les caractéristiques sexuelles secondaires se développent et l'individu est capable d'inaugurer la sexualité adulte par le coït. A la puberté, on parle de crise identitaire. L'adolescent est pris entre l'interdiction de retourner à des stades protecteurs et l'impossibilité de revendiquer son statut d'adulte alors que son corps l'y autorise. « 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 dans l'enfance. ». (« L'adolescence : un passage », 2012) Cette période est également caractérisé par la détermination des orientations sexuelles. On peut observer à partir de la puberté l'unification des pulsions partielles en une pulsion totale. L'adolescent va accepter l'idée qu'un même objet puisse être à la fois bon et mauvais et qu'une même personne puisse apporter de la tendresse et de la sensualité. L'adolescent va atteindre une masturbation tertiaire, ses fantasmes seront dirigés vers des objets choisis hors de la famille.

Selon S. Freud la fonction physiologique et le développement affectif fonctionnent ensemble. C'est pour cela que nous allons aborder l'approche anatomo-physiologique en lien avec l'affectivité et la sexualité.

C. Approche Anatomo-Physiologique

L'affectivité n'est pas seulement liée aux phénomènes psychiques. Il me semble intéressant de présenter le rôle du système nerveux, des hormones et des neurotransmetteurs dans la vie affective et sexuelle. Pour cela, je vais présenter les implications des structures anatomiques et de la biologie dans l'apparition d'affects et d'émotions. Les émotions qui sont considérées comme « les réponses affectives immédiates à un stimulus » peuvent être associées à 5 dimensions : cognitive, physiologique, motrice, à un sentiment subjectif et à une dimension motivationnelle.

a) Le rôle du système nerveux

Des études s'accordent à dire qu'il n'existe pas de « centre » neuronal unique dédié aux émotions. Elles décrivent des circuits neuronaux pour chacune des émotions. Ces circuits ont comme relais des structures anatomiques du système nerveux : le noyau amygdalien, le noyau accumbens, l'hippocampe, l'hypothalamus, le thalamus, certaines aires du cortex préfrontal et du cortex temporal. Chez les sujets anxieux, on peut observer une activation exagérée de l'amygdale. Les personnes dont l'amygdale est lésée ne sont pas capable de reconnaître la peur. (Lotstra, 2002)

b) Le rôle des hormones et des neurotransmetteurs

Aborder les rôles des hormones et des neurotransmetteurs sur notre vie affective et sexuelle reviennent à questionner la thèse du déterminisme biologique de certains comportements. Je ne pourrai pas présenter dans ce mémoire l'ensemble des hormones et des neurotransmetteurs en lien avec les émotions.

Des études mettent en évidence l'effet anxiolytique de l'ocytocine chez les personnes anxieuses. Par ailleurs, l'administration d'ocytocine entraîne une augmentation de la confiance en soi en améliorant la façon dont l'individu perçoit les

aspects positifs qu'il a de lui-même ainsi qu'une amélioration de la confiance envers autrui. L'ocytocine illustre le fait que les hormones contribuent à la régulation de l'humeur et des émotions. (Goyon & Charlet, 2018)

En conclusion, les émotions et ressentis d'une personne sont influencés par la biologie et les structures anatomiques du système nerveux. Ils ne sont pas déterminés par ces derniers, mais, sont modulés.

B. Vie affective et sexuelle avec un trouble du développement de l'intelligence

La vie affective et sexuelle est un aspect important de la vie de tous les êtres humains. Les questionnements autour de ce thème ont toujours existé mais la façon de penser et de définir la notion de sexualité n'a cessé d'évoluer selon les contextes historiques, culturels et sociaux.

Cependant, les questionnements concernant la vie affective et sexuelle des personnes porteuses de handicap sont beaucoup plus récents. Avant le XX^{ème} siècle, cette question n'était pas considérée. Aujourd'hui, la question de la sexualité des personnes handicapées reste un sujet important dans les débats sur l'égalité des droits et l'autonomie des personnes handicapées notamment ces dernières années avec les débats autour des assistants sexuels.

Concernant la vie affective et sexuelle des adultes présentant un TDI, les questionnements sont récents. Depuis longtemps, les professionnels et les familles s'interrogent « sur les facultés du sujet à ressentir les émotions, à désirer, à aller vers l'autre, à créer des liens. » (Zribi & Chapellier, 2005). Longtemps cette thématique, pourtant indissociable de la vie d'un être humain, a fait peur. Devant la vulnérabilité des personnes présentant un TDI, les questionnements ne cessent d'évoluer pour permettre à tous de vivre au mieux sa vie affective et sexuelle.

a) La législation

Je vais maintenant vous présenter la législation française qui encadre la vie affective mais surtout la sexualité des personnes présentant un TDI. Je souhaiterais aborder différentes notions notamment celle de consentement et de la vulnérabilité.

Depuis une vingtaine d'années, la législation française a évolué pour reconnaître et protéger les droits des personnes en situation de handicap. Je vous ai déjà présenté la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale dans l'introduction de ce mémoire qui garantit « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité... ».

Depuis le 11 février 2005, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées stipule « les établissements et services qui accueillent ou accompagnent les personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie leur assurent un soutien médico-social permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social ». Ce texte apporte la notion d'épanouissement personnel et social dans une perspective égalitaire.

- Le consentement :

Selon le Code pénal, tout acte sexuel doit être consenti librement par les deux parties concernées. Tout acte sexuel commis dans un contexte de violence, menace, contrainte ou surprise est une agression sexuelle ou un viol. Dans le cas du TDI, la question se pose de savoir si la personne a les capacités nécessaires pour prendre certaines décisions.

- La vulnérabilité :

Une personne vulnérable est selon le Code pénal « un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse » (Lebrun, 2015). Il existe différents facteurs qui peuvent rendre une personne

présentant un TDI plus vulnérable aux agressions sexuelles : les difficultés de communications, les difficultés à reconnaître un danger potentiel, le manque de connaissance et d'éducation sur la sexualité, les difficultés à reconnaître des gestes inappropriés, la dépendance (psychologique, économique et physique), le manque d'estime de soi...

Dans plus de 90% des cas d'agression sexuelle sur une personne présentant une déficience intellectuelle, l'agresseur est connu de la victime. (Mercier, 2005)

Malheureusement, les agressions sexuelles engendrent des conséquences néfastes, qui peuvent être physiques ou psychiques à court, moyen et long terme pour les victimes. En dehors des conséquences physiques (grossesses ou infections sexuellement transmissibles), on retrouve parmi les conséquences psychiques : les états dépressifs, l'angoisse, une régression du développement, des manifestations d'inconfort au toucher, des troubles de la sexualité, des troubles du sommeil, des troubles du comportement, des comportement sexuels inadéquats...

b) L'institution

La vie en établissement médico-social est une réalité pour de nombreuses personnes présentant un trouble du développement de l'intelligence. Ces établissements répondent aux besoins d'hébergement, de soins, d'accompagnement de leurs résidents. Ces établissements deviennent des lieux de vie et sont donc tenu de respecter l'intimité, les droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées comme le rappelle la circulaire du 05 juillet 2021 concernant le champ du handicap et la lutte contre les violences.

