

Haute école de travail social Fribourg - HETS-FR

Rte des Arsenaux 16a

1700 Fribourg

**L'accompagnement par les travailleurs sociaux
des personnes ayant une déficience intellectuelle
dans le développement de leur estime de soi**

TRAVAIL DE BACHELOR

Présenté par

Pauline Seydoux et Flavie Crombez

**En vue de l'obtention du Bachelor of Arts HES-SO en
Travail social**

Fribourg - Janvier 2026

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
1. PROBLEMATIQUE.....	6
2. METHODOLOGIE DE LA REVUE DE LITTERATURE.....	15
3. PRESENTATION DES TEXTES SOUMIS A LA REVUE DE LITTERATURE	17
4. ANALYSE DE LA REVUE DE LITTERATURE	24
FACTEURS BIOLOGIQUES.....	24
L'âge et la dimension temporelle	24
Les différences liées au sexe	25
La présence de comorbidités	26
FACTEURS PSYCHOLOGIQUES.....	27
Les troubles de la santé mentale.....	27
La régulation et la gestion émotionnelle.....	28
La relaxation	29
L'état d'esprit fixe et de croissance.....	30
L'autocompassion.....	31
Les expériences négatives	32
FACTEURS SOCIAUX	33
Le parcours éducatif et professionnel.....	33
Le réseau social.....	34
L'exclusion sociale et la violence	36
5. PRESENTATION DES RESULTATS.....	38
6. DISCUSSION.....	41
CONCLUSION.....	48
LISTE DE REFERENCES.....	49

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier sincèrement notre directrice de travail de Bachelor, Madame Annick Cudré-Mauroux, pour la qualité de son accompagnement tout au long de la conception et de la rédaction de ce travail. Ses conseils, son implication et son expertise ont été d'une grande aide et ont largement contribué à la qualité de ce projet.

Nos remerciements vont également à Madame Ivona Clément, notre lectrice externe, pour sa disponibilité, son engagement et son expertise.

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement nos deux acolytes d'ateliers. Leurs idées, leurs retours et leur soutien tout au long du processus nous ont permis d'avancer, d'affiner et d'approfondir nos réflexions.

Enfin, nous exprimons toute notre reconnaissance à nos familles et à nos amis pour leurs encouragements constants, leur aide dans la relecture de ce travail et leur bienveillance tout au long de la réalisation de ce travail.

La forme masculine est utilisée dans le présent document pour faciliter la lecture. Cette disposition ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre, et les termes employés s'appliquent aussi bien aux personnes de sexe féminin que masculin.

Introduction

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons choisi la thématique « Handicap, société et travail social ». Ce sujet est notre premier choix car il nous intéresse particulièrement, notamment nourri par nos expériences professionnelles respectives dans ce domaine. À travers nos formations pratiques et nos engagements en tant que remplaçantes dans diverses institutions, nous sommes constamment confrontées aux réalités, aux défis et aux questionnements de l'accompagnement de personnes étant en situation de handicap, mais surtout aux richesses humaines que ce travail nous offre au quotidien.

Ce thème nous intéresse également car il soulève des questions fondamentales sur la place accordée à la personne en situation de handicap dans notre société. Dans un contexte où l'inclusion et la participation sont mises en avant, il nous semble essentiel de réfléchir à la manière dont les travailleurs sociaux [TS] peuvent soutenir son développement personnel et contribuer à adapter les environnements dans lesquels elle évolue. En lien avec nos expériences professionnelles, le public cible que nous avons choisi pour ce travail est celui des personnes ayant une déficience intellectuelle [DI]. Plusieurs aspects liés à leur accompagnement nous intéressent et nous questionnent, que ce soit sur le terrain ou lors des cours que nous avons eus à la Haute école de travail social Fribourg [HETS-FR]. Nos observations ont mis en lumière plusieurs aspects essentiels, comme le vécu de la personne accompagnée, ses ressentis, ses ressources et les difficultés qu'elle peut rencontrer. S'ajoutent à cela les aspects de la vie en institution et les injonctions de la société. À travers cette recherche, nous souhaitons porter une attention particulière au développement personnel et plus précisément à celui de l'estime de soi chez les personnes ayant une DI. À nos yeux, l'estime de soi, constitue un levier central du bien-être de la personne. Ce concept, qui requiert une compréhension fine et entière, permet d'enrichir l'accompagnement que nous pouvons proposer.

Concernant la structure de notre travail, nous débuterons par la problématique, qui nous permettra de contextualiser notre sujet et d'en justifier sa pertinence. Nous présenterons ensuite notre question de recherche et les objectifs qui orienteront l'élaboration des réponses envisagées. Ensuite, après avoir présenté nos cinq textes étudiés, nous les analyserons, présenterons les résultats et formulerons des éléments de réponses à notre question de recherche. Enfin, nous clôturerons notre travail par la discussion et la conclusion, au cours desquelles nous interpréterons les résultats, soulignerons l'intérêt pour la pratique et mettrons en évidence les apports et limites de notre recherche.

1. Problématique

Aujourd'hui, en Suisse, 1,9 million de personnes vivent avec un handicap. Parmi elles, plus de la moitié, soit 52,6%, ont un handicap mental (Office fédéral de la statistique [OFS], 2024). Ce dernier est défini comme « une altération des capacités cognitives, qui peut se manifester lors de l'apprentissage, l'organisation, l'abstraction ou l'argumentation. La relation entre la personne vivant avec une déficience et son environnement influence le degré du handicap » (Insieme, 2025). La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-5] classe la DI parmi les troubles neurodéveloppementaux (American Psychiatric Association, 2013). Ces troubles se manifestent de plusieurs manières, comme les troubles moteurs, les troubles du spectre autistique ou encore le trouble du développement intellectuel. C'est précisément le trouble du développement intellectuel, également connu sous le nom de DI, qui décrit les caractéristiques de notre public cible. Selon le Manuel MSD, les causes de la DI sont variées, pouvant apparaître pendant la conception, au cours de la grossesse, durant ou après l'accouchement (Sulkes, 2024). Les causes génétiques, qui ont lieu au moment de la conception, sont principalement dues à une malformation de l'un des deux gamètes et peuvent être héréditaires. Ensuite, les causes accidentelles, qui impactent le développement du bébé, peuvent être prénatales, périnatales ou postnatales et provenir de diverses sources, telles que la consommation de médicaments ou d'alcool, une infection ou encore une anoxie (Sulkes, 2024). Dans ce cas-là, l'environnement est primordial et permet, ou non, de limiter les impacts sur l'enfant (Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm], 2016). Il est essentiel de souligner que 40% des causes des DI ne sont pas connues. La DI se classe selon différents niveaux, allant de léger, moyen, grave à profond. Ces derniers se définissent, selon le DSM-5 et l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], par l'intensité des soutiens requis dans différents domaines de la vie (Inserm, 2016). Cette classification repose sur trois critères diagnostiques, qui sont des limitations du fonctionnement intellectuel, l'apparition avant l'âge adulte et des limitations dans les capacités adaptatives. Les habiletés adaptatives sont évaluées à travers le fonctionnement adaptatif, composé de trois domaines et mesuré par différents tests cliniques. Le domaine conceptuel englobe les compétences langagières, l'écriture, la lecture, la résolution de problèmes ou encore l'acquisition de connaissances. Le domaine social renvoie aux relations avec les pairs, aux sentiments, aux émotions, à la communication, à l'empathie, à la responsabilité, à l'estime de soi ou à la pensée. Le domaine pratique, quant à lui, fait référence aux activités quotidiennes, aux soins ou à tout ce qui touche à l'organisation (American Psychiatric Association, 2013 ; Inserm, 2016). Selon Harris (2006, cité dans American Psychiatric Association, 2013), le handicap intellectuel est souvent accompagné d'autres problèmes de santé. En effet, les personnes ayant une DI présentent fréquemment des affections mentales, neurodéveloppementales, médicales et physiques. Pour certaines de ces dernières, comme l'infirmité motrice cérébrale, l'épilepsie ou encore les troubles mentaux, tels que la dépression et l'anxiété, les taux sont trois à quatre fois plus élevés que dans la population générale (American Psychiatric Association, 2013). Cela signifie que les comorbidités liées à la DI sont passablement courantes. Les personnes ayant une DI sont donc confrontées à des défis supplémentaires dans leur développement personnel et social.

Afin de pouvoir retracer la définition et la compréhension du handicap à ce jour, il est important de détailler son évolution durant ces dernières années, car la terminologie et la vision de la DI ont considérablement évolué. En effet, dans les années 1800, les personnes ayant une DI étaient désignées par des termes péjoratifs comme « idiots » ou « arriérés mentaux » (Geurts & al., 2020, pp. 120-121). Cette terminologie reflétait une vision de ces individus comparative à des enfants incapables de toute évolution, entraînant une considération minime, discriminatoire, voire inexistante par la société. Aujourd'hui, les termes varient entre handicap mental, trouble du développement intellectuel ou DI. Ces changements démontrent une volonté de mieux comprendre ce trouble, les situations de handicap et la participation sociale (Geurts & al., 2020). Comme le souligne Rochat (2008), la manière d'appréhender et de définir le handicap dans les pays occidentaux s'est progressivement déplacée, passant d'une lecture centrée sur l'individu à une perspective qui interroge davantage le rôle de la société, ce qui entraîne à la fois un changement de regard collectif et une remise en cause de l'idée de responsabilité individuelle. Cette dynamique s'est traduite par l'émergence de différents paradigmes, dont le modèle individuel, le modèle social et le modèle interactionniste, proposant chacun une lecture différente des causes et des réponses à apporter à la situation de handicap.

Dans le modèle individuel, issu de l'approche biomédicale, le handicap est considéré comme une caractéristique propre à la personne et se définit par une déficience physique, mentale ou corporelle (Rochat, 2008). Le handicap est ainsi situé dans le corps ou dans l'esprit de la personne et non dans son environnement. Historiquement, d'après Marissal (2009), ce modèle s'est construit à la fin du XIX^{ème} siècle avec le changement de perception des accidents du travail. Au départ, ils étaient perçus comme des risques inévitables, mais ils ont progressivement été reconnus comme relevant de la responsabilité des employeurs. Ce tournant est renforcé au lendemain de la Première Guerre mondiale, où face au nombre considérable de blessés et de mutilés, des dispositifs de réadaptation ont été mis en place (Rochat, 2008). Dans cette perspective, les interventions ciblent avant tout l'individu et sont principalement liées aux traitements médicaux et à la rééducation, visant à corriger ou à compenser la déficience, en vue d'une guérison ou d'une adaptation à l'environnement (SwissStats, 2020). Selon Winance (2008), ces pratiques de réadaptation s'accompagnent d'un puissant processus de normalisation, où il s'agit de réaligner la personne sur la norme sociale de « l'homme moyen valide » (p. 378), qui travaille, est autonome économiquement et fonde une famille. Le handicap étant alors défini comme un déficit par rapport à cette norme. Cependant, en focalisant l'attention sur la déficience plutôt que sur la personne dans sa globalité, ce modèle peut amener les individus à s'identifier principalement à leur handicap et à se sentir seuls responsables de leur situation. Cette vision peut affecter la construction identitaire, en diminuant le sentiment de compétence. En effet, cette normalisation contribue à faire fonctionner la différence comme un stigmate (Winance, 2004). La personne intériorise l'écart à la norme et se retrouve prise dans une ambivalence identitaire entre « être comme tout le monde » et accepter une différence socialement dévalorisée (p. 205).

À partir des années 1960, la question du handicap commence à sortir du cadre purement médical pour entrer dans celui de la solidarité nationale (Marissal, 2009). En effet, selon Rochat (2008), c'est à cette époque que se développent plusieurs mouvements portés par des personnes ayant un handicap, visant à mettre en lumière « la dimension extrinsèque du handicap » (p. 6). Ces acteurs contestent alors une conception strictement médicale et individuelle du handicap, qui en fait la simple conséquence d'une déficience à compenser, et dénoncent des pratiques et des politiques qui les maintiennent dans des rôles passifs, soumis au jugement des professionnels plutôt qu'acteurs de leur propre existence (Winance, 2008). Dans cette dynamique, en France, la mise en place de dispositifs comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH], l'allocation aux adultes handicapés [AAH] et la prestation de compensation du handicap [PCH] marque une reconnaissance progressive de la responsabilité collective (Marissal, 2009). Ce changement ouvre la voie à une nouvelle manière de penser le handicap. En effet, c'est dans ce contexte qu'émerge le modèle social, qui considère que le handicap résulte de l'inadéquation de la société à répondre aux besoins de la personne. Cette dernière n'est pas handicapée par sa déficience, mais bien à cause des obstacles de la société, entravant ainsi sa participation (Winance, 2008). Désormais, l'origine du handicap est perçue comme externe à la personne, car c'est l'environnement physique, social et institutionnel qui crée des situations de handicap. La normalisation ne consiste plus à aligner la personne sur une norme prédéfinie, mais à transformer l'environnement et les règles sociétales, en supprimant les barrières architecturales, en adaptant les dispositifs techniques et en redéfinissant les attentes, de manière à rendre possible la participation, sans nier la différence (Winance, 2004). Afin d'articuler ces deux dimensions et de prendre en compte à la fois des aspects individuels et environnementaux du handicap, Fougeryrollas développe à partir des années 1980 au Québec le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap [MDH-PPH] (Rochat, 2008). Le handicap est alors défini comme étant une restriction de participation découlant de l'interaction entre des facteurs personnels, des caractéristiques de l'environnement et les habitudes de vie. Selon le Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH, 2025), le MDH-PPH sert à « comprendre les causes et les conséquences de maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne ». Cela permet de mettre en évidence les obstacles ou les difficultés et de cibler l'intervention des TS, afin de favoriser la participation sociale des personnes concernées. De plus, ce modèle peut être complété par divers outils, tels que la Mesure des habitudes de vie [MAHVIE] ou la Mesure de la qualité de l'environnement [MQE], qui permettent de cibler plus précisément les niveaux et les outils d'intervention. Ainsi, en intégrant l'environnement et les habitudes de vie, sans pour autant effacer la composante individuelle, le modèle offre une lecture interactionniste. Le défi n'est plus seulement de soigner la personne ni d'adapter l'environnement, mais bien de maintenir en permanence l'ajustement entre les deux. En termes de normalisation, selon Winance (2004), cela signifie que l'écart par rapport à ce qui est attendu et valorisé socialement n'est plus attribué à la personne elle-même, mais à une situation d'interaction. Dès lors, réduire les situations de handicap suppose non seulement de soutenir l'adaptation de la personne, mais surtout de transformer les attitudes, l'organisation et les exigences de l'environnement, autrement dit de travailler sur l'interaction et sur les normes qui la structurent (Winance, 2008).

Ces modèles alternatifs, social et interactionniste, ont fortement pesé sur la révision, par l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], de la Classification internationale des handicaps [CIH] et sur la création de la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé [CIF], qui reposent sur un modèle biopsychosocial, articulant les dimensions corporelles, psychologiques et sociales du handicap (Winance, 2008). De plus, cette évolution connaît un tournant majeur avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées [CDPH], adoptée par l'Organisation des Nations unies [ONU] en 2006 et entrée en vigueur en Suisse en 2014. En s'appuyant sur les réflexions issues du MDH-PPH, la CDPH définit le handicap comme la résultante « de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales » (p.1). Ainsi, le handicap n'est plus défini comme étant uniquement lié aux structures sociales, mais comme résultant d'une relation dynamique entre la personne et son environnement. En outre, cette convention marque un tournant décisif dans la manière de concevoir le handicap en reconnaissant que les personnes ayant un handicap sont des sujets de droit à part entière, capables de faire leurs propres choix et de participer activement à la vie en société (Nations unies, 2006). Cependant, des défis subsistent quant à son application concrète, notamment en ce qui concerne « l'égalité, l'accessibilité et la participation » (Insieme, 2025). C'est pourquoi les TS ont un rôle à jouer afin d'œuvrer pour faire respecter ces lois, en intervenant au niveau microsocial dans les relations d'accompagnement, au niveau mésosocial en favorisant l'inclusion et la participation au sein des institutions et au niveau macrosocial dans la mise en œuvre des politiques sociales.

Aujourd'hui en Suisse, les paradigmes individuel, social et interactionniste coexistent et se complètent, chacun apportant des réponses pertinentes, tout en révélant leurs limites. Cette pluralité se ressent notamment au niveau du domaine légal et juridique. Par exemple, selon Rochat (2008), l'assurance-invalidité [AI] reste ancrée dans le modèle individuel, en indemnisant la perte de gain due à une atteinte à la santé, tout en développant des mesures de réadaptation visant la réinsertion professionnelle, tandis que la Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées [LHand] se base plutôt sur une logique sociale, en imposant la suppression des obstacles structurels qui entravent la participation à la vie en société. Le Conseil fédéral suisse, dans son message sur la quatrième révision de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI], souligne la complémentarité de ces régimes (Rochat, 2008). Ainsi, il ne s'agit pas de choisir un modèle au détriment des autres, mais bien de les mobiliser de manière articulée selon les contextes et les besoins spécifiques des personnes concernées. Les TS devraient intégrer ces différentes perspectives dans leur accompagnement au quotidien auprès des personnes ayant un handicap. Cette articulation des paradigmes n'est en effet pas neutre, car elle conditionne la place donnée à la parole de la personne, à ses ressources, à ses droits et à ses vulnérabilités, et influence ainsi la manière dont elle se perçoit et se définit. Dans le paradigme individuel, l'accent mis sur la déficience et la réadaptation peut offrir un cadre sécurisant et permet de répondre aux besoins curatifs de la personne. Le paradigme social, en valorisant la personne comme sujet de droit confronté à des barrières collectives, soutient l'empowerment et le paradigme interactionniste permet de penser la personne comme à la fois vulnérable et compétente. Ces différentes lectures du handicap s'inscrivent au cœur de la construction identitaire et influencent la manière dont la personne se raconte, interprète ses capacités et se projette dans l'avenir. Elles

participent directement à la perception de soi, à la façon dont la personne évalue sa valeur personnelle, sa place dans la société et ainsi, à son estime de soi.

