



**HAL**  
open science

# “ Pourquoi tu ne me regardes pas ? ” : la question du regard chez des adolescentes au vécu traumatique

Chloé Picard

## ► To cite this version:

Chloé Picard. “ Pourquoi tu ne me regardes pas ? ” : la question du regard chez des adolescentes au vécu traumatique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297757

**HAL Id: dumas-03297757**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297757>**

Submitted on 23 Jul 2021

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

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

Institut de Formation en Psychomotricité  
De la Pitié Salpêtrière  
Faculté Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital 75013 Paris



**« Pourquoi tu ne me regardes pas ? »**

La question du regard chez des adolescentes au vécu traumatique

Mémoire présenté par PICARD Chloé

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**Référent de mémoire :**

LAVOCAT Marion

Session Juin 2021



## REMERCIEMENTS

*J'adresse mes plus sincères remerciements,*

*À Mme LAVOCAT Marion, maitre de stage et référente de mémoire, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de cette année. Je la remercie pour ses précieux conseils, ses relectures, son soutien et sa confiance.*

*À Mme DUTILLET Sophie, psychomotricienne de la MECS, pour son temps passé à me relire.*

*Aux jeunes de la MECS, à l'équipe ainsi qu'à la direction pour m'avoir accueillie au cours de cette année qui a été d'une grande richesse professionnelle et personnelle.*

*À tous mes maitres de stage, rencontrés dans le cadre de cette formation, pour leur accueil de qualité, leur partage et leur confiance qu'ils ont su m'accorder.*

*À ma mère pour sa relecture attentive, ses encouragements et sa confiance sans faille.*

*À mon père pour son amour inconditionnel, son écoute et son soutien.*

*À ma famille pour leurs encouragements et leur présence tout au long de mes études.*

*À Jessy qui n'a jamais cessé de croire en moi et pour son soutien de tous les jours.*

*À mes amis pour leurs encouragements.*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	7
PARTIE THÉORIQUE.....	9
I. La vision et le regard .....	9
1. L'œil : organe de la vision .....	9
1.1. Définitions et généralités .....	9
1.2. Anatomie et composantes de l'œil .....	9
1.3. Traitement de l'information visuelle.....	11
2. Développement du système visuel .....	11
2.1. In utéro .....	11
2.2. A la naissance.....	12
2.3. Après la naissance.....	12
3. Quelles différences entre voir et regarder.....	13
II. Le regard dans la construction psychomotrice de l'enfant .....	14
1. Les interactions précoces .....	14
1.1. Définitions des interactions précoces.....	14
1.2. Les différents niveaux d'interactions précoces.....	15
1.3. Le regard dans les interactions précoces.....	17
2. Attachement mère-enfant et concepts liés .....	18
3. Le rôle du miroir dans la construction d'un Moi.....	20
4. Le regard dans l'approche cognitive et sensori-motrice.....	21
4.1. L'apport de Jean Piaget.....	21
4.2. L'apport d' André Bullinger .....	23
III. L'adolescence et ses particularités .....	24
1. Définition de l'adolescence et généralités .....	24
2. Différents axes théoriques.....	25
2.1. Axe développemental .....	25
2.2. Approche sociologique .....	27
2.3. Approche psycho-dynamique .....	28
3. Corps et regard à l'adolescence.....	30
IV. Impact des carences, des maltraitements et d'un placement .....	32
1. Les carences.....	32
2. Maltraitements et violences .....	33
2.1. La maltraitance physique.....	34

2.2.	Les négligences lourdes .....	34
2.3.	La maltraitance psychologique .....	34
2.4.	L'abus sexuel.....	35
3.	Le placement d'un enfant.....	35
3.1.	L'accouchement sous X.....	36
3.2.	Demande de placement par les parents .....	36
3.3.	Placement d'un enfant sur décision judiciaire .....	36
3.4.	Placement d'un enfant pupille de l'Etat.....	37
4.	Répercussions d'un passé de violence et d'un placement.....	38
4.1.	Conséquences sur le développement cérébral.....	38
4.2.	Retentissements psychologiques.....	40
4.3.	Répercussions physiques .....	40
4.4.	Troubles instrumentaux et cognitifs .....	41
4.5.	Troubles du comportement et des conduites sociales .....	41
<b>PARTIE CLINIQUE .....</b>		<b>43</b>
I.	Présentation du lieu de stage.....	43
1.	Fonctionnement de la Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) .....	43
2.	Place de la psychomotricité au sein de la MECS .....	44
2.1.	Prise en charge .....	44
2.2.	Groupe cirque.....	45
3.	Contexte du stage.....	46
II.	Présentation des cas cliniques .....	47
1.	Cécile .....	47
1.1.	Anamnèse .....	47
1.2.	Bilan psychomoteur .....	50
1.3.	Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique .....	52
1.4.	Première rencontre avec Cécile.....	53
1.5.	Accompagnement en psychomotricité .....	53
2.	Manon .....	57
2.1.	Anamnèse .....	58
2.2.	Bilan psychomoteur .....	60
2.3.	Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique .....	63
2.4.	Accompagnement en psychomotricité .....	63

<b>DISCUSSION</b> .....	<b>69</b>
I. Impacts des carences sur le regard et les fonctions psychomotrices de l'adolescent .....	69
1. Défaillance des interactions précoces et regard .....	69
2. Troubles psychomoteurs et regard .....	70
2.1. Tonus .....	70
2.2. Axe corporel .....	72
2.3. Equilibre .....	74
2.4. Image du corps .....	75
3. Adolescence et regard .....	76
3.1. Identité .....	76
3.2. Le regard d'autrui .....	77
II. Place de la psychomotricité .....	79
1. Le regard du psychomotricien .....	79
2. Vers une rééducation du regard ? .....	80
3. Le cadre thérapeutique : un outil qui contient .....	81
4. Le psychomotricien : un professionnel contenant .....	82
5. Le tiers dans la relation .....	83
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>87</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

# INTRODUCTION

L'être humain a besoin de tisser des liens et d'être en relation avec son environnement pour se développer. Pour cela, il utilise notamment sa sensorialité et particulièrement le sens de la vue. Nombreuses sont les expressions faisant référence à l'œil, organe de la vue et du regard, qui soulignent cette dominance visuelle : « Ouvrir l'œil », « Faire les gros yeux », « Dévorer des yeux », « Ne pas avoir froid aux yeux », « Avoir le coup d'œil » et tant d'autres.

Au cours de ma vie personnelle et de mes expériences professionnelles, je me suis aperçue de l'omniprésence de la vision dans les rapports entre les individus. Bien souvent, l'Homme cherche à entrer en relation par le regard. D'ailleurs, dès la naissance le bébé utilise cet outil pour attirer l'attention de l'adulte. C'est un atout privilégié de la relation mettant en jeu les aspects identitaires, physiques et psychiques de l'individu. Le regard comprend une dimension affective et subjective c'est pourquoi il peut être investi de multiples façons.

Mes premières interrogations à l'origine de ce mémoire sont venues au cours de mon stage en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS). Bien qu'il n'existe pas de critères de normalité, les regards de ces adolescentes ont fait réagir quelque chose en moi. Ces regards fuyants, absents, oppressants, préoccupés, méprisants, inexpressifs ou encore pénétrants semblent témoigner bien souvent de leurs souffrances.

A mon sens, le regard est une dimension à ne pas négliger dans la relation avec le patient et dans la compréhension de ses troubles. Il occupe une place importante dans notre pratique et c'est pourquoi j'ai voulu mettre à profit ce mémoire pour approfondir ma réflexion.

Plusieurs questions ont participé à l'élaboration de ce mémoire : Comment le regard participe-t-il à la construction psychomotrice de l'enfant ? Quelles répercussions les carences et maltraitements peuvent-elles avoir sur le développement ? Le vécu traumatique associé à un placement a-t-il un impact sur la qualité du regard ? Les difficultés liées au regard augmentent-elles à l'adolescence ? Quelle place occupe le regard en psychomotricité ? A partir de ces interrogations j'ai élaboré une problématique plus précise objet de ce mémoire.



**Dans quelle mesure le regard est-il impacté chez des adolescentes ayant subi des maltraitements et carences affectives massives ? Quelle est la place de la psychomotricité dans la prise en charge de ces adolescentes et comment le psychomotricien peut-il permettre le réinvestissement du regard ?**

Dans une première partie, je m'attacherai à présenter la vision et à spécifier la différence qui existe entre voir et regarder. Dans la continuité, j'aborderai le rôle du regard dans la construction psychomotrice de l'enfant. Je tenterai ensuite de présenter la période d'adolescence en utilisant différents modèles de compréhension. Je terminerai cette partie théorique en évoquant les différentes carences et maltraitements et le processus de placement familial.

Dans une seconde partie, je présenterai le milieu dans lequel j'ai effectué mon stage cette année et me consacrerai à la présentation de deux adolescentes et leur évolution.

Dans la dernière partie de ce mémoire théorico-clinique, je m'attacherai à mettre en lien les données théoriques avec mes observations cliniques afin d'approfondir ma réflexion et de m'interroger sur la place de la psychomotricité et de son rôle dans la clinique du regard.

# PARTIE THÉORIQUE

## I. La vision et le regard

### 1. L'œil : organe de la vision

#### 1.1. Définitions et généralités

La vision est un sens très développé, utilisé chez l'ensemble des animaux y compris chez l'Homme. Elle est définie comme la « *perception du monde extérieur par la vue* » et comme le « *mécanisme physiologique par lequel les radiations lumineuses donnent naissance à des sensations visuelles* » (Le Robert, s. d.).

Les yeux, organes de la vue, sont au nombre de deux chez l'Homme et « *travaillent de façon conjuguée sous le contrôle du cerveau, prenant la même direction pour fixer un objet afin qu'une image nette se forme sur chaque rétine. Ils font la mise au point en fonction de la distance de l'objet regardé grâce aux processus d'accommodation* » d'après Le Petit Larousse de la médecine (2001).

La vue permet de recevoir la plupart des informations non verbales et de « *recueillir un maximum d'informations, au détriment des autres sens* » (Sabourin, 2010).

#### 1.2. Anatomie et composantes de l'œil

L'œil, ou globe oculaire, est un organe sphérique se situant dans son orbite osseuse. Il est protégé par une paupière, lubrifié par des sécrétions lacrymales et comprend trois tuniques qui composent l'enveloppe externe de l'œil.

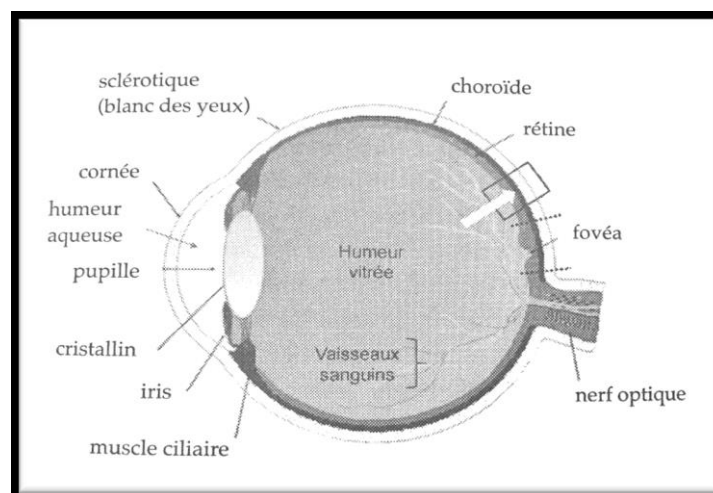
La tunique la plus externe est une membrane de protection constituée de la sclérotique (partie blanche de l'œil) traversée en arrière par le nerf optique, et de la cornée, partie antérieure transparente de l'œil.

La tunique moyenne de l'œil correspond à la membrane nourricière appelée uvée. Elle se compose de la choroïde, richement vascularisée qui a pour fonction l'irrigation de la rétine, des muscles ciliaires qui participent à l'accommodation du cristallin, de l'iris, partie colorée de l'œil et enfin de la pupille, orifice par lequel la lumière entre dans l'œil.

La tunique la plus profonde est considérée comme le récepteur sensoriel, composée uniquement de la rétine. Cette membrane est sensible à la lumière et contient les photorécepteurs (cônes et bâtonnets).

En outre, l'œil comprend trois milieux transparents et liquides, composé d'avant en arrière par :

- L'humeur aqueuse, liquide transparent qui permet le maintien de la pression intra-oculaire et le maintien de la forme du globe oculaire.
- Le cristallin, lentille biconvexe transparente située en arrière de l'iris, qui grâce à sa forme malléable permet l'accommodation, c'est-à-dire la mise au point de l'image.
- Le corps vitré, gel transparent qui remplit la cavité postérieure de l'œil.



**Schéma de l'anatomie de l'œil en coupe sagittale**

(Marendaz, 2009, p. 11)

De plus, la vision fait intervenir plusieurs paires de nerfs crâniens. Certains de ces nerfs jouent un rôle dans la motricité de l'œil en innervant les muscles oculomoteurs. Ces muscles sont au nombre de six : quatre muscles droits (supérieur, inférieur, médial, latéral) et deux muscles obliques (supérieur et inférieur). La contraction de ces muscles permet le déplacement du globe oculaire et donc celui du regard dans différentes directions (droite, gauche, haut, bas).

### 1.3. Traitement de l'information visuelle

Le système visuel repose sur un ensemble de structures dont l'organe principal est avant tout le cerveau. Comme nous l'avons vu précédemment, l'œil capte les rayons lumineux qui viennent de l'extérieur. Cette lumière traverse l'ensemble des milieux transparents afin de former une image sur la rétine. La rétine reçoit l'énergie lumineuse et va la transformer en activité nerveuse. Ce phénomène est réalisable grâce aux photorécepteurs cônes et bâtonnets.

Les cônes sont impliqués dans la vision de jour, ils permettent une vision très détaillée et la vision des couleurs. De leur côté, les bâtonnets donnent une vision plus floue mais sont plus sensibles aux variations de lumière et aux mouvements, ce qui les rend plus efficaces la nuit.

Les messages nerveux empruntent un trajet mettant en jeu un ensemble de structures : les nerfs optiques, le chiasma optique, les corps genouillés latéraux et le cortex visuel occipital. Ce dernier est spécialisé dans le traitement de l'information visuelle (Marendaz, 2009). Les aires visuelles sont nombreuses et chacune spécialisées dans un type de traitement, du plus perceptif au plus cognitif, jusqu'à obtenir une représentation visuelle complète qui a du sens.

## 2. Développement du système visuel

La vision fait partie du système sensoriel de l'Homme. Le développement des 5 sens du bébé commence in utero et dans un ordre précis : le toucher, l'olfaction, le goût, l'audition et la vision (Sabourin, 2010). A la naissance, l'enfant peut s'appuyer sur ces différents sens pour créer ses premières relations avec l'entourage.

### 2.1. In utero

C'est vers le troisième mois de grossesse que les différentes structures visuelles se forment. Dès lors, nous pouvons observer une accélération du rythme cardiaque du fœtus lorsque le ventre de la mère est exposé à une lumière forte. Entre 14 et 15 semaines d'aménorrhées (SA), les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés. A 20 SA, des mouvements oculaires, dans toutes les directions, accompagnés d'un battement de

paupières sont possibles. Les connexions reliées au cerveau s'affinent au fur et à mesure du développement utérin.

## 2.2. A la naissance

De nombreuses recherches portant sur les compétences du nouveau-né permettent d'affirmer que ce dernier est un être possédant des compétences riches à sa naissance et même in-utéro.

Selon A. Pomerleau et G. Malcuit, en 1983, la compétence de base est entendue comme « *l'ensemble des comportements, actions et réactions, que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte, et les conditions environnementales s'y prêtent* » (Scialom et al., 2015).

A la naissance, le nouveau-né a des compétences visuelles mais son système visuel n'est pas totalement mature. L'acuité visuelle est faible, ce qui rend la vision des détails difficile. La faiblesse du nombre de cônes ne permet pas au bébé de voir les couleurs comme l'adulte. Toutefois, le nouveau-né est capable de fixer son regard et de suivre un objet très contrasté se déplaçant lentement. Il est aussi capable de tourner sa tête et ses yeux vers une source sonore grâce à la coordination visuo-auditive présente dès la naissance.

## 2.3. Après la naissance

Entre deux et trois mois le bébé commence à percevoir les premières couleurs : bleu, rouge et vert. Vers quatre mois, une amélioration de la sensibilité au relief est observée, corrélée au commencement de la différenciation des hémisphères cérébraux. Dès l'âge de six mois, le bébé peut regarder ce qui l'intéresse tout en modifiant sa posture.

Les nourrissons montrent une plus grande attirance pour les objets tridimensionnels que bidimensionnels et sont davantage attirés par la nouveauté.

L'acuité visuelle se précise très progressivement et les structures cérébrales responsables de la vision sont pratiquement fixées à l'âge de dix-huit mois. C'est vers six ans que les capacités visuelles atteindront un niveau équivalent à celles de l'adulte.

Dès les premières semaines de vie, la vision assure un moyen de communication entre le bébé et le monde extérieur. L'expérience visuelle précoce permettra le bon développement du comportement visuo-moteur, de la motricité et de la posture.

### 3. Quelles différences entre voir et regarder

Le verbe voir représente le fait de « *percevoir quelqu'un, quelque chose par les yeux, les organes de la vue* » (Larousse, s. d.-b).

Plus précisément, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), « voir » signifie « *enregistrer l'image de ce qui se trouve dans le champ visuel, d'une manière passive, sans intention préalable ; en percevoir la forme, la couleur, la position, le mouvement* ».

Le verbe regarder, lui, signifie « *diriger, fixer les yeux sur quelque chose, sur quelqu'un, sur un spectacle* » (CNRTL, s. d.). Le regard s'inscrit dans une intention et une volonté.

Pour M. Piot, psychanalyste française, qui s'est intéressée au regard au sein de l'interaction mère-bébé, voir nous apporte une information du type de la reconnaissance alors que regarder suppose une relation à l'autre et à soi-même. Dans l'échange entre la mère et l'enfant « *ce qui se joue [...], n'est pas uniquement d'ordre cognitif, il ne s'agit pas uniquement de l'œil comme organe cognitif, mais du regard. Le regard est au niveau de l'affectif, des sensations, de l'amour* » (Piot, 2006, p.131).

Ainsi, entre voir et regarder, on perçoit une différence concernant l'engagement du sujet, « *voir implique la perception sensorielle automatique de l'image alors que regarder présuppose l'utilisation active de la capacité perceptuelle* » (Mazet et al., 2001, p.425).

Après avoir introduit les bases anatomiques et neurologiques de la vision, le développement de la fonction visuelle et évoqué les différences entre vision et regard, je vais maintenant m'intéresser aux rôles que le regard peut jouer dans la construction psychomotrice du jeune enfant.

## II. Le regard dans la construction psychomotrice de l'enfant

### 1. Les interactions précoces

#### 1.1. Définitions des interactions précoces

L'interaction est définie comme « *l'action réciproque de deux ou plusieurs objets, de deux ou plusieurs phénomènes* » (CNRTL, s. d.) ou comme la « *réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre* » (Larousse, s. d.-b). Ces définitions suggèrent les notions de réciprocité et d'interdépendance.

Ainsi, les interactions précoces concernent l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le bébé et ses parents, généralement sa mère. Le terme « d'interactions précoces » ne recouvre aucune période d'âge clairement définie, selon les études cela peut concerner la première année de vie et/ou aller jusqu'à la troisième année de vie de l'enfant.

Pendant des années, le bébé était considéré comme un être dépourvu de compétences, passif et subissant les influences de sa mère et de son environnement. A partir des années 1930, Mélanie Klein, psychanalyste britannique, s'appuie sur les psychanalyses d'enfants pour affirmer que le nourrisson et le jeune enfant ont une vie psychique et relationnelle propre. Aujourd'hui, la relation entre le bébé et son entourage est pensée selon un ensemble de processus bidirectionnels, allant du parent à l'enfant et réciproquement. Le bébé n'est donc pas seulement soumis aux influences extérieures mais est lui aussi à l'origine de modifications. En 1968, Escalona, propose un modèle théorique correspondant à une « *spirale transactionnelle ou interactionnelle* » puisque la mère et son nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement.

La qualité et la réciprocité des interactions vont dépendre de différents facteurs chez les deux partenaires. La disponibilité, l'état psychologique et les soins de la mère envers son bébé vont avoir une influence sur les interactions. L'état de vigilance, la disponibilité et la réactivité du bébé aux sollicitations et stimuli joueront un rôle dans les interactions avec sa mère.

## 1.2. Les différents niveaux d'interactions précoces

En 1989, suite à leurs travaux, S. Lebovici, P. Mazet et P. Visier, décrivent les interactions précoces selon trois niveaux : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques (Serge Lebovici et al., 1989).

### 1.2.1. Les interactions comportementales

Les interactions comportementales, aussi appelées interactions « réelles », concernent la façon dont le comportement de l'enfant et de sa mère s'organisent et s'agencent l'un par rapport à l'autre. Ces interactions observables pendant les activités du quotidien (soins, repas, changes...) comprennent les interactions corporelles, visuelles et vocales.

**Les interactions corporelles** concernent la façon dont l'enfant est tenu, touché et porté. **Les interactions visuelles** commencent dès la naissance et concernent le « dialogue œil à œil », également appelé « regard mutuel ». Il représente l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et sa mère. Winnicott a évoqué la notion de « miroir ». La mère qui regarde son bébé a des expressions de visage qui expriment ce qu'elle voit. Le bébé, lui, en regardant sa mère, c'est lui qu'il voit. Il se voit dans son regard comme un miroir. Ce temps du regard est essentiel et illustre l'interaction bidirectionnel, il fonde la première relation d'objet.

**Les interactions vocales** sont le principal mode de communication entre le nourrisson et sa mère. Les cris et les pleurs, premier langage du nourrisson, traduisent ses besoins et ses affects et permettent d'exprimer ses désirs. L.W. Sander et H.L. Julia parlent de « *cordon ombilical acoustique* » (1966) qui relie la mère au bébé en suscitant sa proximité. Ainsi, pour J. Bowlby ces interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement.

La mère utilise la parole souvent dès les premiers instants de la relation avec le nourrisson. Elle adopte un langage particulier adapté à son bébé, le « baby-talk » qui correspond au « parler-bébé ». Ce type de discours également appelé le « mamanais » correspond à la manière dont les parents s'adressent à l'enfant. Il se caractérise par une voix inhabituellement aigue, une prononciation exagérée et une amplification des intonations. Il joue un rôle important dans le maintien de l'attention de l'enfant et dans la communication des affects.



### 1.2.2. Les interactions affectives

Les interactions affectives concernent le climat émotionnel ou affectif, c'est-à-dire le vécu agréable ou déplaisant de la communication. Les affects et émotions s'échangent à travers des paroles, des mimiques et des expressions.

En 1989, D. Stern, pédopsychiatre et psychanalyste américain, parle « *d'accordage affectif* » ou « *d'harmonisation affective* » entre la mère et l'enfant. Les affects ont une importance essentielle et constituent l'objet même de la communication dans le « *jeu mère-nourrisson* ». La mère reprend les expressions de son bébé en y ajoutant éventuellement des modalités sensorielles supplémentaires. On parle d'accordage unimodal (même mode de communication) ou d'accordage transmodal (introduction d'autres modalités sensorielles).

De son côté, W. Bion (2003), psychiatre et psychanalyste britannique, propose l'existence d'une fonction alpha. La fonction alpha est une fonction du psychisme, un processus qui permet de passer de l'expérience sensorielle/corporelle, à la forme mentale de cette expérience. Cette fonction est assurée dans un premier temps par la mère ou la figure parentale, avec un rôle important dans l'établissement de la capacité à penser du nourrisson. Les ressentis violents du nourrisson sont recueillis par la mère et transitent à travers son psychisme afin d'y être transformés en éléments alpha, éléments moins violents et assimilables par le nourrisson. Pour cela, la mère use de sa « capacité de rêverie » : façon d'imaginer ce que le nourrisson est en train de vivre en verbalisant ses impressions, en mettant des mots sur un vécu. Ainsi, en nommant les émotions de son enfant, la mère donne du sens aux expériences corporelles du nourrisson et lui permet de faire le lien entre ressentis corporels et émotions. C'est une façon de porter l'enfant psychiquement. Petit à petit, l'enfant va construire sa fonction alpha interne qui prendra le relai du psychisme maternel. Il développera ainsi sa propre capacité de penser.