En France, la législation impose aux institutions d'assurer l'éducation sexuelle des personnes accueillies et de former le personnel à la prise en charge des questions affectives et sexuelles. Des professionnels spécialisés peuvent intervenir pour apporter un soutien aux résidents et aux équipes éducatives.

Au sein du service d'activité pour personne porteuses d'un TDI où j'effectue un stage, une équipe du Centre d'Accueil de Consultation et d'Information sur la Sexualité (CACIS) intervient à raison d'une fois par semaine pendant plusieurs mois. Ces intervenants ont pour objectif de favoriser l'éducation à la sexualité à travers différentes notions : l'affectivité, le consentement, la contraception... Les équipes éducatives se sont chargées de sélectionner les usagers qui étaient en capacité de comprendre le contenu de ces ateliers mais aussi ceux qui étaient d'ores et déjà intrigués par cette thématique.

Vignette clinique :

Au sein d'un foyer de vie, un couple qui s'est formé a décidé de dormir ensemble. Les chambres n'étant pas dotées de lits doubles, les résidents ont décidés de mettre des matelas au sol dans l'une des chambres. Les équipes respectent leur vie intime après s'être assurés que le souhait de dormir dans la même chambre était partagé par les deux résidents.

Actuellement, la Haute Autorité de Santé (HAS) produit des recommandations sur l'accompagnement à la vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en Établissement ou Service Social ou Médico-Social (ESSMS). Les différents rapports devraient être publiés à la fin de l'année 2023 et durant le dernier trimestre de 2024.

c) L'influence du TDI sur la vie affective et sexuelle

La vie affective et sexuelle prend corps dans la relation à soi mais aussi dans la relation à l'autre. C'est pour cela que je vais aborder l'impact du TDI sur la théorie de l'esprit en lien avec les relations. La théorie de l'esprit est centrée sur le postulat de l'existence de deux habiletés chez les individus : d'une part la capacité à attribuer à ses pairs des états mentaux et d'autre part la capacité à comprendre les liens entre ces états mentaux et les comportements. L'utilisation de ces habiletés permet à un individu d'adapter son comportement en fonction de ce qu'il observe chez autrui. En

présence d'un TDI, le fonctionnement adaptatif est entravé notamment les habiletés sociales. Dans ce cas, c'est l'intelligence interpersonnelle décrite auparavant qui est impactée. Une compréhension déficitaire du monde social entraîne des difficultés d'adaptation sociale et en conséquence des difficultés à être intégré au sein de la société. (Nader-Grosbois, 2011)

Vignette clinique :

Au sein du foyer de vie pour adultes présentant un TDI où je suis en stage, il est courant que les résidents soient en difficultés pour interpréter les émotions et comportements des autres usagers. Ainsi, un simple regard dans la salle à manger de l'institution peut créer des cris et de l'anxiété chez ces adultes. Fréquemment, j'observe un sentiment de persécution. « Me regarde pas là ! », « Arrête de m'agresser ! ».

Le manque d'habiletés sociales peut donc entraîner une gêne lors des interactions sociales et parfois l'exclusion. L'incompréhension peut avoir une multitude de manifestation : anxiété, troubles du comportements, actes inappropriés, angoisse, repli sur soi...

Des difficultés à maintenir et multiplier les interactions sociales peuvent émerger et mettre à mal les relations sociales et ainsi la vie affective de la personne.

III. Comment le psychomotricien peut-il accompagner des adultes déficients intellectuels dans leur vie affective et leur sexualité ?

Selon Catherine POTEL, nous pouvons distinguer cinq axes essentiels d'interventions en psychomotricité. On retrouve parmi ces axes fondamentaux : les médiations thérapeutiques, les psychothérapies psychocorporelles, les thérapies psychomotrices, les rééducations psychomotrices ainsi que la prévention et l'éducation psychomotrice. (Potel, 2010)

« La psychomotricité est la façon dont chacun habite son corps, le connaît, se l'approprié, en relation avec son environnement » (Szczepanski, 2017)

Le psychomotricien qui s'intéresse au corps dans la relation pourra accompagner l'adulte présentant un trouble du développement intellectuel en ce qui concerne la thématique de la vie affective et sexuelle. Il pourra entre autres proposer un accompagnement sur des axes tels que le tonus, la sensorialité, le schéma corporel et l'image du corps, les émotions, la relation, l'espace et le temps.

A. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique entre un psychomotricien et une personne qu'il prend en soin est régie par différentes modalités. Cette relation entre le thérapeute et son patient s'établit dans un cadre thérapeutique réfléchi au préalable par le professionnel. Ce dernier ajuste son implication corporel et psychique au cadre de la relation de soin. Ainsi, le psychomotricien et la personne qu'il accompagne pourront bâtir une alliance thérapeutique favorable à l'engagement du patient dans sa prise en charge.

a) Le cadre thérapeutique

Christian Ballouard considère le cadre thérapeutique comme « un contenant au développement d'une relation ». (Ballouard, 2011) Le cadre thérapeutique est constitué d'invariants qui permettent de repérer le temps de prise en charge. Les

différents éléments constituant du cadre garantissent un espace sûr pour le patient comme pour le thérapeute. Il comprend différents éléments à la fois physiques et psychiques.

Le cadre physique est constitué de multiples éléments tels que : des horaires fixes, une fréquence régulière, une durée constante, un lieu fixe. Le cadre psychique est construit à partir du fonctionnement institutionnel, de l'encadrement ainsi que de la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien.

Winnicott a développé la notion de « setting » qui désigne la partie mobile du cadre. Ce sont les aménagements du cadre que le professionnel va pouvoir moduler en fonction du patient qu'il rencontre. Le cadre thérapeutique se veut à la fois contenant, structurant et souple afin de favoriser l'expression du patient et l'expérimentation des médiations proposées.

b) L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique suppose un certain niveau de confiance, d'engagement et de coopération à la fois du psychomotricien mais également de la part de son patient. L'alliance thérapeutique est un atout non négligeable dans la relation entre un patient et son thérapeute. En effet, une alliance thérapeutique de qualité entre le patient et son thérapeute favorise l'engagement du patient dans sa thérapie, sa motivation et des résultats positifs.

Carl Rogers définit six conditions du processus thérapeutique (Tudor, 2014):

- Le thérapeute et le patient doivent être en contact,
- Le patient doit être en état d'incongruence,
- Le thérapeute doit être congruent dans la relation,
- Le thérapeute porte un regard positif inconditionnel au patient,
- Le thérapeute offre une compréhension empathique,
- Le patient perçoit l'empathie et le regard positif inconditionnel du thérapeute.

La collaboration entre le psychomotricien et le patient est au cœur de l'alliance thérapeutique. Selon le psychiatre J. Corraze, cette alliance est caractérisée par la

participation active du patient à sa thérapie. L'alliance thérapeutique prend la forme d'un partenariat où le patient joue un rôle actif dans sa prise en charge. (Corraze, 2015)

B. Axes d'intervention

Comme nous avons pu le voir, les répercussions du TDI sur le développement psychomoteur sont variées. Certaines des compétences affectées dans le cas du TDI sont intrinsèquement liés aux questions d'affectivité et de sexualité.

Selon Giselle Soubiran et Jean-Claude Costes, « Les modalités pratiques de l'examen psychomoteur ont pour but l'évaluation méthodique des possibilités sensorielles, pratiques, kinesthésiques, gnosiques et relationnelles de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte » (Albaret et al., 2018).