Au fil de nos expériences professionnelles avec des personnes présentant une DI, nous avons ressenti et relevé une perception de soi troublée ou compliquée découlant sur une estime de soi peu développée ou assez négative. Certaines personnes concernées se jugent ou tiennent des propos d'elles péjoratifs et il est parfois compliqué pour nous de savoir comment intervenir et réagir face à cela. De plus, au-delà de leurs dires, la vision qu'elles ont d'elles-mêmes peut entraver leur engagement dans plusieurs dimensions de leur vie, tels que le travail, le développement personnel, les relations interpersonnelles, etc. Il est alors fondamental, en tant que TS, de pouvoir cibler et proposer des outils d'accompagnement, afin de favoriser le bien-être de la personne concernée et donc, de tendre vers une estime de soi positive. Cependant, les connaissances, les outils et les concepts théoriques abordant le sujet de l'estime de soi sont souvent peu connus ou inadaptés aux personnes ayant une DI et ne prennent pas en compte les différentes spécificités liées à ce trouble.

Selon William James (1890, cité dans Famose & Bertsch, 2017), l'estime de soi est la résultante de la comparaison entre ce que nous percevons de nous et ce que nous souhaiterions être. Cependant, Doré, (2017) relève la notion importante de la construction sociale. Elle souligne que l'estime de soi est profondément influencée par l'environnement social dans lequel l'individu évolue. Les interactions qu'il a, les jugements ou encore les actions de son entourage jouent un rôle majeur dans le développement de l'estime de soi. À cela, s'ajoute un aspect primordial qui est celui du lien entre le niveau d'estime de soi et la santé mentale. Selon Lee et al. (2023), ce lien est complexe, car une faible estime de soi peut être perçue à la fois comme une cause et comme une conséquence des problèmes de santé mentale. Ainsi, l'estime de soi agit comme un facteur de vulnérabilité. Si elle est faible, elle augmente considérablement le risque de développer des troubles, tels que l'anxiété et la dépression. À l'inverse, une bonne estime de soi peut servir de protection face aux risques susmentionnés (Lee & al., 2023). En somme, l'estime de soi est un concept qui fait l'objet de multiples définitions et explications, variant selon les domaines d'étude.

Nader-Grosbois et Fiasse (2016) affirment que la construction et les prérequis de l'estime de soi commencent dès le plus jeune âge par la conscience de soi. Ce terme désigne la capacité qu'a l'enfant à se distinguer de l'autre, lorsqu'il prend conscience qu'il est un être à part entière. Par la suite, l'image de soi se construit doucement, au travers du corps et de la compétence à distinguer ce qui lui appartient ou non. L'enfant se sent petit à petit maître de son environnement par ses gestes et ses paroles. Puis, toujours selon eux, vient le temps où ces actes s'articulent et se lient, ce qui aboutit à l'identification de qui il est, à la représentation de soi. Une fois cette représentation stabilisée, nous parlons de concept de soi, qui se définit par l'ensemble des caractéristiques et des connaissances que la personne a d'elle-même. Finalement, l'estime de soi fait donc écho à un aspect évaluatif entre la connaissance de soi et le Moi idéal, soit l'idéal ou les buts à atteindre personnellement (Nader-Grosbois & Fiasse, 2016).

Selon André (2005), l'un des premiers aspects fondamentaux de l'estime de soi réside, par exemple, dans la capacité à réussir et à oser entreprendre des activités. Une faible estime de soi pourrait, dans ce cas-là, bloquer la personne dans la réalisation de ses projets avec des discours internes négatifs et dévalorisants. Une personne avec une bonne estime d'elle-même aurait tendance à se

considérer comme plus intelligente ou meilleure, ce qui impacterait son bien-être. Lié à cela, le bien-être émotionnel et la stabilité dépendent fortement de l'estime de soi. Toujours selon cet auteur, une bonne estime de soi ne signifie pas l'absence d'émotions négatives, mais elle permet à ces dernières d'être moins durables, et par conséquent, de moins impacter la personne qui les ressent. Un aspect primordial demeure également dans le fait qu'une bonne estime de soi est un facteur de protection contre les difficultés psychiques et permet de plus facilement trouver des solutions pour s'en sortir et retrouver une stabilité.

Dans la littérature, nous retrouvons le plus souvent deux modèles, permettant de déterminer le niveau d'estime de soi. Le premier est unidimensionnel, il vise à définir une représentation générale de l'estime de soi chez la personne et ne propose donc pas de catégories sous-jacentes (Nader-Grosbois & Fiasse, 2016). Un second modèle multidimensionnel enrichit l'estime de soi globale en y ajoutant des domaines distincts. Ce dernier offre la possibilité de détailler la perception de soi sous diverses facettes, comme dans l'outil de mesure d'estime de soi *Self-Perception Profile for Adolescents* [SPPA] d'Harter (1988, citée dans Terriot & al., 2017), qui permet d'identifier plusieurs aspects spécifiques influençant l'estime de soi générale d'une personne comme l'apparence physique, les compétences scolaires et professionnelles, etc. Un autre outil pionnier et fréquemment utilisé pour la mesure de l'estime de soi est le *Rosenberg's Self-Esteem Scale* [RSE] créé par Rosenberg en 1965 (cité dans Vallières & Vallerand, 1990). Il évalue l'estime de soi de manière unidimensionnelle selon dix items, permettant de percevoir la valeur générale que s'attribue la personne concernée. Ces deux outils, bien que pertinents et validés par des experts, ne sont malheureusement pas adaptés pour les personnes rencontrant des difficultés de lecture ou de compréhension. Les outils adaptés à ce public, de même que la littérature à ce sujet, sont pauvres et les études ne ciblent souvent qu'une seule partie des personnes qui ont une DI. En effet, le public concerné a souvent une DI légère, car les participants doivent avoir de bonnes compétences en lecture et en communication. Ces critères excluent donc une grande partie des personnes qui ont une DI au sein des recherches.

Selon Lessard (2018), le niveau d'estime de soi évalué entre les personnes présentant une DI et les personnes sans DI ne montre pas de différence significative. Cependant, elle relève que le reflet de la société ou la stigmatisation envers les personnes ayant une DI sont des facteurs qui impactent l'estime de soi de manière négative (Lessard, 2018). Dans cette perspective, les politiques publiques et le cadre légal occupent une place centrale, car ils traduisent une volonté, au niveau national et international, de reconnaître les droits des personnes ayant un handicap et d'améliorer leur bien-être général, et par conséquent leur estime de soi. Par exemple, l'art. 8 de la CDPH sur la sensibilisation vise à réduire et à combattre la discrimination, tout en encourageant une perception positive et respectueuse des personnes concernées, dans un idéal de dignité et de pleine reconnaissance de leur être. De même, au niveau suisse, la LHand cherche à favoriser la participation et l'inclusion dans différentes sphères de la vie, en réduisant les obstacles qui limitent l'accès à l'espace public, aux services et aux ressources.

Toutefois, ces avancées au niveau politique ne garantissent pas automatiquement un changement réel dans le vécu des personnes. En effet, comme expliqué auparavant, les représentations sociales à l'égard des personnes ayant une DI s'inscrivent dans une histoire longue et restent souvent marquées par des stéréotypes et des discriminations. Ces représentations, héritées du passé, peuvent freiner la mise en œuvre concrète des droits, limitant ainsi l'impact effectif des politiques publiques sur l'estime de soi et la participation sociale des personnes concernées. Dans ce contexte, le rôle des TS prend une importance particulière, car il permet de faire le lien entre les droits inscrits dans les textes et leur concrétisation au quotidien, là où se construisent aussi les expériences de reconnaissance ou, au contraire, de mise à l'écart. Par leur présence sur le terrain et leurs connaissances des dispositifs, les TS soutiennent l'accès aux prestations, identifient les obstacles qui persistent et accompagnent les personnes dans leurs démarches, notamment lorsqu'il s'agit de faire valoir leurs droits face à des situations d'inégalité ou de discrimination. Le Code de déontologie du travail social en Suisse rappelle que l'action professionnelle se fonde sur le respect de la dignité et la défense des droits, et qu'elle implique un devoir de refuser toute discrimination (Avenir Social, 2010).

Au niveau mésosocial, la réalité institutionnelle joue également un rôle important sur l'estime de soi. Il n'est pas anodin pour une personne de se sentir incluse dans les démarches ou les décisions qui la concernent, ou au contraire d'avoir l'impression que tout se fait au-dessus d'elle ou sans elle. En ce sens, la manière dont l'accompagnement est vécu et la place réelle laissée à la personne dans son propre parcours touche directement l'estime de soi. Dans ce contexte, les TS occupent souvent une position particulière, puisqu'ils accompagnent les personnes concernées dans la durée et ont donc une connaissance approfondie de leur fonctionnement. Cette présence devient un cadre de référence, à travers lequel la personne reçoit des retours, perçoit des interprétations et des représentations à son sujet. Même de manière involontaire, la façon dont les professionnels s'expriment, décrivent, présentent ou se réfèrent à la personne concernée influence la construction de son image personnelle. Par ailleurs, les TS interviennent fréquemment dans la rédaction de bilans, les échanges d'équipe ou les discussions avec le réseau. Selon la manière dont ces espaces sont investis, ils peuvent soit enfermer la personne dans une représentation centrée sur ses difficultés, soit lui offrir une place plus complète et nuancée. En ce sens, développer l'estime de soi implique également de réfléchir aux pratiques professionnelles ainsi qu'à leurs fondements, car ils orientent le regard que la personne porte sur elle-même, découlant de celui des professionnels qui l'entourent. En outre, les TS se trouvent fréquemment à l'interface entre la personne concernée, l'institution et les contraintes du cadre. Ils sont donc souvent ceux qui font le lien, qui expliquent, qui traduisent et qui donnent du sens à ce qui se décide ou se met en place. À ce titre, ils sont appelés à interroger et à faire évoluer les fonctionnements institutionnels, afin qu'ils ne soient pas uniquement centrés sur les manques ou les déficits, mais qu'ils permettent de donner vie à des espaces de participation et de décisions partagées, en cohérence avec les exigences de la LHand ou de la CDPH.

Sur le plan microsocial et dans le prolongement des enjeux institutionnels, il importe aussi de rappeler que l'estime de soi concerne chaque individu et est une notion importante dans l'évolution personnelle et le bien-être global. Cependant, il est parfois difficile de prendre du recul pour savoir comment développer une estime de soi plus positive et de repérer les éléments qui la composent et l'influencent au quotidien. Au-delà du poids de la stigmatisation sociale et des réalités institutionnelles, qui peuvent être des facteurs oppressants et conduire à une catégorisation réductrice de l'identité, travailler et développer son estime de soi repose sur plusieurs dimensions. Dans un premier temps, il est essentiel d'avoir des occasions de se pencher sur soi pour mieux se comprendre. Dans un second temps, cela nécessite d'avoir la possibilité concrète et la liberté fondamentale d'agir, c'est-à-dire d'oser prendre des risques, d'échouer et ainsi d'apprendre sur soi à travers les expériences vécues. Ces constats rappellent que l'estime de soi ne se situe pas uniquement au niveau du ressenti personnel, mais qu'elle traverse de nombreux aspects de la vie quotidienne et des trajectoires. C'est pourquoi elle mérite d'être considérée comme une notion qui interpelle la pratique professionnelle, dans la mesure où elle peut avoir un impact sur la manière dont les personnes se mobilisent, vivent les changements, expriment leurs besoins ou leurs limites, se situent dans leur environnement, etc. En ce sens elle représente une question centrale pour les TS, car les personnes qui ont une DI rencontrent de multiples obstacles supplémentaires trouvant leur source dans différents domaines de leur vie. Par exemple, les difficultés liées à la DI et ses comorbidités entravent ou complexifient le travail sur l'estime de soi. De plus, leurs interactions sociales, souvent concentrées en milieu institutionnel ou en atelier protégé, constituent une source d'influences complexes sur leur développement. Les contraintes institutionnelles ou interpersonnelles en termes de temps et d'espace rendent également difficile la mise en œuvre d'un travail personnel approfondi. Dans ce contexte, les TS sont encouragés à construire des relations d'accompagnement sécurisantes, dans lesquelles la parole, les émotions et les expériences des personnes sont accueillies, reconnues et considérées, cela dans la continuité du Code de déontologie du travail social en Suisse qui stipule que le travail social consiste à « accompagner, éduquer ou protéger les êtres humains tout en encourageant, garantissant, stabilisant et maintenant leur développement » (Avenir Social, 2010, p. 7), ce qui inclut implicitement le développement de l'estime de soi comme dimension du bien-être et du pouvoir d'agir.

Ainsi, le rôle des TS dans le développement de l'estime de soi des personnes ayant une DI se déploie à la fois sur le plan politique, institutionnel, relationnel et individuel. Au vu de ces enjeux et de la place spécifique des TS dans les trajectoires de vie des personnes ayant une DI, il paraît pertinent de s'intéresser à cette dimension dans le cadre de ce travail. Ces éléments amènent ainsi à la question de recherche :

« Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils accompagner les personnes ayant une déficience intellectuelle dans le développement de leur estime de soi ? »

En lien avec notre question de recherche, nous avons élaboré deux objectifs, fondés sur nos lectures et nos premiers apprentissages concernant l'estime de soi, la DI et l'implication des TS.

Le premier objectif que nous avons défini est celui de **relever les facteurs de risque et de protection en lien avec l'estime de soi chez les personnes ayant une déficience intellectuelle**. La réalisation de cet objectif est cruciale, car elle nous permet de saisir la complexité de notre question de recherche dans ses composantes essentielles. Cela implique l'exploration de divers concepts théoriques et scientifiques, pour établir un cadre clair des facteurs à considérer.

Notre second objectif vise à **comprendre les stratégies que les travailleurs sociaux peuvent déployer, afin de promouvoir l'estime de soi chez les personnes ayant une déficience intellectuelle**. Cette démarche englobe, dans un premier temps, l'acquisition de connaissances en lien avec les composantes de l'estime de soi. Dans un second temps, il est essentiel de porter un point d'attention aux enjeux et aux défis présents dans l'accompagnement, afin de trouver des pistes d'intervention adéquates, durables et cohérentes avec le contexte. Finalement, il est pertinent d'identifier les outils et les approches relevant de l'intervention individuelle, relationnelle et sociale. L'analyse de ces différentes dimensions permet ainsi de construire une vision exhaustive des leviers d'action à disposition des professionnels du travail social.

2. Méthodologie de la revue de littérature

Guidées par notre questionnement quintilien lors de la recherche de nos textes scientifiques, nous nous sommes basées sur différents critères, afin de garantir la pertinence et la qualité de leur contenu. Notre objectif était d'avoir un corpus qui recense, compare et analyse les facteurs impactant ou découlant de l'estime de soi des personnes ayant une DI, ainsi que les différentes stratégies que les TS peuvent mobiliser. Les textes retenus devaient aborder ces éléments sous divers angles, répondre à un ou à nos deux objectifs et permettre un entrecroisement des perspectives.

Pour ce faire, nous avons mobilisé principalement les bases de recherche comme Google Scholar, SwissCovery, Cairn, etc. Ensuite, nous avons parcouru les bibliographies des textes retenus et les avons transférées sur ChatGPT, afin d'obtenir un premier repérage des textes susceptibles d'être en lien avec notre question de recherche et nos objectifs. C'est la première fois que nous procédons ainsi et, même si cet outil ne vise pas toujours juste, nous relevons qu'il nous fait découvrir de nombreuses sources pertinentes et utiles pour la rédaction de notre problématique et pour le corpus de notre travail. Toutefois, chaque référence proposée a été vérifiée et confrontée à nos critères d'inclusion avant d'être intégrée au corpus, de sorte que l'utilisation de ChatGPT soit considérée comme un outil complémentaire de repérage et non comme un substitut à une recherche documentaire rigoureuse.

Par ailleurs, au fil de nos recherches, nous avons remarqué que les noms de certains auteurs revenaient fréquemment. Nous avons dès lors exploré plus systématiquement leurs autres écrits, afin d'identifier des articles répondant plus précisément aux différents axes de notre question de recherche. Ce repérage nous a permis de sélectionner des auteurs de référence dans ce champ, tout en veillant à ne pas surreprésenter une seule approche théorique ou méthodologique, afin de préserver la pluralité des perspectives.

Les mots-clés qui nous ont permis de cibler nos recherches étaient la DI, l'estime de soi, l'accompagnement, les institutions et le travail social. Cette sélection a été ajustée au fil de nos recherches, en fonction des nouvelles pistes explorées. En effet, notre objectif était de rester flexibles et ouvertes aux nouvelles suggestions, contrairement à nos débuts durant lesquels notre approche était plus rigide.

Nous avons constaté, au fil de nos lectures, que l'estime de soi est un sujet qui est étudié et documenté depuis plusieurs années. De ce fait, nous avons privilégié des textes principalement parus entre 2010 et 2025, afin de tenir compte de l'évolution des approches d'accompagnement et des connaissances spécifiques. De plus, nous avons favorisé des documents rédigés en anglais, car nous ne trouvons que peu, voire pas de littérature scientifique francophone sur le sujet. Cela nous a permis d'avoir un corpus plus vaste et diversifié. Par ailleurs, nous n'avons pas identifié de textes scientifiques suisses portant spécifiquement sur notre thématique. Notre corpus est donc majoritairement issu de contextes internationaux. Cette situation constitue à la fois une richesse, en raison de la diversité des contextes et des approches, et une limite, dans la mesure où certains résultats doivent être interprétés avec prudence au regard des spécificités du contexte social et institutionnel suisse.