### 1.2.3. Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques correspondent à l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, dans leurs aspects imaginaires,

conscients, fantasmatiques et inconscients. Elles sont définies comme la manière dont les fantasmes de l'un répondent aux fantasmes de l'autre.

Cette notion fait partie de la théorie psychanalytique. Avant la naissance, la mère pense et rêve son bébé, il est déjà « l'enfant imaginaire ». La vie fantasmatique et imaginaire des parents, liée à leur propre histoire et à leur vie affective, pourrait être projetée sur le bébé (Lebovici, 1995).

Ainsi, la vie imaginaire et fantasmatique du bébé se développe dans un premier temps grâce à celle de ses parents.

#### 1.2.4. Les interactions père-nourrisson

Après avoir longtemps été négligées, les interactions père-nourrisson font l'objet de nombreuses études depuis une dizaine d'années. La place du père et son désir de paternité ne sont pas moins importants dans les interactions précoces.

Les interactions père-nourrisson peuvent être directes ou indirectes. L'interaction directe avec le bébé est caractérisée par la réciprocité et par les phénomènes de régulation mutuelle. L'interaction peut aussi être indirecte, à travers le soutien que le père apporte à la mère.

Le père utilise davantage les contacts physiques, plus stimulants pour le bébé et favorisent les jeux tactiles aux jeux visuels. Le nourrisson est alors plus éveillé et attentif lors des interactions avec son père. Ceci favoriserait le bébé à entrer en relation avec le monde extérieur.

Le bébé distingue très tôt son père de sa mère grâce aux différences de rythmes moteurs et aux différences dans les expériences sensorielles et tonico-posturales.

L'étude des interactions s'est davantage concentrée sur celles de la dyade mère-bébé. Cependant, comme je viens de le décrire, la présence du père est à prendre en compte. Ainsi, père, mère et nourrisson constituent une triade, au sein de laquelle le nourrisson va se développer.

#### 1.3. Le regard dans les interactions précoces

Lors de la période néonatale, le bébé découvre les personnes qui l'ont conçu, ses parents. Cette découverte passe par des échanges de regards entre l'enfant et ses parents.

Dans son ouvrage « *Les yeux dans les yeux* » (2006), D. Marcelli décrit le premier regard que la mère pose sur son enfant quelques instants après la naissance. Il expose trois types de regards maternels possibles : celui qui « *en-visage* », l'autre qui « *dé-visage* » et le dernier qui « *in-envisage* ».

Le premier regard maternel décrit par l'auteur est celui qui « *en-visage* ». La mère pose un regard tendre sur son enfant, en même temps qu'elle pense à lui et à ce qu'il deviendra. En regardant ainsi son bébé, cette mère « *l'humanise, elle l'inscrit d'emblée dans une histoire, un paysage qui le précède, l'entoure, le soutient* » (Marcelli, 2006, p.39).

Parfois, la grossesse peut être sources d'inquiétudes concernant une échographie, une éventuelle anomalie ou un handicap et engendrer chez la mère des doutes ou de la culpabilité. Aussi, dès que le bébé vient de naître, la mère inquiète s'empresse de l'examiner et de l'observer, elle « *dé-visage* » son enfant. C'est un regard « *inquisiteur, un regard dont le souci est de vérifier que tout est normal* » (Ibid. p.40). C'est un regard déshumanisant qui peut être douloureux pour l'enfant et provoquer des réactions de protection et d'évitement de sa part en détournant le regard. Paradoxalement, la mère va fixer d'autant plus son enfant pour comprendre ce qui ne va pas. Ce comportement peut amener l'enfant à se montrer de plus en plus évitant et induire l'apparition d'un cercle vicieux d'anxiété qui rendra la relation insécure.

Enfin, dans le contexte d'une situation émotionnellement difficile pendant la grossesse (deuil d'un proche, séparation), le regard de la mère est vide, absent et ne se focalise pas sur son enfant. On dit qu'elle « *in-envisage* » son bébé. Pour D. Marcelli, la mère « *cherche surtout la trace de l'image du disparu* » (Ibid. p.41), elle reste préoccupée par cette perte et se montre indisponible tant psychiquement qu'émotionnellement pour son enfant. En réponse à ce regard vague, le bébé scrute le visage de sa mère et présente généralement un regard vif et brillant qui permet de réanimer le regard maternel.

## 2. Attachement mère-enfant et concepts liés

Dès les premiers regards parents-enfant une certaine connexion et une communication se créent et constituent les prémices de l'attachement. L'attachement peut être défini comme un lien affectif, mettant en jeu des comportements visant la recherche et le maintien d'une certaine proximité avec un partenaire.

Cette notion a été théorisée en 1958 par le psychiatre et psychanalyste britannique J. Bowlby. Il évoque dans sa thèse que « *l'attachement du bébé à sa figure d'attachement a pour base un équipement comportemental constitué par un nombre déterminé de 'réponses instinctives' qui l'orientent vers la figure d'attachement* » (Tereno et al., 2007). J. Bowlby identifie cinq comportements innés participant aux premiers liens mère-enfant : la succion, la poursuite du regard, les pleurs, le sourire et l'agrippement. Il les qualifie alors de « *comportements d'attachements* » permettant à l'enfant « *la recherche ou le maintien de la proximité à un individu différencié et préféré* » (Ibid.). Ainsi, si la mère se rend disponible en retour, des échanges de regards pourront avoir lieu.

Si la mère et le bébé sont dans une disponibilité physique et psychique satisfaisante, ces regards auront une fonction contenante pour le bébé. Il sera en quelque sorte porté par son entourage grâce aux regards. Un lien peut ici être fait avec les notions de holding et handling théorisées par le pédiatre et psychanalyste britannique D.W. Winnicott.

Le « holding » est décrit comme la manière dont l'enfant est tenu, porté par sa mère ou l'adulte qui s'occupe de lui. C'est un maintien physique et psychique qui fait partie des besoins de base de l'enfant. Au départ, le « holding » a une fonction de protection contre les dangers physiques puis cette protection s'étendra aux dangers psychiques. Un enfant bien porté dans les bras, peut faire l'expérience de la sécurité et, en l'absence de tension défensive, il peut ainsi recevoir les informations du monde interne et externe.

Le « handling » est quant à lui décrit comme la manière dont l'enfant est manipulé. Ainsi, pour D.W. Winnicott un bébé tout seul n'existe pas, « *ce qui existe c'est un bébé avec des bras qui le portent, des mains qui le touchent et le manipulent. Ce à quoi l'on a affaire c'est un bébé avec une mère qui le soutient, lui parle et le regarde* » (Lefèvre, 2011, p.13).

Ces portages physiques et psychiques offrent à l'enfant un premier sentiment d'enveloppe. Cette enveloppe protectrice est constituée de la voix, des ajustements posturaux et des regards partagés par les parents lors des moments d'échanges avec leur enfant.

Ces ajustements et jeux corporels qui s'installent entre les parents et l'enfant renvoient à la notion de « dialogue tonique » théorisée par le psychologue français H. Wallon. Il est le premier à établir un lien entre tonus et émotions. Le tonus musculaire est un élément clé de la relation entre le parent et son nourrisson. Il correspond à l'état de légère tension des

muscles au repos et apparaît comme la toile de fond indispensable aux activités motrices. Le tonus est intimement lié aux affects et aux émotions, véritable vecteur de la communication infra-verbale : mode de communication qui se ressent inconsciemment, qui se voit et s'exprime à travers des postures, des mimiques. C'est un mode de communication privilégié entre les parents et leur enfant.

J. De Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste d'origine espagnole, reprendra les travaux de H. Wallon et introduira la notion de « dialogue tonico-émotionnel » (Bachollet & Marcelli, 2010). Grâce au tonus, qui permet d'exprimer et transmettre des états émotionnels, des ajustements corporels interactifs auront lieu entre le parent et l'enfant. La communication infra-verbal s'élabore et devient intentionnelle. Le « dialogue tonico-émotionnel » est soutenu par le regard, le sourire, les mimiques ou encore par le toucher.

Ainsi, le tonus a un rôle important dans le développement corporel et psychique de l'enfant.

### 3. Le rôle du miroir dans la construction d'un Moi

Le nouveau-né s'intéresse très tôt à des visages animés et manifeste une préférence pour les visages humains, notamment pour celui de sa mère. Ainsi, il développe essentiellement des interactions en lien avec le visage de cette dernière. Le regard et la vision du nouveau-né se construiront « dans le visage de la mère » (Piot, 2006, p.132).

Comme évoqué précédemment, pour D.W. Winnicott le premier miroir de l'enfant correspond au visage de sa mère. Il souligne dans son livre « *Jeu et réalité* », que lorsque le bébé tourne son regard vers le visage de sa mère, ce qu'il voit n'est autre que lui-même (Winnicott, 1975). Cette expérience permet au bébé de construire sa propre identité et d'entamer le processus de séparation du « moi » et du « non-moi » aboutissant à l'individuation.

Parfois, la mère peut rencontrer des difficultés concernant ce rôle de miroir. Dans ce cas, l'ajustement paraît entravé, la mère ne répond pas et laisse l'enfant sans réponse face à ce qu'il est en train de donner, ce qui n'est pas sans conséquence. L'enfant cherche alors un autre moyen pour que l'environnement lui reflète autre chose. Ainsi, le miroir devient alors une chose possible à « regarder » mais dans lequel l'enfant ne peut pas « se regarder ».

D'autres auteurs, tels que les psychologues R. Zazzo et H. Wallon ou encore le psychiatre et psychanalyste français Lacan ont souligné l'importance du rôle du miroir dans la construction du sujet. J. Lacan, va théoriser le « Stade du miroir ». Cette étape est selon lui fondamentale dans la construction d'un « Je » et dans la formation de l'identité de l'enfant. Cette période se déroule entre 6 et 18 mois et doit permettre au bébé d'identifier ce corps qui est à lui et qui est différent de l'Autre, en particulier de sa mère, et ainsi parvenir à se considérer comme un être singulier.

Au début, l'enfant qui se regarde dans le miroir n'identifie pas son reflet comme une image, il voit une personne. Puis, l'enfant comprend que ce qu'il perçoit dans le miroir, son reflet, n'est autre qu'une image. A ce stade il n'est pas encore capable de l'identifier comme sa propre image. Enfin, grâce aux regards et paroles du parent, l'enfant prend conscience que l'image dans le miroir est le reflet de lui-même. Ainsi, d'une perception morcelée de son corps l'enfant parvient à une image unifiée et se perçoit comme un tout unique (Levaque, 2010).

Pour J. Lacan, le regard est un concept fondamental qui va permettre l'identification et l'élaboration d'un Moi-propre.

De surcroît, la qualité du regard de l'adulte a une importance non négligeable puisque c'est ce dernier qui va accompagner l'enfant dans cette acquisition d'unité corporelle.

#### 4. Le regard dans l'approche cognitive et sensori-motrice

##### 4.1. L'apport de Jean Piaget

Le psychologue suisse, J. Piaget s'est intéressé au développement de la connaissance humaine et à l'évolution de nos modes de pensées tout au long de notre vie. Pour cet auteur, c'est en agissant sur son environnement que l'enfant construit ses premiers raisonnements. Dans sa théorie le regard est associé au domaine cognitif et est considéré comme « *un moyen de connaissance* » (Abécassis, 1979).

Piaget divise le développement psychologique de l'enfant en plusieurs stades, chacun divisé en sous-stades. Les quatre stades sont : le stade sensori-moteur (0 – 2 ans), le stade préopératoire (2 – 7 ans), le stade des opérations concrètes (7 – 11/12 ans) et le stade des opérations formelles (à partir de 11 – 12 ans).

C. Potel, dans son livre « *Être psychomotricien* », divise l'acte moteur en deux dimensions. La première dimension relie l'acte moteur au plaisir, ce sont les expériences sensori-motrices, et la seconde met en lien l'acte moteur avec la réalisation d'un projet. Le plaisir sensori-moteur est défini comme « *sentir son corps, vivant, avec des sensations diverses et variées* ». (Potel, 2010, p.136). C'est cette dimension, liant motricité et plaisir, qui va m'intéresser dans le stade sensori-moteur, c'est pourquoi je vais m'attacher à détailler les sous-stades de cette période.

Le stade sensori-moteur, se compose de six sous-stades. Les deux premiers sous-stades sont le **stade réflexe** (0 – 1 mois) et le **stade des réactions circulaires primaires** (1 – 4 mois). Lors de cette période, l'enfant peut regarder fixement un objet et lui porter un intérêt mais lorsque ce dernier quitte son champ visuel, aucune réaction n'est observée.

Le troisième sous-stade correspond au **stade des réactions circulaires secondaires** (4 mois ½ - 8 ou 9 mois). La permanence de l'objet se met petit à petit en place au début de ce stade (Abécassis, 1979). L'enfant commence à comprendre que les objets qui l'entourent existent indépendamment de ses actions et qu'ils ne cessent d'exister lorsqu'ils sortent de son champ visuel. Durant cette période, J. Piaget décrit deux processus s'opérant chez l'enfant. Le premier est « *l'accommodation visuelle aux mouvements rapides* » qui permet à l'enfant d'anticiper les futures positions de l'objet en mouvement et lui offre la possibilité de suivre du regard un objet qui se déplace devant lui. Toutefois, si une personne cache l'objet l'enfant ne le cherche pas. Le second processus correspond à la « *reconstitution d'un tout à partir d'une fraction visible* » (Abécassis, 1979, p.173) et concerne les capacités de perception visuelle de l'enfant. Selon l'auteur, l'enfant ne peut saisir un objet caché que s'il est perceptible sur une petite surface. Ce n'est que vers 9 mois, que l'enfant acquiert les compétences nécessaires pour supprimer les obstacles empêchant sa perception visuelle, signe d'un début de coordination oculo-motrice.

Le quatrième sous-stade est le **stade de coordination des réactions secondaires** (8-9 mois – 11-12 mois). L'enfant cherche l'objet à l'endroit où il a disparu la première fois mais ne parvient pas à suivre plusieurs déplacements successifs de cet objet.

Le cinquième sous-stade est le **stade de différenciation des schèmes d'action par réaction circulaire tertiaire** (11 ou 12 mois – 18 mois) durant lequel l'enfant peut chercher l'objet à

l'endroit où il l'a vu disparaître en dernier lieu. Les échanges de regard avec l'adulte s'intensifient et sont au service de la communication avec l'entourage.

Le sixième et dernier sous-stade correspond au **stade d'acquisition du premier invariant**. L'enfant a acquis les compétences nécessaires pour suivre un objet dans tous ses déplacements visibles. L'enfant quitte le niveau d'intelligence sensori-motrice pour accéder au stade de l'intelligence représentative.

#### 4.2. L'apport d' André Bullinger

A. Bullinger, psychologue et proche collaborateur de J. Piaget, a développé une approche clinique du développement psychomoteur. Il s'intéresse à la dimension sensori-motrice et développe de nombreuses théories qui éclairent l'apport considérable du regard dans le développement de l'enfant. A. Bullinger prend en compte la dimension relationnelle et cognitive dans son approche sensorimotrice.

A. Bullinger propose une théorie concernant les flux sensoriels. Un flux sensoriel correspond à « *un apport continu et orienté d'un élément susceptible d'être détecté par un système sensoriel* » (Blanc, 2016, p.17). Les flux sensoriels comprennent : le flux gravitaire, le flux tactile, le flux auditif et le flux visuel. Ils ont un rôle primordial dans le développement tonico-postural du bébé. Les flux visuels sont un ensemble de signaux lumineux issus de l'environnement.

D'après A. Bullinger, le système visuel se compose de deux formes : le système visuel périphérique et le système visuel focal.

Le **système visuel périphérique**, en place dès la naissance, permet au nourrisson plusieurs types de réactions posturales, comme l'alerte et l'orientation.

Le **système visuel focal** permet quant à lui les déplacements du regard par saccades. Il permet l'analyse et la reconnaissance visuelles.

Ces deux systèmes vont ensuite se coordonner vers 10 – 12 semaines, on parle d' « *instrumentation de la vision* » permettant alors l'exploration de l'environnement. Le bébé acquiert la capacité de poursuite visuelle et peut diriger son regard (Bullinger, 2004).

Le déplacement des yeux sur l'environnement, crée un flux et les objets mobiles dans l'espace en créent un équilibre. Les flux visuels sont essentiels dans la régulation tonico-posturale et dans les mises en forme du corps. Ils sont majoritairement perçus par le système visuel



périphérique. Cette vision périphérique permet de comprendre le corps en mouvements au sein d'un environnement spatial et joue donc un rôle dans l'élaboration du schéma corporel.

Grâce au détachement de sa figure parentale, l'enfant met son regard au profit de ses explorations, favorisant ainsi son développement cognitif et sensorimoteur. Comme le souligne A. Bullinger, le regard joue également un rôle important dans l'acquisition des compétences psychomotrices telles que le tonus et la posture.

Le développement psychomoteur concerne l'enfant dans sa globalité et prend en compte les dimensions motrices, affectives, cognitives, sensorielles et neurologiques.

Le regard peut être considéré comme un point d'appui des capacités psychomotrices de l'enfant et peut revêtir différentes fonctions telles que la communication, la contenance, l'identification et l'organisation posturale, cognitive et psychique.

Après avoir porté mon attention sur le regard dans le développement psychomoteur de l'enfant, je vais maintenant définir l'adolescence population avec laquelle j'ai effectué mon stage cette année et étudier les différentes fonctions et composantes du regard à cet âge.

### III. L'adolescence et ses particularités

#### 1. Définition de l'adolescence et généralités

L'adolescence, du latin *adolescere*, qui signifie « grandir » est définie comme une « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite » (Larousse, s. d.-b). C'est un stade de développement que l'on qualifie de processus *bio-psycho-sociale* menant à la maturité psychomotrice, cognitive et psycho-affective. (Paumel, 2019)

Selon l'OMS, cette période de croissance se situe entre les âges de 10 et 19 ans mais cette délimitation reste imprécise et diffère selon les données prises en compte. L'adolescence débute à la puberté et s'accompagne de transformations physiques, corporelles, psychiques et identitaires. Afin de mieux comprendre les enjeux et les caractéristiques de cette période, je vais m'intéresser à l'adolescence sous différents angles théoriques.

## 2. Différents axes théoriques

### 2.1. Axe développemental

#### 2.1.1. Puberté et développement physique

D'un point de vue physiologique, l'adolescence débute par la puberté qui est un mécanisme cérébral correspondant à l'activation de la fonction hypothalamo-hypophysogonadique. La maturation pubertaire est contrôlée par des facteurs neuroendocriniens et endocriniens. L'hypothalamus va sécréter l'hormone LH-RH<sup>1</sup> qui va entraîner la production des hormones LH<sup>2</sup> et FSH<sup>3</sup> par l'hypophyse. Ces dernières vont induire une augmentation de la production des hormones sexuelles par les gonades : testostérone chez le garçon et œstradiol chez la fille. Cette maturation aboutit au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive et a pour effet l'accès à la fonction de reproduction et de fertilité (Marcelli et al., 2018).

De nos jours, l'apparition de la puberté est plus précoce, elle se situe entre 8 et 13 ans chez les filles et entre 9 et 14 ans chez les garçons. Les premières manifestations sont respectivement l'apparition des seins et l'augmentation du volume testiculaire.

M. Tanner, pédiatre britannique, propose une classification des différents stades de développement pubertaire. Il les classe de 1 (stade pré pubertaire) à 5 (stade adulte) et prend en compte le développement de la pilosité pubienne, le développement mammaire chez la fille et le développement des testicules chez le garçon.

La puberté est également une période d'augmentation de la croissance osseuse et du volume musculaire et est marquée par un bouleversement hormonal induit par l'apparition des premiers cycles menstruels chez la fille.

#### 2.1.2. Développement cérébral et maturation neurologique

L'adolescence est une période marquée par une plasticité cérébrale très importante où l'on observe de nombreux changements structurels (corps calleux, amygdale) et fonctionnels

---

<sup>1</sup> *Luteinizing Hormone Releasing Hormone*, hormone de libération de lutéinostimuline

<sup>2</sup> *Luteinizing Hormone*, hormone lutéinisante

<sup>3</sup> *Follicle Stimulating Hormone*, hormone folliculostimulante

(renforcement, intensification de la myélinisation) du cerveau. La maturation cérébrale ne s'achèverait que vers l'âge de 25 ans.

Une moindre connectivité entre régions cérébrales éloignées et un décalage de maturation entre certaines structures du cerveau sont observés à l'adolescence. Par exemple, le système limbique traitant notamment les émotions, est déjà mature, tandis que les structures préfrontales, sièges des fonctions exécutives et du contrôle émotionnel, restent encore très immatures (Paumel, 2019). L'apport des neurosciences et les connaissances limitées du fonctionnement cérébral à l'adolescence permettent à l'heure actuelle de n'émettre que des hypothèses concernant ce phénomène. Toutefois, ce décalage de développement pourrait expliquer le comportement parfois « immature » des adolescents, leurs difficultés à gérer leurs émotions et leur goût du risque.

Ainsi, l'adolescence est caractérisée comme une période sensible et vulnérable faite de potentialités et de grandes possibilités d'apprentissage.

### 2.1.3. Le développement psychomoteur

Vers l'âge de 13 ans, la masse musculaire des garçons augmentent trois fois plus que chez les filles. Ainsi, ils deviennent plus performants sur le plan moteur. Néanmoins, les différences sont beaucoup moins marquées concernant les coordinations.

A l'adolescence, une augmentation de la rapidité d'exécution motrice est observée ainsi que l'apparition de nouvelles stratégies d'équilibre. De plus, des modifications transitoires du schéma corporel et du contrôle moteur sont constatées.

### 2.1.4. Le développement cognitif

Les fonctions exécutives telles que la mémoire de travail, l'attention et le contrôle exécutif se développent davantage à l'adolescence.

La puberté est également la période du *stade des opérations formelles* commençant à l'âge de 12 ans selon J. Piaget. La pensée formelle se libère du concret et l'adolescent peut ainsi raisonner abstraitement, sans avoir besoin de s'appuyer sur des manipulations. Il développe des capacités de raisonnements hypothético-déductifs et de métacognition<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Connaissance personnelle d'un individu sur ses capacités et ses fonctionnements cognitifs

Cela ouvre de nouvelles possibilités d'apprentissage dans divers domaines.

### 2.1.5. Besoins physiologiques et santé à l'adolescence

Des modifications biologiques et comportementales sont observées au niveau du sommeil. L'adolescent est sujet à une période d'hypersomnie physiologique : il a besoin d'une quantité de sommeil plus importante qu'un enfant d'âge scolaire, et son sommeil devient plus léger à partir de 13 ans, en lien avec les nombreux changements hormonaux. Son rythme chronobiologique tend à se décaler avec des couchers et levers tardifs. De plus, la modification des habitudes sociales (sorties, soirées...), l'utilisation d'écrans et la prise d'excitants (soda, alcool...) le soir ont tendance à repousser l'heure du coucher et à impacter la qualité du sommeil. Il y a une véritable opposition entre besoins physiologiques et impératifs sociaux, ce qui peut provoquer des troubles du sommeil, entraîner des symptômes psychiques (dépression, anxiété) et des troubles cognitifs (attention, mémoire).

Au niveau alimentaire, des modifications quantitatives et qualitatives sont remarquées. La croissance rapide augmente les besoins énergétiques. L'adolescent est enclin à de nouvelles habitudes alimentaires : saut de repas, restauration rapide, augmentation des comportements de grignotage. Ces conduites majorent le risque de surpoids, d'obésité et peuvent entraîner l'apparition de troubles alimentaires.

Les plaintes somatiques telles que des douleurs au dos, au ventre ou des maux de tête sont fréquentes à l'adolescence et principalement retrouvées chez les filles. Elles peuvent parfois traduire une souffrance psychique et être en lien avec les situations de stress.

## 2.2. Approche sociologique

Le modèle sociologique s'intéresse au rôle que l'environnement joue sur l'évolution de l'adolescent. Pour les sociologues l'adolescence est avant tout un phénomène culturel qui n'existe pas dans toutes les sociétés. Elle n'est pas universelle et varie par sa durée (elle peut être conditionnée par des rites de passage) et ses méthodes de socialisation (au domicile familial ou à l'extérieur).