Le bilan psychomoteur va permettre de mettre en évidence la sémiologie psychomotrice de l'enfant ou de l'adulte porteur d'un TDI et ainsi permettre de dégager des axes de travail en psychomotricité.

J'ai fait le choix dans ce mémoire de ne pas parler de la place d'éducateur que peut prendre le psychomotricien en animant des ateliers d'éducation à la vie sexuelle et affective.

a) Image du corps et Schéma corporel

i. L'image du corps

De nombreux auteurs ont théorisé le concept d'image du corps, comme Dolto, Lacan, Schilder et Pireyre. L'image du corps peut être défini comme « l'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles » (Dolto, 1984). « L'image du corps est l'image que l'on se fait de soi et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres » (Potel, 2019).

L'image du corps est propre à chaque individu, elle rend compte de sa culture, de son histoire et de sa relation aux autres. Cette représentation imagée va évoluer tout au long de la vie de l'individu. En cas de changements corporels, la perception et les éprouvés vont être impactés à influencer la confiance en soi, les relations à l'environnement et la vie affective.

« L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes » (Dolto, 1984)

ii. Le schéma corporel

Selon De Ajuriaguerra, le schéma corporel se construit « sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, 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 » (Golse & Simas, 2008)

Le schéma corporel est dépendant des sensations éprouvées mais également dans la verbalisation faite par autrui.

Bullinger a étudié les flux sensoriels qui entrent en jeu dans l'intégration du schéma corporel (Bullinger, 2007) :

- ◇ Les apports tactiles : en lien avec la construction des limites corporelles,
- ◇ Les apports olfactifs,
- ◇ Les apports cinétiques,
- ◇ Les apports auditifs,
- ◇ La proprioception.

Pour Dolto, le schéma corporel serait en partie inconscient mais aussi conscient et préconscient. Il est évolutif dans le temps et dans l'espace et serait « le même pour

tous les individus de l'espèce humaine » (Dolto, 1984). Toujours selon F. Dolto, le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience.

Chez les personnes présentant un TDI, la construction du schéma corporel est confrontée à la limitation de la connaissance de leur propre corps en raison d'une exploration parfois limitée. Le schéma corporel jouant un rôle essentiel dans la construction de la conscience corporelle et de la conscience de soi, nous pouvons considérer un lien étroit avec le concept d'image du corps.

b) Le tonus

« Le tonus musculaire est l'état permanent de tension qui s'exerce sur les muscles afin de s'opposer à l'action de la gravité sur le corps humain. » (Albaret & Feuillerat, 2018)

Chez les personnes présentant un TDI, des troubles de la régulation tonique sont relativement courant même si leur expression est d'intensité variable. La modulation tonique est un des aspects fondamentaux de l'expressivité du corps, de la communication non verbale, de la façon d'être à l'environnement.

Le dialogue tonico-émotionnel décrit par De Ajuriaguerra, décrit la dimension affective et relationnelle du tonus. Le nourrisson et sa mère communique à travers le dialogue tonico-émotionnel. Tout comme l'enfant, un adulte présentant des troubles du tonus sera mis en difficulté pour entrer dans en relation. (Lesage, 2021)

Vignette clinique :

J'ai pu observer une une hypertonie de fond et des paratonies chez un patient adulte. Il me semble que ces manifestations toniques peuvent traduire une immaturité neurologique ou une recherche de limites corporelles.

Les troubles toniques peuvent engendrer entre autres des troubles de l'organisation praxique et altérer la construction du schéma corporel.

c) Sphères émotionnelles et relationnelles

« L'émotion est toujours liée au corps. La chaîne d'événements qui la compose passe par le corps : sensations liées aux changements de l'environnement, perception des modifications internes, préparation des muscles et des organes à l'action, etc. L'émotion fait d'abord parler le corps. » (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

Les émotions sont au centre du travail du psychomotricien, ce sont des manifestations psychocorporelles. Si une personne se trouve entravée dans sa capacité à exprimer ses émotions, on peut observer l'apparition de troubles du tonus. La psychomotricité tend à favoriser l'expression et la régulation émotionnelle des personnes prises en charge. Un cadre thérapeutique à la fois contenant et mouvant permettra d'anticiper les ressentis émotionnels et de permettre une certaine flexibilité relationnelle. L'émotion et l'alliance thérapeutique s'influencent mutuellement et favorisent l'échange relationnel entre le patient et son thérapeute. La régulation émotionnelle en lien avec l'ajustement tonico-émotionnel sont au cœur de la prise en charge en psychomotricité.

Selon Geneviève Ponton, nous nous construisons au cours de notre développement, selon trois niveaux de relation :

- ◇ **Relation à soi** : conduite par les sensibilités proprioceptives et intéroceptives. Elles mènent à la conscience d'être un tout unique et différencié de l'autre. Il faut d'abord avoir conscience de soi pour prendre conscience des autres.
- ◇ **Relation à l'autre** : conduite par la sensibilité extéroceptive. La reconnaissance de l'existence de l'autre confirme ma propre existence comme semblable et différenciée.
- ◇ **Relation à l'environnement** : conduite par la sensibilité extéroceptive. Je suis issu(e) d'un milieu, d'une culture, d'une lignée, d'une famille ce qui me permet de structurer ma conscience de l'espace et du temps et de m'y situer.

Ces trois relations sont en interaction permanente et ne peuvent pas être séparées.

La sphère relationnelle d'une personne en situation de handicap pose la question de son intimité. Berne a défini trois composantes de l'autonomie de la personne : la conscience, la spontanéité et l'intimité. On peut définir l'intimité comme un lien qui unit des personnes (par l'amitié ou l'amour) mais aussi comme ce qui relève de la vie privée.

Hall a étudié la proxémie (distance sociale). Selon lui, la proxémie est une distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Elle varie selon la culture, les lieux et les contextes des interactions. Il a démontré l'existence un périmètre de sécurité individuel autour de l'individu. Il a théorisé les distances interindividuelles qui séparent les individus :

- ◇ La distance intime (inférieure à 45 centimètres) : cette distance met en jeu toutes les informations sensorielles produites par l'autre. La communication non verbale prend le pas sur la communication verbale.
- ◇ La distance personnelle (de 45 centimètres à 1,2 mètres) : cette distance permet une conversation avec des amis ou sur des sujets personnels. On peut toucher l'autre mais nous n'en avons pas une vision globale.
- ◇ La distance sociale (de 1,2 mètres à 3,6 mètres) : la communication verbale prédomine. C'est une distance qui est adaptée pour des interactions avec des connaissances ou lors d'échanges professionnels.
- ◇ La distance publique (supérieure à 3,6 mètres).

Dans le cas du TDI, on peut fréquemment observer des difficultés à respecter la sphère intime de l'autre. Mais aussi, les patients peuvent être mis en difficulté lorsqu'autrui rentre dans leur sphère intime. Une intrusion dans cette sphère peut mettre à mal un patient.

C. L'accompagnement de Marcel avec la médiation équine

a) Ma rencontre avec Marcel

Marcel est un homme âgé de 36 ans lors de notre première rencontre au sein du foyer de vie. C'est un homme grand et brun à la silhouette équilibrée. Il a un

diagnostic de psychose infantile « d'allure autistique ». Comme de nombreux adultes présents dans l'institution, son dossier est très pauvre et les informations n'ont pas de réelle traçabilité.