Les textes que nous avons retenus incluent les différents critères requis pour répondre à nos objectifs et à notre question de recherche, à savoir les personnes ayant une DI, l'estime de soi et le travail social. Nous n'avons pas eu trop de difficultés à recenser des textes abordant les deux premiers critères cités auparavant. Cependant, trouver de la documentation spécifiquement liée au travail social s'est avéré plus complexe, mais nous avons su trouver un panel de textes nous permettant de répondre de manière globale à notre question de recherche et à nos objectifs.

Concernant nos méthodes d'analyse des textes, nous avons réalisé des fiches de lecture pour chacune des études. La réalisation de ces fiches de lecture nous a ainsi permis d'approfondir notre compréhension des textes. En effet, lire et analyser plusieurs fois les documents, puis synthétiser et regrouper les informations par catégories nous a permis de vérifier notre compréhension précise de chacun d'eux. Ce travail rigoureux et exigeant nous a ensuite conduites à comparer les articles, en identifiant les éléments récurrents, ainsi que les différences notables. C'est à partir de cette analyse que nous avons élaboré le squelette de nos grilles d'extraction, en définissant différents thèmes en lien avec nos deux objectifs de recherche. Le travail d'extraction a débuté par une relecture des cinq articles, ciblant les passages directement liés à nos deux objectifs de recherche. Pour organiser ces informations, nous avons opté pour une classification rigoureuse au sein de notre grille d'extraction, en utilisant le modèle biopsychosocial comme cadre structurant. Cette approche a facilité une distinction nette et le repérage des éléments dans des sous-catégories précises. À l'issue de ce long travail d'extraction et de catégorisation, nous avons procédé à l'assemblage des passages similaires ou complémentaires, ce qui nous a permis de faire émerger de nouvelles sous-sous-catégories. Ce travail nous a permis de mettre en évidence des dynamiques et des nuances, qui n'étaient pas immédiatement perceptibles lors des premières lectures des textes et d'avoir une vision globale et riche pour débiter la rédaction de notre analyse. Cela nous a amenées à réaliser notre analyse avec différents sous-points pertinents, abordant plusieurs thématiques utiles et variées pour répondre à nos objectifs et à notre question de recherche. Notre analyse a mis en lumière des questionnements, des réflexions et des aspects pertinents à développer pour la discussion.

3. Présentation des textes soumis à la revue de littérature

Davies, L., Randle-Phillips, C., Russell, A., & Delaney, C. (2021). **The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support.** *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 1037–1047. <https://doi.org/10.1111/jar.12844>

Problématique

Les personnes ayant une DI présentent fréquemment une faible estime de soi et vivent davantage d'expériences interpersonnelles négatives (intimidation, abus, discrimination, exclusion sociale). La littérature montre l'impact défavorable de ces expériences sur le bien-être psychologique, mais il existe peu de recherches qui examinent directement le rôle de la honte, de l'autocompassion et du soutien social dans la relation entre l'estime de soi et les expériences interpersonnelles négatives.

Questions, objectifs et hypothèses de la recherche

L'étude cherche à déterminer si la honte, l'autocompassion et le soutien social jouent un rôle dans la relation entre les expériences interpersonnelles défavorables vécues durant l'enfance et l'estime de soi chez des adultes ayant une DI. Elle vise également à comparer des adultes avec et sans DI quant au nombre d'expériences interpersonnelles défavorables vécues, à l'impact négatif perçu de ces expériences et aux niveaux de honte, d'autocompassion et d'estime de soi. L'hypothèse est que les personnes ayant une DI rapporteront davantage d'expériences interpersonnelles défavorables et perçues comme négatives, plus de honte, moins d'estime de soi et d'autocompassion, et que, pour elles, la honte et l'autocompassion joueront un rôle de médiateur, tandis que le soutien social jouerait un rôle de modérateur.

Concepts et théories

Les expériences interpersonnelles défavorables sont définies comme des événements négatifs vécus pendant l'enfance en lien direct avec des relations ou des actions d'autrui (deuil, intimidation, rupture de relation, violence, etc.). L'estime de soi renvoie à l'attitude globale positive ou négative envers soi-même. La honte est décrite comme une émotion de dévalorisation de soi (sentiment d'infériorité, d'inutilité, désir de se cacher, etc.), alors que l'autocompassion renvoie à la capacité à être bienveillant envers soi dans la souffrance. Le soutien social correspond à l'aide, au réconfort et à l'information reçus via les contacts sociaux formels et informels.

Design de la recherche

Il s'agit d'une étude quantitative transversale, comparant un groupe d'adultes ayant une DI légère et un groupe d'adultes sans DI. Les personnes avec DI sont recrutées via des équipes communautaires, des établissements d'enseignement supérieur proposant des cours spécialisés et des organisations bénévoles. Quant à elles, les personnes sans DI, sont recrutées via les réseaux sociaux. Tous remplissent des questionnaires d'auto-évaluation mesurant la compréhension des relations, le soutien social perçu, l'estime de soi (version adaptée de l'échelle de Rosenberg), l'autocompassion, la honte et les expériences interpersonnelles défavorables.

Principaux résultats et interprétations

Les résultats montrent que les personnes ayant une DI ne rapportent pas plus d'expériences interpersonnelles défavorables au total que le groupe témoin, mais elles rapportent davantage d'événements perçus comme ayant un impact négatif sur leur vie, et sont plus nombreuses à avoir été victimes d'intimidation, d'abus sexuels et de violence physique. Contrairement aux hypothèses initiales, il n'y a pas de différence significative entre les groupes concernant la honte et l'autocompassion, et les personnes ayant une DI rapportent même une estime de soi plus élevée que le groupe contrôle, ce que les auteures interprètent en évoquant notamment l'utilisation d'une échelle adaptée, les caractéristiques particulières de l'échantillon et la possibilité de biais de réponse.

Chez les personnes ayant une DI, l'estime de soi est liée à moins d'expériences interpersonnelles défavorables perçues comme négatives, à une honte plus faible et à un niveau plus élevé d'autocompassion. L'analyse de médiation montre que la relation entre les expériences interpersonnelles défavorables perçues comme négatives et l'estime de soi est expliquée par la honte et l'autocompassion : plus ces événements sont perçus comme négatifs, plus la honte est élevée et l'autocompassion faible, et plus l'estime de soi en est affectée. Une fois ces deux variables prises en compte, le lien direct entre expériences négatives et estime de soi n'est plus significatif. En revanche, le soutien social perçu n'est ni associé aux autres variables ni modérateur de la relation entre expériences interpersonnelles défavorables et estime de soi, ce que les auteures relient en partie aux limites de l'outil de mesure du réseau social.

Park, E.-Y. (2025). **Change in self-esteem trajectories among adolescents and adults with intellectual disabilities.** *Behavioral Sciences*, 15(5), 655. <https://doi.org/10.3390/bs15050655>

Problématique

L'estime de soi joue un rôle central dans le concept de soi, la santé mentale et le bien-être général. Si ses trajectoires sont bien connues dans la population générale, elles restent peu étudiées chez les adolescents et les adultes présentant une DI. Les travaux existants sont surtout transversaux et ne permettent pas d'observer l'évolution de l'estime de soi ni le rôle des caractéristiques démographiques dans le temps, alors même que les résultats antérieurs sur le niveau d'estime de soi chez les adultes avec DI sont contradictoires.

Questions et objectifs de la recherche

La recherche pose deux questions principales : l'estime de soi des adolescents et adultes avec DI change-t-elle au fil du temps ? Et quelles variables démographiques influencent ces changements ? Elle vise ainsi à décrire les trajectoires d'estime de soi sur plusieurs années et à examiner l'effet de caractéristiques, telles que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la gravité du handicap, la présence d'un handicap comorbide, la zone de résidence ou l'état matrimonial.

Concepts et théories

L'estime de soi est définie comme l'évaluation subjective de sa propre valeur, composante évaluative du concept de soi. Celui-ci est envisagé comme une construction développementale liée à la santé mentale, aux relations sociales et à la qualité de vie. La DI est entendue comme des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif.

Design de la recherche

Il s'agit d'une étude quantitative longitudinale utilisant des données de panel nationales sur l'emploi des personnes handicapées en Corée. Trois mesures successives d'estime de soi (échelle de Rosenberg) ont été réalisées auprès d'adolescents et d'adultes ayant une DI vivant en milieu ordinaire. Les données ont été recueillies par entretiens structurés assistés par tablette. Les analyses reposent sur la comparaison de différents modèles de changement et sur l'examen de l'effet de variables démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, gravité du handicap, etc.) sur le niveau initial et l'évolution de l'estime de soi.

Principaux résultats et interprétation

Les résultats montrent que l'estime de soi des personnes ayant une DI évolue de manière non linéaire. Elle tend à augmenter entre la première et la deuxième mesure, puis à se stabiliser, ce qui confirme son caractère dynamique. Les trajectoires varient toutefois fortement d'un individu à l'autre. Le sexe et la gravité du handicap apparaissent comme des facteurs importants, où les jeunes femmes ont une estime de soi plus faible, mais montrent une progression plus marquée, tandis qu'une déficience plus sévère est associée à une évolution moins favorable. Le texte souligne l'intérêt d'interventions précoces et personnalisées, tenant compte de ces variables (groupes de pairs, soutien à l'expression émotionnelle, occasions d'expression personnelle et de reconnaissance sociale), afin de soutenir le développement psychologique et la qualité de vie des adolescents et des adultes présentant une DI.

Verberg, F., Helmond, P., Otten, R., & Overbeek, G. (2019). **Mindset and perseverance of adolescents with intellectual disabilities: Associations with empowerment, mental health problems, and self-esteem.** *Research In Developmental Disabilities, 91*, 103426. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103426>

Problématique

Les jeunes ayant une DI constituent une population particulièrement vulnérable, présentant davantage de problèmes de santé physique et mentale, de difficultés scolaires, sociales et adaptatives, ainsi qu'une faible estime de soi. De multiples facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et familiaux contribuent à ce risque accru. Les auteurs s'intéressent au rôle de l'état d'esprit comme facteur de protection ou de risque.

Questions, objectifs et hypothèses de la recherche

L'étude cherche à comprendre comment l'état d'esprit des adolescents ayant une DI, concernant leurs émotions, leur comportement, leur intelligence et leur persévérance, est associé à l'autonomisation, aux problèmes de santé mentale et à l'estime de soi.

Plus précisément, elle part de l'hypothèse que les jeunes ayant une DI adoptent plutôt un état d'esprit fixe en matière d'émotion, de comportement et d'intelligence, et font preuve de moins de persévérance que leurs pairs sans DI. De plus, une plus forte approbation d'un état d'esprit de croissance et des niveaux plus élevés de persévérance seraient liés à des niveaux plus élevés d'autonomisation, d'estime de soi et à des niveaux plus faibles de problèmes de santé mentale. Ainsi, l'objectif est d'identifier si un état d'esprit de croissance et une forte persévérance peuvent constituer des facteurs de protection pour ces jeunes, en renforçant leur sentiment de contrôle et leur bien-être psychologique.

Concepts et théories

L'état d'esprit renvoie aux croyances sur la malléabilité de ses attributs personnels. Un état d'esprit fixe considère l'intelligence, les émotions ou le comportement comme stables, alors qu'un état d'esprit de croissance les envisage comme susceptibles de changer avec l'effort et l'expérience. Ces croyances influencent la manière de réagir face à l'effort, à l'échec, aux défis et sont étroitement liées à la persévérance. Les auteurs mobilisent également la notion d'autonomisation, définie comme le sentiment de contrôle et la capacité à modifier des situations indésirables, des problèmes de santé mentale et d'estime de soi, comme évaluation globale de sa propre valeur.

Design de la recherche

Il s'agit d'une étude quantitative transversale. Des adolescents ayant une DI légère à limite sont recrutés dans un établissement de soins résidentiels et dans des écoles d'éducation spécialisée, puis comparés à des élèves de l'enseignement secondaire ordinaire. Tous remplissent des questionnaires adaptés qui mesurent l'état d'esprit, la persévérance, l'autonomisation interactionnelle, les problèmes de santé mentale et l'estime de soi (échelle de Rosenberg). Les analyses reposent sur des comparaisons entre les deux groupes et sur des corrélations examinant les liens entre état d'esprit, persévérance et variables psychosociales.

Principaux résultats et interprétation

Les résultats montrent que les adolescents ayant une DI présentent un état d'esprit plus fixe concernant leurs émotions et leurs comportements que leurs pairs sans DI, alors que les deux groupes ne diffèrent pas en ce qui concerne l'intelligence et les niveaux de persévérance. Les jeunes ayant une DI rapportent globalement un sentiment d'autonomisation plus faible, une estime de soi plus basse et davantage de problèmes de santé mentale que leurs pairs sans DI. De plus, certaines différences apparaissent, comme le fait que les jeunes ayant une DI légère ont plutôt tendance à considérer leur intelligence comme fixe que ceux ayant un fonctionnement intellectuel limite, les garçons se décrivent comme plus persévérants que les filles, et les adolescents ayant une DI et des comorbidités multiples présentent un état d'esprit plus fixe à propos de leurs émotions et de leurs comportements.

Chez les adolescents ayant une DI, un état d'esprit de croissance centré sur les émotions et le comportement ainsi que des niveaux plus élevés de persévérance sont associés à un plus grand sentiment d'autonomisation, à une meilleure estime de soi et à moins de problèmes de santé mentale, alors que l'intelligence n'est pas liée à ces variables psychosociales.

Les auteurs en concluent que travailler l'état d'esprit de croissance, notamment en lien avec les émotions, les comportements et la persévérance, pourrait être une piste prometteuse pour renforcer le sentiment de contrôle, la confiance en soi et la santé mentale des jeunes ayant une DI.

Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). **Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial.** *Journal of Intellectual Disabilities, 20*(3), 228-240. <https://doi.org/10.1177/1744629515605942>

Problématique

Les personnes qui ont une DI ont plus de problèmes de santé mentale que le reste de la population, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux. Malgré cette prévalence élevée, leurs difficultés émotionnelles restent souvent négligées ou principalement traitées par des alternatives médicamenteuses. Certaines approches psychothérapeutiques, comme la TCC et la relaxation, intégrées à des programmes plus larges, ont montré des bénéfices. Cependant, aucun essai contrôlé randomisé n'a encore évalué spécifiquement les effets de la relaxation seule sur l'anxiété, la régulation émotionnelle et l'estime de soi chez des adultes ayant une DI légère à modérée.

Questions, objectifs et hypothèses de la recherche

L'étude vise à vérifier si la participation à un groupe de relaxation permet de diminuer l'anxiété, d'améliorer la régulation émotionnelle et d'augmenter l'estime de soi chez des adultes ayant une DI, en comparaison à un groupe témoin. L'hypothèse est que les participants du groupe de relaxation montreront, après l'intervention, une baisse de l'anxiété d'état, une meilleure utilisation de stratégies de régulation émotionnelle et une amélioration de leur estime de soi.

Concepts et théories

L'étude s'appuie sur la distinction entre l'anxiété d'état et l'anxiété de trait. La première renvoie à une anxiété ponctuelle liée à une situation donnée, la seconde décrit une tendance relativement stable à réagir de manière anxieuse dans différentes circonstances. Elle s'appuie également sur le modèle de la régulation émotionnelle de Gross (1998), qui différencie la réévaluation cognitive et la suppression expressive. L'estime de soi est envisagée ici comme l'évaluation globale de sa propre valeur. La relaxation est pensée comme un moyen d'agir sur le tonus musculaire, sur l'activité émotionnelle et d'instaurer une relation plus positive au corps.

Design de la recherche

Il s'agit d'une étude quantitative. Trente adultes ayant une DI légère ou modérée et qui ont un emploi ont été recrutés sur la base de critères cliniques. Ils sont divisés en deux groupes de manière aléatoire, un groupe de relaxation et un groupe témoin sur liste d'attente. Le groupe de relaxation participe à dix séances hebdomadaires d'une heure, animées par un psychologue clinicien et un étudiant formé à la relaxation. Le groupe témoin poursuit les activités habituelles de l'institution, sans relaxation spécifique.

Les évaluations sont réalisées individuellement, avant le début des séances et dix semaines plus tard, à l'aide de la version française du STAI-Y (anxiété d'état et de trait), de l'échelle de Rosenberg et du questionnaire de régulation des émotions (réévaluation cognitive et suppression expressive), avec des questionnaires volontairement simples pour limiter la surcharge cognitive.

Principaux résultats et interprétation

Au départ, les participants présentent des niveaux élevés d'anxiété d'état et de trait, une faible utilisation de la réévaluation cognitive et une forte utilisation de la suppression expressive. Leur estime de soi, en revanche, se situe dans la norme de la population générale, ce que les auteurs attribuent probablement au fait qu'ils et elles occupent tous un emploi, source de gratification et de valorisation. Après dix séances, le groupe témoin ne montre pas de changement notable sur les différentes variables, alors que les personnes du groupe de relaxation présentent une diminution marquée de l'anxiété d'état, une amélioration de l'estime de soi, une augmentation de la réévaluation cognitive et une diminution de la suppression expressive, l'anxiété de trait restant stable, comme attendu sur une période courte. Les auteurs en concluent que la relaxation en groupe, même dans un format relativement bref, est une intervention faisable et potentiellement efficace pour réduire l'anxiété et soutenir une régulation émotionnelle plus adaptée, tout en renforçant l'estime de soi chez des adultes ayant une DI.

Van Asselt-Goverts, AE., Embregts, PJCM., & Hendriks, AHC. (2018). **Evaluation of a Social Network for people with Mild to Borderline Intellectual Disabilities.** *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 31(2), 229-243. <https://doi.org/10.1111/jar.12318>

Problématique

L'article s'inscrit dans la perspective de l'inclusion sociale comme composante centrale de la qualité de vie des personnes ayant une DI. Ces personnes disposent souvent de réseaux sociaux restreints, centrés sur les professionnels, avec peu de liens amicaux, un sentiment de solitude fréquent et une faible satisfaction vis-à-vis de leur réseau. Malgré les discours sur l'inclusion, on dispose de peu de connaissances sur l'impact concret des interventions ciblant directement le renforcement du réseau social chez des adultes ayant une DI légère à limite.