L'adolescent travaille sur une nouvelle socialisation qui lui sera propre où il va naviguer entre chercher son individualité et son groupe d'appartenance et s'inscrire dans une société

plus globale. Des réaménagements sociaux ont lieu avec ses parents, où il oscille entre rapprochements et éloignements et avec les autres adultes qui lui servent de repères et de support d'identification. Les relations groupales sont davantage investies, « *en pleine quête identitaire, l'autre devient un miroir* » (Potel & Marcelli, 2012). Le groupe est une composante classique à l'adolescence, il est une enveloppe qui contient. Selon D. Marcelli, il est pour l'adolescent un moyen de « *trouver une identification (idéalisation d'un membre du groupe, d'une idéologie), une protection (tant envers les adultes qu'envers lui-même), une exaltation (puissance et force de la bande contrairement à la faiblesse de l'individu), un rôle social (dynamique interne à la bande avec les divers rôles qui s'y jouent : meneurs, soumis, exclus, hôtes, ennemis...)* » (Marcelli et al., 2018, p.28). De plus, de nouveaux modes de relations sont découverts et investis : passionnels, conflictuels, amicaux ou encore amoureux.

L'adolescent cherche l'anticonformisme au regard de la génération des adultes. Son apparence et son comportement sont soumis à des codes et sont identiques à ceux de ses pairs (vêtements, langage, gestes, attitudes). Ainsi, de génération en génération, une culture adolescente se renouvelle (musique, réseaux sociaux, jeux vidéo...) et permet aux jeunes de se démarquer des adultes et des enfants.

L'un des autres enjeux de l'adolescence est l'insertion dans la société. Or, la dépendance socio-économique et l'immaturation psychique fréquente rendent la séparation avec la famille de plus en plus difficile. La durée des études qui s'allonge peut également retarder cette séparation.

### 2.3. Approche psycho-dynamique

Les psychanalystes et neuropsychiatres ont été nombreux à s'intéresser à l'adolescence et à penser cette période comme ayant pour enjeu central l'intégration psychique du corps sexué. Afin de mieux comprendre le processus de sexualité à l'adolescence, les étapes du développement psychosexuel selon la théorie freudienne vont être évoquées ci-dessous.

La sexualité s'étale sur toute la vie et vise l'obtention d'une satisfaction. Pendant l'enfance, la sexualité n'a pas d'objet, son unique but est de trouver un certain plaisir (plaisir d'organe) au niveau de différentes zones corporelles, on parle alors de sexualité autoérotique.

Le développement sexuel va s'organiser autour de différents stades prégénitaux : oral, anal et phallique. Ces stades se caractérisent par l'investissement de la libido, énergie psychique pulsionnelle sexuelle, sur une zone érogène déterminée.

Le stade oral recouvre la première année de vie et se caractérise par l'investissement de la zone buccale. Le stade anal, entre 2 et 3 ans, est le stade d'autonomie et de contrôle des sphincters. Le stade phallique, entre 3 et 6 ans, correspond à une période d'intérêt pour les organes génitaux et à un temps d'élaboration de théories sexuelles infantiles qui concernent la différence des sexes, la sexualité génitale et la naissance. Apparaît dans le même temps le complexe d'Œdipe, moment fondateur de la vie psychique et d'une identité sexuée déterminée par le désir sexuel et l'orientation vers des objets extérieurs. Freud définit le complexe d'Œdipe comme le désir inconscient d'entretenir un rapport sexuel avec le parent du sexe opposé et d'éliminer le parent rival du même sexe. La crise œdipienne peut se schématiser en deux grandes étapes : au début par la sexualisation des parents puis par la déssexualisation qui permettra d'aboutir à l'identité sexuelle. Cette période s'accompagne de l'émergence du Surmoi, décrit comme l'instance psychique liée à l'intériorisation des lois, des interdits (interdit de l'inceste) et des contraintes sociales et culturelles. Le déclin du complexe d'Œdipe est finalement marqué par l'identification (Discour, 2011).

Intervient ensuite une phase de latence caractérisée par la mise en suspend de la sexualité infantile et l'apaisement des conflits au profit d'une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages.

L'émergence de la puberté interrompt cette période de latence et amène le sujet à investir la zone génitale. L'augmentation de l'énergie pulsionnelle va réactiver les fantasmes infantiles. En proie à ses pulsions, l'adolescent rejette ses parents dont la présence ravive les conflits œdipiens. Il conteste également les bases identificatoires de son enfance, c'est-à-dire les *imagos parentales* (Fejtö, 2013). Le jeune doit renoncer aux relations infantiles avec ses parents et réaménager son lien d'interaction corporelle avec eux. La sexualité passe d'un mode autoérotique à un mode hétéroérotique (envers un autre individu).

La puberté vient ainsi perturber l'équilibre acquis jusque-là pendant l'enfance et un réel travail de deuil psychique s'opère. Cette période est marquée par de nombreuses pertes qui occasionnent certains affects dépressifs, dit « normaux », qui sont à différencier de la dépression au sens psychiatrique du terme.

La réactivation des fantasmes œdipiens et l'explosion libidinale déborde les mécanismes de défense en place et le pouvoir de maîtrise du Moi. Ce rappel peut provoquer un vacillement identitaire et engendrer des régressions ou des fixations à certains stades. Cette période, où les choses demeurent instables, pousse l'adolescent à venir chercher un nouvel équilibre sur le plan des mécanismes de défense psychique.

Les mécanismes fréquemment retrouvés sont l'intellectualisation qui permet de mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée et l'ascétisme qui correspond au contrôle des pulsions et des plaisirs du corps. Parfois, il arrive que l'adolescent ait recours à des mécanismes plus archaïques, tels que le clivage représentant la coexistence de deux attitudes face à une même réalité extérieure, le déni qui correspond au refus de la réalité ou encore la projection qui attribue à l'autre des propriétés que l'on refuse chez soi (Marcelli et al., 2018). Ces mécanismes sont parfois inefficaces. L'adolescent n'est alors plus dans une tentative d'endiguer ou de symboliser ce qu'il vit mais dans le passage à l'acte avec une extériorisation de ses conflits psychiques.

### 3. Corps et regard à l'adolescence

L'adolescence est une période difficile à traverser durant laquelle s'opèrent une transformation du corps et un bouleversement de l'identité. L'adolescent doit renoncer, faire le deuil de son corps d'enfant pour investir petit à petit ce nouveau corps d'adulte. Le corps peut devenir un malaise et peut venir réveiller des angoisses. Le corps qui change c'est aussi le regard des autres qui va changer de tonalité (séduction, fuite...).

Les modifications anatomiques liées à la puberté ne se font pas toujours au même âge et le développement disharmonieux des différentes parties du corps peuvent engendrer des moqueries et une dévalorisation. Le regard social va prendre une place importante.

Les changements corporels brusques provoquent une perte des repères antérieurs et entraînent une certaine maladresse dans la mobilisation, dans l'espace et une mauvaise perception du corps propre. L'adolescent n'a pas le temps de s'adapter à ce nouveau corps qu'il voit comme étranger. Ainsi, son schéma corporel et son image du corps s'en voient impactés. L'estime du corps, corrélée à l'estime de soi, tend à diminuer, on parle d'« *insatisfaction corporelle* » (Marcelli et al., 2018). Ce sentiment d'insatisfaction est accentué par les stéréotypes et les normes réinventées aux dépens de la puberté. Les jeunes

veulent ressembler à des modèles et s'attachent à des représentations sociales qui ne reflètent pas la réalité physiologique du corps.

Toutefois, l'adolescent a besoin de passer par son corps pour clamer son identité, c'est son moyen d'expression privilégié (Potel & Marcelli, 2012). Ainsi, il exprime ses nouvelles identifications en ayant recours à des artifices ou des extravagances corporelles (coupe de cheveux, piercings, tatouage, marquages de la peau...). Les adolescents qui accumulent ces comportements en tout genre ont pour la plupart « *souffert de carence affective doublée souvent d'un climat de violence verbale ou physique* » et « *traitent leur corps à l'aune de ce qu'ils ont reçu dans leur enfance* » (Marcelli, 2006, p.234).

A l'adolescence, les vêtements deviennent des attributs essentiels pour exister et pour proclamer sa différence. C'est une enveloppe qui sécurise, protège et singularise. De plus, l'adolescent choisit des « modes de relation à son corps » (sport, théâtre...) qui lui permettent de canaliser son énergie, de se valoriser et d'appartenir à de nouveaux groupes.

Le surinvestissement de l'apparence physique à l'adolescence est en lien avec la place du regard des autres à cette période, « *tous les adolescents sont habités par ce désir/besoin d'être regardés, reconnus* » (Marcelli, 2006, p.232).

Il y a un intérêt exagéré à l'égard du corps (esthétique, propreté, préoccupations de telles ou telles parties du corps) qui souligne à quel point l'apparence extérieure est importante.

En conclusion, l'adolescence est une période faite de remaniements sur le plan physique, psychologique, affectif et relationnel. Le regard sur soi et le regard d'autrui occupent une place centrale. Les adolescents recherchent un regard de considération qu'ils n'ont pas forcément reçu dans leur petite enfance.

Au cours de mon stage, je me suis questionnée sur les impacts du placement et du vécu de ces jeunes sur le regard. La sensibilité aux regards des autres serait plus importante chez les adolescents ayant un passé de carence ou de maltraitance (Marcelli, 2006).

Ceci me permet d'introduire la dernière partie théorique de ce mémoire qui s'attache à décrire les différentes carences et maltraitances, le processus de placement et leurs impacts.



## IV. Impact des carences, des maltraitances et d'un placement

Comme vu antérieurement, le nourrisson se développe à partir de différentes expériences sensorimotrices soutenues par la relation et notamment par les interactions avec ses parents. Ces derniers incarnent les personnes qui administrent les soins physiologiques et affectifs, celles qui contiennent et qui viennent mettre du sens sur les vécus internes du nourrisson. Ils permettent à l'enfant de développer un sentiment d'unité et de sécurité et participent à la construction de son individualité. Ces éléments réunis permettent à l'enfant d'appréhender le monde avec une certaine assurance et de se développer harmonieusement.

Il existe des situations où ces interactions sont perturbées et dans lesquelles les parents ne parviennent pas à remplir leur rôle éducatif. C'est le cas des enfants carencés ou maltraités que j'ai pu rencontrer cette année au sein de la structure.

### 1. Les carences

De façon générale, la carence, du latin *carere*, qui signifie « manquer » est définie comme l'absence ou le manque de quelque chose. D'un point de vue médical, le terme carence désigne une absence ou une insuffisance d'un ou plusieurs éléments indispensables à l'équilibre et au développement de l'organisme. Elle peut être causée par un défaut d'apport (carence alimentaire, carence solaire) ou par un défaut d'utilisation (carence digestive, carence nutritionnelle).

Différents types de carence existent selon le contexte, c'est pourquoi il me semble intéressant de les définir.

**La carence alimentaire** correspond à un déséquilibre entre les apports alimentaires et les besoins nutritionnels (protéines, lipides, glucides, vitamines), elle peut être due à une malnutrition. La malnutrition est définie comme « un état nutritionnel qui s'écarte de la normale définie par les physiologistes et qui est la conséquence d'une alimentation mal équilibrée en quantité et/ou en qualité. Elle regroupe la sous-alimentation, la suralimentation et la mauvaise assimilation ». Les causes de malnutritions sont principalement des apports trop faibles, une malabsorption ou une maladie chronique. Cette carence engendre un ralentissement de la croissance staturo-pondérale de l'enfant et peut impacter le développement global voire être source de morbidité et de mortalité.

**La carence de soins** se réfère au fait de priver l'enfant de choses essentielles, de ne pas subvenir à ses besoins physiques, affectifs, éducatifs et médicaux.

Dans le cas de la *négligence physique*, les parents ne fournissent pas l'alimentation, les vêtements, le logement, le cadre, la surveillance ou encore la protection contre les dangers dont l'enfant a besoin.

De son côté, la *carence affective* se définit par une insuffisance quantitative ou qualitative d'interactions entre l'enfant et ses parents ou l'absence de soins. Dans cette situation l'enfant se voit généralement rejeté ou ignoré par ses parents. Cette négligence peut apparaître dans différentes situations : absence de la mère ou d'un substitut, séparations répétées, difficultés des parents à apporter des soins suffisants à l'enfant.

Dans la *négligence médicale*, les parents ne permettent pas à l'enfant de recevoir les soins que requiert sa santé mentale et physique. Ils négligent les soins en omettant par exemple les traitements nécessaires en cas de blessures ou de troubles ou en tardant à soigner l'enfant en cas de maladie. Cette négligence peut mettre l'enfant en danger, lui faire courir un risque de maladie grave et dans les cas les plus sérieux conduire à la mort.

Dans le cas de la *négligence éducative*, les parents n'assurent pas un encadrement approprié et ne fournissent pas les moyens nécessaires pour mettre en place et maintenir la scolarisation de l'enfant.

On parle de **carences précoces** lorsqu'elles surviennent durant les deux premières années de vie. Des carences prolongées pendant la petite enfance peuvent être à l'origine de troubles de l'attachement et avoir des répercussions diverses sur le développement. Je détaillerai ce propos dans la suite de ce mémoire.

## 2. Maltraitances et violences

Selon l'OMS, la maltraitance d'un enfant « *s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »

Environ 80% des cas de maltraitance infantile se produiraient dans le cadre familial. Les sévices infligés à l'enfant sont souvent récidivants, dans deux tiers des cas, et leur découverte souvent

retardée car l'enfant n'est pas en mesure de révéler les faits commis par son entourage ou ne le veut pas car les auteurs ne sont autres que ses parents.

Nous distinguons différents types de maltraitements infantiles : maltraitance physique, négligences lourdes, maltraitance psychologique et abus sexuels.

### 2.1. La maltraitance physique

Les violences physiques se traduisent par l'usage de la force, par des châtiments corporels excessifs visant à blesser l'enfant. Parmi les exemples les plus couramment retrouvés nous pouvons citer : les coups, les brûlures, les secousses ou encore les empoisonnements. Ces sévices physiques peuvent concerner des enfants de tout âge, mais les plus exposés restent les nourrissons et les enfants en bas âge puisqu'ils ne peuvent pas parler. Il n'est pas sans rappeler que les violences physiques sont la cause la plus fréquente de traumatismes crâniens graves chez les nourrissons (syndrome du bébé secoué).

### 2.2. Les négligences lourdes

Les négligences lourdes font référence aux carences, notion que j'ai développé antérieurement dans ce propos. L'adulte responsable de l'enfant néglige les besoins fondamentaux et prive l'enfant des éléments indispensables à son bon développement. Il peut s'agir de négligences en rapport avec la nutrition, l'éducation, le sommeil ou encore une privation de soins ou d'attention. La négligence peut ne pas être intentionnelle mais place tout de même l'enfant en danger. Ainsi, elle entre dans le champ de la maltraitance sous forme de maltraitance par omission. Souvent oubliée, la négligence doit être signalée car elle a des conséquences sur la survie de l'enfant, sur son développement psychomoteur et sur l'estime de soi.

### 2.3. La maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique ou affective est plus difficile à repérer que la maltraitance physique. Néanmoins, elle n'est pas à négliger. En effet, la sécurité affective et relationnelle de l'enfant fait partie de ses besoins fondamentaux. Les maltraitements psychologiques telles que l'humiliation, les insultes répétées, les menaces et la dévalorisation conduisent l'enfant à

se dévaloriser, à se sentir non aimé par son entourage et entravent sa construction identitaire et relationnelle.

## 2.4. L'abus sexuel

Les violences sexuelles concernent tous les actes à connotation sexuelle imposés aux enfants. D'après l'Association de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, par abus sexuel est entendue « *toute utilisation du corps d'un enfant pour le plaisir d'une personne plus âgée que lui, quelles que soient les relations entre eux, et même sans contrainte ni violence* ».

L'abus sexuel ne se limite pas au viol, qui se caractérise par un acte de pénétration sexuelle (vaginale, anale ou buccale). Cela comprend également les attouchements, l'exposition des parties génitales de l'agresseur, l'utilisation d'un enfant dans des productions pornographiques ou encore l'acte de forcer l'enfant à participer à un acte sexuel avec un autre enfant. Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise est qualifiée d'agression sexuelle.

La notion d'inceste a été réintroduite dans le code pénal par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Elle prend en compte toute agression sexuelle ou viol commis par un ascendant (parents, membre de la famille...). La plupart des sévices sexuels sont commis par des personnes connues de la victime. Lorsqu'elles sont commises dans le milieu intrafamilial, les agressions sexuelles sont souvent répétitives.

Les enfants carencés et maltraités peuvent parfois être confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et être placés au sein d'un établissement ou d'une famille d'accueil.

Dans la suite de ce propos, je vais m'intéresser aux différents motifs pouvant être à l'origine d'un placement.

## 3. Le placement d'un enfant

Le placement d'un enfant est une mesure de protection mise en place lorsque la santé ou la moralité d'un enfant est en danger. Elle vise à retirer l'enfant de son milieu familial et le placer dans une institution ou en famille d'accueil.

Plusieurs causes et motifs peuvent être à l'origine d'un placement (*Direction de l'information légale et administrative, s. d.*).

### 3.1. L'accouchement sous X

Toute femme enceinte est en droit d'accoucher anonymement, quel que soit l'établissement choisi, c'est ce qu'on appelle un accouchement sous X.

Ces femmes doivent entreprendre les démarches nécessaires afin de prévenir l'équipe médicale de l'établissement de santé dans lequel se déroulera l'accouchement. Il est important de rappeler qu'aucune enquête ne peut être menée au sujet de ces femmes et qu'aucune pièce d'identité ne peut leur être demandée. Toutefois, elles sont en droit de lever le secret de leur identité à tout moment au cours de leur vie. Un accompagnement psychologique et social peut être mis en place par l'ASE sur demande.

Après l'accouchement, le nourrisson est remis aux services de l'ASE. L'abandon de l'enfant est provisoire durant un délai de 2 mois après l'accouchement, période pendant laquelle la mère peut décider de récupérer son enfant. Durant cette période l'enfant ne peut pas être adopté. Le père dispose du même délai pour reconnaître son enfant né sous X. Après ce délai, et si aucun des parents n'est venu reconnaître ou reprendre l'enfant, celui-ci est placé en famille d'accueil ou en pouponnière en vue d'une éventuelle adoption.

### 3.2. Demande de placement par les parents

Le placement volontaire d'un enfant par ses parents est possible dans certains cas. Si les parents rencontrent des difficultés pour élever et s'occuper de leur enfant, ils peuvent décider de le placer hors du foyer familial, de manière temporaire et prolongée. C'est le cas notamment suite à une maladie ou à une hospitalisation des parents ou encore lorsque ces derniers rencontrent des difficultés d'ordre matériel ou psychologique. Pour cela, les parents doivent contacter les services de l'ASE qui prendront une décision en accord avec les besoins de l'enfant. L'ASE pourra décider, avec l'accord des parents, d'un placement en famille d'accueil ou en établissement. Dans cette situation, les parents conservent l'autorité parentale. La mesure est mise en place pour une durée d'un an et peut être renouvelée. C'est ce qu'on appelle un Accueil Provisoire (AP).

### 3.3. Placement d'un enfant sur décision judiciaire

Lorsqu'un enfant se trouve en danger au sein de son milieu familial, un placement sur décision judiciaire est mis en place. L'enfant est alors retiré de son foyer familial, qui ne peut

garantir sa santé, sa sécurité ou sa moralité et au sein duquel les conditions de son éducation et de son développement global sont gravement compromises.

Le procureur de la République saisit le juge des enfants afin que des mesures d'assistance éducative soient prises, dans le but de protéger le mineur. L'enfant est confié aux services de l'ASE, qui décideront du placement le plus adapté : famille d'accueil, Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) ou encore Village d'Enfants et Adolescents.

La mesure de placement dure 2 ans au maximum et peut être renouvelée plusieurs fois. Toutefois, la mesure peut être modifiée par le juge, suite à une nouvelle audience, en cas de changement de la situation de l'enfant ou de la situation familiale. L'autorité parentale exclusive est conservée par les parents mais peut être retirée totalement en cas de désintérêt pour leur enfant. Conserver un lien parents-enfants est primordial c'est pourquoi, quand la situation le permet, des droits de visite et d'hébergement sont mis en place ainsi que des visites libres. Le juge en fixe les conditions et peut provisoirement suspendre un de ces droits ou appliquer des mesures complémentaires (droit de visite exclusivement dans un espace de rencontre ou en présence d'un tiers), cela dans l'intérêt de l'enfant.

### 3.4. Placement d'un enfant pupille de l'Etat

Ce type de placement concerne l'enfant qui a perdu tout lien avec sa famille. Il est alors confié aux services de l'ASE et est admis comme pupille de l'Etat, c'est-à-dire qu'il est sous la responsabilité de l'Etat. Il existe différentes situations pour lesquelles un enfant devient pupille de l'Etat : enfant de parents inconnus (enfant trouvé ou né sous X), enfant orphelin pour lequel aucun membre de sa famille ne veut ou ne peut être le tuteur, lorsque les parents de l'enfant ont fait l'objet d'un retrait total de leur autorité parentale ou encore dans le cas d'un enfant pour lequel une décision judiciaire de délaissement parental (abandon) a été prononcée.

L'enfant est alors confié à l'ASE et placé dans une pouponnière ou auprès d'une famille d'accueil et peut éventuellement faire l'objet d'un projet d'adoption simple ou plénière. L'adoption simple crée un lien de filiation, lien juridique, entre l'adoptant et l'adopté. Cette adoption entraîne une conservation des liens entre l'enfant adopté et les parents d'origine. Au contraire, dans le cadre d'une adoption plénière les liens entre l'enfant adopté et sa famille d'origine sont rompus. L'enfant peut être adopté soit par la personne à laquelle il a été confié

(famille d'accueil) soit par des personnes qui en font la demande et ont obtenu un agrément par le responsable du service de l'ASE. Une fois adopté, l'enfant quitte son statut de pupille de l'Etat.

Les différentes jeunes filles, placées au sein de la MECS, que j'ai rencontrées cette année ont été confiées à l'ASE sur décision judiciaire ou placées à la demande des parents.

Le placement, les carences et maltraitements préalablement vécus dans l'enfance ont des répercussions sur le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant, je vais m'y intéresser dans la suite de ce propos.

#### 4. Répercussions d'un passé de violence et d'un placement

Le placement est une violence supplémentaire qui engendre une séparation parents-enfants plus ou moins prolongée et une perte des repères affectifs et spatiaux construits auparavant par l'enfant. Il doit ainsi renoncer à ses références antérieures pour en construire de nouvelles : cela constitue un deuil. Le placement associé à un passé de carences et de violences peut impacter le développement et le fonctionnement psychique et corporel de l'enfant.

##### 4.1. Conséquences sur le développement cérébral

La privation d'expériences sensorielles au début de la vie peut affecter l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives, le langage et la communication.

En effet, à la naissance, le cerveau du nouveau-né n'est pas encore entièrement développé et la plupart de ses neurones ne sont pas encore reliés entre eux. Ce sont les stimulations provenant de son environnement qui permettent aux neurones de se connecter et former des synapses. Elles évoluent pendant la première année de vie, de nouveaux réseaux neuronaux se créent au fil des expériences du nourrisson. Ainsi, si l'enfant est stimulé et bénéficie de soins et d'attention, ses apprentissages et son développement seront meilleurs et plus rapides. Au contraire, si la mère ou le substitut maternel est défaillant, le milieu sensoriel de l'enfant sera appauvri et les neurones moins sollicités, ce qui pourra engendrer une atrophie du cerveau (Garret-Gloanec et al., 2013).

Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse plus particulièrement au développement et à la fonction des neurones miroirs.

En 1990, Giacomo Rizzolatti, directeur du département des neurosciences de la faculté de médecine de Parme, a fait une découverte révolutionnaire qui représente un élément central dans les carences affectives : les « *neurones miroirs* ». Suite à une étude, il constate que des neurones placés dans la zone F5 du cortex pré-moteur des macaques s'activent aussi bien lorsque l'animal exécute une action que lorsqu'il observe un de ses congénères exécuter la même action. Ces neurones constituent un mécanisme de transfert dans lequel l'action observée est transcrite dans le système moteur de l'observateur.

La présence de neurones miroirs chez l'homme a été confirmée, ils se situeraient autour de l'aire de Broca. Cette découverte a fait émerger le concept de « *cerveau neurosocial* ». De nombreux chercheurs et psychologues émettent l'idée que les neurones miroirs interviennent dans la capacité à percevoir et reconnaître les émotions d'autrui. Notre système miroir des émotions reproduirait dans notre cerveau l'état émotionnel de la personne et permettrait ainsi de distinguer les différents affects éprouvés par cette dernière.