Je rencontre Marcel un vendredi matin au sein du foyer de vie où il est hébergé. Il a été prévenu en amont de ma présence par la psychomotricienne. Il souhaite me serrer la main pour me dire bonjour et manifeste cette envie à plusieurs reprises dans la matinée.

Toute la matinée, il m'observe longuement, avec un regard insistant par moment notamment lors des temps de transition.

Il ne communique pas avec moi lors de la première matinée que nous passons ensemble mais semble beaucoup m'observer.

b) Anamnèse

Marcel est né le 01 Avril 1986, quelques jours avant le terme. La grossesse a été décrite par ses parents comme problématique (mère alitée). A sa naissance, il présente un souffle au cœur et des problèmes digestifs.

Il présente très tôt des retards des acquisitions. Ses parents décrivent un jeune enfant indifférent et agressif envers sa mère. Marcel est le second enfant de sa fratrie. A l'arrivée de leur dernier enfant, aux 17 mois de Marcel, ses parents décrivent : « il aurait pu le tuer ». Marcel est alors un jeune garçon agressif avec ses proches.

Il est décrit comme un enfant dans son monde qui ne joue pas avec ses pairs et rit seul. Il a commencé à parler à 4 ans et demi et devient propre en même temps. Dès lors qu'il commence à jouer, il développe des obsessions pour les voitures, les lego, la poterie...

Ultérieurement ses obsessions se tourneront vers l'art et tout ce qui attire à la religion ou à la mort.

c) Parcours institutionnel

Il a suivi quatre années d'école maternelles puis deux années de perfectionnement au sein d'une école primaire. Entre ses trois ans et ses neuf ans, il participe à « un groupe de maturation » au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP). Il est suivi par un psychiatre en parallèle.

Il a ensuite intégré un Institut Médico-Pédagogique (IMP) où il est resté quatre années. Dès lors, ses parents refusent la proposition d'orientation en Hôpital De Jour (HDJ). C'est un enfant décrit comme énigmatique et rêveur. Il est envahi de peurs archaïques renvoyant à des angoisses de mort et de dévoration avec une perméabilité des registres symboliques et imaginaires. Il présente des écholalies et des stéréotypies. Les premières années, c'est un enfant qui reste isolé. Il n'investit pas les apprentissages et n'effectue que très peu de progrès. C'est un enfant qui reste silencieux et passif pour se faire oublier.

Lors de sa dernière année de présence dans l'institut, il évolue positivement, ses acquisitions sont très valorisées par ses parents. Il devient plus actif et présent dans la relation à autrui. Il s'investit dans les différentes activités et s'intègre parmi ses pairs. Ses pensées semblent plus cohérentes et la thématique mortifère est moins prégnante.

Il intègre par la suite un Institut Médico-Éducatif (IME) pour quatre années supplémentaires. Il s'adapte très bien au rythme de l'IME. Mais Marcel devient de moins en moins mobilisable. Il paraît en souffrance. Il se retranche dans son monde. Depuis cette époque, Marcel pense que les gens peuvent lire dans ses pensées. Il développe une peur de l'étranger. Il est hospitalisé une semaine dans un établissement sanitaire de réhabilitation psycho-social. Quelques mois plus tard, il effectuera un séjour d'une semaine dans une unité d'hôpital de jour pour des patients atteints de troubles mentaux. À son retour à l'IME, il est en semi-internat. Il devient de moins en moins autonome, ses parents sont dans l'obligation de l'accompagner lors des trajets.

Dès ses dix-huit ans et ce jusqu'à son arrivée dans le foyer de vie, il effectue de multiples stages en Institut Médico-Professionnel (IMPro) et en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

d) Le foyer de vie

i. Présentation de l'établissement

Le foyer de vie accueille 60 adultes présentant un handicap mental et/ ou psychique et possédant une notification d'orientation en foyer occupationnel ou foyer de vie délivrée par la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH). Il existe 56 places d'internat mais aussi 3 places d'accueil temporaire et 1 place d'accueil d'urgence. Les usagers ont la possibilité de partir en journée dans service d'activité situé à quelques kilomètres (en navette ou bus de ville) ou de rester sur place où se trouve un service d'activité de jour.

Ces deux établissements font partie de la même association. Ce ne sont pas des établissements médicaux. Ainsi, les soins, notamment les soins psychiatriques sont réalisés à l'extérieur de la structure. Des intervenants extérieurs peuvent être sollicités pour intervenir auprès d'un résident comme les kinésithérapeutes ou les orthophonistes.

Les services d'activités de jour (SAJ) proposent des activités occupationnelles éducatives et de socialisations qui visent le développement psychique et social des usagers. Les équipes professionnelles dispensent un soutien relationnel dans un cadre adapté. Elles visent l'ouverture à la vie sociale et culturelle. L'objectif de ces établissements est de concourir au développement global de la personnalité en visant l'épanouissement et le bien-être de l'utilisateur, le maintien ou le développement de ses potentialités, de son autonomie individuelle et de son insertion sociale.

Les équipes professionnelles sont composées de services administratifs et généraux, de deux psychomotriciennes à mi-temps, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs spécialisés, d'infirmières, d'aide médico-psychologiques, d'une psychologue et d'une animatrice socio-culturelle.

Le matin, les usagers se regroupent sur leur lieu d'accueil occupationnel pour un temps convivial avec les équipes psycho-éducatives. Ensuite, ils sont dans l'un des ateliers qu'ils ont choisi en début d'année (atelier différent chaque jour). Au cours des après-midi, ils pratiquent une activité spontanée avec leur groupe de référence et un éducateur.

ii. L'accueil de Marcel

Il est hébergé au sein du foyer de vie depuis treize ans (août 2009). À son arrivée dans le foyer de vie, la mère de Marcel est sa curatrice. Ses parents font la demande d'accueillir moins leur fils à leur domicile.

Quelques temps après son arrivée, Marcel a dénoncé des faits d'abus sexuels de la part d'un jeune lors d'un stage en IMPro mais ses parents n'ont pas souhaité déposer de plainte. Marcel dénonce plus tardivement des faits d'attouchements sexuels dont il aurait été victime de la part de son père. Ce dernier est soumis à une mesure d'éloignement et sa mère est poursuivi pour non dénonciation des faits sur majeur protégé.

Pendant plusieurs années, la procédure est très couteuse pour Marcel qui peine à comprendre les enjeux et à comprendre sa place de victime. Une tutrice est mandatée et représente Marcel durant cette période. La durée de la procédure impacte la prise en charge de Marcel. Toutes les discussions à propos des faits provoquent une grande anxiété. La mesure d'éloignement est très mal vécue. Les éducateurs demandent des visites médiatisées qui sont refusées par le tribunal. Marcel décompense quelques mois avant le procès, cela se traduit par des stéréotypies autour du rangement, une désorganisation du sommeil ainsi que l'expression d'une grande souffrance psychique. Marcel est dans un conflit de loyauté accentué par sa famille. À la suite de la dénonciation des faits, sa mère ainsi que sa fratrie prennent de la distance. Il se dit puni et privé de son père par sa faute.