Questions et objectifs de la recherche

L'étude vise à explorer ce que produit une formation de groupe centrée sur le réseau social pour les personnes concernées et leurs travailleurs de soutien. Les auteurs cherchent à savoir comment l'intervention est vécue par les clients et les professionnels, ce que chacun dit en avoir appris et si l'on observe des changements dans la structure et la qualité du réseau, la solitude, la participation, le sentiment d'autodétermination et l'estime de soi.

Concepts et théories

L'intervention mobilise le concept de réseau social, entendu à la fois dans ses dimensions structurelles et fonctionnelles. Elle s'appuie aussi sur la théorie de l'autodétermination, sur la solitude et l'estime de soi, adaptées au public ayant une DI légère.

Design de la recherche

Il s'agit d'une étude de cas multiples avec méthodes mixtes, portant sur un petit nombre de situations. L'intervention *Die Ken Ik* est une formation de groupe semi-structurée proposée à des adultes ayant une DI légère à limite.

L'analyse se concentre sur cinq clients ayant suivi la formation jusqu'au bout avec leurs travailleurs de soutien. La formation comprend plusieurs séances de groupe pour les clients (travail sur les talents, les centres d'intérêt, la cartographie du réseau, les souhaits et projets, etc.), une réunion réunissant les membres importants du réseau et du coaching pour les travailleurs de soutien afin de favoriser le transfert de ces démarches dans le quotidien. Les données sont collectées à plusieurs moments, à l'aide d'entretiens (avec clients, professionnels et formateurs) et de questionnaires standardisés sur le réseau social, la solitude, la satisfaction des besoins psychologiques de base et l'estime de soi.

Principaux résultats et interprétation

Globalement, l'intervention est évaluée très positivement par les clients et les travailleurs de soutien. Les clients disent mieux percevoir leurs talents et l'importance de leur réseau, se sentir plus capables d'entrer en contact avec les autres, de demander de l'aide et de réfléchir à leurs propres souhaits. Sur le plan des réseaux sociaux, les changements sont individualisés. Chez certains, le réseau s'élargit ou les contacts deviennent plus fréquents, chez d'autres il se clarifie et se recentre sur des relations jugées importantes, avec une amélioration de la qualité des liens. Plusieurs personnes rapportent une diminution de la solitude et une participation accrue à des activités de loisirs, de formation ou de travail qui correspondent davantage à leurs envies.

Pour les travailleurs de soutien, la formation renforce la conscience de l'importance du réseau social et les amène à ajuster leurs pratiques, en posant davantage de questions, en impliquant les proches et en soutenant l'autonomie. L'étude montre cependant que ces progrès restent fragiles. Les événements de vie, les problèmes de santé ou les tensions familiales peuvent rapidement affecter les réseaux, le bien-être des clients et certains changements (par exemple dans l'estime de soi) sont difficiles à stabiliser dans le temps. Les auteurs concluent que cette intervention sur le réseau social apparaît faisable et prometteuse pour réduire la solitude, renforcer l'autonomie perçue et améliorer certains aspects du réseau des personnes.

4. Analyse de la revue de littérature

Les cinq articles scientifiques cités dans cette partie ont été rédigés initialement en anglais et traduits en français à l'aide de l'outil Google Traduction. Bien que ces traductions aient été relues et vérifiées, il est possible que certaines nuances linguistiques aient subi de légères altérations.

Pour rappel, l'estime de soi renvoie au sentiment d'être suffisamment bon, fondé sur l'acceptation, le respect et la valorisation de soi (Rosenberg, 1965, cité dans Park, 2025). Elle repose sur la perception de sa propre compétence et de sa valeur personnelle intrinsèque et constitue ainsi une évaluation subjective et globale de soi (Park, 2025). La plupart des auteurs, y compris ceux de nos cinq articles, s'accordent à dire que les personnes qui ont une DI ont généralement une estime de soi plus faible que la population générale. Park (2025) attire également l'attention sur sa dimension dynamique, montrant que l'estime de soi peut évoluer en réponse à divers événements, expériences et environnements sociaux. Selon lui, tenir compte de ce caractère évolutif est essentiel, car cela permet la mise en place d'actions visant à améliorer l'estime de soi de manière efficace. Pour appréhender cette complexité, nous avons structuré notre analyse autour du modèle biopsychosocial, afin d'identifier les facteurs de risque et de protection, de comprendre les complexités de leurs interactions et les leviers d'action sur lesquels les TS peuvent s'appuyer pour soutenir le développement d'une estime de soi positive et durable.

Facteurs biologiques

Les facteurs biologiques constituent une dimension essentielle dans l'analyse du développement de l'estime de soi. Cette dimension sera abordée à travers trois sous-axes principaux, qui sont les facteurs démographiques, comme l'âge et le sexe, ainsi que la présence de comorbidités. Ces éléments exercent une influence significative sur la construction, la stabilité et l'évolution de l'estime de soi, tout en soulevant des enjeux spécifiques pour la pratique professionnelle. De plus, bien que ces facteurs soient intrinsèquement liés à la personne, ils interagissent étroitement avec des facteurs psychologiques et sociaux, ce qui souligne l'importance d'une compréhension globale et contextualisée du développement de l'estime de soi.

L'âge et la dimension temporelle

Selon Davies et al. (2021), il existe une corrélation significative entre l'âge et l'estime de soi chez les personnes ayant une DI et une haute estime de soi est souvent associée à un âge plus avancé. Au sein de la population générale, cette tendance s'inscrit dans une trajectoire développementale, où l'estime de soi diminue pendant l'enfance et pendant l'adolescence, avant d'augmenter vers l'âge adulte (Park, 2025). Ces variations sont liées à de multiples changements cognitifs, physiques et sociaux, qui impactent la confiance en soi et l'identité. Des recherches relèvent aussi une différence de croissance de l'estime de soi selon les tranches d'âge. Dès seize ans, elle augmente de manière linéaire, avant d'atteindre son point le plus haut aux alentours de trente-deux ans et de finalement se stabiliser (Kiviruusu & al., 2015, cités dans Park, 2025). Cependant, des nuances sont rapportées par Robins et al. (2002, cités dans Park, 2025), citant que l'estime de soi serait élevée dans l'enfance, puis diminuerait à l'adolescence, avant d'augmenter en continu à partir de l'âge adulte, sans se stabiliser à un moment donné.

La transition vers l'âge adulte reste donc une période de grands changements dans beaucoup de sphères de la vie. C'est dans cette période que le concept de soi s'affirme, gagnant en complexité et en stabilité, mais aussi que les relations entre pairs et les expériences jouent un rôle crucial dans le développement de l'estime de soi (Park, 2025). Emerson et Hatton (2007, cités dans Park, 2025) qualifient ce moment de vie comme important pour la stabilisation et l'intégration de l'estime de soi et du sentiment d'identité personnelle. Ils mettent un point d'attention en expliquant que cette transition est d'autant plus compliquée pour les personnes ayant une DI. Des facteurs clés de l'estime de soi, comme la régulation émotionnelle, l'intégration ou encore la formation de l'identité, sont mis à rude épreuve. Dans la même logique, certains travaux soulignent l'importance de ce passage en expliquant qu'une transition positive vers l'âge adulte après l'adversité de l'enfance peut faciliter la résilience (Masten & al., 2006, cités dans Davies & al., 2021). De ce fait, prendre en compte le stade de la vie de la personne dans l'accompagnement du développement de l'estime de soi est nécessaire. En effet, il est pertinent de souligner que plus l'estime de soi est travaillée tôt dans la vie de la personne, plus les résultats seront bénéfiques sur sa construction identitaire.

Aussi, l'aspect fluctuant et dynamique de l'estime de soi s'explique notamment par le fait que les effets ressentis et perçus de cette dernière sont plus visibles durant les premières périodes de travail (Park, 2025). Par la suite, bien que les effets chez la personne soient toujours présents, ils peuvent se manifester de manière plus subtile et progressive. De plus, cette trajectoire non-linéaire est fondamentale à prendre en compte dans la planification et l'évaluation de l'intervention. D'une part, elle peut permettre aux TS de ne pas être découragés face à l'absence de résultats immédiats et alignés avec les attentes espérées. D'autre part, elle peut permettre de rassurer la personne concernée, si elle a l'impression que ses efforts ne produisent pas de résultats directement perceptibles.

Les différences liées au sexe

À cela s'ajoute la notion de sexe, qui influence l'estime de soi et ses fluctuations. En effet, selon Park (2025), les femmes ont une estime de soi initialement plus faible. C'est ce que confirment Dweck et al. (1980, cités dans Verberg & al., 2019) qui mentionnent que, de manière générale, les hommes ont une estime de soi plus élevée que les femmes, car ces derniers sont décrits comme étant plus persévérants que leurs homologues féminins. Cette différence ne serait pas intrinsèque ou biologique, mais plutôt liée à des facteurs sociaux et environnementaux. Les remarques et les commentaires négatifs faits aux hommes seraient en partie liés à l'effort et à la motivation. Ils ne seraient donc pas liés aux compétences personnelles, ce qui a pour effet d'impacter moins négativement la perception qu'ils ont de leurs capacités. Par conséquent, ce type de rétroaction n'influencerait pas de manière négative l'estime de soi. Cependant, la trajectoire de l'estime de soi montre tout de même une augmentation plus rapide chez les femmes que chez les hommes (Park, 2025). Ainsi, dans l'accompagnement, il est important de garder ces éléments à l'esprit, afin d'adapter la posture, les interventions et les attentes. En effet, cet auteur mentionne que l'accompagnement doit être personnalisé en raison de ces différences de sexe, qui peuvent exercer une influence négative sur le niveau d'estime de soi. Cela implique que les TS doivent développer une conscience critique des biais sociaux et des stéréotypes de genre, afin d'adopter une posture et un langage permettant de les limiter plutôt que de les renforcer, contribuant ainsi à réduire les

inégalités. Toutefois, bien que des différences soient notables dans certaines études, comme le décrivent Park (2025) ainsi que Verberg et al. (2019), le facteur du sexe reste un sujet de contradiction, car d'autres recherches ne démontrent pas de différence, ni de lien entre la trajectoire de l'estime de soi et le sexe. Par exemple, Kling et al. (1999, cité dans Park, 2025) stipulent que les effets du sexe sur la trajectoire de l'estime de soi sont minimes, tout en relevant tout de même une estime de soi plus positive du côté masculin.

La présence de comorbidités

Au-delà des variables démographiques, telles que l'âge et le sexe, les dimensions biologiques incluent également la présence de comorbidités. Ces dernières sont fréquentes chez les personnes présentant une DI et peuvent impacter significativement leur estime de soi. En premier lieu, les troubles associés peuvent affecter différentes aptitudes du quotidien et influencer négativement la perception de soi relative aux performances et aux capacités (Verberg & al., 2019). En effet, les personnes concernées rencontrent des obstacles supplémentaires dans leur quotidien, ce qui peut augmenter la probabilité d'expériences négatives et donc alimenter un sentiment d'inadéquation et une dévalorisation de leurs compétences. Par ailleurs, ces auteurs ajoutent que de multiples comorbidités influenceraient l'état d'esprit au niveau de la gestion, ainsi que de la compréhension des émotions et du comportement. Ces difficultés mènent souvent à des limites fonctionnelles, qui entravent leur plein épanouissement et ont une influence sur leur bien-être psychologique. De plus, les comorbidités congénitales ou développementales, comme des lésions cérébrales, des déficiences motrices ou des traits physiques particuliers, sont des facteurs de risque pouvant notamment favoriser les problèmes de santé mentale de diverses manières. En effet, les troubles de la santé mentale sont très présents chez les personnes qui ont une DI (Bouvet & Coulet, 2016). C'est également ce que confirment d'autres auteurs en rappelant qu'elles sont plus à risque que la population générale (Schleider & Weisz, 2016 ; Tamir & al., 2007, cités dans Verberg & al., 2019). Ces troubles, tels que l'anxiété et la dépression, sont encore trop fréquemment négligés chez ces personnes (Verberg & al., 2019) et le soutien proposé met en lumière des défis et des interrogations complexes. La solution trop souvent utilisée, par facilité ou par habitude, est celle de la prise de traitements médicamenteux (Bouvet & Coulet, 2016). Au-delà des difficultés et des risques que cela engendre, tels que la dépendance, la personne concernée peut être privée de la possibilité d'acquérir des compétences socio-émotionnelles essentielles au renforcement de son sentiment de maîtrise de soi. Cela l'empêche donc de développer la gestion de stratégies ou de compétences fondamentales face à des événements stressants ou négatifs, ce qui maintient alors un faible sentiment de contrôle sur son vécu et de compréhension de son environnement.

Concernant la pratique professionnelle, il est particulièrement intéressant de noter que l'exercice physique peut jouer un rôle de véritable catalyseur émotionnel, contribuant à réduire le niveau de stress chez les personnes anxieuses (Bouvet & Coulet, 2016). Concrètement, les TS peuvent, par exemple, proposer plusieurs séances hebdomadaires d'activité physique adaptée (marche, jeux sportifs encadrés, boxe, etc.), permettant à la fois de canaliser les tensions, de favoriser l'expression des émotions et de renforcer le sentiment de compétence. Ces auteurs mettent également en avant les effets bénéfiques des ateliers ou exercices réalisés en groupe sur la réduction de l'anxiété. Ces dispositifs collectifs offrent un espace sécurisant pour expérimenter et développer des habiletés

sociales, partager ses expériences émotionnelles, s'entraîner à la résolution de problèmes et renforcer le sentiment d'appartenance. Ils constituent ainsi un complément pertinent à l'activité physique individuelle pour soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes ayant une DI.

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques constituent une dimension centrale dans la compréhension du développement de l'estime de soi. En effet, cette dernière est indissociable des perceptions, des émotions, des croyances et des représentations que l'individu entretient à propos de lui-même et de son environnement. Ces éléments influencent la manière dont la personne interprète ses expériences, fait face aux difficultés et se perçoit. L'axe psychologique occupe donc une place primordiale dans notre analyse, car il permet de mettre en lumière les processus internes qui soutiennent ou fragilisent le sentiment de valeur personnelle et de comprendre comment les TS peuvent agir de manière concrète dans ces processus. Dans cette perspective, plusieurs composantes interconnectées seront abordées, comme la santé mentale, la régulation émotionnelle, l'état d'esprit, ainsi que la capacité à faire preuve d'autocompassion.

Les troubles de la santé mentale

Selon Park (2025), l'estime de soi est intrinsèquement liée à la santé mentale, influençant ainsi le bien-être général de l'individu. Des recherches démontrent une prédisposition à des difficultés émotionnelles et des troubles de santé mentale au sein de la population des personnes ayant une DI (Pena-Salazar & al., 2018 ; Wieland & al., 2014, cités dans Verberg & al., 2019). Bouvet et Coulet (2016) confirment cela en mettant en avant que les difficultés situationnelles liées au traitement des émotions induisent une faible capacité d'adaptation et donc une souffrance sur le plan psychologique. En effet, les relations sociales demandent une compréhension fine et parfois complexe d'autrui, ce qui peut être compliqué pour ce public. Cela peut induire des réactions inadaptées au contexte spécifique, ayant des répercussions négatives directes sur la façon dont les individus ressentent, expriment et gèrent leurs propres états affectifs. Ces vulnérabilités se manifestent notamment autour d'un niveau élevé d'anxiété, qui ne résulte pas uniquement d'une sensibilité face aux facteurs de stress, mais aussi d'une faible capacité à la résolution de conflits, d'un manque d'habileté sociale et d'une instabilité émotionnelle.

En lien avec la pratique professionnelle, Bouvet et Coulet (2016) suggèrent que la thérapie cognitivo-comportementale est bénéfique pour l'amélioration de la santé mentale chez les personnes ayant une DI, particulièrement en lien avec l'anxiété. De manière générale, les psychologues interviennent davantage sur la dimension cognitive, comme les pensées, les croyances ou les interprétations de la réalité. Les TS, quant à eux, sont plus à même de proposer des pistes d'intervention comportementales, grâce à leur présence plus régulière auprès des personnes qu'ils accompagnent. En effet, ils peuvent renforcer les comportements qui sont bénéfiques, diminuer ceux qui entretiennent la détresse et ainsi contribuer à briser le cercle vicieux entre pensées négatives, émotions désagréables et comportements défavorables à leur bon développement.

Verberg et al. (2019) mettent en avant d'autres facteurs psychologiques susceptibles d'affecter la santé mentale des personnes ayant une DI, comme le fait qu'elles peuvent avoir conscience de leur déficience. Par exemple, la comparaison aux autres peut véhiculer l'idée qu'elles ne sont pas ou moins capables qu'autrui dans certains domaines. De plus, le diagnostic posé peut venir menacer leur identité et leur sentiment de valeur personnelle, et donc affecter significativement leur estime de soi. De ce fait, lorsque les personnes intériorisent un regard négatif sur leurs capacités intellectuelles, cela peut avoir un impact néfaste ou fragiliser le bien-être psychologique. Toujours selon ces auteurs, liés à cette auto-évaluation défavorable, les échecs fréquemment vécus accentuent un sentiment d'infériorité et d'incompétence, influençant de manière négative la santé mentale. Afin de minimiser ces échecs ou le regard biaisé que les personnes concernées peuvent avoir quant à leurs compétences, il est primordial de proposer un accompagnement et des outils adaptés à leurs capacités. Nous retrouvons au sein des textes une considération des éventuelles difficultés de compréhension de cette population par l'adaptation des supports utilisés. En effet, les outils, tels que l'échelle de Rosenberg (1965), ont été adaptés et reformulés dans les études de Park (2025) et de van Asselt-Goverts et al. (2018), afin de correspondre aux compétences des sujets. Cette échelle permet à la personne concernée d'évaluer la façon dont elle se perçoit à partir de dix affirmations sur l'estime de soi. Cinq des affirmations sont formulées positivement et cinq négativement. Chaque affirmation est cotée sur une échelle de type Likert allant de 1 « pas du tout », à 4 « beaucoup ». Plus le score total est élevé, plus l'estime de soi est considérée comme bonne (Park, 2025). Les modifications apportées peuvent aller de la simplification des énoncés à l'intégration d'images ou encore à la collaboration avec la personne concernée, permettant de s'assurer une compréhension claire et précise des outils d'évaluation (Verberg & al., 2019). De ce fait, il apparaît essentiel pour la pratique de tenir compte des besoins spécifiques de ce public, afin de s'assurer non seulement que les outils utilisés soient accessibles et pertinents, mais aussi de pouvoir ajuster le niveau de soutien apporté, comme le souligne van Asselt-Goverts (2018). Il est donc nécessaire de prendre le temps requis pour co-construire et pour personnaliser les outils ou l'intervention. Cette démarche permettra aux personnes concernées de se sentir impliquées, valorisées et comprises tout au long du processus, favorisant ainsi une estime de soi plus positive.