Cela prouve qu'un cerveau seul se développe moins bien et moins rapidement que s'il peut s'appuyer sur un autre cerveau (Ghanem, 2016).

Dans le cas de carences précoces, le développement de ces neurones est impacté. Par conséquent, les enfants qui en sont victimes peuvent manifester un mauvais traitement des informations, un mauvais contrôle des émotions ainsi qu'un comportement mal adapté à la situation. Une perturbation du fonctionnement émotionnel peut gêner l'enfant dans la dynamique d'échange et dans l'interaction avec les autres.

Par ailleurs, de nombreuses études ont été menées concernant l'impact des maltraitances et des négligences sur la production de l'hormone du stress nommée « *cortisol* ». Ces dernières ont mis en évidence une augmentation du cortisol chez les enfants victimes de violence (Benarous et al., 2014). Cette production accrue a un lien direct avec le stress chronique, dont souffrent ces enfants, causé par l'absence d'expériences contenantantes et sécurisantes. La forte sécrétion de cortisol entraîne la mort de neurones et une diminution du volume de l'amygdale, impliquée dans la gestion des émotions et dans la mémoire émotionnelle. Ainsi, l'excès de cortisol dans l'organisme peut engendrer des comportements agressifs et des troubles mnésiques.



## 4.2. Retentissements psychologiques

Une forme de déni est parfois repérée chez les jeunes. Le déni est un mécanisme de défense contre l'angoisse retrouvé fréquemment dans le cas de carences infantiles associées à une séparation parents-enfant. L'enfant nie la réalité et transforme les faits réels anxiogènes, en refusant de les reconnaître ou en les remplaçant par des faits imaginaires opposés. Le jeune idéalise ses parents malgré leurs défaillances et ne les tient pas responsables de la situation.

Freud illustre bien ce processus lorsqu'il décrit le déni comme un clivage du Moi. Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux : une tient compte de la réalité tandis que l'autre s'en détache. Ainsi, les parents sont idéalisés par une partie du psychisme de l'enfant et redoutés et haïs par l'autre partie. Ce clivage est un mécanisme nécessaire à la survie psychique de l'enfant.

Les enfants placés ressentent généralement une grande culpabilité, ils s'auto-accusent et croient être à l'origine des rejets et du retrait de leur famille. Toutes ces pensées renforcent leur faible estime d'eux même.

## 4.3. Répercussions physiques

Des répercussions physiques peuvent être observées tel qu'un retard de croissance staturo-pondérale causé par des besoins alimentaires ou d'hygiène non remplis.

Des répercussions sur le plan somatique peuvent aussi être remarquées chez les jeunes carencés. Ces perturbations semblent être un moyen d'exprimer autrement la détresse psychique vécue. Les troubles les plus fréquents sont des difficultés d'endormissement et des troubles du sommeil. Des épisodes d'agitations, des cauchemars ou des réveils nocturnes peuvent apparaître. Il est également remarqué la présence de troubles énurétiques<sup>5</sup> et encoprétiques<sup>6</sup> chez certains de ces enfants.

Michel LEMAY, pédopsychiatre français, évoque l'apparition de « *réactions dépressives intenses avec des manifestations somatiques inquiétantes : refus de s'alimenter – agitation anxieuse se traduisant par des pleurs et des cris – tentative d'agrippement – troubles du*

---

<sup>5</sup> L'énurésie désigne l'émission d'urine involontaire et inconsciente, généralement nocturne, chez un enfant ayant dépassé l'âge de la propreté.

<sup>6</sup> L'encoprésie désigne l'émission incontrôlée de selles, chez l'enfant de plus de trois ans.

*sommeil – troubles digestifs à forme de vomissements et de diarrhée – sensibilité accrue aux infections respiratoires mineures* » (Lemay, 1979, p.107) lorsque l'enfant carencé est sujet à une séparation précoce associée à des séjours discontinus en famille d'accueil ou en pouponnière.

#### 4.4. Troubles instrumentaux et cognitifs

Le manque de stimulations dans l'enfance peut engendrer un retard de développement global. Des troubles de l'articulation et des retards de langage sont fréquents chez les enfants maltraités (Mille & Henniaux, 2007). Ces troubles sont expliqués par la pauvreté des interactions précoces marquées par peu de contact visuel et un manque d'expressions sonores ou gestuelles. Outre un retard dans l'apparition du langage, les troubles peuvent persister à l'adolescence et à l'âge adulte et se caractériser par un vocabulaire pauvre et des erreurs de syntaxe. De ces difficultés peuvent émaner des troubles des apprentissages. Des recherches montrent que ces jeunes sont enclins à de moins bons résultats scolaires et qu'ils sont davantage orientés en éducation spécialisée.

De plus, des études ont permis de mettre en évidence la présence de retards cognitifs chez près de 70% des bébés élevés dans des conditions défavorables (Mille & Henniaux, 2007). Des progressions peuvent avoir lieu en cas d'évolution positive du milieu de vie ou grâce à des prises en charge. Cependant, le maintien d'un fonctionnement intellectuel dysharmonique et la présence de troubles de l'organisation du raisonnement sont réguliers.

#### 4.5. Troubles du comportement et des conduites sociales

Il n'est pas rare que les enfants maltraités développent des troubles du comportement. Il n'existe pas de tableau clinique précis. Certains enfants présentent une conduite d'inhibition globale, c'est-à-dire qu'ils sont passifs, en retrait, incapables de s'affirmer ou de prendre une initiative. D'autres sont dans l'opposition (Mille & Henniaux, 2007). L'intolérance à la frustration et le besoin d'accaparer autrui provoquent des colères voire des manifestations auto et hétéro agressives.

Compte-tenu de leurs difficultés à exprimer et à reconnaître les émotions, les jeunes s'expriment parfois par une mise en corps pouvant aller jusqu'au passage à l'acte. Il n'est pas rare de constater des automutilations, de l'autodépréciation et de la violence.

Les troubles des conduites sociales complètent généralement ce tableau de revendication affective : vol, fugue, fabulations, injures. On retrouve également davantage de troubles des comportements sexuels chez les pré-adolescents et adolescents victimes d'abus sexuels ou de violences physiques : activité sexuelle précoce, grossesse pendant l'adolescence, risque plus élevé de maladies sexuellement transmissibles et recours à la prostitution fréquent.

Ces comportements peuvent faire craindre des difficultés à entretenir des relations saines avec les autres et risquent d'altérer l'intégration sociale du jeune.

Les carences et les maltraitances ont de multiples répercussions sur le développement et l'évolution de l'enfant et de l'adolescent. Elles impactent leur vie sociale et affective et influencent leur regard.

D'autres troubles et pathologies peuvent impacter le regard. Dans le cadre de mon stage je n'ai pas été amenée à rencontrer ces particularités, toutefois, il m'a semblé important de les étudier afin d'élargir ma réflexion. N'étant pas le sujet principal de mon mémoire, j'ai fait le choix de mettre cette partie en annexe<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Cf. *infra*, Annexe I p. I

# PARTIE CLINIQUE

## I. Présentation du lieu de stage

### 1. Fonctionnement de la Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS)

Il me paraît important de vous présenter la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage de troisième année d'études de psychomotricité et de vous faire découvrir l'environnement de vie et de prise en charge des adolescentes.

Cet établissement a été créé en 1954 dans une demeure construite en 1880. Il s'agit à l'époque d'un foyer de semi-liberté placé sous tutelle du ministère de la santé publique et de la population. Aujourd'hui, le foyer fait partie d'un ensemble d'établissements et de services gérés par une association, il est conventionné et intégralement financé par le Conseil Départemental. L'établissement est identifié comme une MECS spécialisée dans l'accueil d'adolescentes âgées de 12 à 16 ans. Dans les faits les jeunes présentes au foyer ont entre 11 et 18 ans. Les adolescentes accueillies ont subi de nombreux traumatismes et vécu durant l'enfance et l'adolescence des situations de carences massives sur le plan éducatif, affectif, psychologique et présentent pour certaines des difficultés comportementales. La MECS est ouverte 365 jours par an et permet la prise en charge en internat éducatif de 28 adolescentes.

L'équipe se compose d'un directeur, d'un chef de service éducatif, de coordinatrices du pôle éducatif et du pôle soin, d'un pôle administratif, de plusieurs éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux (assistance sociale, Educatrice de Jeunes Enfants, éducateurs, techniciens de l'intervention sociale et familiale), de deux psychomotriciennes, d'une psychologue, d'une infirmière, d'un éducateur scolaire, d'assistantes familiales, d'un cuisinier, de maitresses de maisons, d'un agent technique d'entretien.

Les admissions peuvent se faire à tout moment de l'année par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) suite à la demande de la famille ou suite à une décision du juge des enfants.

Avant l'admission dans l'établissement, la jeune concernée accompagnée d'un travailleur social est reçue en entretien préalable par le chef de service éducatif et un éducateur. A l'issue de cet entretien débute une période d'observations qui permet de faire un point sur le plan éducatif, scolaire, médical, psychomoteur et psychologique et d'évaluer la pertinence de l'admission. C'est-à-dire savoir si l'établissement est adapté à la problématique de la jeune

fille. Un deuxième entretien dit de « fin d'observation » permet de prendre une décision quant à l'accueil de l'adolescente. Les objectifs d'accompagnement et de travail y sont évoqués. Dans le cas d'une réponse positive, une date d'accueil est fixée. Dès l'admission, et pour chaque jeune, sont définis un éducateur et une psychomotricienne référents.

L'objectif de l'établissement est d'apporter une continuité dans l'accompagnement de l'adolescente en suppléance de l'action parentale, tout en essayant de maintenir des liens avec la famille. Les missions de l'établissement sont inscrites à l'Article 375 du Code Civil et aux Articles 40 et 46 du Code de l'Action Sociale et des Familles et se situent dans le cadre de la protection de l'enfance avec l'habilitation de l'Aide Sociale à l'Enfance. Les actions sont diverses : accueil, protection, éducation, orientation et santé.

A cette fin, la MECS garantit un lieu accueillant et rassurant qui s'inscrit dans le parcours singulier de chaque jeune fille, soutient les jeunes filles accueillies dans leur développement psychocorporel et leur épanouissement à travers un accompagnement quotidien, accompagne la socialisation des jeunes notamment par le biais de la collectivité, d'une scolarité ordinaire et restaurée, d'activités extra-scolaires, d'activités culturelles et sportives et enfin, co-construit un projet individualisé afin d'acquérir une certaine autonomie.

Selon les éléments en leur possession, le juge des enfants ou l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance peuvent décider d'une fin d'accueil au sein du foyer. De plus, en fonction de l'évolution et l'âge des jeunes, une orientation vers un autre espace de vie peut être décidée (changement d'établissement, départ en semi-autonomie ou retour au sein du foyer familial).

## 2. Place de la psychomotricité au sein de la MECS

### 2.1. Prise en charge

Deux psychomotriciennes travaillent au sein de l'établissement. Elles mènent diverses missions au sein du foyer et auprès des jeunes : « *La finalité de l'accompagnement en psychomotricité est que les jeunes filles qui sont accueillies puissent reprendre confiance en elle, acquérir un sentiment de sécurité interne pour exister en tant que sujet et non plus en tant qu'objet* »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Projet d'établissement 2016-2020

A son arrivée au foyer, chaque jeune passe un bilan psychomoteur afin d'établir des axes thérapeutiques. Par la suite, des séances de psychomotricité hebdomadaires en individuel d'une durée de 30 à 45 minutes sont proposées.

Par la spécificité du public accueilli et des problématiques rencontrées au sein de la MECS, les axes de travail récurrents en psychomotricité portent sur l'étayage du schéma corporel et de l'image du corps, la gestion des émotions, le travail sur la relation et la prise de confiance en soi, la relaxation et la contenance, la construction de l'axe corporel, le tonus et l'attention. Parfois, les axes visent à renforcer les compétences en motricité globale et fine, en graphisme ou encore à améliorer les connaissances et le repérage spatio-temporel.

Les psychomotriciennes proposent également des suivis de groupe. Un « groupe du coucher » est proposé tous les soirs. Le coucher étant un moment particulièrement angoissant, une salle baignée dans une atmosphère propice à la détente est mise à disposition des adolescentes qui le souhaitent. Les psychomotriciennes y proposent différentes activités : touchers thérapeutiques à l'aide d'objets, de balles sensorielles ou avec les mains, dessins ou coloriages.

## 2.2. Groupe cirque

Cette année nous avons mis en place avec ma maître de stage un atelier cirque. Il me paraît intéressant de décrire le fonctionnement de ce groupe dans la suite de ce propos car j'y fais référence dans les paragraphes portant sur l'observation des jeunes.

- **Le cadre**

La salle utilisée pour ce groupe est la salle de psychomotricité. Le matériel de cirque est mis à disposition en fonction du thème choisi pour la séance.

Les séances sont hebdomadaires, le mercredi, et durent de trente minutes à une heure. Le groupe est un groupe ouvert composé de quatre à six jeunes et encadré par la psychomotricienne et moi-même.

- **Les objectifs**

La mise en place de ce groupe a pour objectifs de favoriser les interactions entre les jeunes et de permettre un travail sur la relation, sur le partage et la maîtrise des émotions.

L'atelier cirque est un moyen de varier et travailler les différents niveaux de relation au sein du groupe. D'un point de vue psychomoteur, ce dernier a pour objectifs de travailler de nombreux items comme les équilibres, les coordinations, le tonus, la sensorialité, la motricité globale et fine, le repérage dans l'espace, le rythme ou encore la latéralité. La prise de confiance en soi et le regard sont également des composants travaillés dans le cadre de cet atelier.

- **Le déroulement des séances**

Les séances se déroulent toujours de la même façon. D'abord, un temps de jeux permet la mise en relation du groupe. A chaque séance nous développons un axe de travail selon un thème, cela peut être le jonglage en variant les médiateurs, l'équilibre sur objets ou encore l'acrobatie. Nous poursuivons par un temps d'exploration du matériel circassien. Ce dernier est disposé partout dans la salle et les jeunes sont invitées à expérimenter et à se familiariser avec les différents objets (massues, balles, cerceaux, anneaux, foulards...), laissant libre cours à leur imagination, leur expressivité et leur créativité.

En lien avec l'axe de travail ou le matériel découvert, les jeunes ont la possibilité de faire des ateliers scéniques par deux ou trois, c'est-à-dire de créer un spectacle présenté au groupe en fin de séance. Nous finissons toujours l'atelier par un jeu rassemblant toutes les participantes et par un rituel qui consiste à reproduire un geste qui nous évoque la séance.

### 3. Contexte du stage

Le cadre particulier de l'établissement impose un emploi du temps atypique avec des horaires de 14h30 à 22h30. Ainsi, outre les séances de psychomotricité, j'ai pu participer aux différents temps de vie quotidienne des jeunes (activités, repas, temps du coucher).

J'ai également pu observer l'organisation de l'équipe et le fonctionnement des différentes professions ainsi que leur complémentarité.

Les différentes situations rencontrées au cours d'une journée permettent des observations et des échanges variés. Les regards et les relations entre les jeunes diffèrent selon les activités et les moments de vie partagés.

## II. Présentation des cas cliniques

### 1. Cécile<sup>9</sup>

Cécile est une adolescente souriante de 15 ans qui présente un rapport statur pondéral supérieure à la norme pour son âge. Elle adopte un style inspiré de la culture japonaise mais s'y prend maladroitement ce qui contribue à lui donner une apparence négligée. Ses cheveux ne sont pas coiffés et ses tenues vestimentaires non adaptées à sa morphologie. Elle porte des lunettes qui sont constamment recouvertes d'un voile de saleté et présente un léger strabisme. Ce qui attire mon attention chez cette jeune est son regard fuyant et son silence. La discussion est peu aisée et Cécile peine à s'affirmer.

#### 1.1. Anamnèse

De l'histoire de Cécile nous retiendrons qu'elle est née en juin 2005 et qu'elle est fille unique. Je ne possède aucune information concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Les éléments concernant son développement psychomoteur sont inconnus.

- ***Antécédents familiaux***

Les parents de Cécile sont consommateurs de stupéfiants et d'alcool. Le père de Cécile est décrit comme un homme violent. Il a quitté le domicile familial au cours du cinquième mois de grossesse et n'a pas reconnu sa fille. Il rend tout de même des visites ponctuelles jusqu'aux deux ans de Cécile. A ce jour, le père a rompu tout lien avec sa fille. Cette dernière dit ne pas le connaître.

Concernant la mère de Cécile, elle est alcoolodépendante et a déjà été hospitalisée de nombreuses fois en service d'addictologie.

En 2014, Cécile et sa mère emménagent chez ses grands-parents pour des raisons financières. Ces derniers ont aussi des problèmes d'addictions à l'alcool. Son grand-père décède quelques temps après, ce qui est un véritable traumatisme pour Cécile. Cette dernière prend alors une place de toute puissance au sein de sa famille. Sa mère peine à la remettre à sa place d'enfant.

---

<sup>9</sup> Afin de protéger l'identité des personnes citées, tous les prénoms utilisés dans ce mémoire ont été modifiés.



- ***Antécédents médicaux***

Cécile souffre de diabète de type 1<sup>10</sup> depuis six ans. En 2017, elle est hospitalisée pendant deux mois dans le cadre de cette maladie. Lors de cette hospitalisation, la jeune fille présente des accès de colère et manque d'investissement dans ses soins. Lors d'une permission, la mère met fin au suivi médical de sa fille. Actuellement, Cécile est traitée par insulinothérapie<sup>11</sup>.

- ***Origine du placement***

Plusieurs Informations Préoccupantes<sup>12</sup> (IP) sont effectuées par le collègue et le médecin diabétologue de Cécile. Il est remarqué un fort absentéisme scolaire, un manque de respect des règles d'hygiène, des carences éducatives et des prises de rendez-vous médicaux tardives ainsi que des mises en danger via son diabète.

La mère de Cécile est violente et insulte régulièrement sa fille. De nombreuses disputes ont lieu au sein du foyer familial. Il est arrivé que Cécile manque des repas ou mange seule dans sa chambre. Cette dernière peut se montrer violente envers sa mère et taper sur les murs. La mère de Cécile projette ses expériences et émotions sur sa fille et lui raconte ses vécus traumatiques antérieurs sans filtre en présence des professionnels qui la suivent.

Une Action Educative à Domicile (AED) est mise en œuvre en 2017 afin d'apporter un soutien éducatif à la famille.

En août 2018, Cécile est alors âgée de 13 ans, une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) est ordonnée par mesure judiciaire pour une durée d'un an. L'objectif est d'apporter une aide à la famille afin que Cécile n'encoure plus de danger dans son milieu familial et que sa mère exerce son autorité parentale de manière adaptée.

En 2019, une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) est décidée par le juge des enfants. Fin février 2020, Cécile est admise au sein de la M.E.C.S. Elle a des difficultés à accepter le placement mais est consciente des difficultés de sa mère et de son incapacité à s'occuper d'elle. Elle exprime se voir rester au foyer le temps que la situation se stabilise. A son arrivée,

---

<sup>10</sup> Selon l'OMS, le diabète de type 1 ou insulino-dépendant est une maladie chronique caractérisée par une production d'insuline insuffisante.

<sup>11</sup> L'insulinothérapie consiste en l'injection régulière d'insuline chez les patients atteints de diabète de type 1.

<sup>12</sup> Elle correspond à toutes informations susceptibles de penser l'existence d'un danger ou d'un risque de danger pour un mineur. Cela peut concerner la santé, la moralité et la sécurité du mineur mais aussi les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social.

Cécile reste beaucoup seule dans sa chambre et peine à aller voir les autres jeunes. Actuellement, elle a pu tisser des liens avec certaines filles et ne semble pas isolée. Elle possède des droits de visite et d'hébergement chez sa mère.

- ***Scolarité***

Cécile mène une scolarité correcte jusqu'à l'arrivée au collège. En sixième elle se voit déscolarisée et redouble. Elle suit alors un enseignement pendant quatre mois au sein d'un Centre Médico-Psychologique pour adolescents. En classe de cinquième, Cécile est scolarisée une journée par semaine et en quatrième elle n'a cours que le matin. Des crises d'angoisses au moment de retourner en cours l'empêchent parfois de se rendre au collège malgré son emploi du temps aménagé. Cécile évoque facilement les raisons de sa déscolarisation. Elle est harcelée au collège et la relation avec ses pairs est très compliquée. Cécile se positionne constamment en tant que victime. Les seuls liens qu'elle tisse avec les jeunes de son âge se font via les réseaux sociaux.

Elle est une mineure isolée qui se montre très angoissée par les comportements de sa mère. Selon sa psychologue de l'époque, Cécile avait peur que sa mère se mette en danger avec l'alcool. Par conséquent, se rendre à l'école était devenu de plus en plus difficile car elle avait le sentiment de l'abandonner.

Des progrès et un travail ont été faits depuis son arrivée au foyer. Cécile est actuellement scolarisée en troisième dans un collège général et assiste à tous les cours.

- ***Prises en charge actuelles***

Cécile est suivie régulièrement par un médecin diabétologue dans le cadre de son diabète. Elle bénéficie d'une prise en charge éducative au sein du foyer. Elle a une séance de psychomotricité tous les mercredis et participe à l'atelier cirque une semaine sur deux. Cécile bénéficie également de séances d'équicie tous les quinze jours. Il s'agit d'une pratique de la relation d'aide qui s'appuie sur la création d'une relation entre le cheval et la personne accompagnée. Enfin, Cécile a également un suivi psychologique.

## 1.2. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été réalisé par la psychomotricienne de la MECS en mars 2020. Cécile vient sans difficulté au bilan et se montre participative. Elle est souriante et reste très silencieuse face aux questions de la psychomotricienne. Elle a régulièrement le regard tourné sur le côté comme pour chercher la bonne réponse. Au cours de ce bilan, la jeune fille présente de nombreuses réactions de prestance.

- **Tonus :**

Cécile présente une extensibilité et un ballant corrects au niveau des membres supérieurs. Le relâchement musculaire volontaire est difficile. Cécile a besoin d'un certain temps pour trouver un bon ajustement tonique et parvenir à se relâcher. Le contact physique ne semble pas la gêner. Des paratonies apparaissent dès lors que Cécile doit réaliser des mouvements nécessitant une prise de décision.

- **Latéralité :**

Cécile présente une latéralité mal affirmée. Concernant la latéralité manuelle usuelle, Cécile s'est organisée à gauche. Cependant, la latéralité innée est changeante. Les capacités de déliement digital fluctuent d'une main à l'autre et lors des diadococynésies une aisance semble plus présente à droite. Les latéralités oculaire et pédestre ne sont pas affirmées.

- **Motricité globale :**

De nombreuses réactions de prestance sont remarquées lors des épreuves de motricité globale. Cécile évoque se sentir à l'aise dans son corps seulement lorsqu'elle est seule dans sa chambre. Elle a appris à marcher tardivement et se souvient de difficultés durant son enfance, sans avoir bénéficié d'aide spécifique. Le sport est compliqué.

Cécile présente des difficultés d'équilibre statique et de nombreuses maladresses motrices. Elle maintient des postures durant quelques secondes seulement mais ne chute pas. Pour s'aider à tenir en équilibre elle bloque sa respiration.

L'équilibre dynamique est de meilleure qualité. Les marches sur la pointe des pieds et sur les talons sont réussies. Les coordinations dynamiques générales sont possibles mais traduisent un manque d'aisance corporelle. Les sauts sont effectués avec peu de rebond.

- **Motricité fine et praxies :**

Cécile évoque de grandes difficultés d'apprentissage des praxies idéatoires, c'est-à-dire qu'elle présente des difficultés lors de la réalisation de gestes complexes nécessitant l'utilisation d'objets. Aujourd'hui, elle peut utiliser des ciseaux et faire ses lacets mais elle présente toujours un manque d'aisance. Les capacités d'habillage sont acquises mais ont été difficilement mises en place. Les capacités intellectuelles de Cécile semblent l'aider à compenser ses difficultés. Le déliement digital est de bonne qualité du côté gauche comme du côté droit. Cet exercice entraîne des syncinésies.

La reproduction de gestes est efficiente et se fait de manière rapide. Un seul geste plus complexe a mis Cécile en difficulté provoquant chez elle des contractions musculaires.

- **Graphomotricité :**

Pour écrire Cécile est assise le bassin très en arrière. Sa tête est penchée et ses épaules sont hautes. La tenue de l'outil scripteur se fait de la main gauche. Cécile présente un bon déliement digital. Son attitude est plutôt figée et ses gestes sont lents.