Quand il entre au foyer de vie en aout 2009, il passe ses journées au sein du service d'activité situé à l'extérieur du foyer de vie. Il peine à se saisir des ateliers qui lui sont proposés (un atelier d'écriture, un de cuisine, un d'éveil corporel). Il intègre également

un atelier cheval au cours duquel il se rend dans un centre équestre avec une psychomotricienne. Nous reviendrons ultérieurement sur cet atelier car j'accompagne Marcel au cours de cette prise en charge.

A la fin du confinement du mois de mars 2020, les professionnels trouvent que la présence de Marcel au sein du service d'activité de jour sur le lieu d'hébergement est bénéfique. Il ne se déplacera donc plus à l'extérieur pour participer à des activités occupationnelles. Il bénéficie maintenant d'un accompagnement en « atelier eau », « atelier habiletés sociales » et « atelier cheval » auprès des psychomotriciennes de l'institution et de plusieurs ateliers auprès des éducateurs.

Plus récemment, Marcel a manifesté des comportements sexuels inadéquats. Il a commis des attouchements sur un autre résident de l'établissement. Les faits ont été repris avec la psychologue, il a verbalisé qu'il souhaitait se venger de ce qu'il avait subi.

Aujourd'hui, Marcel est un homme qui s'isole souvent du groupe. Malgré tout, il apprécie aider les autres. C'est un positionnement qui l'aide à entrer en relation avec autrui.

Il manifeste régulièrement des troubles du comportement qui semblent en lien avec l'expression d'une détresse psychique. Ces manifestations ont coïncidées à plusieurs reprises avec des rencontres familiales prévues ou des changements d'organisation imprévus de son encadrement.

e) Projet personnalisé

Les professionnels de la structure ont réalisé un projet personnalisé pour Marcel qui a différents objectifs :

- L'assurer dans son sentiment d'exister en travaillant sur les enveloppes corporelles et la proprioception.
- L'aider à s'ancrer dans la réalité en posant un cadre et des repères précis.
- Soutenir sa place de sujet notamment en proposant un espace sécurisant pour les liens familiaux.
- Protéger sa place dans un groupe social

- L'aider à expérimenter le vivant.
- L'aider à se raccrocher au quotidien en maintenant la structuration du temps.

f) Bilans psychologiques et génétiques

Actuellement Marcel poursuit une psychothérapie auprès de la psychologue clinicienne de l'institution. Il est conscient de ses troubles. Il précise que son handicap est une souffrance et qu'il aurait préféré être normal. Lors des entretiens, il s'interroge sur le sens qu'il peut donner à sa vie.

D'autre part, un caryotype a mis en évidence une anomalie du développement embryonnaire d'origine génétique (sans plus de précision).

Dans le cadre de la mesure 37 de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, qui porte sur le repérage et le diagnostic des adultes en établissements médico-sociaux et en établissement de santé, les professionnels proposeront bientôt à Marcel de nouveaux outils d'évaluation.

g) Prise en charge en psychomotricité

i. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de Marcel date de 2008, lors d'un stage au sein de l'institution.

La psychomotricienne constate une lenteur importante de la part de Marcel qui peut lui poser problème dans les interactions sociales, notamment en groupe. Lorsqu'un trop plein d'émotion ne peut être verbalisé, il les décharge de manière « explosive » par des rires incontrôlés ou des mouvements désorganisés. Lorsque Marcel se sent à l'aise, le temps de latence diminue et le langage est plus fluide (moins saccadé).

Il est en capacité d'utiliser correctement les repères temporels et spatiaux. Marcel semble à l'aise dans son corps mais devient gêné lorsqu'on le questionne à ce

sujet. La psychomotricienne déduit de la passation du bilan psychomoteur qu'il présente une bonne intégration de son schéma corporel.

J'ai observé un dessin du bonhomme réalisé par Marcel. C'est un bonhomme violet sans bras présenté devant une forme orange informe. L'absence de bras serait possiblement à mettre en lien avec ses angoisses de morcellement manifestées lors des phrases stéréotypées de thèmes mortifères. La masse orange présente en arrière fond apporte la dimension de la dépersonnalisation. Elle peut avoir pour cause une négligence ou une maltraitance affective au cours de l'enfance.

Son contrôle tonique volontaire est bon. Il est en capacité de se relâcher et de détendre ses muscles sur commande. En ce qui concerne la motricité, Marcel possède de bonnes capacités de coordination et de dissociation. Bien que les coordinations générales manquent parfois de souplesse. Marcel est à l'aise avec les actes graphiques et présente un tonus adapté. C'est une activité qu'il apprécie.

Il n'a pas montré de difficultés attentionnelles ou de fatigabilité au cours de la passation du bilan psychomoteur mais essaie d'éviter les tâches à réaliser en détournant les conversations.

La psychomotricienne conclut que Marcel n'a pas de problèmes psychomoteurs majeurs mais qu'il peut se retrouver en difficulté dans la relation à autrui mais aussi à soi. « Il doit trouver un compromis entre l'inhibition et l'explosion de son vécu corporel ». Le bilan psychomoteur n'a pas donné lieu à un accompagnement individuel en psychomotricité.

ii. La médiation équine en psychomotricité

Concernant la médiation équine, il existe de nombreux bénéfices possibles pour les participants à l'atelier. Ils ont la possibilité de rentrer en relation avec l'animal et de vivre des expériences sensori-motrices nouvelles. L'animal de par son mouvement va permettre de faire vivre de nouvelles expériences sensori-motrices aux pratiquants dans l'optique de développer leur conscience corporelle, l'attention portée à leurs émotions, la verbalisation de leurs ressentis, la socialisation ainsi que des notions psychomotrices telles que les coordinations, le tonus, le schéma corporel, la

temporalité... La médiation équine offre une multitude de stimulations notamment proprioceptives et vestibulaires.

iii. Présentation de l'atelier

Les objectifs du projet personnalisé sont repris dans l'atelier à médiation équine proposé à Marcel une matinée par semaine. Le groupe de l'atelier est constitué de quatre usagers de niveaux cognitifs différents. Marcel participe à cet atelier depuis sept ans, les participants ont changés au fil des ans.

Le cadre de la matinée est ritualisé et organisé en macrorhythmes (réveil, préparation et transport) et microrhythmes (les activités proposées lors de l'atelier changent à chaque séance).

Au début de sa prise en charge, le groupe était accueilli sur un centre équestre différent de l'actuel. Marcel ne montait pas sur le cheval. C'était de l'ordre de la prise de contact et de l'amorce de relation avec l'animal.

Le changement de centre équestre a été bénéfique, au fil des années et des séances, Marcel a gagné en compétences dans la pratique de l'équitation. Il a d'abord participé avec un cheval qui avait selon les dires, le même caractère que lui. Ce cheval avait l'habitude d'interrompre et de perturber les actions de Marcel comme il peut le faire avec les professionnels et les autres usagers. Ils avaient une bonne alliance et cela a permis à Marcel de progresser grandement. Quand ce cheval n'a plus été disponible, il a fallu trouver un cheval qui serait capable de travailler avec Marcel. Un cheval qui réagirait le mieux possible à l'hétéro-agressivité dont il peut faire preuve.