La régulation et la gestion émotionnelle

La régulation émotionnelle est définie par Gross (1998, cité dans Bouvet & Coulet, 2016) comme étant les processus que les individus mettent en place pour réguler leurs émotions. Elle se fait par le biais de deux mécanismes distincts, selon le moment de l'événement qui génère une émotion. Dans un premier temps, la réévaluation cognitive permet de modifier les pensées qui sont à l'origine des émotions. De ce fait, la personne change sa manière d'interpréter l'événement, ce qui réduit l'intensité de l'émotion. Ensuite, la suppression expressive intervient après l'apparition de l'émotion. Cette dernière est déjà ressentie, mais la personne tente d'en bloquer les réactions visibles. Autrement dit, elle empêche que l'émotion se voie dans son comportement.

Au regard de ces éléments, la régulation émotionnelle apparaît comme un facteur de vulnérabilité psychologique central chez les personnes présentant une DI. En effet, selon les recherches de Verberg et al. (2019) et celles de Bouvet et Coulet (2016), cette population est fortement plus sujette à des problèmes de gestion et de régulation émotionnelles que la population générale. Elles

peuvent vivre certaines expériences de manière émotionnellement plus intense, ce qui influence leur manière de comprendre ce qu'elles traversent et les amène à percevoir leurs vécus comme troublants et difficiles à transformer (Verberg & al., 2019). Ce fonctionnement peut amener la personne à développer l'idée qu'elle n'a pas les ressources ou les capacités nécessaires pour modifier ce qu'elle vit. Elle peut alors avoir l'impression de subir ses émotions et l'environnement qui l'entoure sans pouvoir agir dessus. Cette perception a un impact négatif sur l'estime de soi, car plus la personne se sent impuissante face à ses émotions, plus elle se dévalorise. Ainsi, l'incapacité à mobiliser la réévaluation cognitive empêche la personne de modifier l'interprétation des expériences vécues et d'en atténuer l'impact négatif à son égard. C'est ce que confirment Bouvet et Coulet (2016), qui relèvent l'utilisation accrue de la suppression expressive et de la diminution de l'utilisation de la réévaluation cognitive au sein de cette population.

Concernant les implications pour la pratique professionnelle, les recherches de Park (2025) soulignent la notion dynamique de l'estime de soi, ce qui suggère un suivi et un soutien continu de la part des TS, mais aussi d'autres corps professionnels. Un soutien émotionnel et psychologique est alors préconisé dans les différents environnements que peuvent côtoyer les personnes concernées. Ces soutiens peuvent avoir plusieurs formes et viser différents axes de développement, comme les groupes de soutien par les pairs, l'entraînement à l'expression émotionnelle et l'élargissement des possibilités d'expression personnelle. Cela démontre l'importance de la collaboration interprofessionnelle, qui permet des regards, des analyses et des pistes d'interventions multiples, favorisant un suivi et un accompagnement linéaire et complet de ce public. De plus, il est primordial d'intégrer la personne concernée dans les différents suivis et les démarches entreprises, afin d'adapter au mieux l'accompagnement et le soutien proposés. Park (2025) valide cette démarche, car les résultats de son étude confirment l'existence de différences intra-individuelles suggérant la nécessité de programmes de formation personnalisés pour renforcer l'estime de soi.

La relaxation

De manière plus concrète, Bouvet et Coulet (2016) souligne que la relaxation est une pratique ayant des bienfaits sur les dimensions psychologiques et somatiques de l'individu. Ces effets positifs englobent notamment l'amélioration de la santé mentale, de la régulation émotionnelle et de l'estime de soi, tout en réduisant l'anxiété. Les méthodes de relaxation proposées et souvent utilisées sont soit psychologiques, fondées sur les suggestions (Schultz & Luthe, 1969, cités dans Bouvet & Coulet, 2016), soit physiologiques, axées sur la relaxation musculaire (Jacobson, 1938, 1967, cité dans Bouvet & Coulet, 2016).

De ce fait, selon Bouvet et Coulet (2016), les liens entre l'estime de soi et la relaxation peuvent se tisser de plusieurs manières. Pour commencer, la relaxation offre un espace où les sujets se centrent sur eux et sur l'exploration des mécanismes internes. Cette méthodologie leur permet de se connecter à leur corps et à leurs ressentis, par exemple en apprenant à reconnaître les sensations physiques associées aux différentes émotions. Elles peuvent ainsi appréhender leurs émotions de manière différente, anticiper leurs réactions émotionnelles et y répondre de façon plus ajustée, plutôt que de les subir. Par ailleurs, la notion d'acceptation de soi est au premier plan dans la pratique de la relaxation, puisqu'elle implique de substituer aux pensées parasites des pensées davantage positives. Elle renvoie ainsi à un processus actif de prise de conscience et de

transformation de ses représentations internes, permettant à la personne de développer un regard plus bienveillant et nuancé sur elle-même. Enfin, la relaxation incite à l'exploration du schéma corporel, au ressenti des différentes parties de son corps et aux sensations, contribuant ainsi à la réconciliation de l'homme avec son corps (Bouvet & Coulet, 2016).

Pour la pratique, il est pertinent de noter que cette approche est facilement accessible compte tenu du peu de ressources qu'elle requiert. En effet, bien qu'une formation en relaxation puisse être pertinente, le simple fait d'offrir un espace au sein duquel ces personnes peuvent prendre un moment pour elles, faire bouger leur corps et accueillir leurs ressentis constitue déjà un levier important pour le développement de l'estime de soi. De plus, Bouvet et Coulet (2016) ajoutent que partager ces séances avec d'autres personnes permet d'échanger sur leurs expériences et d'ainsi renforcer les bienfaits de la relaxation.

L'état d'esprit fixe et de croissance

Les notions de suppression expressive et de diminution de l'utilisation de la réévaluation cognitive rejoignent celles de Verberg et al. (2019) citant que les personnes ayant une DI sont souvent plus sujettes à adopter un état d'esprit fixe. L'état d'esprit fixe se définit selon Dweck (1999, cité dans Verberg & al., 2019) par la croyance que ses propres compétences sont immuables, c'est à dire qu'il amène les personnes à considérer que la gestion, la compréhension de leurs émotions et leur vision des événements sont fixes et ne peuvent donc pas changer ou s'améliorer. Cette mentalité peut alors entraver l'analyse et la modification des réponses affectives, en limitant la personne concernée à apprendre de ses expériences et à développer de meilleures stratégies d'adaptation. L'incapacité perçue à contrôler ou à changer les émotions impacte directement le sentiment d'efficacité personnelle et par conséquent, l'estime de soi. De plus, un état d'esprit fixe est négativement corrélé avec les problèmes de santé mentale, en raison d'une faible autonomie ou encore d'un haut niveau d'intériorisation (Verberg & al., 2019). A contrario, un état d'esprit de croissance est un facteur de protection pour l'estime de soi. Ce dernier se définit par la croyance que les événements vécus, la gestion des émotions et la réaction face à une situation peuvent évoluer et changer au fil du temps grâce aux efforts, à la compréhension de soi ou à l'apprentissage de différentes stratégies (Dweck, 2006, cité dans Verberg & al., 2019). Lorsque les individus croient en leurs capacités à évoluer, ils se montrent plus enclins à pratiquer et à apprendre, accueillant alors les défis comme des opportunités de croissance, d'acquisition d'expériences et de connaissances. De plus, cette perspective modifie la perception de l'échec, qui peut trouver sa source dans d'une multitude de facteurs autres qu'une insuffisance au niveau des habiletés personnelles.

Par conséquent, au lieu de se sentir impuissantes face aux difficultés, les personnes adoptant un état d'esprit de croissance fournissent l'effort nécessaire pour améliorer leurs compétences et surmonter les obstacles (Verberg & al., 2019). Ce procédé change indirectement la vision qu'elles ont de leurs capacités et de leurs ressources, influençant ainsi positivement l'estime de soi. Cet état d'esprit est lié au contrôle perçu et aux objectifs de réussite. Il permet d'atténuer la détresse psychologique, protège contre le développement de troubles mentaux et favorise de bons résultats scolaires et psychosociaux. Il est également associé positivement à l'autonomisation, en considérant que les difficultés rencontrées sont des opportunités d'apprentissages, mais aussi en ayant une posture favorable à la recherche de stratégies d'adaptation. Le développement d'un état d'esprit

de croissance au sein de cette population est donc un facteur de protection multidimensionnel. Il influe sur la diminution des problèmes de santé mentale (Verberg & al., 2019), mais il joue aussi un rôle fondamental dans le développement de l'autonomie ou de l'autodétermination, qui sont corrélées positivement à l'estime de soi, comme le cite Park (2025). Finalement, la capacité à comprendre et à donner du sens aux expériences et au vécu procure un sentiment de maîtrise et contribue à atténuer le sentiment de honte et la détresse psychologique liés aux expériences négatives (Davies & al., 2021). Cette habileté, qui est liée à une estime de soi élevée, favorise une plus grande compassion envers soi.

Les TS peuvent accompagner ces personnes dans le développement d'un état d'esprit de croissance, c'est-à-dire la croyance que l'on peut évoluer et apprendre. L'étude de Verberg et al. (2019) propose un questionnaire accessible et adapté, permettant de situer l'état d'esprit de la personne, ainsi que son niveau de persévérance. Les réponses aux différentes questions permettent de cibler les interventions et l'accompagnement que les TS peuvent proposer. Concrètement, cela peut passer par des encouragements axés sur l'effort plutôt que sur la réussite, sur le processus plus que le résultat, sur la valorisation continue des progrès ou encore sur la mise en place d'activités favorisant la persévérance. Ainsi, soutenir le développement d'un état d'esprit de croissance chez les personnes ayant une DI pourrait constituer une démarche prometteuse pour améliorer leur santé mentale et donc renforcer leur estime de soi. Les TS peuvent, dès lors, jouer un rôle clé en soutenant ces apprentissages au quotidien ou en adoptant une posture qui aide les personnes à croire en leurs capacités de changement et d'évolution.

L'autocompassion

Selon Davies et al. (2021), l'autocompassion ou la bienveillance envers soi constituent des mécanismes psychologiques fondamentaux dans la dynamique de l'estime de soi et présentent une corrélation positive significative avec celle-ci. Neff (2011, citée dans Davies & al., 2021) établit que la bienveillance envers soi est un déterminant essentiel du bien-être, de l'optimisme et de l'affect positif, puisqu'elle permet le maintien d'un sentiment d'estime de soi positif, notamment lors de situations compliquées. À contrario, plusieurs aspects peuvent être des freins ou des obstacles au développement de la bienveillance envers soi-même et, par conséquent, d'une bonne estime de soi. Par exemple, la formation de l'identité durant la période de l'adolescence (Park, 2025), la détresse psychologique ou encore un haut niveau de honte (Davies & al., 2021) sont des expériences ou des moments de vie pouvant avoir un impact délétère sur l'évolution de l'estime de soi.

Bien que peu de recherches aient été faites au sujet de l'autocompassion chez les personnes ayant une DI, cette dernière est connue comme étant un facteur de protection essentiel dans les expériences de honte, de stigmatisation et d'autocritique dans les situations sociales négatives auprès de cette population (Davies & al., 2021). De ces vécus découlent de multiples sentiments négatifs envers soi, comme l'inutilité, l'impuissance, le sentiment d'être inférieur ou encore l'humiliation. Aussi, cette capacité à faire preuve de bienveillance envers soi serait intrinsèquement liée au bonheur. Selon une étude de Ashori et al. (2014, cités dans Park, 2025) menée sur des sujets ayant une DI, le bonheur est significativement lié à une bonne perception et estime de soi, une évaluation positive d'autrui et un sentiment d'autonomie. Cela est souligné et renforcé par Neff (2011, citée dans Davies et al., 2021), qui ajoute que l'autocompassion est une valeur ayant une

pertinence ou un impact sur le bien-être psychologique potentiellement supérieur à celui de l'estime de soi. L'autocompassion pourrait être indirectement liée à différents facteurs internes ou externes, tels que la qualité du réseau social, le sentiment d'autonomie et l'acceptation de soi. Par ailleurs, une corrélation positive est démontrée entre un âge avancé et une diminution de la honte (Davies & al., 2021). Cette donnée peut être mise en perspective avec nos analyses précédentes sur l'âge, suggérant que les personnes plus jeunes présentant une DI pourraient être davantage exposées à des vécus de honte et de stigmatisation, et donc nécessiter un accompagnement plus ciblé sur ces aspects. À l'inverse, le fait que la honte tende à diminuer avec l'âge invite les TS à s'appuyer sur les expériences de vie, les compétences déjà développées et les stratégies d'adaptation des personnes pour renforcer encore leur autocompassion. Ainsi, prendre en considération l'âge dans l'accompagnement permet d'ajuster la manière d'aborder la question de la honte et de l'estime de soi.

Afin de travailler sur l'autocompassion des personnes concernées, Davies et al. (2021) présentent la thérapie centrée sur la compassion comme un outil utile permettant de travailler sur les dimensions telles que la honte et un manque d'autocompassion, souvent liés à des expériences interpersonnelles négatives. Un suivi basé sur l'autocompassion viserait donc à augmenter cette dernière et à réduire la détresse psychologique. Les auteurs ajoutent qu'explorer cette thérapie serait bénéfique pour cette population sujette à un haut taux de traumatismes (Davies & al., 2021). Concrètement, il est essentiel que les TS collaborent avec d'autres corps professionnels, afin que le travail sur l'autocompassion soit bénéfique pour la personne concernée. En effet, cela peut se faire simultanément sur le plan cognitif, qui concerne le domaine de la psychologie, et sur le plan comportemental, qui touche davantage les TS. Cela met en avant l'importance, voire la nécessité de la collaboration interprofessionnelle, dans ce cas précis avec des psychologues, pour offrir un accompagnement et des outils nécessaires au développement du bien-être des personnes concernées.

Les expériences négatives

Selon Davies et al. (2021), les personnes ayant une DI sont exposées à de nombreux événements négatifs au cours de leur vie, pouvant toucher les sphères de la santé physique ou mentale, ainsi que des situations professionnelles ou relationnelles, incluant par exemple des expériences de maltraitance. À cela s'ajoutent des facteurs socio-économiques, qui constituent des sources de stress environnemental, comme la pauvreté, contribuant à ces expériences négatives.

Bien que des recherches aient surtout mis en avant un pourcentage plus élevé d'expériences négatives vécues au sein de cette population (Hatton & Emerson, 2004 ; Koestner & al., 1995 ; Maïano & al., 2019, cités dans Verberg & al., 2019), les analyses et les résultats des recherches de Davies et al. (2021) mettent davantage l'accent sur les répercussions négatives de ces dernières sur la qualité de leur vie. Autrement dit, ce ne sont pas le nombre ou la fréquence de ces expériences qui sont au centre de leur propos, mais davantage la manière dont elles affectent concrètement les personnes ayant une DI. De plus, Davies et al. (2021) relèvent qu'en lien avec ces expériences négatives, une faible estime de soi au sein de cette population est fréquente. L'accumulation de ces expériences engendre différents mécanismes de protection comme le fait de se sentir incapable ou impuissant face aux événements de la vie. Cela se traduit chez les jeunes participants à l'étude de

Verberg et al. (2019) par un manque de confiance en soi, directement lié à la crainte anticipée de faire face à de nouveaux événements négatifs ou à des échecs qu'ils estiment ne pas pouvoir contrôler ou surmonter.

Facteurs sociaux

Au-delà des facteurs biologiques et psychologiques, les facteurs sociaux représentent une dimension incontournable dans la compréhension du développement de l'estime de soi. En effet, cette dernière ne se construit pas uniquement à travers les caractéristiques individuelles, mais aussi par les interactions sociales, le regard d'autrui et les expériences vécues au sein des différents milieux de vie. L'environnement social agit comme un cadre pouvant soit renforcer, soit fragiliser la perception de soi et le sentiment de valeur personnelle. Ainsi, comprendre les influences sociales permet d'identifier les mécanismes externes qui participent au développement de l'estime de soi, de reconnaître que cette construction dépasse largement la seule responsabilité individuelle et aussi d'orienter les pratiques d'accompagnement vers des interventions plus adaptées aux réalités relationnelles et environnementales des personnes concernées. Dans cette optique, cet axe s'intéresse à plusieurs composantes, telles que l'éducation et la scolarisation, le réseau social, ainsi que les expériences d'exclusion et de violence. Ces éléments nous permettront de saisir comment les contextes relationnels et sociétaux influencent la trajectoire de l'estime de soi.