- **Schéma corporel et image du corps :**

Cécile présente une bonne structuration et intégration du schéma corporel. Elle cite quasiment l'ensemble des parties du corps et présente des capacités de fluences verbales élevées. Lors de la réalisation du dessin du bonhomme Cécile est très lente et dessine par à-coups. Elle commence par représenter les éléments vestimentaires en s'inspirant dit-elle de plusieurs personnages. Le visage est très peu investi avec un regard vide. Les pupilles sont le dernier élément apposé. Cécile prend le temps de mettre des couleurs dans son dessin. L'organisation corporelle est de bonne qualité avec la représentation de mimiques.

Le questionnaire concernant la perception de son corps a été réalisé difficilement du fait de ses difficultés à répondre aux questions en général. Elle parvient tout de même à se décrire, évoquer ce qu'elle aime chez elle mais n'a pas souhaité parler de ses complexes.

- **Espace et temps :**

Cécile présente un bon repérage dans l'espace. Elle connaît le vocabulaire spatial et l'utilise à bon escient. Cécile peut se repérer dans la salle et diviser un espace en pas égaux. Elle reproduit des trajets sans difficulté et peut les retranscrire sur un plan.

Cécile possède de bonnes capacités visuo-perceptives et visuo-constructives. Lors de l'épreuve de la figure de Rey A, elle anticipe, observe et prend son temps. Les traits sont bien organisés même s'ils sont parfois courbés. Les éléments de la figure, leurs orientations et leurs proportions sont fidèles au modèle. Les capacités visuo-spatiales et visuo-constructives correspondent à ce qui est attendu pour son âge. La reproduction en mémoire est très précise, ce qui témoigne de bonnes capacités mnésiques.

De même, Cécile présente un bon repérage temporel. Elle peut organiser son discours dans le temps et sait lire l'heure sur une horloge. Cécile parvient facilement à reproduire un tempo en frappant dans ses mains. Cependant, l'adaptation debout est plus difficile et se voit limiter par son manque d'aisance corporelle et ses réactions de prestance.

Cécile réussit à reproduire des structures rythmiques et la symbolisation est comprise. Ses capacités attentionnelles et mnésiques sont bonnes.

- **Emotions :**

Cécile peut citer un grand nombre d'émotions mais se trouve en incapacité de les définir. Un étayage important est nécessaire pour qu'elle trouve des mots permettant de décrire l'émotion. Elle verbalise qu'elle comprend parfois ses émotions vécues mais que ces dernières peuvent également être confuses.

### 1.3. Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Cécile est une jeune fille de bon contact avec l'adulte en relation duelle. Elle présente une inhibition importante marquée par une mise en mots extrêmement difficile. Cécile se montre beaucoup sur la retenue, peine à prendre des décisions et à exprimer sa volonté. Elle a peu confiance en elle.

Elle présente de bonnes bases psychomotrices malgré une longue période de déscolarisation. Cécile a une bonne connaissance du schéma corporel, de très bonnes capacités attentionnelles et mnésiques. Son repérage temporo-spatial est efficient et elle présente de bonnes capacités visuo-spatiales.

Néanmoins, son image du corps semble fragile, certainement en lien avec une enveloppe et une contenance corporelle défaillantes. Sa latéralité n'est pas affirmée malgré son âge avancé. Cécile manque également d'aisance en motricité globale et fine. Elle investit peu son corps et

présente des troubles tonico-émotionnels probablement en lien avec son vécu carenriel précoce.

Un suivi en psychomotricité est proposé à Cécile afin de favoriser son aisance corporelle et relationnelle. Le cadre contenant et sécurisant des séances va permettre à Cécile de découvrir plus sereinement de nouvelles expériences, l'aider à prendre plus d'initiatives et ainsi travailler la confiance en soi. Réaliser un travail autour de son image du corps dévalorisée est également un des objectifs de la prise en charge en psychomotricité.

#### 1.4. Première rencontre avec Cécile

Je rencontre Cécile lors de mon premier jour de stage au sein de la M.E.C.S courant septembre 2020. Dès la première séance, quelque chose attire mon attention. En effet, lorsque la psychomotricienne lui demande de se présenter à moi, Cécile me parle sans jamais me regarder. Son regard est fuyant ou constamment tourné vers la psychomotricienne. Sa présentation est plutôt pauvre et guidée par les questions de la psychomotricienne. Lorsque cette dernière lui fait remarquer qu'elle ne me regarde pas alors qu'elle s'adresse à moi, Cécile jette un rapide coup d'œil dans ma direction et replonge immédiatement son regard vers le sol. Durant cette première séance, Cécile est très peu en relation. Je me demande si ma présence la gêne ou si elle a des difficultés à gérer la relation en présence d'un tiers. Suite à une proposition d'expressivité corporelle, Cécile qui était très effondrée jusque-là, a pu redresser son axe corporel et retrouver une certaine verticalisation. Ceci lui a permis de s'ouvrir petit à petit au groupe même si les contacts visuels restaient difficiles à soutenir. C'est lors de cette première rencontre qu'émergent mes premiers questionnements autour du regard et notamment concernant cette difficulté à regarder.

#### 1.5. Accompagnement en psychomotricité

Avant chaque séance, j'accompagne la psychomotricienne à la recherche de Cécile dans sa chambre ou dans l'établissement. L'adolescente vient avec plaisir en psychomotricité et se montre enthousiaste. Les séances s'organisent avec une alternance de jeux au bureau et de propositions davantage corporelles dans l'espace.

Cécile nous fait régulièrement part de certaines inquiétudes concernant sa mère. En effet, dès lors que cette dernière ne se rend pas aux visites médiatisées ou ne répond pas au téléphone, Cécile imagine que « *la maison a pris feu* » ou que « *sa mère est peut-être morte* ». Je remarque que cette sphère familiale est très angoissante pour l'adolescente et cela se traduit dans son corps par une attitude d'effondrement tonique.

Les séances de psychomotricité représentent un espace dans lequel Cécile peut mettre à l'œuvre ses angoisses et les exprimer. Le cadre contenant de la psychomotricité permet d'être dans la relation à l'autre, de travailler le corps en relation et de favoriser des bases corporelles solides.

La psychomotricienne invite régulièrement Cécile à choisir des jeux ou à exprimer ses envies pour la séance. J'observe rapidement que l'adolescente fait preuve d'une extrême lenteur et qu'elle peine à faire des choix. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'installer un jeu de société. Lorsque la psychomotricienne lui demande de m'expliquer les règles, elle ne le fait pas, puis après un long temps elle finit par m'expliquer sans jamais me regarder, les yeux rivés vers le bas. Cécile interagit peu avec moi et se trouve davantage en relation duelle avec la psychomotricienne. Ce comportement m'a beaucoup questionné d'autant que lors du repas du soir elle souhaite régulièrement manger à ma table et aime discuter avec moi. De plus, elle me sollicite fréquemment lors du groupe du coucher.

De septembre à janvier, le comportement de Cécile à mon égard et lors des séances évolue peu, et ce, malgré des propositions favorisant la relation duelle entre elle et moi.

Par exemple, au cours d'une séance où nous devions créer une chorégraphie ensemble pour la présenter à la psychomotricienne, le moment de réflexion me parut très long. Cécile ne décollait pas son regard du sol et n'avait pas d'idée. Lors de la représentation, Cécile me regardait peu et était plutôt mal à l'aise ce qui ne facilitait pas l'accordage entre nous.

De même, la psychomotricienne nous laisse régulièrement choisir un jeu ensemble mais Cécile ne parvient ni à faire un choix ni à me regarder malgré mes efforts pour entrer en relation.

Durant nos séances, la psychomotricienne et moi-même tentons de travailler le regard. Nous proposons régulièrement des jeux en mouvements qui impliquent de se regarder dans les yeux. Ces exercices sont difficiles pour Cécile qui a l'habitude d'éviter au maximum

l'échange de regards. Lors des jeux, l'adolescente fait l'effort de regarder rapidement puis détourne son regard au plus vite. Je remarque que son regard est également fuyant avec la psychomotricienne. Au bout de quelques essais je note tout de même une amélioration. Le support musical facilite l'entrée dans cet exercice et permet à Cécile de se sentir plus à l'aise.

J'observe pendant les séances une certaine lenteur physique et psychique chez Cécile. Elle est très inhibée lors des propositions et paraît ne pas habiter son corps ni tenir son axe. Ainsi, fin janvier nous décidons avec la psychomotricienne de commencer les séances debout et d'entamer un travail sur l'axe corporel afin que Cécile puisse acquérir une meilleure verticalisation. Suite à cela, j'ai pu remarquer une certaine évolution quant à la posture de Cécile. Cette dernière se tient plus droite lors des séances de psychomotricité ou dans la vie quotidienne et se montre moins dans une attitude d'effondrement tonique. Cécile parvient désormais à se centrer davantage sur elle et sur ses vécus. Retrouver un axe solide lui a permis de développer une certaine présence et une meilleure disponibilité relationnelle. De plus, la prise de décision est de plus en plus rapide et Cécile semble prendre davantage confiance en elle.

- ***L'atelier cirque***

Cécile participe régulièrement à l'atelier cirque. Ce dernier est intéressant pour elle notamment pour le travail de la relation et de la gestion du groupe.

Lors de cet atelier, l'adolescente se montre constamment dans la provocation. Elle vient embêter les filles en les tapant avec le matériel ou en leur faisant des réflexions puis lorsque ces dernières ripostent, Cécile se positionne en tant que victime et vient se plaindre. Ce comportement, bien qu'inadapté, m'apparaît comme un moyen pour elle de rentrer en relation, de se faire voir et accepter par le groupe. L'adolescente se met souvent en retrait et s'assoit régulièrement pendant la séance.

Lors de l'atelier cirque nous utilisons la jonglerie pour travailler notamment la latéralité, les coordinations oculo-manuelles et bi-manuelles, l'espace, le rythme ou encore le tonus. Les propositions de jonglage ne sont pas évidentes pour Cécile. Je remarque des difficultés de coordinations bi-manuelles, de dissociation et l'adolescente ne parvient pas à adapter sa force au lancer.



- **Avril 2021 – « Séance photos »**

Un projet photo a été mis en place par la psychomotricienne, une éducatrice du foyer et moi-même. Ce dernier a pour objectifs de travailler l'image du corps chez les adolescentes et toutes les composantes du regard telles que regarder, être regardé, se regarder, voir et être vue.

Il a semblé intéressant que Cécile participe à ce projet en rapport avec ses difficultés. Pour débiter la séance, nous demandons à Cécile de nous faire part de ses idées. Cette dernière, qui paraît impassible, ne prend pas le temps de réfléchir et nous répond « *très bonne question* ». Encore une fois, il est très difficile pour elle d'exprimer ses choix alors qu'elle est ravie de participer et qu'elle a ramené de nombreux accessoires pour la séance. Grâce aux questions de la psychomotricienne, Cécile finit par exprimer qu'elle souhaite que son corps entier soit photographié et qu'elle désire commencer la séance en incarnant un personnage de manga qu'elle a créé elle-même. Ainsi, Cécile revêt les vêtements et perruque de ce personnage fictif. A notre grande surprise, l'adolescente est très à l'aise face à l'objectif, son regard est tourné vers ce dernier et n'est jamais fuyant. Cécile prend des pauses, fait des mimiques et ne manque pas d'idées pour faire évoluer ses photos.

Cependant, lorsque Cécile quitte ce personnage fictif se trouver face à l'objectif et face à nos regards devient difficile. La jeune fille se montre de moins en moins à l'aise et ses difficultés à faire des choix réapparaissent. Elle se cache beaucoup derrière ses cheveux ou derrière des accessoires.

Quelques photos sont réalisées à l'aide du miroir de la salle de psychomotricité et je remarque que Cécile est difficilement à l'aise face à sa propre image devant le miroir.

Ainsi, lorsque Cécile est elle-même, je ressens chez elle une certaine pudeur se manifestant corporellement par une attitude de repli et une inhibition plutôt prononcée. Au contraire, lorsque l'adolescente incarne un personnage fictif, le regard d'autrui semble mis à distance et Cécile parvient à se dévoiler.

- **Relation et comportement**

Dès le début des séances Cécile ne m'intégrait pas à la relation et ne me regardait jamais. Elle était plutôt dans une relation de type fusionnel avec la psychomotricienne.

Ce comportement est caractéristique de la séance de psychomotricité car lors des temps informels ou de vie commune Cécile interagit avec moi et vient me chercher sans problème. Ainsi, l'intégration du tiers semble être une des problématiques chez cette adolescente.

Début octobre, j'accompagne certaines jeunes en forêt avec un éducateur pendant que la psychomotricienne part tout l'après-midi à l'hôpital avec une autre adolescente. Plus tard dans la soirée, nous voyons Cécile en séance qui s'empresse de dire à la psychomotricienne : « *Aujourd'hui je suis connectée avec Chloé car tu n'étais pas là pendant longtemps !* ». Et, en effet lors de cette séance Cécile s'est montrée beaucoup plus dans la relation avec moi, voulant se mettre dans mon équipe lors des jeux et me regardant davantage laissant la psychomotricienne plus à l'écart. Ce comportement m'a interpellé et montre que la place de tiers reste compliquée à gérer pour cette jeune. Cécile ne parvient pas à trouver la juste distance relationnelle. Elle est soit dans la fusion, soit dans l'évitement mais ne trouve pas le compromis pour s'adapter dans la relation à trois.

La gestion du groupe est une difficulté majeure pour Cécile. Courant novembre, son comportement se dégrade. L'adolescente s'énerve énormément pouvant aller jusqu'aux larmes, surtout le soir lors du dîner. Elle dit ne plus supporter les autres jeunes et la vie en communauté. Les relations à l'école sont également difficiles à gérer et sont sources de frustration. Cécile ne supporte aucune remarque et peut s'en prendre à des jeunes qui ne lui ont rien fait. Il arrive aussi que Cécile refuse de venir à l'atelier cirque. Ce comportement met en évidence ses difficultés relationnelles et semble en lien avec la situation familiale complexe.

## 2. Manon

Manon est une jeune fille née en septembre 2008. Je la rencontre lorsqu'elle est âgée de 12 ans. L'adolescente se trouve en surpoids, ce qui la rend mal à l'aise. Elle exprime qu'on se moque également de ses dents qui ne sont pas droites. Suite à une infection apparue il y a deux ans, une boule s'est formée derrière son oreille, ce qui la gêne dans son quotidien. Manon aime danser, cuisiner et regarder des vidéos.

## 2.1. Anamnèse

Je n'ai en ma possession aucune information concernant le déroulement de la grossesse, de l'accouchement ni aucun élément relatif à son développement psychomoteur.

- **Comportement**

Manon est à l'aise avec l'adulte. C'est une jeune fille très souriante qui se sous-estime fortement et manifeste une peur de l'échec très prononcée. Manon a besoin de beaucoup d'encouragement, de soutien et de contenance pour réussir à montrer ses capacités.

- **Antécédents familiaux**

La mère de Manon était auparavant dépendante à l'alcool. Actuellement, elle présente toujours des fragilités. Elle dit ne pas être en capacité de garder ses filles mais s'y intéresse de plus en plus. Le père de Manon était présent lorsqu'elle était petite mais est aujourd'hui absent et ne souhaite pas voir sa fille. Manon a une demi-sœur de 16 ans placée au sein de la même MECS et d'autres demi-frères et sœurs qu'elle connaît à peine. Manon a un grand vide concernant son histoire et sa famille. Aujourd'hui, cette quête identitaire semble importante pour elle. Elle recherche des photos, des souvenirs et commence à poser des questions à sa mère.

- **Origine du placement**

En 2010, une Information Préoccupante est rédigée par l'école suite à des traces de coups repérées sur le corps de la sœur aînée de Manon. Une Aide Educative à Domicile est alors mise en place par les services de l'ASE dans le but d'apporter un soutien éducatif à la famille. Au cours de cette même année, la sœur de Manon est placée en famille d'accueil. Manon reste quant à elle au domicile de sa mère.

En novembre 2013, alors que la jeune fille est âgée de 5 ans, une Information Préoccupante est transmise suite à des dessins et propos inquiétants. Une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) est décidée par le juge des enfants. L'OPP est une mesure judiciaire de placement temporaire lorsque les conditions d'éducation et de vie de l'enfant ne

sont plus garanties. Manon est alors placée provisoirement dans une première famille d'accueil puis en change pour être placée avec sa sœur.

Sa mère souhaite que l'ordonnance de placement soit renouvelée car elle évoque ne pas réussir à protéger ses filles de ses angoisses et dit se montrer dévalorisante à leur égard. Une demande de thérapie familiale est faite, à laquelle la mère ne donnera jamais suite.

En 2017, Manon, âgée de 9 ans, rencontre des troubles du comportement. Elle crie en continu, cela peut durer jusqu'à trente minutes sans s'arrêter. La famille d'accueil rapporte des « crises spectaculaires » qui sont impossibles à contrôler et très inquiétantes. Un traitement est préconisé et des examens cérébraux sont réalisés. Rien d'anormal n'est repéré.

A la suite de ces événements, Manon se voit dans l'obligation de changer de famille d'accueil et de quitter sa sœur. Au sein de cette nouvelle famille, Manon cherche en permanence la présence de son assistante familiale et ne joue jamais seule. De plus, son intolérance à la frustration provoque encore des colères et des pleurs. Lorsqu'elle est contrariée elle peut se montrer mutique. La jeune fille supporte difficilement les règles. Les devoirs sont des sources de conflits importants avec sa famille d'accueil. Les crises de colère sont persistantes et le comportement de Manon ne fait qu'empirer. Dans ces conditions, la famille d'accueil demande l'arrêt de la prise en charge chez elle. L'ASE prend la décision de placer Manon en collectivité, ce qu'elle n'a encore jamais vécu.

Manon intègre la M.E.C.S en juillet 2020 où elle retrouve sa sœur qui y est accueillie depuis plusieurs mois. Le départ de chez sa famille d'accueil a été mal vécu par Manon. Actuellement, la jeune fille accepte difficilement son placement en foyer.

Le père de Manon l'a totalement mise de côté depuis ses crises. Il a exprimé que cette situation était beaucoup trop difficile à gérer pour lui. Manon n'a pas de nouvelles de lui depuis plus d'un an. La jeune a cependant le droit à des visites libres avec sa mère.

- ***Scolarité***

Manon a toujours été scolarisée en Unités Localisées d'Inclusion Scolaires (ULIS) avec des moments d'inclusion au sein de classes ordinaires. En primaire, Manon explique que les gommes lui étaient retirées car elle ne pouvait jamais finir un travail à force de recommencer sans cesse.

A son arrivée au foyer, une demande d'ULIS a été réalisée mais faute de places, Manon a repris le chemin d'une scolarité ordinaire. Or, elle présente de grosses difficultés scolaires et ne parvient pas à être au niveau attendu pour son âge. Manon possède de bonnes capacités mnésiques mais la mise au travail est difficile et cette dernière est très fatigable. Les exigences attendues sont trop élevées pour son niveau et Manon tend vers un décrochage scolaire malgré sa volonté de réussir.

- ***Prises en charge actuelles***

Manon bénéficie d'un suivi éducatif au sein de la MECS. Un soutien scolaire est assuré par l'éducateur scolaire du foyer. Elle a également une séance de psychomotricité tous les mercredis. Manon bénéficie également de séances d'équicie tous les quinze jours en binôme.

## 2.2. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de Manon a été réalisé en juillet 2020. La jeune fille vient avec plaisir aux différents temps de bilan. Elle se montre très souriante et essaye de répondre au mieux aux questions et aux épreuves proposées. Manon évoque facilement son parcours et les raisons de son placement.

- **Tonus :**

Manon présente un ballant et une extensibilité des membres supérieurs corrects. Elle présente des difficultés de relâchement musculaire volontaire. Manon peine à dissocier le tonus axial du tonus périphérique. Lors de l'épreuve du sens musculaire de Soubiran le relâchement ou la contraction est difficilement localisable à une partie du corps. Elle peine à maintenir une posture et se laisse peu mobiliser.

Les épreuves relatives au tonus provoquent beaucoup de rire chez Manon.

- **Latéralité :**

La latéralité est homogène, directe et concordante. Elle se situe à droite pour la latéralité manuelle innée et usuelle ainsi que pour les latéralités oculaire et pédestre. Manon connaît sa droite et sa gauche et a acquis la réversibilité.

- **Graphomotricité :**

La tenue de l'outil scripteur se fait de la main droite. Manon présente une posture adaptée à l'écriture. Elle tourne sans cesse sa feuille, les tracés sont parfois imprécis et non contrôlés. Malgré une certaine désorganisation la qualité reste correcte.

- **Motricité globale :**

Les équilibres statiques et dynamiques simples sont possibles avec des capacités de rééquilibration. Les marches sur les talons et sur la pointe des pieds sont réalisées sans difficulté avec une bonne dissociation des ceintures et un bon placement des bras. Les coordinations dynamiques générales sont réussies. De légères difficultés au niveau de l'axe corporel sont observables mais n'entravent pas l'exécution des mouvements. Manon se plaint rapidement de douleurs aux pieds qui sont déjà apparues selon elle après une marche de longue durée.

En somme, Manon manque parfois de précision dans l'exécution motrice mais montre toutefois une certaine aisance et un plaisir dans le mouvement.

- **Motricité fine et praxies manuelles :**

Le déliement digital est correct. Manon peut observer et reproduire des séquences motrices manuelles. Des syncinésies d'imitation apparaissent lors de la réalisation de certaines épreuves.

Le découpage et les coordinations bimanuelles sont de bonne qualité. Manon obtient un résultat précis mais n'est pas satisfaite de sa production.

Les reproductions de gestes de l'EMG sont réussies, elle utilise peu le « pièce à pièce ». Les gestes bimanuels demandent parfois un rétrocontrôle visuel.

- **Schéma corporel et image du corps :**

Le test des somatognosies montre une bonne connaissance des parties du corps. Cependant, Manon a eu des difficultés à réaliser le dessin du bonhomme. La consigne a dû être reformulée. La jeune fille se dévalorise et les réactions de prudence sont nombreuses. Avec un soutien important, Manon réussit à produire un dessin qui représente sa sœur. Les proportions du dessin ne sont cependant pas adaptées : les jambes ont une longueur supérieure au buste et à la tête réunis. Le visage est pauvre en détails.

Manon prend le temps de répondre au questionnaire concernant l'image du corps. Les réponses sont cohérentes et nuancées. Son image du corps est dévalorisée notamment à cause de son poids. En effet, l'adolescente a pris plus de vingt kilos en l'espace d'un an. Les changements liés à la puberté et le surpoids apparu de manière brutale ne sont pas évidents à intégrer pour elle. De plus, comme évoqué précédemment Manon souffre de moqueries à cause de ses dents.

- **Espace et temps :**

Les notions spatiales sont utilisées à bon escient. Lors des épreuves du Marthe Vyl, Manon est en capacité de diviser l'espace en nombre de pas égaux. Elle comprend rapidement la consigne mais a besoin de plusieurs essais pour s'adapter. Manon manque d'anticipation mais réussit tout de même l'épreuve. L'épreuve des voyages est réussie. Manon mémorise rapidement les repères dans la salle.

Lorsque la psychomotricienne lui présente la figure de Rey, Manon se montre fortement inquiète. La reproduction de la forme ainsi que les orientations de la figure sont de bonne qualité. Manon tourne sa feuille dans tous les sens mais ne perd pas ses repères pour autant. La stratégie de reproduction employée est mature mais manque de précision. Manon ne compte pas les éléments et ne prête pas suffisamment attention à l'arrêt des traits.

La reproduction en mémoire est de bonne qualité. Toutefois, Manon se dévalorise et a besoin d'encouragement pour montrer ses capacités.

Au niveau temporel, Manon peut organiser son discours dans le temps. Elle se sous-estime pour la lecture de l'horloge mais comprend le mécanisme après quelques rappels. Elle s'effondre cependant à l'idée de compter de cinq minutes en cinq minutes. Si l'attention de la psychomotricienne n'est pas totalement sur elle, Manon se trouve en incapacité de poursuivre.

Manon présente des capacités rythmiques. Elle s'adapte aisément au tempo du métronome en frappant dans ses mains ou en marchant. Des réactions de prestance sont visibles lors de ces épreuves. La symbolisation est comprise et la reproduction de structures rythmiques acquise. Lorsque Manon échoue à la fin du test, elle perd confiance en elle et il est difficile de la remobiliser.