Lors du trajet vers le centre équestre, nous nous arrêtons sur l'ancien service d'activité où Marcel était accueilli. Les usagers qui le connaissent viennent régulièrement le saluer. Il présente des rires incontrôlés qui semblent démontrer le flot d'émotions qui s'empare de Marcel.

iv. Objectifs de la prise en charge

A travers les expériences corporelles et relationnelles qu'apporte la médiation équine, les objectifs de la prise en charge de Marcel sont multiples :

- Développer sa conscience corporelle,
- Développer l'attention portée à ses émotions,
- Développer la verbalisation de ses ressentis,
- Développer ses capacités d'ouverture aux autres et à l'environnement,
- Développer ses coordinations et sa modulation tonique.

v. L'évolution au fil des séances

◇ La relation thérapeutique

Il a été convenu avec la psychomotricienne que je m'occuperai de Marcel dès son réveil à compter du début de l'année 2023.

Il a fallu plusieurs semaines pour que nous trouvions tous les deux nos marques. Marcel a beaucoup testé le cadre que je lui proposais. Il profitait de chaque instant d'inattention pour faire des choses qui lui sont habituellement interdites, comme par exemple arracher les cendriers des murs. Ces manifestations sont habituellement présentes lorsque Marcel présente une souffrance psychique qu'il peine à exprimer. Mon inclusion dans le cadre de l'atelier et mon positionnement d'encadrante dans l'atelier ont modifiés le cadre thérapeutique en place depuis des années.

Lors des vacances scolaires nous ne pouvons pas nous rendre au centre équestre, nous avons conservé le groupe de l'atelier sur le centre d'hébergements. Nous avons proposé aux usagers de réaliser des albums photos avec des photos prises lors de l'atelier.

Au cours de cet atelier, il présente des phrases stéréotypées en lien avec la religion et des rires incontrôlés. Marcel me bloque la jambe contre le pied d'une chaise et commence à appuyer. Je lui signifie à plusieurs reprises qu'il me fait mal et qu'il doit s'arrêter. Marcel manifeste un regard déstabilisant et un rire caractéristique. Je pense que cet événement est lié au fait que nous soyons restés au sein de l'institution cette matinée-là. Le changement du cadre a pu le placer dans une instabilité et une

angoisse. Ces comportements inadaptés semblent majorés lorsque Marcel est en détresse.

Après une période de quatre semaines sans se voir, Marcel a à nouveau manifesté des troubles du comportement. Cependant, cette fois-ci, il semblait anxieux. Il cherchait en permanence la psychomotricienne du regard ou me demandait où elle se trouvait. J'ai eu l'impression de ne plus faire partie du cadre de sa matinée. A ce jour, la relation avec Marcel ne s'est plus réinstallée comme auparavant.

◇ Avant la monte :

A l'arrivée au centre équestre, Marcel se rend dans le box du cheval avec qui il travaille depuis plusieurs années. Il est capable de l'attacher et de le déplacer afin qu'on puisse le préparer. Marcel assure une fonction de Handling décrite par WINNICOTT, auprès de l'animal. Il est en capacité de brosser son cheval, de positionner le tapis ainsi que la selle, de trouver sa bombe et de le détacher pour l'amener au manège.

Il a besoin d'un professionnel pour étayer le déroulement des activités mais il sait ce qu'il doit faire. À de nombreuses reprises Marcel se fige pour observer son cheval. Il tente ensuite de lui écraser le pied au niveau de la couronne. Régulièrement ces états d'absence à la relation précèdent un événement hétéro-agressif. Marcel semble attendre une réaction de ce cheval qui ne réagit jamais. Il est nécessaire de lui signifier qu'il faut arrêter à plusieurs reprises avant qu'il s'exécute. Il lui arrive de pousser le cheval avec ses bras et son buste pour le faire se déplacer alors que ce n'était pas nécessaire. Il peut mettre des coups de brosse sur la tête du cheval. Lors de ces événements agressifs, il ne manifeste pas d'agitation motrice.

◇ À cheval :

Les éléments de début de séance sont ritualisés et réalisés sans nécessité d'étayage par Marcel. Lorsqu'il commet une erreur, ça lui est signifié et il doit de lui-même s'adapter et trouver une nouvelle façon de faire. C'est la monitrice d'équitation qui fait des propositions à Marcel. On peut lui demander de faire des tours de piste en adaptant son allure, de s'arrêter et de repartir sur un signal. Lorsqu'il contrôle son

cheval, Marcel a tendance à ne plus réguler son tonus axial. Il penche latéralement et fléchit sa colonne vertébrale. Il devient hypotonique, ne dirige plus l'animal et risque la chute (ce qui est déjà arrivé). Malgré les sollicitations des intervenants présents, il semble difficile pour lui de réajuster son tonus. Il met parfois de très longs instants à répondre aux demandes qui lui sont adressées. Il tient les rênes lâches, ses épaules sont basses et sa bouche s'ouvre progressivement. Marcel semble débordé par les informations multisensorielles qu'il éprouve ce qui impact sa régulation tonique.

On peut aussi mettre ce phénomène en lien avec la fonction de Holding décrite par WINNICOTT qui est dans ce cas réalisée par le cheval qui berce Marcel. La marche de cheval est saccadée, rythmée et permet d'amener une régression et une détente.

Le cheval comme tout être vivant est doté d'affectivité et de sensorialité. Il s'opère une communication comparable au dialogue tonico-émotionnel entre Marcel et sa monture. C'est ce qu'on appelle l'isoesthésie (communication qui s'établit par les mouvements du corps renseignant sur l'humeur, les intentions et les manifestations de la personnalité) et l'isopraxie (communication motrice qui s'établit entre deux partenaires engagés dans une activité).

Les différents ateliers sont proposés sous la forme de jeux.

Il a été proposé à Marcel de faire des jeux où il devait repérer dans l'espace un objet placé à sa hauteur et aller le ramasser sans descendre de son cheval et sans l'arrêter. Il a réussi cet atelier en montrant des capacités de repérage spatial et de balayage visuel adaptées.

Lors d'une autre séance, il a été proposé à Marcel de réaliser un jeu avec une autre participante. Ils devaient récupérer une brosse posée à leur hauteur et ensuite aller la placer dans un panier pour gagner un point. Le participant n'ayant pas réussi à attraper la brosse devait empêcher son partenaire de marquer un point. Cet exercice a été réussi par Marcel. Ça a permis de valoriser ses performances. Nous avons pu observer des manifestations telles que des sourires et des rires incontrôlés pour manifester sa joie et son état d'excitation. Il présentait un recrutement tonique adapté qui contrastait à ce qu'il manifeste d'habitude. Marcel est en demande d'activité en

relation donc cette proposition lui a permis de jouer contre un autre usager et pas seulement de réaliser la même activité simultanément. Cette proposition a permis de valoriser sa place dans le groupe et son estime de soi.

La monitrice a proposé au groupe une séance de voltige. Pour cette pratique, la selle n'est pas la même qu'à l'accoutumée. Elle ne présente pas d'étriller pour soutenir les pieds et donc pas d'appui nécessaire pour la flexion du genou. Il n'y a pas non plus de rênes pour maîtriser le cheval, seulement des poignées fixes.

Dans un premier temps, il a observé une autre participante effectuer des exercices. Cette jeune fille est montée à genoux sur le dos du cheval, puis s'est positionnée accroupi avant de se mettre debout sur son dos. Marcel qui a vu cette scène, s'est empressé de venir interpeller la monitrice en lui disant qu'il ne pourrait pas réaliser ces propositions. Il n'a pas hésité à entrer dans une proximité très restreinte avec la monitrice pour l'interrompre et montrait un recrutement tonique important en lien avec son angoisse.

