

STAGE AU SEIN DE L'ONG
DOULEURS SANS FRONTIERES
EN ARMENIE
DU 6 AU 26 JUILLET 2004

Gladys DEBIEUX
Psychomotricienne
IFP Bordeaux

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
TEMOIGNAGE A VIF	2
DOULEURS SANS FRONTIERES	5
PRESENTATION SUCCINTE.....	5
POURQUOI LA DOULEUR ?	6
MISSION ARMENIE	7
LES LOCAUX ET LES PROFESSIONNELS	7
LE CONTEXTE	8
LE PROGRAMME	8
PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE.....	9
PRESENTATION DES STRUCTURES ET DU TRAVAIL EFFECTUE EN PSYCHOMOTRICITE	10
LA MAISON DES ENFANTS (GUMRI)	10
<i>Visite de l'orphelinat</i>	10
<i>Sensibilisation à la psychomotricité</i>	11
<i>Groupe de psychomotricité</i>	11
<i>Temps de jeu pour le groupe n°2 dans leur lieu de vie</i>	12
CENTRE PSYCHOLOGIQUE DE NAREK (GUMRI).....	14
<i>Séminaire</i>	14
<i>Accompagnement en psychomotricité</i>	14
JARDINS D'ENFANTS (3 A 7 ANS) (GUMRI)	16
<i>Jardin d'enfants n°12</i>	16
<i>Jardin d'enfants n°3</i>	17
<i>Jardin d'enfants allemand</i>	18
CENTRE SHIRAK (GUMRI)	20
ORPHELINAT DE NORK (EREVAN).....	21
POLYCLINIQUE N°19 (EREVAN).....	23
SEMINAIRE A ESPERANCE (ASSOCIATION SUR EREVAN).....	24
REFLEXIONS ET CONCLUSION	25
LE « PIEGE » D'ETRE ETRANGER.....	25
UN CORPS INSCRIT DANS UNE CULTURE	25
LES SEMINAIRES	26
TRAVAIL EN DOUBLURE : PSYCHOMOTRICIENNE / THERAPEUTE ARMENIEN	27
FRANCHIR LE PAS.....	28

TEMOIGNAGE A VIF

Dans le cadre de ma formation en psychomotricité je me suis intéressée au développement psychomoteur chez le jeune enfant à travers différentes cultures. Je souhaite d'une part compléter ma théorie et pratique dans un domaine que l'on pourrait appelé ethnopsychomotricité et d'autre part je désire exercer ma profession en France mais également à l'étranger.

L'an dernier, j'ai participé à un échange avec un institut de formation en psychomotricité de Bonn. Ce qui m'a permis de découvrir concrètement le travail des psychomotriciens en Allemagne (Motopäde). Cette année pour compléter ma formation entreprise à Bordeaux et avant de rentrer dans la vie professionnelle je souhaitais effectuer un stage hors de la communauté européenne.

Je me suis alors renseignée sur les programmes de psychomotricité à l'étranger. Deux constats : le premier c'est que la psychomotricité est présente dans peu de pays en tant que formation et métier reconnu. Quant aux ONG et autres associations « humanitaires » rares sont celles employant des psychomotriciens. C'est donc au cours de mes recherches que j'ai eu connaissance par le biais d'Internet de l'ONG Douleurs Sans Frontières. Le cadre et le programme de travail, détaillé dans les rapports d'activités m'ont de suite intéressés. J'ai alors pris contact avec le réseau DSF Arménie pour savoir s'il était possible d'effectuer un stage auprès de la psychomotricienne.

Et me voilà donc partie du 6 au 26 juillet en Arménie, à la rencontre de ma profession dans un nouveau cadre culturel. Accueillie à l'aéroport par Armen (*l'assistant de la coordinatrice*), il m'a de suite parlé du « virus » Arménie : une fois qu'on y a mis les pieds on est contaminé et de retour en France on a qu'une envie c'est d'y retourner. Je suis donc prévenue !!

De retour en France depuis deux jours, j'avoue avoir été attendrie (*dans le bon sens du terme*) par les Arméniens et leur hospitalité. Cependant, il me semble difficile pour moi d'envisager de travailler en Arménie de fait de ma méconnaissance totale de la langue. En effet durant ces trois semaines la nécessité de parler par l'intermédiaire d'un interprète a été pour moi une réelle frustration, mais aussi un blocage dans ma propre langue ; seuls quelques mots en allemand me venaient à l'esprit (*ce qui ne me servait pas à grand-chose*). En psychomotricité, il est important de mettre des mots sur ce qu'il se passe durant la séance et de comprendre ce que les enfants disent. Or le fait de devoir passer par une tierce personne, d'une part complexifie les relations avec l'enfant (*même si très rapidement ce n'est plus un obstacle pour les enfants*) et d'autre part cela instaure un petit laps de temps d'incompréhension (*mais les interprètes de DSF travaillent au mieux pour éviter ces désagréments*).