### 2.3. Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Manon est une jeune sympathique, souriante et de bon contact. Elle apprécie les relations duelles et cherche à passer du temps privilégié avec l'adulte. Elle montre une certaine immaturité et un manque de confiance important qui l'empêche parfois de montrer ses capacités. Une peur de l'échec est présente et nécessite régulièrement le soutien et l'encouragement de l'adulte afin qu'elle puisse terminer ses actions. Manon est une jeune fille qui se questionne sur son identité et ses origines. L'adolescence et les changements liés à la puberté commencent à s'inscrire dans ses questionnements.

Les épreuves du bilan psychomoteur sont globalement réussies témoignant de bonnes capacités psychomotrices. Il est parfois nécessaire de reformuler ou de répéter les consignes mais une fois comprises Manon se montre performante. Cette dernière présente une bonne intégration du schéma corporel mais une image du corps dévalorisée. Manon a de bonnes capacités motrices et prend plaisir à se mouvoir malgré des douleurs aux pieds qui la gênent. Les capacités temporo-spatiales sont efficaces et Manon possède une bonne mémoire d'action. La motricité fine est correcte mais Manon manque de précision en graphisme.

Ainsi, un suivi en psychomotricité est intéressant à lui proposer afin de l'aider à reprendre confiance en elle et à développer son image corporelle. Un travail autour de la motricité fine sera également proposé afin qu'elle puisse gagner en précision et améliorer son graphisme. Bien que Manon n'ait pas montré de crises de colères ou de frustration lors du bilan, la gestion des émotions pourra faire partie des objectifs de travail.

### 2.4. Accompagnement en psychomotricité

Je rencontre Manon pour la première fois fin septembre 2020. L'adolescente est investie et vient avec plaisir aux séances de psychomotricité. Manon semble plutôt enthousiaste quant à ma présence et ne manifeste pas de gêne. La jeune fille qui paraît réservée se montre vite joueuse et trouve rapidement sa place dans la relation à trois.

Chaque semaine, nous alternons entre une séance de balnéothérapie et une séance de psychomotricité en salle. Manon participe également à l'atelier cirque un mercredi sur deux et vient au groupe du coucher tous les soirs. Dans la suite de ce propos, j'évoquerai les observations faites lors de ces différents temps.



- **Balnéothérapie**

L'établissement est équipé d'une baignoire balnéo permettant à la psychomotricienne de réaliser des séances de balnéothérapie. Cette pratique est définie comme l'ensemble des « *soins par des bains du corps entier ou de l'une de ses parties* » (Larousse, s. d.-b). Utilisant l'eau comme médiateur elle favorise la perception de l'enveloppe corporelle, permet un travail de relaxation, développe l'exploration sensori-motrice et favorise les interactions. Les séances de balnéothérapie réalisées avec Manon sont plutôt ludiques et principalement articulées autour de jeux sensoriels.

A chaque séance Manon possède un temps libre durant lequel elle en profite pour se déplacer dans la baignoire et aller sous l'eau. Lors de ce temps, Manon semble être dans sa bulle, se montre peu en interaction avec nous et ne nous regarde pas.

Des propositions variées lui sont faites lors de ces séances. A sa demande, nous avons entamé un travail sur le souffle. Une progression est très vite apparue. Manon parvient désormais à rester la tête immergée sous l'eau et souffler pendant un temps assez long. Elle se montre beaucoup plus à l'aise et va sous l'eau de sa propre initiative. Nous continuons à travailler cet axe qui est un moyen de rentrer dans la relaxation et la conscience corporelle.

Nous axons régulièrement des séances autour de la perception corporelle, pour cela nous utilisons un système de bulles dont nous pouvons modifier le trajet, l'intensité et la localisation. Manon doit essayer de percevoir le passage des bulles sur son corps et verbaliser les sensations ressenties. La verbalisation n'est pas évidente pour l'adolescente et peu précise. Certaines parties de son corps semblent peu investies voire oubliées.

En février, Manon nous confie qu'elle a subi différentes remarques concernant son odeur corporelle. L'infirmière de l'établissement nous informe de l'apparition de tâches de saleté dans son dos. Nous profitons de la séance de balnéothérapie pour lui proposer un temps autour de l'hygiène corporelle afin de pouvoir lui apporter une aide. Nous remarquons que de nombreuses zones corporelles telles que les aisselles, le dos, les pieds et les mollets sont oubliées lors du lavage. Manon, empreinte d'un sentiment de honte, nous apprend que personne ne lui a appris les bons gestes d'hygiène. Cette situation met en évidence un manque d'investissement corporel causé notamment par les nombreuses carences que la jeune fille a vécu plus tôt dans son enfance.

Au fil des séances, je constate une nette amélioration. Manon semble plus attentive à ses ressentis corporels et investie davantage son corps.

La psychomotricienne propose différents jeux durant lesquels Manon interagit. Elle apprécie ces propositions, son regard est expressif et traduit un certain plaisir.

Lors des séances de balnéothérapie, nous avons tenté avec la psychomotricienne d'aborder un travail de détente avec Manon. Cette dernière se montre agitée et semble pour le moment plus réceptive à l'exploration sensorielle et aux expériences plus archaïques.

- ***Séances en salle***

Lors des séances en salle nous alternons entre des jeux de société et des jeux plus corporels. Nous utilisons beaucoup le jeu symbolique qui utilise l'imagination, favorise la relation, renforce les habiletés sociales et permet de développer l'autonomie et la confiance en soi. Manon semble reproduire des situations vues et vécues durant son enfance. Lorsqu'il s'agit de s'occuper d'une poupée, l'adolescente n'est pas vigilante, fait des mouvements brusques, retourne la poupée dans tous les sens et s'occupe d'elle sans la regarder. Lorsque la psychomotricienne lui demande de la prendre dans ses bras, Manon change de comportement et devient plus maternante, attentive et calme.

Je remarque lors de ces exercices que Manon possède une imagination débordante. Depuis quelques mois, elle s'imagine dans sa future vie et endosse le rôle d'une mère active de quatre enfants. Ainsi, chaque semaine elle nous raconte ses péripéties et sa vie de famille. Ses récits sont très réalistes et Manon semble se projeter dans une vie loin de toute violence et baignée d'amour. Quand elle nous parle de ses enfants imaginaires, je ressens dans son discours que c'est la vie qu'elle aurait souhaité avoir.

Outre les jeux symboliques, nous proposons à Manon des jeux d'expressions corporelles. Courant octobre, Manon nous fait part de difficultés à l'école pour s'exprimer devant les autres. Lorsqu'elle doit participer à l'oral ou réciter une poésie, Manon est en échec car elle ne parvient pas à parler fort et à s'exprimer intelligiblement. Afin de travailler la prestance et la confiance en soi la psychomotricienne lui propose des exercices autour de la voix.

Un premier exercice s'articule autour d'échanges de balle où nous devons appeler la personne tout en variant l'intensité et le son de sa voix. Puis nous ajoutons des émotions à la voix (triste,

joie, colère...). Manon se montre timide, elle n'ose pas moduler sa voix et parle tout bas. L'exercice la fait beaucoup rire, elle parvient à se lâcher et à utiliser sa voix à bon escient. Lors d'un deuxième exercice autour de la voix qui consiste à réaliser une chaîne où chacun réalise des mouvements associés à des bruits, Manon semble toujours gênée et refuse de commencer. Nous l'invitons alors à se placer en deuxième position mais Manon ne souhaite toujours pas se lancer. Nous décidons alors de commencer l'exercice seules avec la psychomotricienne. Une fois nos regards détournés, l'adolescente commence l'exercice derrière nous. Elle se montre timide au début puis réussit à se détacher de nos regards et à réaliser l'exercice avec énergie et imagination. Je remarque au cours des différentes séances qu'il est souvent difficile pour Manon de commencer une proposition demandant un engagement corporel. Elle se cache derrière sa timidité mais se saisit rapidement des outils et trouve avec joie sa place dans la relation.

Le regard et la relation sont également des composantes travaillées conjointement lors des séances de psychomotricité. Nous proposons régulièrement des exercices sollicitant le regard, les yeux dans les yeux. Je remarque que ces propositions sont difficiles pour Manon qui peine à maintenir son regard. Ce dernier est rapidement fuyant et Manon fait tout pour éviter nos regards. Ce comportement m'interpelle sachant qu'elle est habituellement en recherche de relation et non dans l'évitement.

Lors d'une séance que je dirige seule, je propose à Manon de réaliser un parcours moteur sans l'aide de la vue. L'autre personne doit alors guider seulement par la voix. Lorsque c'est au tour de Manon d'avoir les yeux bandés, cette dernière est prise d'un fou rire. Pourquoi le fait de ne plus voir la fait autant rire ? Qu'est-ce que cette perte de repères visuels vient provoquer chez elle ?

Réaliser un parcours les yeux bandés stimule la proprioception<sup>13</sup> et permet de travailler les capacités d'adaptation spatiale et d'écoute. Manon réussit le parcours malgré ses rires incontrôlables. Toutefois, me guider verbalement l'a mise en difficulté. Manon ne pouvait s'empêcher de me mobiliser et ne parvenait pas à trouver un vocabulaire adapté et précis pour m'indiquer les obstacles.

---

<sup>13</sup> La proprioception se rapporte à la sensibilité du système nerveux aux informations provenant des muscles, des articulations et des os. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps (Larousse, s. d.)

Elle pouvait se montrer tête en l'air et oublier de me guider à certains endroits, me laissant réaliser seule le parcours. En effet, il n'est pas rare que Manon abandonne ou se laisse distraire quand la proposition devient trop compliquée.

Au cours des séances, nous avons eu de nombreuses discussions avec Manon autour de l'image du corps et la représentation de soi. En effet, cette dernière ne se sent pas à l'aise face à son surpoids. Courant novembre, elle va jusqu'à refuser de manger le soir pensant que c'est la bonne solution pour mincir. Les transformations corporelles liées à la puberté influencent la manière dont se voit Manon et la jeune se montre sensible aux regards des autres. Grâce au travail effectué concernant l'image du corps, Manon semble évoluer et accepter petit à petit ce nouveau corps. Elle paraît plus à l'aise dans les temps de vie quotidienne, lors des séances et moins focalisée sur son surpoids. Elle prend plaisir à s'acheter de nouveaux vêtements et soigne davantage sa présentation.

Manon a des difficultés de repérage temporel et d'organisation c'est pourquoi nous essayons de l'informer assez tôt dans l'après-midi de son heure de séance afin qu'elle puisse s'organiser. Certains jours l'adolescente peut sembler complètement désorientée temporellement. Pour exemple, au début de l'année il est arrivé que Manon oublie de venir en séance à cause d'un manque d'inattention. Elle avait totalement oublié l'heure de notre séance et était partie en sortie sans nous prévenir. Le soir elle a également manqué le groupe du coucher car elle avait quelque chose à faire avant et n'a pas pensé à venir à l'heure.

Manon semble évoluer sur ce point et paraît davantage organisée. Elle commence à planifier les choses par priorité et s'organise de façon à ne plus manquer les séances de psychomotricité.

- ***L'atelier cirque***

Manon est très demandeuse et souhaite venir chaque semaine à l'atelier cirque. Même lorsque ce n'est pas sa semaine Manon insiste pour participer au groupe.

L'adolescente est souvent dissipée et montre des difficultés d'attention. Elle s'éparpille et quitte régulièrement le groupe pour aller s'asseoir ou faire d'autres choses dans la salle. Ainsi,

nous sommes obligées de la remobiliser et de la solliciter pour qu'elle effectue les exercices proposés.

J'observe chez Manon des difficultés d'adaptation du geste et de planification temporelle notamment lors des exercices de jonglerie. Elle ne parvient pas toujours à lancer et rattraper les balles en même temps. Manon n'ajuste pas sa force au lancer et jette les balles au plafond. Lors d'échanges de balle de jonglage, appelés « passing » au cirque, Manon présente des difficultés de la main gauche. De plus, elle ne parvient pas à se concentrer à la fois sur le lancer et le rattrapage. Son regard est soit fixé sur le lanceur soit fixé sur sa balle mais elle ne réussit pas à alterner et orienter son regard rapidement. Lors de ces exercices Manon présente vite des difficultés attentionnelles et sa motricité se voit entravée. Manon a des difficultés pour réaliser des roulades avant. Elle ne fixe pas bien son regard vers l'arrière ce qui ne facilite pas le mouvement d'enroulement nécessaire à la rotation. Les équilibres sur objets sont quant à eux réussis malgré les difficultés toniques et d'axe corporel. Une aide est notamment nécessaire à Manon pour se tenir droite sur les échasses. Manon est rapidement fatigable et a besoin de s'asseoir régulièrement.

- ***Le groupe du coucher***

Manon profite de l'atmosphère du groupe du coucher et demande à se faire masser mais parvient difficilement à se détendre corporellement. Elle ne réussit pas encore à se poser et à chercher l'apaisement. Faute d'organisation, elle est sans cesse en train de faire des allers retours entre la salle et l'extérieur pour finir ce qu'elle a à faire ou aller chercher quelque chose, ce qui ne facilite pas son installation et la détente.

Manon souhaite systématiquement rester jusqu'à la fin du groupe même après son massage. Il est parfois difficile pour elle d'en sortir pour aller se coucher.

# DISCUSSION

## I. Impacts des carences sur le regard et les fonctions psychomotrices de l'adolescent

En rencontrant ces adolescentes, j'ai été frappée par leurs troubles liés au regard : Pourquoi Cécile ne me regarde pas pendant les séances de psychomotricité ? Pourquoi Manon recherche constamment le regard de l'adulte ? C'est pourquoi je vais maintenant tisser ces liens importants entre la théorie et la pratique.

### 1. Défaillance des interactions précoces et regard

Nous avons vu précédemment l'importance du regard dans les interactions comportementales. Un bébé se construit dans le regard de sa mère. Si l'enfant ne se sent pas observé par le regard soutenant et contenant de sa figure d'attachement c'est comme si nul ne portait attention à son corps et à lui-même.

Les difficultés liées au regard, chez Cécile et Manon, semblent provenir en partie de leur passé carenciel. En effet, dans le cas de Cécile le regard a toujours été véhicule d'indifférence ou de malveillance à son égard. De son côté, Manon a subi un regard de méchanceté venant de sa mère. Toutes les deux sont aussi à la recherche du regard de leur père. Cécile n'a jamais reçu le regard de ce dernier et le père de Manon a cessé de la regarder suite à ses crises.

J'émet donc l'hypothèse que Cécile n'a pas pu faire l'expérience de regards mutuels, de regards « *les yeux dans les yeux* » (Marcelli, 2006) avec sa mère, impactant aujourd'hui la qualité de son regard et de ses interactions. L'évitement du regard est souvent retrouvé chez des personnes ayant des difficultés dans la relation aux autres comme Cécile. Alain Berthoz, neurophysiologiste français, insiste sur le fait qu'une personne peut percevoir les autres ou les objets sans diriger son regard vers eux. Elle peut en réalité avoir détourné son regard pour « *éviter le contact par le regard* » (Berthoz, 2008).

Concernant Manon, je pense que cette quête affective et ce besoin de regard est lié à son passé abandonnique, ses différentes ruptures relationnelles et ses nombreux placements. L'absence physique d'une figure parentale est vécue comme une perte angoissante. Face à ce lien fragilisé, l'enfant est sujet à des angoisses d'abandon qui se manifestent par la peur d'être à nouveau abandonné. L'enfant peut exprimer un désir régressif de relation fusionnelle avec

l'adulte, se manifestant par des tentatives de collage et une avidité affective. Dans ce cas les demandes d'affection sont multiples et variées et se font même à l'égard de personnes récemment rencontrées. L'enfant cherche à combler un manque, à se rassurer et à tendance à s'accaparer l'adulte. J'ai pu remarquer ce comportement chez Manon qui semble très attachée à la psychomotricienne et moi-même. Durant les séances elle est très en demande et cherche à être aimée. J'ai constaté qu'elle adopte ce comportement également avec les autres professionnels et les jeunes de l'établissement. L'adolescente fait tout pour se faire accepter par son groupe de pairs, quitte à ne pas respecter les règles.

De part ce premier constat, je vais ensuite essayer de répondre à plusieurs questions. L'absence de regard au cours des interactions précoces peut-elle avoir un impact sur la construction psychomotrice de l'enfant ? Les vécus traumatiques et les placements majoritairement ils les difficultés psychomotrices ? Enfin, les troubles du regard ont-ils une incidence sur le développement psychomoteur, psychique et relationnel ?

## 2. Troubles psychomoteurs et regard

Comme vu précédemment, le manque de stimulation et les carences affectives viennent perturber la mise en place de circuits neuronaux, ce qui provoque des retards psychomoteurs. Parmi les difficultés psychomotrices les plus fréquentes on peut retrouver : des troubles du tonus, de l'axe du corps, de la coordination, des troubles de la motricité fine, un défaut d'organisation spatio-temporelle, des troubles de la représentation corporelle ou encore un déficit de l'attention.

### 2.1. Tonus

Lors d'interactions précoces défailtantes, il n'est pas rare que le rythme relationnel, c'est-à-dire l'alternance entre l'attente et la satisfaction des besoins, ne soit pas structuré. Alors, l'enfant passe sans nuance de l'hypotonie à l'hypertonie. L'organisation tonico-émotionnelle de ces enfants se construit sur un mode du « tout ou rien ». S. B. Robert-Ouvray dit à ce propos qu'entre les deux extrêmes toniques c'est le « *no man's land sensoriel et affectif* » (2007). De

ce fait, il arrive que lors de situations d'extrême angoisse, ces derniers soient débordés et que leur enveloppe tonique se rompe.

Je repense particulièrement à une séance avec Cécile. Ce jour-là nous faisons un jeu de société au cours duquel elle devait mobiliser les parties de mon corps pour me faire deviner des mots ou des actions. La psychomotricienne était quant à elle spectatrice. Après de nombreuses tentatives, nous ne trouvions pas le mot à deviner. Cécile s'est littéralement effondrée, s'est écroulée au sol ne pouvant plus continuer l'activité comme si plus rien ne tenait dans son corps.

J'ai pu observer des éléments similaires chez Manon lors de l'atelier cirque. Elle possède des difficultés lors des propositions acrobatiques nécessitant des portés. En effet, ces derniers mettent en jeu le dialogue tonique or Manon parvient difficilement à réguler son tonus et sa posture en fonction de l'autre. Ainsi, il arrive qu'elle s'écroule au sol lorsque quelqu'un lui monte sur le dos ne parvenant pas à maintenir un tonus suffisamment élevé. Ce comportement traduit peut-être l'effondrement corporel et psychique que Manon a vécu dans la prime enfance auprès de sa mère dépressive.

Le manque d'expérimentation de la nuance tonique engendre des comportements d'hypervigilance. N'ayant pas bénéficié d'un *holding* et d'un *handling* adaptés (Winnicott, 1992) ces enfants victimes de défaillances parentales précoces vont se constituer une « *paroi tonique* » (Robert-Ouvray, 2007). Cette dernière sert de protection aux stimulations externes et se manifeste par l'augmentation du tonus musculaire. Elle assure la fonction de pare-excitation que la mère n'a pas ou peu apporté lors des interactions précoces. L'enfant construit seul ses limites corporelles. Il se retrouve en quelque sorte enfermé dans ses angoisses et sa tonicité, empêchant la mise en place de la communication infra-verbale avec l'adulte. Repensant aux vécus psychocorporels de Cécile et Manon, je comprends mieux leurs difficultés à passer par des états toniques intermédiaires et de relâchement tonique. Lors du groupe du coucher ces difficultés semblent majorées par la présence du groupe. Les adolescentes gardent un certain état de vigilance et ont plus de mal à se relaxer qu'en séance individuelle de psychomotricité.

Le tonus étant la toile de fond des émotions, comment ces adolescentes peuvent-elles contrôler leurs affects si la nuance tonique n'a pas été intégrée durant leur enfance ? Ceci



pourrait en partie expliquer les débordements émotionnels observables chez Cécile. En effet, du fait de son alcoolisme, la mère de Cécile devait certainement être régulièrement dynamique et peu attentive aux besoins de sa fille, n'apportant pas une enveloppe protectrice sécurisante à cette dernière. J'ai également remarqué chez l'adolescente la présence de stéréotypies<sup>14</sup> motrices. Ces gestes se manifestent chez elle sous forme de balancements des mains et apparaissent lorsque cette dernière est contente ou manifeste une certaine joie. Il semblerait que ce comportement soit un moyen pour l'adolescente de faire face à une émotion débordante qu'elle ne parvient pas à contenir. N'ayant pas bénéficié d'un psychisme parental la soutenant dans ce travail d'élaboration, Cécile utilise la sphère corporelle pour faire baisser ses tensions.

Les difficultés toniques, retrouvées chez la plupart des enfants carencés et placés, impactent la qualité du dialogue tonico-émotionnel, empêchant les liens entre vécu psychocorporel et mise en place des fonctions psychomotrices de l'enfant.

## 2.2. Axe corporel

A. Bullinger fait le lien entre la qualité du vécu psychocorporel de l'enfant et sa maîtrise du geste sur le milieu environnant. D'après lui, « *les points d'appuis toniques posturaux constituent, tant au plan biomécanique que représentatif, une composante essentielle dans la réalisation des actions orientées vers le milieu physique humain* » (Bullinger, 2000, p.4). Le geste est possible grâce au développement de la statique du buste et de la régulation tonique. A. Bullinger introduit la notion d'axe corporel, décrit comme une ligne anatomique virtuelle composée « *du tronc, du cou et de la tête* » (Bullinger, 2015, p.136). Les premiers mouvements de l'enfant s'organisent autour de cette ligne. Avec le temps et la maturation neurologique, la dualité tonique physiologique (hypotonie axiale et hypertonie périphérique) va s'équilibrer et permettre la globalisation du corps en mouvement. L'enfant aura accès à toutes les directions de l'espace. Les postures d'enroulement, d'extension et de rotation de la colonne vertébrale servent de référence et vont permettre à l'enfant de pouvoir différencier les notions avant/arrière, haut/bas et droite/gauche.

---

<sup>14</sup> Répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible (Larousse, s. d.-b)

Toutefois, l'enfant a besoin de l'adulte pour intégrer et se représenter son axe corporel. Il « a besoin de se sentir calé et enveloppé dans les bras sécurisants de sa mère et dans une relation affective cohérente » (Scialom et al., 2011, p.173) pour construire son axe. La solidité corporelle et psychique de l'axe va dépendre de la qualité du portage. C'est à partir de là que l'enfant agit et interagit avec son environnement et qu'il s'individualise.

Dans le cadre d'une défaillance des interactions précoces et de séparations répétées, l'enfant ne bénéficie pas d'une contenance adaptée et ne peut donc ressentir la cohésion et la solidité de son axe corporel. De ce fait, l'intégration de ce dernier se fait de manière plus ou moins harmonieuse. Cela expliquerait en grande partie les difficultés retrouvés chez Cécile et Manon. Je pense notamment à la façon dont Cécile se tient corporellement. Pendant les séances nous avons beaucoup travaillé autour des chaînes musculaires et des schèmes posturo moteurs<sup>15</sup>. B. Lesage (2015), indique que l'on peut classer les schèmes posturo moteurs par affinités spatiales en fonction de l'engagement du sujet dans la posture<sup>16</sup>.

Lors de ces exercices, je remarque que Cécile a une certaine tendance à l'expansion latérale et donc au déploiement. Cette posture se caractérise par des mouvements de rotations externes et une tendance à l'abduction. Cette dernière se marque par la mise en jeu des chaînes musculaires postérieures et latérales. Cécile semble être constamment dans cette posture d'ouverture, ses pieds et ses jambes sont toujours tournés vers l'extérieur. Ceci nuit à une certaine qualité d'intériorité et à la capacité de retour à soi. Cet excès peut être la conséquence d'un manque de tonicité au niveau de la chaîne musculaire antéro-médiane qui se traduit par un manque d'enracinement. Il peut également être causé par un manque de tonicité au niveau de la chaîne musculaire antéro-latérale, se traduisant par un manque de consistance et d'intériorité. Cécile présente des difficultés pour passer d'une posture à l'autre et notamment lorsqu'il s'agit de s'enrouler. L'enroulement axial est également difficile chez Manon. Pourtant, l'enroulement est le schème de base investi par l'enfant, avant même sa naissance. Cette posture est soutenue par le portage offert par les bras de la mère. De ce fait, si Cécile et Manon n'ont pas pu s'enrouler et se rassembler dans les bras de leur figure d'attachement, nous pouvons supposer que cette posture n'ait pas pris sens pour elles.