Quand son tour est venu, la monitrice d'équitation lui a proposé des activités différentes. Il a été demandé à Marcel de s'asseoir avec ses deux jambes du même côté. Il a été difficile pour lui de mettre les bras en l'air. Il fut capable de rester légèrement en mouvement pour s'équilibrer avec les bras démontrant un tonus postural adapté.

La monitrice a ensuite proposé à Marcel d'effectuer du trot. A la différence de d'habitude, Marcel n'avait pas d'appui au niveau des pieds. Marcel était en hyperextension. Malgré la flexion du bassin, son dos est en extension vers l'arrière et ses jambes elles aussi en extension se relèvent. Je pense pouvoir mettre cette manifestation psychomotrice avec une réaction à la fois à la stimulation sensorielle (différente car le matériel est différent) mais aussi en lien avec le défaut de contenance de cette selle. En effet, Marcel a à mon sens un défaut d'enveloppes corporelles. BULLINGER décrit in utero des mouvements d'extension du fœtus en réaction à des stimulations sensorielles. Dans ce cas, Marcel est en position d'extension que l'on peut mettre en lien avec les stimulations vestibulaires, proprioceptives, auditives...

Régulièrement, Marcel regagne le véhicule en sautillant et en souriant ce qui manifeste le plaisir, l'explosion des sensations positives et émotions qu'il a ressenti. Cependant, il n'est pas en mesure de les exprimer verbalement.

◇ Les manifestations extérieures à l'atelier :

Il y a des comportements inadaptés que j'ai eu l'occasion d'observer ponctuellement ou qui m'ont été relaté par la psychomotricienne. En effet, les manifestations comportementales de son trouble ne se manifestent pas de façon similaire sur ces temps d'activités avec un cadre que lors des temps de présence à l'hébergement. Le fait de savoir qu'ils vont sur un lieu qui va offrir du bien-être dans la relation à l'animal à tendance à minorer les troubles du comportement.

Cependant, dans un contexte particulier ou lors d'évènements angoissants, Marcel peut : présenter un rire d'angoisse, déclencher des alarmes incendies, répéter des phrases stéréotypées en lien avec la mort ou la religion, jeter ses vêtements à la poubelle ou dans les égouts, provoquer des professionnels ou des résidents par des regards ou des mots.

vi. Conclusion de l'accompagnement

Dans le cadre de mon stage et de l'accompagnement déjà mis en place dans l'atelier à médiation équine, je n'ai pas eu l'occasion d'intervenir directement sur les éléments de la séance mais j'ai pu intervenir ponctuellement auprès de Marcel.

En conclusion, le travail sur le plan relationnel est à poursuivre tant avec l'animal qu'avec les autres usagers. Grâce à la médiation équine, Marcel travaille différentes fonctions impliquées dans sa vie affective. La modulation tonique qui lui est demandée à cheval est un phénomène nécessaire lors des interactions sociales. Les différents repères spatio-temporels permettent de maintenir un cadre sécurisant qui favorise son bien-être et son épanouissement. La médiation équine joue un rôle bénéfique dans l'accompagnement de Marcel.

Conclusion

J'ai cherché, à travers ce mémoire, à mettre en lumière l'apport de la psychomotricité dans l'accompagnement à la vie affective et sexuelle, chez l'adulte présentant un trouble du développement de l'intelligence.

Mes recherches pour l'écriture de ce mémoire m'ont ainsi permis de valider mon hypothèse de départ. Bien que les considérations aient évoluées ces dernières années, les personnes porteuses de handicap sont encore stigmatisées. Elles ont pourtant comme tous le droit à leur intimité et à leur vie privée. Je pense que c'est à nous, thérapeute, de veiller au mieux à les accompagner dans un bien-être psychique et corporel. De ce fait, le psychomotricien a toute sa place dans cet accompagnement. En effet, l'approche psychomotrice intègre les dimensions motrices, cognitives et affectives de la personne.

La vie affective et sexuelle de cette population présente de nombreuses particularités qui donnent lieu à une multitude d'approches possibles. J'ai choisi d'illustrer mon propos avec la médiation équine mais il existe une multitude de médiation adaptées pour étayer la relation de l'adulte déficient intellectuel au monde.

Ainsi, je pense que des formations pour les professionnels sont nécessaires pour mieux comprendre et accompagner les adultes présentant un TDI et leurs proches.

Je pense qu'il serait intéressant de questionner le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement à la vie affective et sexuelle avec d'autres populations comme les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap moteur ou les personnes polyhandicapées.

Bibliographie

- Albaret, J.-M., & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie du tonus. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 142-159). De Boeck Supérieur.
- Ballouard, C. (2011). *Psychomotricité : 25 notions clés* (2e éd). Dunod.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), 78-88.
- Bullinger, A. (2007). Approche instrumentale de l'autisme infantile. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 174-190). Érès.
- CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. - Légifrance. (s. d.).
- Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). *Définitions : Intelligence, intelligences*.
- Dr Lorin, A. (s. d.). *Le Développement de l'Intelligence chez l'enfant*.
<https://www.psychiatriemed.com/textes/42-dr-anne-lorin/85-le-developpement-de-lintelligence-chez-lenfant-dr-anne-lorin.html>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. Cairn.info.
- Fischer Orégane. (2021). *Vie affective et sexuelle : Réflexion sur la place de la psychomotricité à partir de la rencontre d'adolescent polyhandicapé*. Bordeaux.
- Gardner, H. (s. d.). *Les intelligences multiples*.
- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29(1-2), 129-138.
- Goyon, S., & Charlet, A. (2018). Ocytocine, douleur et émotions. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 19(6), 258-264.
- Haute Autorité de Santé. (s. d.). *Définitions, repérage et diagnostic de la déficience intellectuelle*.
- Jacobs, É., Léonard, C., Nader-Grosbois, N., Houssa, M., & Mazzone, S. (2016). Entraîner la cognition sociale auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 127-140. Érudit.

- L'adolescence : Un passage. (2012). In *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* ([Nouv. éd.], p. 57-70). Érès.
- Laval, V. (2019). La psychologie du développement. In *Chapitre 4. Les théories de Lev Vygotski (1896-1934) et de Jérôme Bruner (1915-2016): Vol. 4e éd.* (p. 90-100). Dunod.
- Lebrun, P.-B. (2015). La vulnérabilité. *Empan*, 98(2), 112-116.
- Légifrance. (s. d.). *Article 3—LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.*
- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 119-174). Éditions Érès.
- Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 73-86.
- Nader-Grosbois, N. (2011). Principaux cadres théoriques à propos de la théorie de l'esprit. In *La théorie de l'esprit : Entre cognition, émotion et adaptation sociale* (p. 24-43). De Boeck.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir.* Érès.
- Raynal, N., Sage, I., Scialom, P., Saint-Cast, A., Cornot, A., & Jacquet, S. (2018). Chapitre 1. Introduction. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 1-38). De Boeck Supérieur.
- Richard, C. (2018). *Déficiences intellectuelles : De la compréhension à la remédiation.* De Boeck supérieur.
- Rousseau, D., & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 50(1), 127-128. Cairn.info.
- Santé sexuelle.* (s. d.). https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Szczepanski, C. (2017). Au « corps » de la relation : Articulation des métiers d'éducateur et de psychomotricien. *Empan*, 106(2), 73-76.
- Tudor, K. (2014). Les conditions thérapeutiques de Rogers : Une conceptualisation relationnelle (N. Stora & F. Ducroux-Biass, Trad.). *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 20(2), 63-85.
- Vaginay, D. (2018). *Découvrir les déficiences intellectuelles* (Nouvelle éd). Érès éditions.