Le parcours éducatif et professionnel

Twengw et Campbell (2002, cités dans Park, 2025) ont relevé qu'il y a un lien important entre le niveau d'éducation et l'estime de soi. Une autre étude d'Orth et al. (2012, cités dans Park, 2025) a relevé que, tout comme l'âge, plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'estime de soi est haute. Cependant, Verberg et al. (2019) apportent une nuance en insistant davantage sur le rôle de la perception que les personnes ont de leurs capacités selon le contexte social, et plus particulièrement, l'environnement éducatif dans lequel elles évoluent. Par exemple, les élèves ayant une DI inscrits dans des écoles d'éducation spécialisée bénéficient d'un environnement pédagogique plus adapté à leurs potentialités, car ils sont moins souvent confrontés à des exigences perçues comme difficilement atteignables que dans un contexte de classe ordinaire. De plus, le fait d'être entourés de pairs aux profils similaires limite les comparaisons sociales négatives et la prise de conscience d'avoir une DI. Ainsi, comme développé précédemment, cela permet de ne pas interpréter un diagnostic comme étant égal à de faibles compétences intellectuelles, notamment véhiculé par les stéréotypes, et contribue donc à maintenir une image de soi académique plus positive. Les environnements éducatifs valorisants et adaptés, centrés sur la réduction de la comparaison sociale, tendent à renforcer l'estime de soi, tandis que les contextes hiérarchisés peuvent la fragiliser. Ce mécanisme explique en partie pourquoi, dans certaines études, comme celles de Davies et al. (2021) et de Bouvet et Coulet (2016), les jeunes avec une DI ne présentent pas nécessairement une estime de soi plus faible que leurs pairs sans DI. En effet, ces derniers évoluent dans un système hiérarchisé où les différences de niveau sont très visibles (Verberg & al., 2019). Bouvet et Coulet (2016) mettent en avant la gratitude que peut amener le fait d'avoir un emploi, favorisant donc une estime de soi positive chez les personnes qui ont participé à leur étude. Au regard des interprétations proposées par ces auteurs, les dimensions éducatives et

professionnelles apparaissent comme des déterminants centraux de l'estime de soi chez ces personnes. En effet, le fait que les personnes ayant une DI ne présentent pas automatiquement une estime de soi plus basse que les autres est largement attribué aux caractéristiques du contexte scolaire ou professionnel dans lequel elles évoluent.

Le réseau social

Il est démontré que la qualité du réseau social et le soutien qu'il procure jouent un rôle capital dans le développement de l'estime de soi (Davies & al., 2021). Le soutien social renvoie à la solidité des réseaux sociaux et se définit de manière générale comme le réconfort, l'aide et l'information reçus à travers des contacts formels ou informels avec autrui. Plus précisément, le soutien social des parents aurait un impact de 35% sur le niveau d'estime de soi général des personnes concernées. Ce résultat suggère que la qualité des liens familiaux constitue un levier central pour la construction d'une estime de soi positive.

En outre, plusieurs auteurs se rejoignent sur les effets délétères du manque de soutien social ou de la perception d'un soutien de faible qualité auprès des personnes ayant une DI. Ces facteurs ont un fort impact sur la solitude, affectant près de la moitié de cette population (van Asselt-Goverts & al., 2018). De plus, des carences au niveau du réseau social augmentent la vulnérabilité au développement de problèmes de santé mentale (Davies & al., 2021). Les auteurs se contredisent au sujet du lien entre le soutien social et la santé mentale, notamment une étude de Hulbert-Williams et al. (2011, cités dans Davies & al., 2021), qui n'a pas trouvé de preuve quant à la protection que le soutien social pourrait avoir contre les problèmes de santé mentale ou pour la diminution des effets délétères liés aux expériences négatives. Cependant, d'autres études ont relevé que le manque de soutien social doublerait les problèmes de santé mentale, surtout la dépression chez les personnes concernées (Scott & Haverkamp, 2014 ; McGillivray & McCabe, 2007, cités dans Davies & al., 2021). Cela s'explique en partie par la fonction de validation sociale que peut exercer le réseau, qui est un déterminant essentiel de l'estime de soi. En effet, le sentiment de validation peut être lié au sentiment d'appartenance, de compétence et peut offrir la confirmation des sentiments, des pensées, des actions et des valeurs de la personne, permettant ainsi un équilibre et un bien-être psychologique.

Malgré l'importance de ce facteur, Davies et al. (2021) soulignent la limitation structurelle non-négligeable des réseaux de soutien social des personnes qui ont une DI par rapport à la population générale. Van Asselt-Goverts et al. (2018) ajoutent que les relations établies sont souvent moins anciennes et les personnes concernées ont parfois l'impression d'être les principaux initiateurs des contacts ou des rencontres avec les acteurs de leur réseau. Ils démontrent aussi que la satisfaction à l'égard du réseau social est plus habituellement mauvaise chez les personnes ayant une DI que chez la population générale, en ajoutant que le soutien est perçu comme provenant principalement de professionnels.

La domination de ce type de soutien engendre d'importants enjeux psychosociaux, notamment en termes de perception de soi. En effet, le fait que les professionnels constituent la principale source d'aide et de soutien peut renvoyer la personne au statut de dépendante vis-à-vis de l'institution ou du système de soutien dont elle bénéficie. Ce statut reflète une relation asymétrique et peut

fragiliser l'identité de l'individu, ainsi que nuire à son autonomie en renforçant une image de soi axée sur le besoin d'assistance plutôt que sur ses capacités.

A contrario, avoir un bon contact avec son réseau est un facteur de protection, offrant aux personnes concernées un soutien important lors de périodes ou d'événements difficiles (Davies & al., 2021). Ces auteurs relèvent également que la stabilité et la qualité du réseau ont des répercussions positives sur la santé physique, réduisant la probabilité de déclarer une maladie grave. Elles agissent aussi comme un facteur stabilisant, qui protège contre les ruptures amicales et diminue le risque de perte de contact familial, ce qui contribue à maintenir un équilibre relationnel indispensable à l'équilibre psychologique.

Dans ce contexte, les TS jouent un rôle déterminant en favorisant la consolidation et l'élargissement du réseau. Concrètement, comme le soulignent van Asselt-Goverts et al. (2018), ils peuvent intervenir aussi bien sur l'entretien du réseau que dans la dynamique des relations existantes ou sur les éventuelles tensions relationnelles. Ils peuvent également encourager la personne à solliciter davantage les membres de ce réseau (van Asselt-Goverts & al., 2018), permettant alors à cette dernière d'être proactive dans les relations et, comme le cite Park (2025), de favoriser les interactions sociales, afin d'acquérir de plus amples expériences visant la réussite ou la reconnaissance sociale. Cependant, van Asselt-Goverts et al. (2018) mettent en lumière différentes difficultés que peuvent rencontrer les TS dans ce domaine, comme la taille restreinte, la complexité du réseau ou encore des lacunes au niveau des compétences sociales de la personne accompagnée. Ces déterminants peuvent impacter et freiner les différents processus mis en place pour collaborer avec le réseau.

La complexité du réseau réside dans les influences potentiellement négatives et les risques de refus ou d'évitement de la part de l'entourage. Ces rejets peuvent avoir un impact sensible et délétère sur la personne concernée. Il est donc essentiel de la sensibiliser aux enjeux des relations interpersonnelles pour qu'elle puisse relativiser les réponses négatives et les accepter, sans compromettre son développement personnel et son estime de soi.

Au-delà de la mobilisation du réseau déjà existant, l'élargissement de celui-ci peut s'opérer de différentes manières, notamment par la participation à des activités de loisirs. Van Asselt-Goverts et al. (2018) montrent que ces activités constituent un contexte favorable à la création de nouveaux liens sociaux. Cependant, même si elles reposent sur des centres d'intérêts communs et offrent des occasions d'expériences sociales partagées, il peut être difficile pour les personnes présentant une DI de trouver leur place et de se sentir à l'aise au sein d'un groupe. Cette difficulté peut rapidement affecter leur envie et leur motivation à participer de manière régulière à ces activités.

Afin de pallier ces différents obstacles au mieux, les recherches proposent diverses pistes d'action. Premièrement, la formation des TS à l'accompagnement des personnes dans le développement de leur réseau social est un aspect essentiel et non-négligeable en lien avec les défis cités ci-dessus (van Asselt-Goverts & al., 2018). Les auteurs suggèrent une auto-évaluation des compétences des professionnels sur différents items, comme la capacité d'impliquer les membres, de renforcer ou d'élargir les réseaux, de sensibiliser à l'importance d'avoir un réseau et de soutenir son propre choix. Ensuite, au niveau de la collaboration avec la personne concernée, il peut être intéressant de cartographier la structure et le fonctionnement de son réseau social, soit les liens et les rapports

entretenus pour les rendre plus concrets. L'outil proposé par ces auteurs se base sur le *Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse* [MSNA]. Il est adapté aux personnes ayant une DI et présente une analyse précise du réseau de la personne. Utiliser ce dernier permet, dans un premier temps, de se rendre compte de la construction du réseau et, dans un second temps, de mettre en lumière sa densité et donc les diverses personnes ressources à disposition. De plus, il est intéressant de travailler en parallèle le développement de compétences sociales dans des groupes semi-structurés. Comme cité auparavant par Bouvet et Coulet (2016), cela rejoint l'idée de permettre aux personnes d'échanger sur leurs expériences en travaillant en groupe. Les exercices de planification centrée sur la personne sont également pertinents, car ils permettent aux TS d'avoir une vision globale des intérêts et des réussites personnelles sur différents pans de la vie du sujet (van Asselt-Goverts & al., 2018). Ainsi, tous ces aspects permettent d'offrir à la personne concernée des outils lui permettant de prendre conscience de ses compétences, de relever ses envies et de se rendre compte des opportunités disponibles pour travailler sur son réseau. De plus, ils permettent aux TS de prendre connaissance et de considérer les volontés de la personne, afin de pouvoir cibler au mieux leur intervention.

L'exclusion sociale et la violence

L'inclusion sociale est reconnue comme un facteur essentiel pour améliorer la qualité de vie des personnes ayant une DI (van Asselt-Goverts & al., 2018). Park (2025) ajoute qu'au-delà de la stabilité émotionnelle ou encore de la formation de l'identité, le niveau d'estime de soi est fortement corrélé à l'inclusion sociale. Cette dernière est déterminée, selon van Asselt-Goverts et al. (2018), par deux domaines principaux, qui sont les relations sociales et la participation communautaire. Cependant, la nécessité de cette inclusion est passablement freinée par la vulnérabilité de ces personnes. En effet, Davies et al. (2021) soulignent l'exposition accrue aux expériences négatives auxquelles les personnes ayant une DI sont confrontées. Ces expériences peuvent se traduire de différentes manières, telles que de la discrimination, de l'intimidation, de l'exclusion sociale, des violences physiques et psychiques ou encore des abus sexuels, entravent le développement personnel et sont négativement corrélées à la santé mentale (Verberg & al., 2019) qui, comme cité auparavant, exerce une influence directe sur l'estime de soi. De plus, Davies et al. (2021) mettent en évidence un lien étroit entre la perception de la stigmatisation par les personnes concernées et son atteinte négative sur l'estime de soi. Ainsi, ces expériences ne garantissent pas un plein épanouissement au niveau des relations sociales et de la participation communautaire, qui sont les principales composantes de l'inclusion sociale visée par les politiques publiques et les conventions (van Asslet-Goverts & al., 2018). Ces dernières, telles que la CDPH, reconnues à l'échelle mondiale, ont un rôle primordial à jouer dans ces différents domaines.

Il est donc impératif, en tant que professionnels, d'agir au niveau des facteurs sociopolitiques, qui sont une voie non-négligeable pour garantir les droits et la sécurité des personnes ayant une DI face aux menaces d'exclusion et de violence. Cependant, il est mentionné par plusieurs auteurs qu'il est compliqué d'atteindre ces objectifs politiques, car de multiples défis sont présents à différents niveaux dans cette population (Valås, 1999 ; Sheppard-Jones, 2003 ; Robertson & al., 2001 ; Lippold & Burns, 2009 ; Verdonschot & al., 2009, cités dans van Asselt-Goverts & al., 2018). Les différents obstacles qu'ils relèvent sont notamment, une faible estime de soi, un moindre bien-être ou encore diverses difficultés liées au réseau social de la personne.

Il est dès lors fondamental, pour les TS, d'en prendre conscience et d'accompagner les personnes ayant une DI au travers de ces différents axes, afin de tendre vers l'acquisition des objectifs des politiques et des conventions visant le bien-être global de l'individu. Autrement dit, l'estime de soi apparaît à la fois comme une condition et comme un résultat des processus d'inclusion sociale.

5. Présentation des résultats

L'analyse des cinq articles scientifiques nous a permis de dégager les grandes tendances, les points communs et les nuances entre les différentes études. Nous avons ainsi pu répondre à nos deux objectifs de recherche, qui étaient de relever les facteurs de risque et de protection en lien avec l'estime de soi chez les personnes ayant une DI et de comprendre les stratégies que les TS peuvent déployer, afin de promouvoir celle-ci chez les personnes ayant une DI. En articulant l'ensemble de ces résultats, nous sommes désormais en mesure d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche : « Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils accompagner les personnes ayant une déficience intellectuelle dans le développement de leur estime de soi ? »

Relever les facteurs de risque et de protection en lien avec l'estime de soi chez les personnes ayant une déficience intellectuelle.

L'analyse met en évidence que l'estime de soi des personnes ayant une DI résulte de l'articulation de facteurs de risque et de protection biologiques, psychologiques et sociaux, qui interagissent constamment. Sur le plan biologique, l'âge apparaît comme un facteur ambivalent et dynamique. Si l'avancée en âge est globalement associée à une meilleure stabilisation identitaire et à une diminution de la honte, la transition vers l'âge adulte constitue une période particulièrement vulnérable, marquée par des changements importants ayant un impact sur la construction identitaire et l'estime de soi. Le sexe, quant à lui, semble jouer un rôle sur le niveau d'estime de soi surtout via les normes et stéréotypes de genre, plus que par des différences biologiques directes. De plus, la présence de comorbidités, qu'elles soient d'ordre physique ou encore psychologique, représente un facteur de risque important, car elle renforce l'exposition aux échecs, aux expériences négatives et aux troubles de la santé mentale.

Concernant les facteurs psychologiques, les résultats de notre analyse mettent en lumière leur interdépendance et la manière dont ils influencent l'estime de soi chez les personnes ayant une DI. Les difficultés de gestion émotionnelle, marquées par une tendance accrue à la suppression des émotions et par une faible utilisation de la réévaluation cognitive, alimentent un sentiment d'impuissance face à ses réactions et constituent un facteur de risque important. De plus, lorsque le diagnostic et les comparaisons sociales sont intériorisés et interprétés comme étant la preuve d'une infériorité, ils contribuent à alimenter une perception négative de soi. L'adoption d'un état d'esprit fixe, dans lequel les capacités et la manière de réagir aux événements sont perçues comme immuables, ainsi que les expériences négatives et les troubles de la santé mentale, participent également à la fragilisation de l'estime de soi. Aussi, une faible autocompassion intensifie les expériences de honte et d'autocritique, limitant l'habileté de la personne à adopter un regard bienveillant envers elle-même et entravant ainsi le développement d'une estime de soi stable et positive. À contrario, un état d'esprit croissant et l'intégration de stratégies comme la relaxation sont des facteurs de protection visant à réduire l'anxiété, mais aussi à se recentrer sur soi afin de mieux se comprendre. En outre, le développement de la bienveillance envers soi-même est essentiel pour modérer l'impact des expériences négatives, de la stigmatisation et consolider une estime de soi saine.

Finalement, l'analyse révèle que le niveau d'estime de soi des personnes ayant une DI est intimement corrélé à des facteurs sociaux. Elle met en évidence les risques liés à l'exclusion sociale et à la violence, englobant entre autres la discrimination ou l'intimidation. À ces expériences négatives, peuvent s'ajouter une carence ou un sentiment de solitude dans le réseau social, ce qui représentent également des risques majeurs. Inversement, l'intégration de ces personnes dans des environnements adaptés, ainsi qu'un soutien perçu de haute qualité et stable du réseau social agissent comme des boucliers contre les expériences de stigmatisation et sont fortement corrélés à une estime de soi positive, en renforçant le sentiment de compétence et de valeur personnelle.

Comprendre les stratégies que les travailleurs sociaux peuvent déployer afin de promouvoir l'estime de soi chez les personnes ayant une déficience intellectuelle.

L'analyse a permis de mettre en évidence un ensemble de stratégies d'intervention et de comprendre comment les TS peuvent les mobiliser pour promouvoir l'estime de soi chez les personnes ayant une DI, en tenant compte des trajectoires de vie, des vulnérabilités spécifiques et des ressources propres de chaque personne. Ces résultats s'articulent principalement autour de deux axes, qui sont d'une part les stratégies centrées sur la personne et d'autre part les stratégies d'action contextuelle et systémique. Le fil rouge de cette analyse réside dans la nécessité d'une intervention holistique et adaptée, qui navigue constamment entre le soutien des processus internes de la personne concernée et la réduction des obstacles environnementaux et sociaux, aux niveaux microsocial, mésosocial et macrosocial.

L'intervention individuelle se concentre sur les facteurs internes susceptibles de fragiliser l'estime de soi, comme l'âge, le sexe et les comorbidités. Si ces éléments ne sont pas modifiables en tant que tels, ils constituent néanmoins des données de contexte que le TS doit intégrer pour adapter son accompagnement. Pour les autres aspects, tels que les difficultés de régulation émotionnelle et l'impact d'un état d'esprit fixe, le rôle du TS consiste à développer des stratégies visant à briser le cercle vicieux entre les pensées négatives, les émotions désagréables et les comportements défavorables. Le TS, grâce à sa proximité avec la personne concernée, peut de ce fait proposer des pistes d'intervention comportementales et concrètes, telles que le renforcement des comportements bénéfiques et l'utilisation d'outils, comme les exercices de relaxation.