---

<sup>15</sup> Terme utilisé par Benoit Lesage pour souligner la dynamique qui soutient la posture et son inscription dans le corps. Se réfère à une forme du corps. (Lesage, 2015)

<sup>16</sup> Cf. *infra*, Annexe II p. VI

Les deux adolescentes n'ont pas intégré un axe corporel et psychique solide, or c'est autour de ce dernier que s'organise le mouvement. « *L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales* » (Bullinger, 2015,p.143). Ainsi, comment ces adolescentes n'ayant pas intégré une axialité solide, peuvent-elles se diriger vers des activités plus élaborées telles que les apprentissages ? Comment peuvent-elles trouver le bon ajustement relationnel et construire leur subjectivité ?

Un lien évident se dessine entre axialité et relation, capacité à intégrer et rencontrer l'autre. Dans le cas de carences ou de maltraitements, plus l'enfant est accueilli tardivement ou de manière répétitive au sein d'un foyer ou d'une famille d'accueil, plus les difficultés sont renforcées.

### 2.3. Equilibre

Cécile présente des difficultés lors des propositions d'équilibre sur objets. Cette discipline engage des capacités d'adaptation faisant intervenir la coordination entre posture, équilibre et mouvement. Pour cela, le tonus est mobilisé et permet l'ouverture de la posture ainsi que le redressement. Le regard participe également au maintien de l'équilibre, il a un rôle de stabilisateur et de point d'appui. Or, dans le cas de Cécile, la construction de l'axe corporel et la verticalisation sont fragiles et son regard constamment vers le bas. Ainsi, ces paramètres réunis ne favorisent pas ses capacités d'équilibration.

Au fil des séances, j'ai remarqué que les possibilités d'équilibre de Manon étaient entravées par ses émotions et le regard des autres. Dès qu'il s'agit de reproduire des postures d'équilibre en groupe Manon s'effondre. Ces difficultés semblent accentuées par sa peur de l'échec, une certaine agitation motrice et un trouble attentionnel. Elle a tendance à réaliser ses gestes avec précipitation et ne semble pas dans la maîtrise de son corps. J'émet l'hypothèse que ce comportement témoigne d'une difficulté à intégrer l'ensemble des flux sensoriels (gravitaires, tactiles, auditives, visuelles, olfactives). Ces derniers mobilisent la fonction tonique, ainsi s'ils ne sont pas intégrés la stabilité posturale est perturbée. Selon Wallon et Bullinger, « *la capacité de stabiliser et d'orienter son attention vers une tâche intellectuelle s'appuie sur les mêmes mécanismes que ceux qui régulent la posture* » (Bullinger,

2015, p.94). De ce fait, si l'intégration des informations sensorielles est troublée, l'attention est perturbée, ce qui engendre des difficultés à rester en place.

Je me suis posée la question d'un éventuel lien entre ces difficultés et l'intégration de l'enveloppe corporelle chez les adolescentes carencées. En effet, lorsque Manon n'est plus attentive elle s'agite et s'adonne à autre chose. Il y a me paraît-il pour cette dernière « *nécessité de bouger pour maintenir une image corporelle évanescence* » (Ibid., p.95).

#### 2.4. Image du corps

La qualité de l'enveloppe et de l'image du corps est étroitement liée à la construction des limites corporelles. Cette dernière se fait grâce au portage qui permet au nourrisson de se construire une peau à lui. Chez les enfants carencés et maltraités, le schéma corporel peut se construire de manière cohérente et organisée, mais l'image du corps, traduira quant à elle le manque d'attention, la dévalorisation et la violence subie. Selon Dolto, l'image du corps est « *une mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce* » (Schauder, 2002, p.60). Ainsi, les interactions corporelles, affectives et fantasmatiques, décrites antérieurement dans ce propos, ont un rôle fondamental dans la constitution de l'enveloppe corporelle de l'enfant. Lorsque les soins sont négligés, les limites du corps vont être floues et l'enveloppe se construira dans l'insécurité. Ce phénomène s'intensifie si l'enfant est amené à voir sa figure d'attachement disparaître ou changer de manière répétitive comme ce fut le cas pour Manon.

L'enfant vit dans son corps des sensations de morcellement et de liquéfaction qui, si elles se répètent et ne sont pas contenues, se transforment en angoisses. Si l'enfant ne se construit pas une enveloppe solide et fiable, l'image qu'il aura de son propre corps se trouvera impactée. Lors de mon stage, j'ai largement pu observer à quel point l'image du corps de ces adolescentes était perturbée. Leurs difficultés à se regarder dans le miroir, à choisir des vêtements adaptés et leur préférence pour des images fictives en sont l'illustration. La théorie nous apprend que de nombreuses transformations corporelles surviennent à l'adolescence impactant l'image de soi. Or, dans le cas des adolescentes que j'ai rencontré, leur corps est déjà vécu comme fragile, attaqué et impropre. Ainsi, comment peuvent-elles s'approprier ce « nouveau corps » alors que ce dernier n'a jamais été considéré à sa juste valeur ? Comment peuvent-elles se construire une identité sur des bases corporelles instables ?

### 3. Adolescence et regard

#### 3.1. Identité

L'identité trouve sa source dans les premières relations corporelles du bébé avec ses parents. Ces derniers accompagnent l'enfant dans l'acquisition d'une unité corporelle et d'un sentiment de continuité d'existence. Nous avons vu dans la partie théorique l'importance du rôle de miroir joué par le regard maternel. Ce dernier est considéré comme un organisateur fondamental de l'identité (Desobeau, 2010).

Le rôle de l'environnement apparaît donc essentiel. Il va fournir au bébé des modèles d'identification et de différenciation qui vont l'aider à construire sa représentation de lui-même et participer à son individuation. Si le regard de la mère est absent ou défaillant nous pouvons supposer que les capacités d'identification et d'individuation de l'enfant seront impactées. Manon, par exemple, témoigne de son besoin d'individualité et de considération en sollicitant l'adulte en permanence. Elle est en recherche de soins et d'attention privilégiée dont elle a certainement manqué dans son enfance.

La période d'adolescence renvoie à la qualité des premières relations sociales et est à l'origine d'enjeux identitaires et narcissiques importants. « *Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré [...], plus le sentiment d'identité sera stable et assuré* » (Marcelli et al., 2018, p. 79). Chez Cécile, j'ai notamment pu remarquer au cours de la séance photos des difficultés à trouver son identité. Cette dernière qui s'identifie à des personnages de manga ne parait pas trouver sa propre identité. Cette difficulté semble liée aux regards des autres qui la déstabilisent et l'empêchent de s'affirmer.

Des fragilités narcissiques caractérisées par des comportements de dévalorisation sont fréquemment repérées chez les adolescents. Chez Manon, cela se manifeste notamment par sa peur très prononcée de l'échec. Elle peut parfois refuser certaines propositions pensant ne pas être en capacité de réussir. Ce comportement apparaît d'autant plus lorsqu'elle doit faire face à un groupe et aux regards des autres.

La métamorphose corporelle accentue ces fragilités narcissiques car elle perturbe le sentiment de continuité. Une fois l'identité narcissique assurée, l'adolescent peut s'engager

dans une quête identificatoire. L'identité s'étayera sur des modèles extérieurs (autres adolescents, adultes, groupe, thérapeute) et sur les images intériorisées de ses parents, et davantage sur le parent du même sexe. Or, dans le cas de Cécile et Manon, la figure parentale est défaillante et se montre insécure. Comment trouver sa place et son identité sans modèle et quand les assises narcissiques n'ont pas été correctement développées durant l'enfance ?

Si le regard des parents est essentiel dans la construction identitaire, les regards extérieurs impactent également la façon de se construire. C'est dans le regard de l'autre que l'individu se bâtit sa propre image.

### 3.2. Le regard d'autrui

Les adolescents sont sensibles au regard et au jugement d'autrui et « *se sentent abandonnés, oubliés, délaissés si on ne les regarde pas ou pas assez selon eux, mais ils se sentent aussi vite envahis, incommodés, pénétrés et dévoilés si on les regarde trop ou avec trop d'insistance* » (Marcelli, 2006, p.155). Comment les adolescentes carencées et placées peuvent-elles affronter et interpréter le regard des autres, alors qu'elles n'ont pas eu l'expérience d'un regard bienveillant et contenant durant leur enfance ?

D. Marcelli indique que « *le regard est une construction familiale et sociale qui, à la manière des poupées russes, englobe successivement les pellicules protectrices du moi* » (2008, p.53). D'abord, le bébé doit bénéficier d'un regard de reconnaissance qui fonde son sentiment d'existence, ensuite l'enfant se développe grâce aux regards que ses parents portent sur lui et enfin l'adolescent se reconnaît par l'intermédiaire des regards sociaux. Lorsque des défaillances apparaissent lors de l'une de ces étapes, les enveloppes successives du moi sont fragilisées. Ceci entraîne chez l'adolescent un sentiment insupportable d'intrusion lorsque le moindre regard est dirigé vers lui. L'adolescent « *ne peut supporter le regard social des autres [...] que s'il est lui-même habité par la trace d'un regard antérieur qui a reconnu son appel et lui a répondu de façon suffisamment bonne* » (Ibid., p.54). Cela expliquerait, selon moi, une partie des difficultés que rencontrent Cécile et Manon à l'égard du regard des autres.

J'ai pu remarquer ces difficultés au cours de l'atelier cirque. Lors des représentations scéniques Cécile se montre souvent réfractaire. Elle accorde une importance aux regards

d'autrui et ne peut s'empêcher de les interpréter se sentant sans cesse persécutée. Certains regards peuvent paraître persécuteurs surtout chez les personnes fragiles narcissiquement. La personne se sent alors opprimée, dérangée, elle imagine toujours que l'autre se montre agressif, cherche à l'atteindre ou la juge. Il y a souvent une confusion entre ce que la personne croit voir dans le regard d'autrui et les réelles intentions. Cécile pense que les autres se moquent d'elle ou parlent derrière son dos. Lors de son passage, elle ne semble pas prendre au sérieux sa présentation et tourne cela à la rigolade. Plusieurs hypothèses prennent sens selon moi. La première est que Cécile cache son mal être et ses difficultés motrices en faisant le « clown ». La seconde est que le rire, semblerait être un moyen d'adoucir le regard des autres et le rendrait ainsi moins violent et jugeant.

Je repense également à une situation durant laquelle un exercice était proposé en binôme. Cécile n'a pas pu s'investir avec sa partenaire ne parvenant pas à se détacher du regard des autres. Elle se sentait observée et accusait les jeunes de la regarder fixement et de se moquer. Elle disait « *Viens, on se tourne car elles nous observent* » alors que l'autre binôme ne les regardait pas. Au contraire, c'est plutôt Cécile qui les regardait sans cesse, provoquant ainsi leur regard.

Le regard des autres est également difficile à gérer pour Manon qui se montre réticente à réaliser les exercices devant les autres jeunes. Elle se dévalorise beaucoup et dès qu'une proposition paraît trop complexe cette dernière refuse d'essayer et se décourage. Au début de l'année, Manon exprimait également du refus lorsqu'il s'agissait de faire les représentations scéniques devant le groupe.

Au vu de leur comportement, il semble que Cécile et Manon se sentent vite envahies par le regard d'autrui, véritable menace de leur enveloppe psychocorporelle.

Je me suis questionnée tout au long de l'année et j'ai essayé de comprendre le fonctionnement corporel et psychique de ces adolescentes carencées ayant vécu de nombreuses ruptures familiales. Il ne s'agit pas ici de dresser un portrait psychomoteur unique de ces adolescentes, car chaque personne réside dans sa singularité et réagit aux traumatismes de façon différente. Cependant, les problématiques autour du tonus, de l'axe corporel, de l'enveloppe, de l'image du corps et du regard semblent récurrentes auprès de cette population. Quelle est donc la place de la psychomotricité auprès de ces adolescentes ? Dans mon cheminement, ce sont les difficultés concernant le regard qui m'ont

particulièrement interpellé. Que peut apporter la psychomotricité à la clinique du regard ? Comment peut-elle être un moyen pour le patient de réinvestir son regard et ainsi favoriser l'ajustement relationnel ?

## II. Place de la psychomotricité

### 1. Le regard du psychomotricien

En psychomotricité, la rencontre avec le patient permet d'appréhender son regard et offre la possibilité d'un premier contact *les yeux dans les yeux*. Ce premier échange de regards n'est pas toujours présent, comme ce fut le cas avec Cécile.

Le psychomotricien porte une attention particulière au regard du patient et se trouve dans une dimension réflexive. Quelle place occupe le regard dans cette première prise de contact ? Le patient utilise-t-il ce canal sensoriel et de quelle manière (regard périphérique, fuyant, pénétrant...) ? Le regard est le reflet du vécu émotionnel du patient, il traduit et extériorise ses états internes. Il revêt une dynamique interactionnelle dans la relation thérapeutique. Le regard du psychomotricien est projeté sur l'enfant et le regard de l'enfant est projeté sur le thérapeute. Les protagonistes s'inscrivent dans un dialogue tonique où chacun s'accorde mutuellement au travers du tonus mais aussi des mouvements, des postures et des regards (Desobeau, 2010).

En psychomotricité, l'œil est un outil et permet l'observation clinique. Le psychomotricien porte un regard spécifique sur le patient. Cette aptitude se développe tout au long de notre formation mais aussi au cours de nos différentes expériences professionnelles. L'observation nécessite une certaine qualité de regard, demandant une disponibilité psychique et des capacités d'attention et de mémorisation. L'observation permet de fournir des données qualitatives participant à l'élaboration du diagnostic psychomoteur et permet de percevoir les signaux corporels du patient et donc de s'ajuster.

Grâce à son regard, le psychomotricien offre un portage et soutient le patient dans l'expression de ses potentialités. Il offre une certaine valorisation et renforce les assises narcissiques du patient. Le manque accru de confiance en soi qui caractérise Manon semble exprimer une certaine insécurité de base. Ainsi, le regard que la psychomotricienne et moi-



même portions sur elle en séance se devait d'être le plus bienveillant possible, afin qu'elle puisse se sentir en confiance et qu'elle prenne conscience de ses capacités. La contenance de nos regards lors des séances a permis à Cécile de s'ouvrir progressivement. Elle se mobilise désormais plus aisément dans l'espace et se montre davantage en relation.

L'enfant qui n'a pas pu se construire dans le regard de son entourage, a besoin de s'appuyer sur un regard extérieur. En se voyant dans les yeux du psychomotricien, il construit sa représentation de lui-même et de son corps. Le regard accompagne le développement du sujet et participe à ses remaniements identitaires notamment à l'adolescence. Grâce à son regard, le thérapeute participe à la reconstruction de l'identité et à l'intégration d'une représentation mentale du corps.

La bienveillance et la contenance que transmet le psychomotricien par son regard renvoient à la notion de sécurité de base essentielle aux adolescents pour se constituer une assise solide permettant la mise en place du processus séparation-individuation.

## 2. Vers une rééducation du regard ?

Dans la clinique des enfants et adolescents carencés, la psychomotricité peut être considérée comme un pilier extérieur, permettant la poursuite du développement en dépit des circonstances traumatiques. Le psychomotricien doit s'adapter tel que le ferait une « *mère suffisamment bonne* » (Winnicott, 1992). Un véritable travail d'accordage se met en place.

Le regard a une fonction d'organisateur postural. Un changement d'appui ou de posture peut ainsi modifier le regard. C'est ce que j'ai pu remarquer cette année suite au travail entrepris autour de l'axe corporel avec Cécile et Manon. Le travail tonico-postural que nous avons effectué a permis de modifier leurs conduites de redressement et leurs schèmes posturaux, influençant l'orientation de leur regard. Ainsi, avoir des appuis corrects et un ancrage solide au sol semble libérer le regard. Se tenir droit et avoir des appuis stables sur lesquels on peut se reposer, faciliterait-il l'entrée en relation ? Cécile qui était d'abord dans l'évitement et l'inexpressivité a pu montrer un regard moins fuyant et plus expressif au fil des séances. Ceci semble en lien avec l'évolution de sa réappropriation corporelle et l'amélioration de sa posture.

Les troubles psychomoteurs affectent « *les potentialités du sujet, qu'elles soient de l'ordre de la cognition, de la créativité ou des moyens d'expression et de communication, qui, habituellement, empruntent le canal du corps : un corps sensible, un corps en mouvement, un corps dans l'espace, un corps en relation* » (Potel, 2015, p.194). Ces troubles peuvent avoir des répercussions importantes sur « *la vie émotionnelle, la vie en relation, la vie psychique* » (Ibid. p.195) et limitent « *les capacités du sujet à faire des choix* » (Ibid. p.195). Comme évoqué dans la partie clinique, j'ai observé chez les adolescentes carencées d'importantes difficultés à faire des choix. Ces difficultés semblent en lien avec leur défaut d'axe corporel.

Grâce au travail effectué en psychomotricité, j'ai remarqué une certaine évolution concernant leur capacité à faire des choix. Avoir un axe solide favorise la confiance en soi, la disponibilité et permet plus facilement de prendre des décisions. Le cadre posé par la psychomotricienne a également été une aide pour ces adolescentes. Par exemple, lorsque cette dernière donnait un cadre à Cécile, en l'aiguillant avec des questions, le choix était beaucoup plus rapide que d'habitude et l'adolescente se montrait davantage créative. De ce fait, il semblerait que ces difficultés soient exacerbées par le manque de cadre subi durant l'enfance.

### 3. Le cadre thérapeutique : un outil qui contient

Cécile et Manon présentent des difficultés de construction psychocorporelle. Leur cadre de vie a été mis à mal et elles ont subi des séparations vécues comme des abandons. Elles ont besoin d'être soutenues et contenues et ceci constitue l'un des enjeux de la thérapie psychomotrice auprès de ces adolescentes carencées. Dans nos espaces thérapeutiques, « *c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée* » (Potel, 2015, p.324). Il convient de leur offrir un cadre solide et fiable sur lequel elles pourront s'appuyer. Le cadre thérapeutique est un des outils qui permet de répondre aux besoins de contenance du patient. Il définit un espace/temps et crée une enveloppe protectrice au sein de laquelle le soin peut avoir lieu. L'espace de la salle de psychomotricité délimite un dedans et un dehors et l'unité de temps permet de délimiter le cadre temporel. Cela contribue à apporter des repères solides et structurants aux adolescentes.

Ce cadre est important notamment pour Manon qui présente des difficultés d'organisation temporelle. Cette désorganisation semblerait avoir un lien avec la pauvreté d'enracinement

qui la caractérise de par son vécu abandonnique. Les changements et placements répétitifs subis par Manon ont certainement empêché la mise en place de repères stables.

J'ai remarqué un rapport particulier au cadre spatio-temporel chez les adolescentes placées et carencées. Les fins de séances sont souvent difficiles et semblent raviver leur angoisse de séparation. Les adolescentes trouvent généralement des stratégies pour prolonger le temps passé avec nous.

Pour lutter contre une énième angoisse d'abandon, ces adolescentes ne cessent de tester la solidité du cadre. C'est le cas de Cécile et Manon qui en cherchent parfois les limites en tentant par exemple de quitter le groupe sans y être autorisées ou en provoquant les autres adolescentes par des paroles ou des gestes. Par ces différents comportements, elles testent la fiabilité de notre accompagnement. Ainsi, le psychomotricien se doit de veiller à l'établissement d'un cadre sécurisé. Par sa fonction communicative importante, le regard peut servir de moyen pour rappeler le cadre.

Ce cadre physique sert de support au cadre psychique. En effet, cette fonction de contenance est aussi liée à la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien et à sa capacité à s'ajuster aux besoins du patient.

#### 4. Le psychomotricien : un professionnel contenant

Le manque de regard au cours des interactions précoces entraîne un manque d'attention pour soi-même, une certaine dévalorisation et une fragilité narcissique que j'ai notamment pu observer chez Cécile et Manon. Par ses actions, son regard et ses paroles le psychomotricien crée une atmosphère sécurisante qui permet au patient de réaliser des propositions parfois angoissantes pour lui, de se revaloriser et de progresser à son rythme.

Le cadre qu'incarne le thérapeute peut avoir un rôle de pare-excitation. En effet, le psychomotricien accueille les affects aussi bien positifs que négatifs du patient et les transforme en un contenu psychique assimilable par le patient. Je fais un parallèle avec la théorie, exposée plus haut dans ce mémoire, de W. Bion concernant les éléments alpha et bêta.

Le cadre thérapeutique laisse place au transfert de l'enfant et au contre-transfert du psychomotricien. Selon C. Potel, le contre-transfert, notion empruntée à la théorie psychanalytique, correspond à ce qui « *est ressenti profondément par le thérapeute en*

*présence de son patient* » (Potel, 2015a, p.37). Il provient des signes verbaux et particulièrement des signes non-verbaux tels que le tonus, la posture, la respiration, les gestes et le regard. C'est un élément essentiel dans la prise en charge en psychomotricité. Grâce à sa capacité à représenter ses éprouvés, le psychomotricien appréhende ce que vit le patient et se fait une représentation de la vie psychique de ce dernier. L'enjeu en séance est de faire vivre des expériences sensori-motrices au patient et de lui faire prendre conscience que ce qui est vécu et partagé peut faire l'objet d'une symbolisation. Grâce au cadre souple et contenant, le psychomotricien va permettre un mouvement régressif du corps, facilitant l'expression des éprouvés archaïques.

Lorsque nous rencontrons des adolescentes comme Cécile et Manon, nous pouvons percevoir quelque chose de leur histoire et de leur traumatisme. Il est donc nécessaire pour le psychomotricien de trouver des appuis suffisamment solides et de prendre un certain recul sur la situation afin d'élaborer quelque chose à partir de ces ressentis.

Je repense ici à ma rencontre avec Cécile et à ce contre-transfert négatif que j'ai éprouvé, cette impression d'être une étrangère potentiellement dangereuse pour elle. J'ai ressenti cela à travers le dialogue tonique mis en jeu avec l'adolescente et à travers l'absence de regard. Ce contre-transfert m'a révélé quelque chose de Cécile et c'est sur cette base que je me suis appuyée pour essayer d'ajuster ma position et entrer en relation avec elle.

Tout au long de notre formation en psychomotricité, nous avons appris à être attentif à nos sensations et nos émotions. Ce travail d'écoute a pris sens pour moi lors de ma rencontre avec ces adolescentes. Leur histoire et leurs traumatismes peuvent nous faire ressentir des choses puissantes et c'est à ce moment qu'il faut savoir trouver le juste milieu entre l'écoute de nos éprouvés et l'attention que nous portons sur elles.

## 5. Le tiers dans la relation

La présence d'un tiers favorise les capacités de séparation et de différenciation du patient. Dans les interactions précoces, le regard du père vient faire tiers dans la relation entre la mère et son bébé. Il favorise la séparation et participe à l'individuation corporelle et psychique de l'enfant. Le regard du psychomotricien rappelle celui de la mère sur son enfant. Ainsi, ma présence a selon moi symbolisé l'apparition du tiers dans la relation duelle soignant-soigné.

Mon arrivée a donné aux séances l'allure d'un mini groupe proposant « *une aire transitionnelle, un 'terrain', un espace où l'activité du 'jouer' va faire transition entre soi et les autres* » (Potel, 2015, p.381). Chaque membre du groupe doit trouver sa place et exister à part entière. Ceci est d'autant plus intéressant que Cécile et Manon sont en pleine adolescence, période durant laquelle les jeunes cherchent à appartenir à un groupe. Or, comment faire partie d'un groupe, exister et s'intégrer dans celui-ci lorsque des difficultés relationnelles persistent ? Pour ces adolescentes, le groupe est difficile à gérer car elles se trouvent dans une certaine fusion et dépendance à l'autre. Leur figure paternelle a le plus souvent été absente ou défaillante ce qui pourrait expliquer leurs difficultés d'intégration du tiers.

Avec Cécile, j'ai pu constater, en début d'année une certaine mise à distance avec moi. Elle semblait davantage s'accrocher à la psychomotricienne en la cherchant du regard et en s'adressant principalement à elle. C'est un comportement qu'elle adopte beaucoup moins, elle ose désormais interagir avec moi et me regarder lors des séances.

Quant à elle, Manon m'a rapidement intégrée à la prise en charge et s'est rapidement attachée à moi. Il m'a fallu faire attention à garder la bonne distance relationnelle.

Cette triangulation lors des séances a ouvert un nouvel espace et permis un travail relationnel. Il semble que cela ait été bénéfique et que la relation à l'autre soit désormais moins menaçante et déstabilisante pour ces adolescentes.