Von Rotz, L., & Straccia, C. (2022). *Le comportement adaptatif : Son évaluation et son rôle dans le diagnostic de la déficience intellectuelle.*

Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2006). *La mère suffisamment bonne.* Éd. Payot & Rivages.

Annexe 1 :

Degré de gravité du trouble du développement intellectuel d'après le DSM-5 (HAS)

Niveau de sévérité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
LÉGER	Chez les enfants d'âge préscolaire, il peut ne pas y avoir de différence évidente sur le plan intellectuel. Pour les enfants d'âge scolaire et les adultes, il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telles que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent, avec besoin d'aide dans un ou plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge. Chez l'adulte, l'abstraction, les fonctions exécutives (c.-à-d. planification, élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire à court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaires (p. ex. lecture, gestion de l'argent) sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge.	Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation, le langage sont plus concrets ou immatures que ce qui est attendu pour l'âge. Il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge ; ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet a une compréhension limitée des risques dans les situations sociales ; son jugement y est immature, et il court le risque d'être manipulé par les autres (crédulité).	Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profit avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille.
MOYEN	Tout au long du développement, les capacités intellectuelles du sujet restent largement en deçà de celles de ses pairs. Pour les enfants non encore scolarisés, le langage et les compétences préscolaires se développent lentement. Pour les enfants scolarisés, les acquisitions en lecture, écriture, calcul, la compréhension de l'heure et la gestion de l'argent progressent lentement au fil des années de scolarité mais sont manifestement limitées par rapport aux autres élèves. Chez les adultes, le développement des capacités	Le sujet, au cours de son développement, montre de grandes différences par rapport aux autres dans la communication et les comportements sociaux. Le langage parlé reste d'évidence le premier moyen de communication mais à un niveau de complexité nettement inférieur à celui des pairs. La capacité de lier des relations est manifeste avec la famille et des amis ; le sujet peut même au cours de sa vie arriver à établir des relations amicales durables, voire des	Le sujet arrivé à l'âge adulte peut assurer ses besoins personnels pour ce qui est de la nourriture, de l'habillement, de l'élimination sphinctérienne, de la toilette, bien qu'une période prolongée d'éducation pour accéder à l'autonomie dans ces domaines soit nécessaire et que des rappels soient parfois indispensables. De même, la participation à toutes les tâches domestiques peut être acquise à l'âge adulte, bien qu'une période prolongée d'éducation soit nécessaire et que des aides suivies soient typiquement indispensables pour accéder à un niveau de performance adulte. Un travail autonome dans des emplois requérant des aptitudes intellectuelles et de
	intellectuelles reste manifestement à un niveau élémentaire, et une aide est nécessaire pour toute application des apprentissages scolaires dans le monde du travail ou la vie personnelle. Une assistance au long cours est requise pour mener à bien des tâches conceptuelles du quotidien, et il peut s'avérer nécessaire que d'autres en assurent la pleine responsabilité à la place du sujet.	relations amoureuses à l'âge adulte. Cependant, les sujets peuvent ne pas percevoir ou interpréter avec finesse les codes sociaux. Le jugement social et les capacités décisionnelles sont limités et des aidants doivent assister la personne dans les décisions importantes de la vie. Les relations amicales avec des pairs non handicapés sont souvent affectées par une communication et une sociabilité limitées. Une aide soutenue, tant au niveau social que relationnel, est nécessaire pour réussir dans le monde du travail.	communication limitées peut être exercé mais un soutien considérable de la part des collègues de travail, de l'encadrement et des autres est nécessaire pour satisfaire aux attentes sociales, aux difficultés du travail et aux exigences annexes, telles que les horaires, les transports, les soins, la gestion de l'argent. La personne peut accéder à des activités de loisirs variées. Cela bien sûr requiert une aide complémentaire et des possibilités d'accès à l'apprentissage sur une période plus longue. Pour une minorité significative, un comportement inadapté est la cause de problèmes sociaux.
GRAVE	L'acquisition des compétences conceptuelles est limitée. Le sujet a habituellement peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités, le temps et l'argent. Les aidants doivent fournir une aide substantielle pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.	Le langage parlé est assez limité en termes de vocabulaire et de grammaire. Le discours peut se résumer à des mots ou phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. Le discours et la communication sont centrés sur « l'ici et le maintenant » des événements quotidiens. Le langage est plus utilisé à des fins de communication sociale qu'à de l'explication. Les sujets comprennent un discours simple et la communication gestuelle. Les relations avec les membres de la famille et des proches sont une source de plaisir et d'aide.	Le sujet a besoin d'aide pour toute activité du quotidien, ce qui inclut les repas, l'habillement, la toilette, l'élimination. Il nécessite une surveillance de tous les instants. La personne ne peut pas prendre de décisions responsables concernant son bien-être ou celui des autres. À l'âge adulte, la participation à des tâches ménagères, aux distractions et au travail requiert une aide et une assistance permanentes. L'acquisition de compétences en tout domaine nécessite un enseignement prolongé et une aide constante. Un comportement inadapté, incluant l'auto-agressivité, est présent chez une minorité significative de sujets.
PROFOND	Les compétences intellectuelles sont essentiellement centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique. Le sujet peut utiliser des objets de façon appropriée pour prendre soin de lui, travailler ou se distraire. Quelques compétences visuo-spatiales, comme assortir et trier des objets selon leurs caractéristiques physiques, peuvent être acquises. Cependant, des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire l'utilisation des objets.	Le sujet a une compréhension très limitée de la communication symbolique, qu'elle soit orale ou gestuelle. Il peut comprendre des instructions ou des gestes simples. La personne exprime très largement ses désirs et ses émotions dans la communication non verbale et non symbolique. Elle trouve du plaisir dans les relations avec les membres de sa famille qu'elle connaît bien, les soignants, les proches, et amorce ou répond aux interactions sociales par des signes	Le sujet est dépendant des autres pour tous les aspects du soin quotidien, de sa santé et de sa sécurité bien qu'il puisse aussi être capable de participer à quelques-unes de ces activités. Les individus indemnes d'atteintes physiques graves peuvent aider à certaines tâches domestiques du quotidien, comme servir à table. Des actions simples utilisant des objets peuvent servir de base de participation à des activités professionnelles qui nécessitent néanmoins de hauts niveaux d'assistance soutenue. Les activités de loisirs comprennent le plaisir à écouter de la musique, regarder des films, se promener, participer à
		gestuels ou émotionnels. Des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire un grand nombre d'activités sociales.	des activités aquatiques, toujours avec un soutien extérieur. Des déficits physiques et sensoriels associés sont de fréquentes entraves à la participation (au-delà d'observer) à ces activités domestiques, de loisirs ou professionnelles. Un comportement inadapté est présent chez une minorité significative.

Annexe 2 :



HAS • L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel • juillet 2022