Parallèlement, l'analyse met en évidence l'importance du rôle protecteur d'une autocompassion élevée et d'une faible honte face aux expériences interpersonnelles négatives. Une stratégie d'intervention consiste donc à renforcer cette capacité en proposant des approches inspirées de la thérapie centrée sur la compassion, aidant la personne à s'accorder de la valeur malgré les difficultés perçues. De plus, face aux sentiments d'infériorité, qui peuvent être générés par des échecs fréquents ou la conscience que la personne a de sa DI, il est impératif que les TS encouragent un état d'esprit de croissance, visant à modifier l'état d'esprit fixe et négatif vis-à-vis de son vécu. Un défi majeur dans cet accompagnement réside dans les difficultés de compréhension et d'auto-évaluation, ce qui rend impérative l'utilisation de supports adaptés et une co-construction constante de l'intervention. Cela permet, d'une part, de valoriser la personne en l'impliquant dans la mise en œuvre de son projet et, d'autre part, de prendre en compte et de mettre en valeur ses compétences.

Au niveau institutionnel, l'analyse met en avant la nécessité de former les TS dans des domaines spécifiques, permettant ainsi de proposer des ressources multiples et un accompagnement pertinent dans différents champs d'intervention, notamment celui du travail avec le réseau de la personne concernée. En effet, les TS ont un rôle à jouer au niveau de l'action sociale et systémique. Ces axes sont fondamentaux, car l'estime de soi est profondément influencée par les facteurs sociaux, tels que la stigmatisation et l'exclusion, qui peuvent se manifester par de l'isolement social et des difficultés liées au réseau. L'action doit donc inclure la valorisation du travail communautaire et le développement de collaborations en réseau, souvent mis en œuvre par des groupes de soutien et de la co-construction avec la personne concernée. L'efficacité des interventions visant à améliorer les réseaux sociaux permet ainsi de renforcer le soutien social perçu et, par conséquent, l'estime de soi. Dans une perspective plus macrosociale, les TS contribuent également à la promotion des droits, à la sensibilisation du grand public et des institutions, ainsi qu'à la lutte contre les violences et la stigmatisation, ce qui participe à transformer les environnements sociaux eux-mêmes en facteurs de protection pour l'estime de soi.

Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils accompagner les personnes ayant une déficience intellectuelle dans le développement de leur estime de soi ?

Il est essentiel de rappeler que l'estime de soi est d'une grande importance pour cette population, car elle agit comme un mécanisme de protection crucial face à l'adversité et est un facteur de protection essentiel pour la qualité de vie et l'équilibre personnel.

L'estime de soi ne relève pas uniquement de la volonté individuelle, mais d'un ensemble de dimensions personnelles, relationnelles, institutionnelles et sociales qui interagissent, ce qui démontre l'importance de considérer la personne dans sa globalité. Ainsi, adopter une approche holistique permet de limiter la culpabilité de la personne et de reconnaître que sa marge de responsabilité est partielle. Dans cette perspective, il est essentiel que les TS aient conscience des différents facteurs pouvant soutenir ou fragiliser l'estime de soi et qu'ils soient en mesure d'identifier ceux sur lesquels ils peuvent concrètement agir. Dans l'accompagnement, cela implique de considérer l'estime de soi comme le produit d'une dynamique complexe, où s'entremêlent des facteurs de risque et de protection issus de diverses sources. Cela suppose une lecture fine et globale des situations, que ce soit au niveau de la personne, de son entourage, des cadres institutionnels ou sociaux. Cette grille de lecture permet également de mieux situer l'origine des difficultés rencontrées et d'émettre des propositions d'action ciblées, en évitant de réduire simplement la problématique à la seule personne accompagnée.

Les résultats soulignent aussi la nécessité d'inscrire ces connaissances dans des pratiques concrètes, à travers la mise en œuvre d'outils et de démarches spécifiquement pensés pour favoriser l'estime de soi des personnes ayant une DI. Ces outils n'ont de sens que s'ils sont intégrés de manière cohérente et durable dans les pratiques professionnelles, avec une posture réflexive et collaborative. C'est cette mise en œuvre, articulée à une compréhension globale de la situation de la personne et de son environnement, qui permet de répondre à la question de recherche et de soutenir une estime de soi plus stable et plus positive.

6. Discussion

Bien que les cinq textes scientifiques aient permis de répondre aux deux objectifs ainsi qu'à la question de recherche, un manque général d'informations à ce sujet est à relever. En effet, dans plusieurs de ces études, les auteurs déploraient une insuffisance de sources scientifiques et de recherches au sujet de l'estime de soi chez les personnes qui ont une DI. La carence de données et de recherches effectuées dans ce domaine peut s'expliquer par de multiples enjeux.

Pour commencer, l'estime de soi est un concept relativement vague, intrinsèque et compliqué à évaluer. Elle renvoie à une appréciation globale de sa propre valeur, qui se construit dans le temps, au croisement d'expériences et de regards sociaux. Pour analyser la trajectoire et la dynamique de l'estime de soi, les études devraient idéalement adopter des dispositifs longitudinaux, mais peu de travaux remplissent cette condition. C'est ce que confirme Park (2025), en expliquant qu'à l'heure actuelle, les connaissances sur l'évolution à long terme de l'estime de soi chez les adolescents et les adultes ayant une DI restent limitées, faute de recherches menées sur la durée. Son étude, basée sur plusieurs mesures réparties sur trois ans, met en évidence que le niveau d'estime de soi varie au cours du temps. De leur côté, Bouvet et Coulet (2016) ont fait le choix d'évaluer les personnes concernées avant et après chacune des dix séances hebdomadaires, mais également dix semaines plus tard. Ces méthodes d'évaluation, bien que temporellement différentes, mettent en avant l'importance de prendre en compte l'aspect fluctuant de l'estime de soi. Cependant, ce type de dispositif se heurte rapidement à des difficultés, comme le maintien de la participation. Au fil du temps, certaines personnes pourraient interrompre leur engagement dans l'étude, notamment en raison d'événements de vie, de changements de situation ou d'obstacles déjà relevés dans notre analyse, comme ce fut le cas pour van Asselt-Goverts et al. (2018) qui ont relevé plusieurs abandons au cours de leur étude. Cela fragilise la continuité du recueil de données et illustre à quel point la production de résultats solides sur l'évolution de l'estime de soi dans le temps est particulièrement exigeante auprès de ce public. Ces contraintes méthodologiques montrent également combien il est difficile de rendre compte des trajectoires de vie souvent non-linéaires de ces personnes, marquées par des ruptures institutionnelles, des changements de lieux de vie et des variations de soutien, éléments pourtant centraux dans une perspective interactionniste du handicap, comme expliqué dans la problématique.

Au-delà de cette dimension temporelle propre aux dispositifs de recherche, il convient désormais de déplacer le regard vers la temporalité de la personne elle-même. L'analyse de la relation entre l'âge chronologique et l'estime de soi dans la population présentant une DI requiert en effet une précision allant au-delà de la simple considération de la progression temporelle. Si l'âge reste une variable essentielle pour comprendre les changements biologiques, notamment lors de l'adolescence, nos observations professionnelles et les cadres théoriques nous amènent à nuancer son importance en y articulant les notions de maturité cognitive et émotionnelle. En effet, Nader-Grosbois (2020) explique que le passage entre les différents stades cognitifs est plus lent dans sa temporalité que chez les personnes n'ayant pas de DI et se stabilise souvent à un stade moins avancé. La maturité cognitive, définie par la capacité à traiter l'information de manière adéquate et à comprendre des concepts abstraits, est un prédicteur plus pertinent du stade de développement du sujet. De même, la maturité émotionnelle, englobant la régulation des émotions et

l'établissement d'une identité stable, est fondamentale (Nader-Grosbois, 2020). Par conséquent, la capacité d'une personne à s'auto-évaluer et la fluctuation de son développement aux différentes étapes de vie est davantage liée à son niveau de maturité émotionnelle et cognitive qu'à son âge physique. Il serait donc pertinent que les recherches futures adoptent une approche multifactorielle, intégrant l'âge chronologique comme variable, tout en privilégiant une compréhension fine des étapes par lesquelles peut passer la personne concernée. Dans cette perspective, ces notions de maturité cognitive et émotionnelle sont pertinentes à prendre en compte dans la pratique pour les TS, car elles offrent un cadre de lecture plus nuancé, évitant de se baser uniquement sur l'âge chronologique. Elles permettent de pouvoir mieux situer le niveau d'estime de soi et rendent les professionnels à même de proposer un accompagnement respectueux, en utilisant des outils adaptés spécifiquement au besoin de la personne à un stade précis de sa vie.

L'adaptation des outils ne concerne cependant pas uniquement la pratique professionnelle, mais se retrouve également au cœur des dispositifs de recherche. En effet, les personnes ayant une DI rencontrent des difficultés ou présentent des spécificités dans la communication ou dans la compréhension, ce qui demande des ajustements non-négligeables dans les outils et les méthodes utilisées pour mener une recherche à bien. Davison (2022) appuie cela en démontrant que les études avec des sujets ayant une DI doivent prendre ces besoins spécifiques en compte et adapter les outils et les mesures, notamment en ce qui concerne l'auto-évaluation. De tels ajustements exigent un investissement important au niveau du temps, des compétences et des ressources humaines, ce qui constitue un frein pour de nombreuses équipes de recherche. Cependant, ils représentent également une condition indispensable pour élargir la diversité des profils inclus dans les études. En effet, selon Park (2025), les échantillons ne sont pas suffisamment larges et représentatifs. Alors, en rendant les dispositifs plus accessibles, il devient possible de réduire les biais de sélection et d'intégrer des personnes ayant des niveaux de soutien, de communication et de compréhension plus variés, offrant ainsi une image plus fidèle et nuancée de la réalité des personnes ayant une DI. Ces exigences d'accessibilité rejoignent directement les principes du paradigme social expliqué dans la problématique, qui considèrent que ce sont les barrières de l'environnement qui produisent des situations de handicap et, dans ce cas, de la non-participation. Par ailleurs, il serait pertinent de développer davantage d'études qualitatives. Celles-ci permettraient d'explorer en profondeur le rapport que les personnes entretiennent avec leur estime d'elles-mêmes, en mettant en lumière leurs perceptions, leurs ressentis et les mécanismes qui influencent cette construction identitaire au quotidien.

Ces exigences ne soulèvent pas uniquement des questions méthodologiques, mais aussi des enjeux éthiques majeurs. En effet, à ces contraintes, s'ajoutent des questions centrales autour du consentement. Afin de pouvoir participer à ces études, les personnes concernées doivent pouvoir donner leur consentement libre et éclairé, ce qui, selon les personnes et les exigences requises, peut être compliqué, voire impossible. En effet, de multiples protocoles éthiques et des instances de contrôles, bien que nécessaires dans le cadre de ces études, constituent des obstacles non-négligeables (Darvell & Bradshaw, 2023). L'étude de McDonald et al. (2024) rejoint ce propos et

appuie le fait que les réglementations en matière de consentement sont strictes et que par défaut, certaines personnes concernées sont exclues, malgré leur volonté de participer aux diverses études. Au-delà de ces aspects méthodologiques et éthiques, des enjeux spécifiques à l'évaluation de l'estime de soi émergent également, tels que la difficulté à s'introspecter ou encore les biais de réponse. Outre les difficultés de communication et de compréhension, il peut être particulièrement complexe pour les personnes concernées de partager leurs opinions et ressentis, et ce pour diverses raisons. Le stress, le manque d'expérience dans ce type de situation ou un faible niveau de confiance en soi peuvent influencer le déroulement de l'étude et la manière de répondre aux questions. De plus, selon Darvell et Bradshaw (2023), dans le cadre d'une étude, la présence de professionnels ou de chercheurs, perçus comme détenteurs d'un certain pouvoir, peut accentuer la tendance à donner des réponses jugées attendues, plutôt que des réponses reflétant fidèlement le vécu du sujet. Ce mécanisme est particulièrement problématique pour l'estime de soi, qui repose en partie sur le regard réel ou anticipé d'autrui. Il est ainsi possible que, par crainte d'être stigmatisés ou de laisser transparaître leurs faiblesses, les participants répondent en fonction de ce qu'ils estiment socialement acceptable. Par exemple, il est important de prendre en compte les relations de pouvoir, les malentendus et les biais d'acquiescement dans la manière dont les personnes ayant une DI répondent aux questions, ce qui peut altérer l'authenticité des données récoltées (Darvell & Bradshaw, 2023). L'utilisation d'outils de communication adaptés vise précisément à réduire ces biais, mais là encore au prix d'une complexification supplémentaire du protocole de recherche. De ce fait, il est essentiel d'analyser la source de certains biais qui peuvent affecter de manière négative l'épanouissement des personnes ayant une DI, en contribuant au maintien des rapports de pouvoir, en renforçant l'anticipation du jugement et en limitant l'expression authentique des personnes ayant une DI. Plus largement, ces enjeux ne peuvent être dissociés du contexte, car l'environnement influence directement la qualité des relations sociales et la manière dont les personnes perçoivent leur propre valeur et leur bien-être.

Le fait qu'une partie de ces personnes passe la majorité de leur temps en milieu institutionnalisé ou protégé est un facteur qui déclenche cette dynamique. Comme le souligne Inclusion Europe (2021), leurs contacts sociaux sont souvent restreints aux professionnels et aux autres usagers, ce qui réduit leurs horizons relationnels. Ce contexte est aggravé par un manque de ressources allouées au développement de l'autodétermination, ce qui limite considérablement leur marge de manœuvre et les possibilités d'expériences diversifiées (Inclusion Europe, 2021). L'accumulation de ces restrictions, associée à l'absence de références alternatives de vie, peut alors créer des biais dans leurs réponses. Les personnes peuvent se déclarer satisfaites par souci de plaire ou, de manière plus profonde, par manque d'expériences et de références ne leur permettant pas d'imaginer ou de concevoir d'autres possibilités. Cependant, il est important de noter que si ces milieux peuvent être sources d'obstacles et générer des biais, ils offrent également des environnements adaptés et sécurisants qui restent essentiels au soutien des personnes ayant une DI. En effet, des études citées par Lee et al. (2023) ont montré que l'estime de soi des personnes ayant une DI était globalement positive, notamment grâce au soutien reçu dans ces environnements spécialisés. Ces constats mettent en lumière des points d'attention essentiels pour les TS. Ils invitent à interroger la satisfaction exprimée par les personnes au regard de leurs possibilités réelles d'expérience et de

choix, et à travailler sur les environnements qui structurent leur quotidien. Pour la pratique, il s'agit d'abord de prendre en considération les volontés propres à chaque individu, en proposant des projets individualisés, qui résonnent avec les demandes de la personne concernée. Pour ce faire, différents outils concrets spécifiques aux difficultés des personnes peuvent être mobilisés, notamment via la mise place des scénarios en groupe ou via des supports simples et visuels comme le *Talking Mats* (Darvell & Bradshaw, 2023). Le *Talking Mats* est un outil qui facilite l'expression des personnes rencontrant des difficultés dans la communication. Il mobilise des supports visuels concrets afin que ces dernières puissent exprimer leurs besoins, leurs opinions ou encore leurs envies. Dans cette étude, cet outil permet plus de neutralité et d'autonomie en réduisant le risque de suggestibilité et en redonnant le pouvoir à la personne interviewée quant au choix de ses réponses. De plus, offrir des opportunités pour renforcer l'autodétermination est primordial, car Park (2025) indique qu'un niveau d'autodétermination élevé est corrélé à une meilleure estime de soi. Enfin, il est indispensable, selon Inclusion Europe (2021), de favoriser les expériences sociales hors des lieux spécialisés, ceci afin de proposer des opportunités de participation sociale, de vivre des interactions variées et d'augmenter le sentiment d'appartenance au sein de la société.

Toutes ces différentes observations sont directement reliées avec la manière dont le champ de la DI demeure imprégné de représentations historiques. En effet, comme nous l'avons abordé dans la problématique, les recherches autour de la DI ont été durant des années ciblées sur le diagnostic, le déficit et les comorbidités, en laissant au second plan des dimensions plus subjectives telles que les émotions, l'identité et l'estime de soi. Le manque de données ne traduit donc pas l'absence d'enjeu, mais plutôt l'effet de priorisation des recherches centrées sur le médical et les contraintes méthodologiques. D'une part, les chercheurs et les scientifiques devraient soutenir activement des démarches de recherche inclusives, permettant aux personnes concernées de participer pleinement à la production des savoirs qui les touchent. D'autre part, cela souligne la nécessité, pour les TS, de rester prudents dans l'interprétation des résultats encore partiels des études disponibles à ce jour et de promouvoir des changements de vision et d'inclusion des personnes ayant une DI au sein des recherches.