La thérapie psychomotrice auprès de cette population s'appuie donc principalement sur un registre contenant voire « maternel ». Le psychomotricien doit de ce fait être vigilant à ne pas s'enfermer dans une relation symbiotique. En accompagnant ces adolescentes, il doit trouver l'équilibre entre engagement psychocorporel et juste-distance. Le psychomotricien n'est qu'un intervenant éphémère dans la vie de ces enfants et adolescents, de ce fait il convient de veiller à préparer la séparation en ne s'enfermant pas dans la relation duelle.

## CONCLUSION

Il existe une grande variété de regards croisés, échangés, partagés ou évités. Il est important de prendre en considération le sens intentionnel et affectif du regard pour le distinguer de la vision.

Le regard tient une place majeure dans la construction psychomotrice de l'enfant et revêt différentes fonctions. Le bébé se construit corporellement et psychiquement dans la qualité des échanges et dans la richesse des interactions entretenues avec ses parents. Le regard est important dans cette relation, il permet la rencontre de l'enfant avec ses parents et assure un premier contact. Une fonction communicative lui est donc conférée en premier lieu.

Le regard est également un outil sur lequel l'enfant s'appuie lors de ses premières explorations. Il a une fonction d'organisateur postural et participe au développement du tonus, de la posture, de l'axe, de l'espace et à l'élaboration des représentations corporelles. Grâce à l'exploration visuelle de l'environnement et à son appétence pour la nouveauté, l'enfant enrichit ses connaissances sur le monde qui l'entoure. Le regard joue donc également un rôle dans le développement cognitif.

L'enfant construit dans un premier temps son identité à travers le regard de son entourage. Ainsi, ce dernier contribue à la formation de ses enveloppes corporelles et psychiques.

Lorsque l'enfant subit des carences et/ou maltraitements, les fondations de son corps et de son psychisme sont directement impactées. Le vécu traumatique et le manque d'investissement du regard laissent une trace indélébile sur la façon d'être de l'enfant et entraînent des répercussions sur son développement psychomoteur. Son enveloppe psychocorporelle est fragilisée par sa situation et par les placements familiaux et institutionnels, ce qui entraîne des difficultés relationnelles et de construction identitaire.

A l'adolescence, les nombreux remaniements corporels et psychiques viennent remettre en question les fondements de l'identité mise en place dans l'enfance. L'adolescent cherche à s'individualiser en s'ancrant dans son histoire familiale. L'identité qu'il se forge se base sur l'idée qu'il a de lui-même mais aussi sur l'image que lui renvoie son entourage. A l'adolescence où le regard de l'autre prend toute son ampleur, le jeune ayant vécu des carences ou maltraitements précoces se retrouve exposé de toutes parts. Ce qu'il va lire dans les regards

posés sur lui va le toucher davantage, impactant sa façon de considérer son corps et d'être en relation.

Au travers de ce travail, je retiens l'immense subjectivité du regard. Il me semble que Cécile et Manon ainsi que toutes les adolescentes rencontrées au cours de ce stage ont un vécu différent du regard. Du fait de leur personnalité et de leur passé différent, le regard porté aussi bien par la société, que par leur cercle familial et amical n'a pas eu le même impact sur leur construction identitaire et sur leur développement. Leurs difficultés liées au regard semblent toucher la composante relationnelle ce qui prouve qu'une personne ne présentant pas de trouble visuel peut tout de même ne pas être présente par le regard dans la relation.

Ce mémoire est également le fruit d'une réflexion sur le rôle du psychomotricien auprès d'adolescentes comme Cécile et Manon. La psychomotricité permet de leur offrir un environnement contenant afin qu'elles puissent exprimer leurs potentialités et mettre en mots leur vécu corporel.

Le regard est selon moi un outil précieux dans la pratique du psychomotricien. Il est un moyen d'entrer en relation et d'observer les manifestations corporelles du patient. Le regard du psychomotricien accompagne le développement du sujet et ses remaniements identitaires à tout âge de la vie. L'enjeu pour le thérapeute est de garder un regard malléable et mobile n'enfermant pas le patient dans certaines représentations. Par son approche globale et grâce au travail thérapeutique et rééducatif qu'il entreprend sur le corps et le psychisme, le psychomotricien peut renforcer la tenue du regard et en améliorer sa qualité. En regardant le patient il lui permet de se sentir exister et reconnu.

Le regard étant un outil de perception personnel influencé par notre subjectivité, le regard croisé de l'équipe pluridisciplinaire semble être essentiel. Ce regard permet d'enrichir notre compréhension du patient et d'obtenir un point de vue différent et distancié.

Pour conclure, ce travail m'a permis de développer un regard réflexif sur ma pratique et mes vécus. Ma place de stagiaire, variant entre observations et implications, m'a permis de prendre conscience de l'importance des regards en psychomotricité : ceux des patients, des parents, du psychomotricien et du tiers. Mon propre regard s'est modifié au cours de cette formation et continuera d'évoluer au cours de ma pratique professionnelle.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abécassis, J. (1979). A propos du regard de l'enfant. *Enfance*, 32(3-4), 171-194.  
<https://doi.org/10.3406/enfan.1979.2670>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 299-312.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience* (Edition originale 1962). Presses universitaires de France.
- Blanc, S. (2016). Flux visuels périphériques et développement postural chez l'enfant. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 9(1), 17-19. <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2016.01.002>
- Bullinger, A. (2000). Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, 4-8.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Éditions Érès.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche* (Erès).
- Bursztyn, J. (2016). Les différents troubles visuels chez le jeune enfant. *Contraste*, 43(1), 67-76. <https://doi.org/10.3917/cont.043.0067>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Consulté 6 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/>



- Desobeau, F. (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 162, 58-68.
- D'Ignazio, A. (2018). Autisme : L'enfant et sa difficulté à regarder. *Blog Hop'Toys*.  
<https://www.bloghoptoys.fr/autisme-lenfant-et-sa-difficulte-a-regarder>
- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 40 à 46. <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>
- Fejtö, K. (2013). La post-adolescence, une phase du développement. *Revue française de psychanalyse*, 77(2), 348. <https://doi.org/10.3917/rfp.772.0348>
- Garret-Gloanec, N., Pernel, A. S., & Parent, A. (2013). Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 10, 1-11.
- Gay-Brown, C. (2019). La déficience visuelle, se construire sans voir. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 210-222). Dunod.
- Ghanem, N. (2016). *L'impact Des Carences Affectives Vues Par Les Neurosciences*. 185-192.  
<https://doi.org/10.34174/0079-000-046-111>
- Haag, G. (2006). Resume d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*, 2(25), 313 à 325.
- Haag, G., Tordjman, S., DUPRAT, A., Clément, M., Cukierman, A., Druon, C., Jardin, F., Maufra Du Chatellier, A., Tricaud, J., & Urwand, S. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La psychiatrie de l'enfant*, 38(2), 495-527.
- Larousse, É. (s. d.-a). *Larousse, encyclopédie médicale*. Consulté 21 avril 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/proprioceptif/15559>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Larousse.fr : Encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne*. Consulté 19 février 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/>

- Lebovici, S. (1995). Les interactions fantasmatiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2, 94-98.
- Lefèvre, A. (2011). *100% Winnicott*. Eyrolles.
- Lemay, M. (1979). *J'ai mal ma mère*. Fleurus.
- Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (Erès).
- Levaque, C. (2010). Le corps et la clinique psychanalytique de l'alcoolisme. Pour une lecture pulsionnelle du stade du miroir. *La revue lacanienne*, 7(2), 65-76.  
<https://doi.org/10.3917/lrl.102.0065>
- Marcelli, D. (2006). *Les yeux dans les yeux : L'énigme du regard*. Albin Michel.
- Marcelli, D. (2008). Regard adolescent, le regard qui tue ! *Enfances & Psy*, 41(4), 50-55.  
<https://doi.org/10.3917/ep.041.0050>
- Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie* (9e éd.). Elsevier Masson.
- Marendaz, C. (2009). *Du regard à l'émotion : La vision, le cerveau, l'affectif*. le Pommier.
- Mazeau, M. (2013). La dyspraxie aujourd'hui. *Développements*, 16-17(3), 94-102.  
<https://doi.org/10.3917/devel.016.0094>
- Mazet, P., Rabain, D., Martin, M., Downing, G., Couetoux, F., & Wendland, J. (2001). Le regard dans les troubles des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, 419-427.
- Mille, C., & Henniaux, T. (2007). Carences affectives et négligences graves. *EMC - Psychiatrie*, 4(4), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(07\)45813-8](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(07)45813-8)

- Paumel, C. (2019). La traversée adolescente : Problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 225-266). Dunod.
- Piot, M. (2006). Le regard est visage : Le visage est regard. *Recherches en psychanalyse*, 6(2), 131-137. <https://doi.org/10.3917/rep.006.0131>
- Potel, C. (2015a). *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapeutique du corps* (Erès).
- Potel, C. (2015b). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Potel, C., & Marcelli, D. P. (2012). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (2e éd.). ERES.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Sabourin, R. (2010). *Les cinq sens dans la vie relationnelle*. le Souffle d'or.
- Sander, L., & Julia, H. (1966). Continuous interactional monitoring in the neonate. *Psychosomatic Medicine*, 28, 822-835.
- Schauder, C. (2002). *Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'oeuvre de Françoise Dolto* (Erès, Vol. 1). Erès.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck-Solal.
- Serge Lebovici, Visier, P., & Mazet, P. (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Eshel ; Médecine et Hygiène.

Site du Service Public—Direction de l'information légale et administrative, concernant les motifs de placement d'un enfant. (s. d.). Consulté 16 mars 2021, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N136>

Syndicat National des Ophtalmologistes de France. (s. d.). *Troubles visuels de l'enfant*. SNOF. Consulté 1 mars 2021, à l'adresse <https://www.snof.org/encyclopedie/troubles-visuels-de-lenfant>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir, 19*(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Vision—Le Robert. (s. d.). Consulté 26 février 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/vision>

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.

# ANNEXES

- Annexe I : Particularités du regard dans certains troubles

## I. Atteinte du regard d'un point de vue fonctionnel

Le Syndicat National des Ophtalmologistes de France rapporte qu'« *un enfant sur sept présente une anomalie visuelle, ce qui peut entraîner un retard dans son éveil et dans son développement psychomoteur* » (Syndicat National des Ophtalmologistes de France, s. d.).

### 1. Les troubles de la vision

Les troubles de la vision sont le plus souvent dus à une atteinte de la rétine ou du nerf optique. Cela peut notamment se traduire par une vision floue, une diminution de l'acuité visuelle (capacité de l'œil à distinguer un petit objet à une distance éloignée) ou par une vision double appelée diplopie.

La cataracte causée par l'opacification du cristallin ou le glaucome touchant le nerf optique sont notamment à l'origine d'une baisse d'acuité visuelle.

Les troubles de la vision peuvent également se manifester par une mauvaise perception des couleurs et/ou des formes. Dans ce cas, ce trouble peut être héréditaire (daltonisme) ou lié à une atteinte inflammatoire de l'œil.

Enfin, des pathologies telles que le diabète, la sclérose en plaque ou encore l'hypertension artérielle peuvent être à l'origine de troubles visuels.

La déficience visuelle correspond à l'ensemble des handicaps visuels entraînant une baisse de la vision causée par l'atteinte de l'acuité visuelle et/ou du champ visuel. Cette atteinte peut être totale (non-voyant, cécité) ou partielle (malvoyant), acquise ou innée selon l'âge d'apparition et stable ou dégénérative en fonction de l'évolutivité de la déficience (Gay-Brown, 2019).

Les troubles de la vision ont des conséquences sur l'investissement du système visuel et du regard. Ils engendrent des répercussions sur le développement psychomoteur notamment

au niveau des représentations du corps, des coordinations, des équilibres, des praxies et du système tonico-postural et locomoteur.

## 2. Les troubles de la réfraction

Le défaut de réfraction est un trouble oculaire courant se manifestant lorsque l'œil ne parvient pas à focaliser de façon nette les images provenant de l'extérieur. Ces troubles sont représentés par : la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatie.

La **myopie** est une altération de la vision de loin causée par un œil trop long. Au contraire, dans l'**hypermétropie** l'œil est trop court et impacte la vision de près (Syndicat National des Ophthalmologistes de France, s. d.). L'**astigmatie** est quant à elle caractérisée par une déformation visuelle résultant d'une courbure irrégulière de la cornée. Dans ce cas, la vision est trouble de près comme de loin.

## 3. Les troubles de la motricité oculaire

Les troubles de la motricité oculaire sont définis par un dysfonctionnement du contrôle des muscles oculomoteurs. Les troubles les plus retrouvés sont : le strabisme, le nystagmus et le syndrome de Balint.

Le **strabisme** est un défaut de parallélisme des deux yeux. Un œil « domine » par rapport à l'autre qui est dévié, le sujet est alors dans l'incapacité de fixer un même point avec les deux yeux. Les parésies et paralysies des muscles oculomoteurs en sont les principales causes. Le strabisme entraîne une perte de perception du relief qui peut venir entraver les gestes de la vie quotidienne (Bursztyn, 2016).

Le **nystagmus** est un mouvement d'oscillation involontaire et saccadé des globes oculaires. Le regard est en mouvement constant. Ce trouble peut causer des difficultés psychomotrices telles que des troubles de l'équilibre, de la coordination, de la motricité fine et de l'attention.

Le **syndrome de Balint** est un trouble de la motricité du regard et de la coordination visuo-motrice. Il est associé à la paralysie psychique du regard (incapacité du sujet à déplacer volontairement son regard), à l'ataxie optique (difficultés dans l'orientation du geste lors de la saisie d'un objet regardé) et à des troubles de l'attention visuelle. Ce trouble diminue les capacités du sujet lors des épreuves de reconnaissance visuelle.

#### 4. Les troubles neuro-visuels

Les troubles neuro-visuels sont des troubles d'origine cérébrale, non liés à une lésion de l'œil. Ils correspondent à des altérations du champ visuel, du traitement de l'information visuelle et à des difficultés à orienter son attention dans l'espace. Ils entraînent des déficiences au niveau des mouvements oculaires. Ces derniers comprennent les saccades (mouvements rapides et brefs des yeux), la poursuite oculaire (suivi d'un objet par le regard) et la fixation (fait de pouvoir fixer un objet). Parmi les atteintes neuro-visuels on peut également retrouver les troubles visuo-spatiaux et les troubles de la mémoire visuelle.

Les troubles neuro-visuels peuvent avoir des conséquences sur le développement comportemental, cognitif et émotionnel et peuvent altérer les apprentissages scolaires. De plus, ils sont fréquemment retrouvés dans le cas d'un Trouble Développemental de la Coordination (Mazeau, 2013).

### II. Atteinte du regard d'un point de vue relationnel

#### 1. Le regard chez l'enfant avec un trouble du spectre autistique

Les troubles du regard sont particulièrement présents dans la clinique auprès de patients présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Le TSA est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par la dyade symptomatique (DSM-5) comprenant : des déficits persistants de la communication et des interactions sociales dans des contextes variés et un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

En 1995, G. HAAG psychiatre et psychanalyste française et son équipe de psychothérapeutes mettent au point la « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Cette dernière traite de l'évolutivité des enfants atteints de TSA et de leurs particularités, le tout classé en cinq étapes. Pour chacune des étapes, huit aspects du développement sont décrits : les manifestations émotionnelles dans la relation, l'exploration de l'espace et des objets, le repérage temporel, le langage verbal, le graphisme, les conduites agressives, l'image du corps et l'état du regard (Haag, 2006).

Dans le cadre de mon propos, je ne vais pas détailler tous ces aspects du développement mais m'intéresser particulièrement à l'évolution du regard au cours des différentes étapes.

Durant la première étape qualifiée d'« *état autistique sévère* », l'enfant n'accorde pas d'intérêt à l'échange relationnel, il est en état de retrait permanent sur ses sensations par le recours à des stéréotypies d'autostimulations sensorielles. Le regard fuit la relation. Il est « *absent, évitant, ou traversant, ou collé, et souvent alors en périphérie* » (Haag, 2006, p.319).

La phase suivante dite « *étape de récupération de la première peau* » est axée sur des enjeux d'enveloppe et de contenance. Lors de cette étape l'enfant présente moins de stéréotypies et investit plus la relation. Concernant le regard, il y a une alternance entre un regard fuyant et un regard hyperpénétrant. Les regards pénétrants sont souvent observés lorsque l'enfant est en appui-dos, position qui rappelle le nourrissage du bébé et ainsi l'interpénétration des regards avec sa mère.

L'étape « *symbiotique installée* » est divisée en deux sous-étapes. La première est celle du « *clivage vertical de l'image du corps* » durant laquelle l'enfant se rapproche de l'adulte et lui « *prend la main ou le bras de manière souvent aimantée, pour faire un certain nombre de choses* » (Haag, 2006, p.321). Au cours de cette étape, le regard se caractérise par un éventuel strabisme afin d'éviter la binocularisation et la vision à distance. Le regard peut également être pris dans la problématique de la pulsion orale, avec une assimilation des yeux à la bouche (Haag et al., 1995).

La seconde étape est celle du « *clivage horizontal* » marquée par un regard plus lumineux et renvoyant qui a quasiment récupéré un échange normal.

Enfin, l'étape « *d'individuation* » est celle où l'on observe l'absence presque totale de stéréotypies et l'émergence du symbolisme. Concernant le regard, il est qualifié de pétillant et donne lieu à un échange relationnel de qualité (Haag et al., 1995).

La manière particulière qu'ont les personnes autistes d'utiliser le regard peut s'expliquer par plusieurs hypothèses. Aurélien D'Ignazio, psychomotricien, présente quelques pistes de compréhension.

L'évitement du regard peut être un moyen pour la personne autiste d'éviter une surcharge sensorielle. Ce comportement peut être lié à une hypersensibilité visuelle entraînant une réactivité plus intense et plus longue aux stimuli ainsi qu'une moindre tolérance par exemple à la lumière, aux contrastes ou aux mouvements. Ainsi, le mouvement rapide des globes oculaires et les différentes expressions du visage de l'interlocuteur peuvent déstabiliser la personne autiste et provoquer un surplus d'informations difficile à traiter.

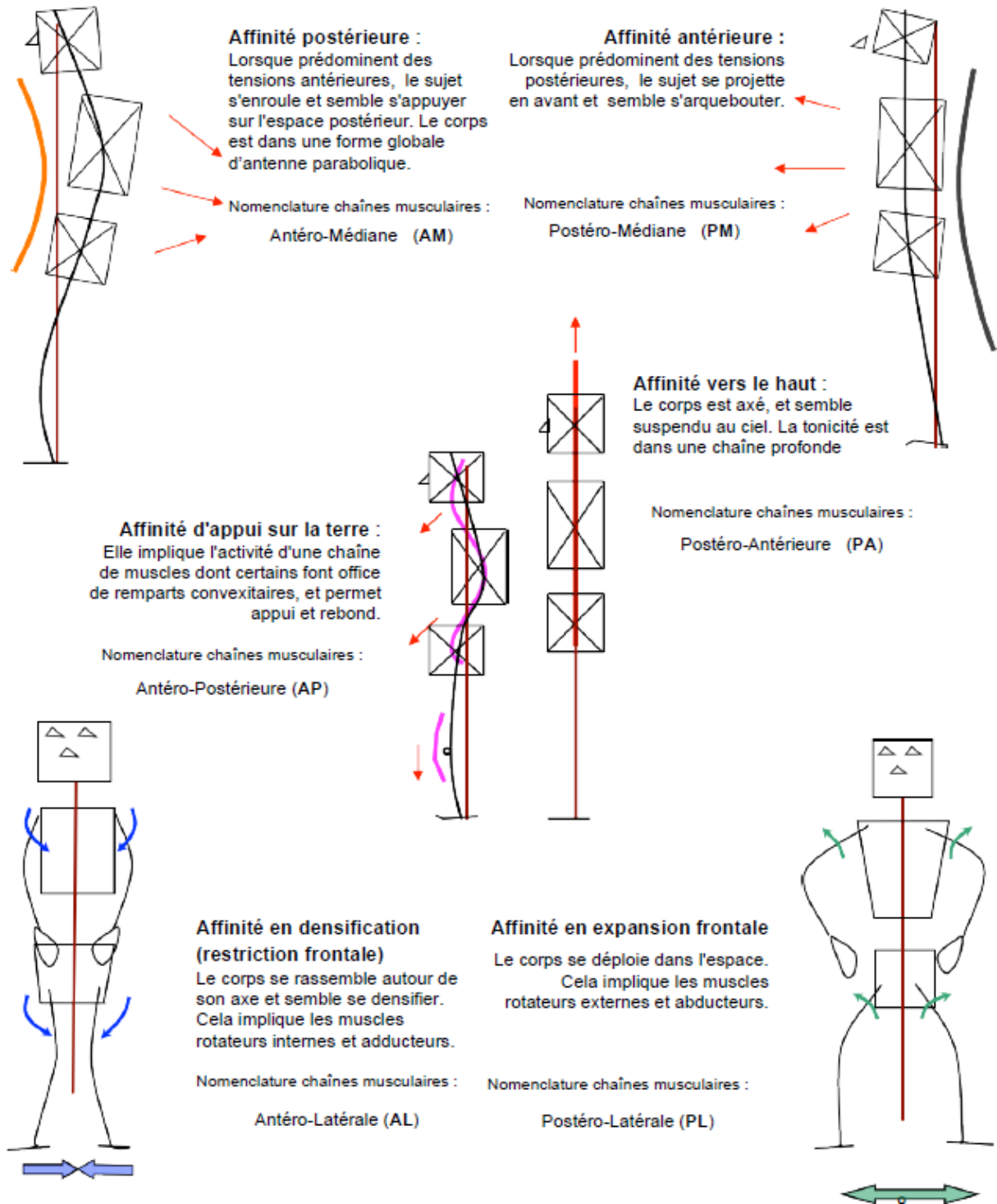


Le détournement du regard peut également être un moyen d'éviter un effort attentionnel trop important et peut permettre d'échapper à des situations relationnelles pouvant s'avérer trop anxiogènes.

Outre les aspects d'évitement, le regard peut être caractérisé par un surinvestissement du canal visuel, par une appétence marquée pour certains stimuli, par la fixation intense d'objets ou encore par une posture atypique favorisant l'utilisation de la vision périphérique. Ces comportements peuvent être la conséquence d'une hyposensibilité visuelle (moindre sensibilité/défaut de perception) ou être un moyen de trouver un apaisement en se coupant de l'environnement extérieur (D'Ignazio, 2018).

Pour conclure, les troubles du regard peuvent aussi bien toucher la composante fonctionnelle que la composante relationnelle du regard. Ils peuvent être en rapport avec différentes pathologies ou troubles mais la manière dont le regard est investi peut également être un moyen de compréhension de l'enfant et de son fonctionnement. Il existe une grande variété de regards et de nombreuses particularités selon les individus.

- Annexe II : Correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon G. Struyf (Lesage, 2015, p.101)



## RÉSUMÉ

Le regard est un élément fondateur de la relation humaine. Dans le cadre des interactions précoces, les échanges de regards sont indispensables et participent à la construction psychomotrice de l'enfant. Mais qu'advient-il lorsqu'un vécu traumatique vient perturber la mise en place de ces regards mutuels ? C'est ce qui s'est produit pour les adolescentes que j'ai rencontrées, victimes de carences et de maltraitances, et aujourd'hui placées en foyer d'accueil. Leur façon de regarder et de recevoir les regards extérieurs semble avoir été entravée par les traumatismes vécus dans leur petite enfance.

L'objet de ce mémoire est de questionner l'impact d'une situation carencielle précoce et d'un placement sur le regard des adolescentes et de comprendre le rôle que le psychomotricien peut avoir dans cette situation.

**Mots-clés** : Regard – Carences – Adolescence – Placement – Interactions précoces – Relation

## SUMMARY

The gaze is a founding element of the human relationship. In the context of early interactions, the exchange of glances is essential and contributes to the psychomotor construction of the child. But what happens when a traumatic experience disrupts the establishment of these mutual glances ? This is what happened to the teenage girls I met, victims of neglect and abuse, and now placed in a foster home. Their way of looking and receiving an external gaze seems to have been hampered by the traumas they experienced in their early childhood.

The aim of this thesis is to question the impact of an early deprivation situation and a placement on the gaze of adolescent girls and to understand the role that the psychomotrician can have in this situation.

**Keywords** : Gaze, Deprivation, Teenagehood, Placement, Early interactions, Relationship