En découvrant la culture arménienne, j'ai constaté le poids écrasant sur cette communauté de leur histoire. Les mentalités en sont profondément marquées. J'ai été frappé dans les jardins d'enfants principalement par la discipline des enfants et la façon qu'ils ont parfois de s'adresser à d'autres enfants ou adultes en utilisant le terme « camarade. »

Dans les jardins d'enfants, les conditions matérielles sont loin d'être celles que l'on peut observer en France. De même que le personnel est en sous effectif par rapport au nombre d'enfants et ont des horaires importants (*pour des salaires dérisoires*). Les enfants en plus d'être plus disciplinés que les enfants français me paraissent plus autonomes et moins peureux (*ou du moins chouineurs pour un rien*).

Dans la Maison d'enfant de Gumri, c'est l'odeur nauséabonde et envahissante qui m'a le plus marquée. Comment l'oublier, elle est si prégnante ? Même les odeurs de nourriture ne rendent pas l'atmosphère plus agréable. En effet la non utilisation de couches pour les enfants posent de véritables problèmes hygiéniques et relationnels. Lorsqu'un enfant fait pipi sur le tapis (*qui est un tapis de salon*) il est seulement essuyé, l'odeur s'imprègne donc. De plus il y a une culpabilité induite aux enfants qui sont souillés par leur urine.

Le rythme des enfants n'est pas respecté, ils subissent le rythme institutionnel : pour les repas, le sommeil, les rares temps de jeux, les heures de kinésithérapie (*quand ils ont la chance d'en bénéficier*), les changements de groupe soudains...

Les nouveaux-nés sont emmaillotés dans leur lit et prennent leur biberon seul en position allongée, le biberon maintenu par une couverture. Et la marche est un des enjeux majeurs du développement de l'enfant, les adultes maintiennent les enfants en position debout avant même qu'ils ne tiennent assis correctement.

Dans la Maison des enfants de Gumri, la crainte de la directrice par le personnel m'a choquée. Les professionnelles travaillent dans des conditions difficiles mais en plus elles ont toujours l'inquiétude d'être surveillées et réprimandées par la directrice, qui semble régner à la « mode soviétique ».

Dans les orphelinats, le manque de moyens humains et financiers est flagrant. Ainsi de nombreux enfants dans la section des bébés atteints de becs de lièvre ne peuvent être opérés. D'autres enfants atteints d'épilepsie n'ont pas de traitement...

A l'orphelinat de Nork, il y a de beaux jouets mais ils restent rangés sur les étagères, les enfants n'en profitent que très rarement. De même que dans la salle de kinésithérapie de l'orphelinat de Gumri, il y a des tapis neufs type Wesco, mais ils sont rangés en hauteur et n'ont jamais été utilisés.

Lors du premier séminaire de sensibilisation à la psychomotricité auquel j'ai assisté, je me suis demandé, comment il était possible de faire passer les idées de la psychomotricité sur un simple mode oral. Mais peu à

peu, j'ai découvert que ce principe fonctionnait très bien lorsque les personnes présentes sont intéressées et disponibles.

La question de la formation et du passage de relais est, à mes yeux, le point le plus important du travail réalisé par les deux psychomotriciennes. Ainsi comme le disait LAO-TSEU: « *Donne un poisson à celui qui a faim, il aura à manger pour la journée ; apprends-lui à pêcher, et il aura à manger pour le restant de sa vie.* »

Après avoir effectué un stage de trois semaines au sein de l'ONG Douleurs Sans Frontières, j'ai pu constater que cette philosophie est la leur. Il ne s'agit donc pas d'actes charitables mais d'une véritable solidarité entre êtres humains et d'échanges sincères qui alors ne peuvent être qu'intenses et enrichissants.

Je tiens ici à remercier toutes les personnes de DSF, et principalement Melle Seguin, pour m'avoir permis de vivre une telle expérience et ainsi d'être sûre de vouloir travailler à l'étranger. Je remercie également tous les professionnels arméniens qui m'ont accueilli chaleureusement et m'ont fait partager leur travail. Et enfin je remercie les enfants et le dernier mot de mon rapport de stage sera pour eux.

Avant propos : ce texte est un rapport de stage à partir d'une expérience de trois semaines dans différents établissements. Il ne s'agit donc pas d'un rapport d'activité de psychomotricité, qui sont d'ailleurs rédigés mensuellement par Melle Seguin (psychomotricienne). Mais je me dois tout de même de relater certains faits observés pour la bonne compréhension de mes ressentis et remarques. De plus mes observations sont celles d'un travail débuté il y a déjà deux ans, il est donc le fruit d'un cheminement et de l'intervention de deux psychomotriciennes. J'ai donc pu constater les résultats positifs d'un tel travail, mais aussi quelques résistances qui persistent dans certains établissements ou pour certains professionnels.