Ce cadrage historique s'inscrit dans un environnement social plus large, marqué par des représentations et des attentes spécifiques. En effet, l'une des dimensions non-négligeables relevée dans l'analyse réside dans le fait que l'estime de soi serait intimement liée aux injonctions sociales de réussite, de productivité et d'autonomie. De ce fait, plusieurs auteurs soulignent que si les personnes ayant une DI ne présentaient pas une estime de soi plus basse que la population générale, c'est parce qu'elles avaient un emploi ou étaient engagées dans des activités socialement valorisées. C'est le cas, par exemple, de l'étude de Bouvet et Coulet (2016), dont les participants travaillaient dans un centre d'emploi accompagné. Autrement dit, certaines études laissent entendre que si l'estime de soi est bonne, ce serait d'abord parce que les personnes travaillent. Une telle interprétation, si elle n'est pas nuancée, peut reconduire à une vision très normative dans laquelle la valeur des individus est implicitement conditionnée à leur capacité à occuper une place productive et à se conformer au modèle du travailleur autonome (Winance, 2004), comme expliqué dans la problématique. Cette logique rejoint les analyses critiques du travail social, qui montrent comment les dispositifs d'intervention oscillent en permanence entre une visée d'émancipation,

basée sur le développement du pouvoir d'agir et la co-construction, et un moyen de contrôle social, reproduisant des inégalités et des rapports de domination (Deverchère, 2017). Ainsi, partir de l'hypothèse que si l'estime de soi est élevée, c'est nécessairement parce que la personne travaille, revient à suggérer que celles qui ne répondent pas à cette norme de productivité auraient une mauvaise estime d'elles-mêmes. Une telle perspective individualise le problème et renvoie la responsabilité à la personne (Deverchère, 2017), alors que celui-ci est souvent lié à des contraintes extérieures, comme le manque d'accès à la formation ou les discriminations sur le marché du travail. Veyre et al. (2018) recensent les discriminations liées au marché du travail et décrivent qu'elles peuvent prendre vie sous différentes formes, comme de la réticence et des craintes de la part des employeurs, un manque d'adaptation de l'environnement aux besoins spécifiques ou encore un manque de diversité dans les formations proposées. Pour pallier les difficultés liées à l'emploi, de nouvelles manières de penser voient le jour, comme le modèle *Individual Placement and Support* [IPS]. Ce dernier vise une démarche contraire à ce qui est proposé normalement, soit le fait de « former puis placer » en inversant la tendance afin de « placer puis former » (Working first, s. d.). Cette méthode pourrait être davantage mise en avant par les TS, afin de diminuer les obstacles encore trop nombreux dans ce domaine, qui a une importance non-négligeable pour l'épanouissement de certains individus. En effet, il serait réducteur de nier ce que l'emploi peut effectivement apporter aux personnes ayant une DI. Lee et al. (2023) détaillent que l'accès à un travail a des conséquences directes et profondes sur l'estime de soi de ces individus. L'environnement professionnel fournit d'abord un soutien social et émotionnel stable, crucial pour limiter l'isolement et favoriser un sentiment de sécurité. De plus, la réalisation de tâches concrètes nourrit un sentiment d'utilité et de compétence, permettant une valorisation personnelle. Enfin, l'emploi est un vecteur majeur d'intégration, procurant un fort sentiment d'appartenance à un groupe de pairs au sein de la communauté.

Ces aspects mettent donc en avant les dimensions qui sont directement liées à l'estime de soi et relèvent, comme cité dans l'analyse, l'importance d'avoir un bon réseau, de valoriser et de développer l'inclusion des personnes qui ont une DI. Pour les TS, cela revient à reconnaître les apports de l'emploi, qui peuvent effectivement soutenir l'estime de soi lorsqu'ils sont présents. Mais cela revient aussi à refuser de réduire les personnes à leur statut professionnel, en rendant visibles d'autres formes de participation sociale et d'autres sources de reconnaissance que celles qui passent par l'emploi standard. Il est nécessaire d'élargir la vision des possibles en termes de participation sociale, telles que la participation à des loisirs de tout type. L'étude de Crawford et al. (2015) met en avant l'importance, autant au niveau personnel que sociétal, de la participation des personnes qui ont une DI à des activités sportives. Dans un premier temps, participer à ce type d'activités affecte positivement différentes sphères de l'individu, tels qu'un meilleur bien-être psychologique, un élargissement des réseaux sociaux ou encore un gain de confiance en soi et d'estime de soi (Crawford & al., 2015). Dans un second temps, cette étude démontre que la visibilité et l'inclusion des personnes qui ont une DI dans les loisirs sportifs permettent une meilleure acceptation par les pairs (Crawford & al., 2015). Concrètement, les TS peuvent agir à plusieurs niveaux dans ce domaine en sensibilisant et en initiant les personnes qu'ils accompagnent aux loisirs sportifs. De plus, il est essentiel de promouvoir la collaboration inter-institutionnelle et de se pencher vers les diverses prestations que les structures proposent. Par exemple, pour les

personnes qui rencontrent de grandes difficultés motrices, certaines organisations, telles que Loisirs Pour Tous à Fribourg, proposent des moyens auxiliaires et une aide humaine adaptés aux besoins spécifiques de tout un chacun, favorisant ainsi la pleine participation aux activités extérieures compliquées d'accès (Loisirs Pour Tous, s. d.).

Au-delà de ces formes de participation sociale et de reconnaissance, une autre dimension essentielle de l'estime de soi mérite toutefois d'être explorée plus finement, celle du rapport au corps et à l'apparence physique. En effet, dans l'analyse, plusieurs facteurs ont été relevés, mais la dimension physique, plus précisément la perception corporelle a très peu été documentée. Selon nos expériences, la stigmatisation ne cible pas seulement les difficultés relationnelles ou comportementales, mais aussi les caractéristiques physiques des personnes. Ce regard, qu'il soit celui de la société ou celui que les personnes ayant une DI portent sur elles-mêmes, peut avoir un impact sur le niveau d'estime de soi. De ce fait, la perception corporelle fait partie intégrante de l'estime de soi et cela rejoint l'une des dimensions de l'échelle d'estime de soi SPPA d'Harter citée dans la problématique. De manière générale, les études recensées dans Lessard (2018) ne démontrent pas de différences significatives entre la perception corporelle et l'estime de soi chez les personnes ayant une DI et chez la population générale. Une autre étude de González-Martí & al. (2023) rejoint le fait que les personnes ayant une DI n'ont pas spécialement une auto-évaluation défavorable de leur image corporelle, mais ajoute que l'influence de l'environnement et du réseau proche impacte ces personnes, notamment en ce qui concerne leur poids. L'étude de Douma et al. (2025) faite auprès d'élèves ayant une DI ne relève pas de différence significative dans l'évaluation de la perception de soi et de l'apparence physique par rapport au groupe de jeune sans DI. Cependant, l'étude démontre que les femmes ont une perception de soi plus basse et une auto-évaluation globalement plus négative que leurs homologues masculins, tant au niveau physique que comportemental. Ces données complètent donc l'analyse en nuancant les résultats cités, qui définissaient que la différence d'estime de soi entre les hommes et les femmes était due aux commentaires et aux remarques qui leur sont faits sur leurs compétences.

L'étude de Paterson et al. (2012) montre que les adultes ayant une DI sont fréquemment confrontés à la stigmatisation et à des comparaisons sociales défavorables, qui fragilisent directement leur estime de soi. Les auteurs décrivent que le fait d'être perçues comme moins capable ou différent amène les personnes à se comparer à des normes de réussite, d'autonomie ou d'apparence difficilement atteignables, ce qui peut conduire à une auto-évaluation plus négative et à l'intériorisation de stéréotypes dévalorisants. Dans ce contexte, les travaux de Scheffers et al. (2022) mettent en évidence que de nombreuses personnes ayant une DI font néanmoins preuve de beaucoup de résilience face aux expériences adverses et aux situations de stigmatisation. Cette résilience est soutenue par des ressources internes, comme l'autocompassion, mais aussi, par des ressources externes, notamment l'acceptation par le réseau, que les auteurs définissent comme la capacité de l'entourage à reconnaître et à accueillir la personne dans sa globalité, avec ses forces et ses vulnérabilités, sans la réduire à son diagnostic. En articulant ces deux perspectives, on peut considérer l'acceptation par le réseau comme un outil puissant face aux mécanismes décrits par Paterson et al. (2012), en venant atténuer l'impact des comparaisons sociales défavorables et des messages stigmatisants sur l'estime de soi. Pour les TS, cela souligne l'importance de construire des

relations dans une dynamique de non-jugement, d'accueil inconditionnel et de valorisation des compétences, tout en soutenant les réseaux naturels, afin qu'ils permettent à la personne d'évoluer dans un environnement protecteur et ressourçant. Dans cette perspective, l'accompagnement ne se limite pas à contrer les effets de la stigmatisation, mais vise à offrir des outils et des ressources, afin de renforcer la résilience des personnes ayant une DI en leur offrant des expériences répétées d'acceptation, de reconnaissance et de respect, qui constituent des leviers essentiels pour maintenir ou restaurer une estime de soi positive, malgré un contexte social souvent stigmatisant.

En revenant à notre question : « Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils accompagner les personnes ayant une déficience intellectuelle dans le développement de leur estime de soi ? », nous pouvons dire que l'enjeu n'est pas seulement de renforcer des ressources individuelles, mais de créer des environnements relationnels et sociaux qui rendent possible le développement d'une estime de soi positive et durable. Cela implique de reconnaître la personne au-delà de ses performances, comme sujet de droit, de désirs et de choix. Il s'agit aussi de travailler les expériences interpersonnelles négatives et la stigmatisation, en offrant des relations sécurisantes et respectueuses. Il faut agir sur les représentations sociales, en collaboration avec les institutions, afin d'élargir les possibilités de participation et de reconnaissance. L'estime de soi apparaît ainsi à la fois comme une condition et comme le résultat des processus d'inclusion sociale. Dans cette perspective, le travail social, par sa double inscription auprès des personnes et dans les structures, occupe une place stratégique pour transformer ces processus et contribuer à des accompagnements toujours plus ajustés aux réalités de ce public.

Conclusion

Notre revue de littérature contribue à faire de l'estime de soi un objet pleinement légitime au sein du travail social, notamment auprès des personnes qui ont une DI. L'estime de soi n'y apparaît plus seulement comme un effet indirect d'un accompagnement, mais comme une dimension qui doit être explicitement prise en compte, discutée et travaillée. Les apports de ce travail invitent les TS à interroger leur posture et à considérer que les cadres relationnels, organisationnels, institutionnels et sociaux dans lesquels ils interviennent participent à la construction de l'estime de soi des personnes concernées.

En ce sens, notre travail offre aux TS des repères pour ancrer leurs pratiques dans une approche globale, réflexive et inclusive, en articulant les niveaux microsocial (relation d'accompagnement), mésosocial (fonctionnement institutionnel) et macrosocial (cadres légaux et politiques sociales). Les savoirs à produire à l'avenir pourront prolonger ces premières bases, en prenant en compte toutes les limites et les pistes d'exploration, précédemment relevées dans notre discussion.

En somme, notre travail de Bachelor ne prétend pas répondre à toute la complexité de l'estime de soi chez les personnes ayant une DI, ni à tous les accompagnements possibles. Il met toutefois en évidence des repères solides, ainsi que des pistes de compréhension et d'actions concrètes que peuvent mobiliser les TS pour soutenir ce développement. Les compétences à développer à l'avenir ne visent pas à remplacer les savoirs actuels, mais à les compléter, les nuancer et les enrichir, afin de contribuer à des accompagnements toujours plus respectueux, inclusifs et ajustés aux besoins des personnes concernées.

Liste de références

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel)*. Elsevier Masson. https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/DSM-5_Manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>.
- AvenirSocial. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse : un argumentaire pour la pratique*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_Fr_A5_db_221020.pdf
- Bariaud, F. (2006). Le Self-perception profile for adolescents (SPPA) de S. Harter : Un questionnaire multidimensionnel d'évaluation de soi. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 35(2), 282-295. <https://doi.org/10.4000/osp.1118>
- Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(3), 228-240. <https://doi.org/10.1177/1744629515605942>
- Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006, <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2014/245/fr>
- Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, 13 décembre 2006, <https://insieme.ch/wp-inside/uploads/2021/03/convention-onu-droits-des-personnes-handicapees.pdf>
- Crawford, C., Burns, J., & Fernie, B. A. (2015). Psychosocial impact of involvement in the Special Olympics. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.07.009>
- Darvell, C., & Bradshaw, J. (2023). Exploring the social care-related quality of life outcomes of adults with intellectual disabilities through the use of Talking Mats. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(1), 39-49. <https://doi.org/10.1111/jar.13032>
- Davies, L., Randle-Phillips, C., Russell, A., & Delaney, C. (2021). The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 1037–1047. <https://doi.org/10.1111/jar.12844>
- Davison, J., Maguire, S., McLaughlin, M., & Simms, V. (2022). Involving adolescents with intellectual disability in the adaptation of self-reported subjective well-being measures: Participatory research and methodological considerations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(7), 628-641. <https://doi.org/10.1111/jir.12936>
- Deverchère, N. (2017). Innovations et engagement des travailleurs sociaux en faveur du développement du pouvoir d'agir. *Vie sociale*, 19(3), 91-105. <https://doi.org/10.3917/vsoc.173.0091>.

- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>.
- Douma, I., Minnaert, A., Grietens, H., & De Boer, A. (2025). How Do They See Themselves? The Self-Concept of Students with Intellectual or Behavioural Disabilities in Special Education. *International Journal of Disability, Development and Education*, 72(5), 908-923. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2024.2370798>
- Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2017). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.famos.2009.01>.
- Fondation loisirs pour tous. (s. d.). *La Fondation*. <https://loisirspourtous.ch/la-fondation/>
- Geurts, H., Rinaldi, R., Franquet, A., & Haelewyck, M.-C. (2020). Autodétermination et déficience intellectuelle : quels enjeux et quels défis pour les pratiques de soutien ? *Contraste*, 51(1), 119-138. <https://doi.org/10.3917/cont.051.0119>.
- González-Martí, I., Abellán, J., & García-Barba, C. (2023). Explorando la percepción de imagen corporal en personas con discapacidad intelectual: Un estudio cualitativo. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 28-36. <https://doi.org/10.21071/pse.v15i2.15709>
- Inclusion Europe. (2021). *Why are people with intellectual disabilities still being put at risk of institutionalisation?* <https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2022/01/Discussion-paper-on-the-risk-of-reinstitutionalisation-report-2021.pdf>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2016). *Déficiences intellectuelles : Synthèse et recommandations*. inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf
- Insieme. (2025). *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*. <https://insieme.ch/fr/theme/inclusion/cdph/>
- Insieme. (2025). *Handicap mental*. <https://insieme.ch/fr/theme/handicap-mental/>
- Lee, J. Y., Patel, M., & Scior, K. (2023). Self-esteem and its relationship with depression and anxiety in adults with intellectual disabilities: A systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 67(6), 499-518. <https://doi.org/10.1111/jir.13025>
- Lessard, D. (2018). *Étude exploratoire du lien entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez des jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle*. [Essai doctoral, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'Université du Québec en Outaouais. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1037>
- Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (= LAI ; RS 831.20 ; état le 1^{er} janvier 2025).
- Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (loi sur l'égalité pour les handicapés) (= LHand ; RS 151.3 ; état le 1^{er} juillet 2013).

- McDonald, K. E., Schwartz, A. E., Dinerstein, R., Olick, R., & Sabatello, M. (2024). Responsible inclusion: A systematic review of consent to social-behavioral research with adults with intellectual disability in the US. *Disability and Health Journal*, 17(4), 101669. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2024.101669>
- Marissal, J.-P. (2009). Les conceptions du handicap : du modèle médical au modèle social et réciproquement. *Revue d'éthique et de théologie moral*, 256, 19-28. <https://doi.org/10.3917/retm.256.0019>
- Nader-Grosbois, N., & Fiasse, C. (2016). *De la perception à l'estime de soi : concept, évaluation et intervention*. De Boeck.
- Nader-Grosbois, N. (2020). *Psychologie du handicap*. De Boeck Supérieur. <https://shs.cairn.info/psychologie-du-handicap--9782807328235-page-219?lang=fr>
- Office fédéral de la statistique. (2024, 29 novembre). *Type de handicap*. Confédération suisse. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.33066433.html>
- Park, E.-Y. (2025). Change in Self-Esteem Trajectories Among Adolescents and Adults with Intellectual Disabilities. *Behavioral Sciences*, 15(5), 655. <https://doi.org/10.3390/bs15050655>
- Paterson, L., McKenzie, K., & Lindsay, B. (2012). Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166-176. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00651.x>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2025). *Modèle MDH-PPH*. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Rochat, L. (2008). *Les conceptions et modèle principaux concernant le handicap*. Confédération suisse. <https://edudoc.ch/record/112695?ln=fr>
- Scheffers, F., Moonen, X., & Van Vugt, E. (2022). External sources promoting resilience in adults with intellectual disabilities: A systematic literature review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(1), 227-243. <https://doi.org/10.1177/1744629520961942>
- Sulkes, S. B. (2024). *Déficit intellectuel*. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/troubles-de-l-apprentissage-et-du-d%C3%A9veloppement/d%C3%A9ficit-intellectuel>
- SwissStats. (2020). *Concevoir le handicap*. <https://www.swissstats.bfs.admin.ch/collection/ch.admin.bfs.swissstat.fr.issue202012282000/article/issue202012292000-03>
- Terriot, K., Vignoli, E., Lallemand, N., & Bourcier, B. (2017). Validation du Self-Perception Profile for Adolescents de Harter auprès d'un échantillon d'adolescents français. *Pratiques Psychologiques*, 23(4), 359-376. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.07.001>

- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Van Asselt-Goverts, AE., Embregts, PJCM., & Hendriks, AHC. (2018). Evaluation of a Social Network Intervention for People with Mild to Borderline Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), 229-243. <https://doi.org/10.1111/jar.12318>
- Verberg, F., Helmond, P., Otten, R., & Overbeek, G. (2019). Mindset and perseverance of adolescents with intellectual disabilities: Associations with empowerment, mental health problems, and self-esteem. *Research In Developmental Disabilities*, 91, 103426. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103426>
- Veyre, A. T., Besuchet, C., Biondo, S., & Thommen, E. (2018). L'insertion professionnelle en Suisse : quelle accessibilité ? *Revue Suisse De pédagogie spécialisée*, 8(2), 21-28. <https://ojs.szh.ch/index.php/revue/article/view/47>
- Winance, M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, 17(66), 201-227. <https://doi.org/10.3406/polix.2004.1022>
- Winance, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*, 28, 377-406. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362008000100016>
- Working first. (s. d.). *Le modèle IPS*. <https://workingfirst.fr/methode-ips/>

Nous tenions à préciser que certains passages de ce travail ont été reformulés à l'aide de différents outils d'intelligence artificielle. Conformément au guide rédactionnel, cette mention n'était pas obligatoire. Toutefois, nous avons choisi de le signaler, par volonté de transparence.