DOULEURS SANS FRONTIERES

PRESENTATION SUCCINTE

C'est en 1996 que Douleurs Sans Frontières, Organisation Non Gouvernementale, est fondée à Paris par cinq médecins spécialistes de la lutte contre la douleur : Dr Alain Serrie, Dr Claude Thurel, Dr Jacques Meynadier, Dr André Muller, Dr Philippe Poulain.

Cette ONG est financée grâce aux dons privés et aux subventions ponctuelles pour certains programmes par des organisations, telles que l'UNICEF. Aujourd'hui le budget de DSF est douze fois supérieur à celui lors de sa création ; malgré cela et bien que les personnes gérant DSF sont toutes bénévoles, les budgets restent limités face à la lourde tâche qu'est la lutte contre la douleur. D'autant plus que DSF est la seule association à s'intéresser à cette lutte.

L'ONG comprend 15 membres dans son conseil d'administration dont le président est la Dr Alain Serrié. Le siège social se situe à Paris :

Douleurs Sans Frontières
Hôpital Lariboisière
2, rue Ambroise Paré
75475 Paris Cedex 10

Grâce à DSF, plus de 25.000 patients ont été pris en charge et environ 1.000 heures de formation ont été assurées. Pour plus de renseignements sur les programmes de Douleurs Sans Frontières, je vous invite à visiter leur site Internet : <http://www.douleurs-sans-frontieres.org/>

POURQUOI LA DOULEUR ?

A l'heure actuelle, en France, le domaine de la lutte contre la douleur physique et psychique est en pleine expansion. Ainsi depuis quelques années se développe dans les hôpitaux des centres anti-douleurs.

Mais dans des pays où une partie importante des habitants n'ont pas les moyens d'acheter de l'aspirine pour atténuer la douleur d'un simple mal de tête, on se doute (mais on reste souvent loin de la réalité) que des maladies telles que le cancer, le sida ne sont pas prises en charge ni dans leur dimension médicale, ni dans leur dimension psychologique ; faute de moyens matériels mais aussi humains. En effet, il ne suffit pas d'envoyer de l'argent ou des médicaments, il faut également former des professionnels à utiliser de façon adéquate ces médicaments et nouvelles technologies.

C'est pourquoi DSF, animée par des médecins, professeurs, chercheurs, infirmiers, psychologues, psychomotriciens... est présente sur le terrain pour favoriser la mise en place de réseaux de santé pour combattre la douleur. Ainsi DSF a deux missions primordiales :

- « *Soulager la douleur*
- *Former le personnel médical à prendre en charge de manière autonome le traitement de la douleur, après le départ des équipes de DSF.* »

De plus si certaines maladies sont curables grâce à un traitement adéquat, d'autres ne le sont pas. Et certains contextes économiques, politiques, géographiques... des catastrophes naturelles, la guerre par exemple, provoquent des douleurs psychologiques qui ne peuvent être prise en charge par une pilule miracle. Il faut mettre en place un réseau d'aide aux souffrances psychologiques.

« Parce que la lutte contre la douleur est une guerre quotidienne qui se joue sur le terrain, DSF a déjà établi une structure permanente dans sept pays : Angola, Mozambique, Sénégal, Maroc, Tunisie, Cambodge, Arménie. »

MISSION ARMENIE

LES LOCAUX ET LES PROFESSIONNELS

Le 29 janvier 2002, la filiale arménienne de DSF a été enregistrée officiellement auprès des autorités arméniennes compétentes.

SIEGE SOCIAL :

31 Rue Moscovian Apt 108 375010 EREVAN

Bureau à Erevan : 26 Rue Parpetsi Apt 13 375010 Erevan ARMENIE

E-mail : dsfarm@arminco.com

DSF Arménie dispose d'un bureau-logement sur Erevan (capitale) et d'un bureau à Gumri (deuxième ville d'Arménie), ainsi qu'un petit chalet pour logement chez une famille arménienne.

Le chef de mission est le pédopsychiatre Gérard Robin. Sur place l'équipe est composée d'expatriés permanents et de professionnels arméniens. D'autres expatriés interviennent sur des missions ponctuelles de quelques semaines (psychologues, pédopsychiatres).

Permanents expatriés :

Nathalie TOPAKIAN : Coordinatrice de la mission Arménie

Hélène AVYN : Psychomotricienne, permanente d'octobre 2002 au 27 mars 2003

Frédérique SEGUIN : Psychomotricienne permanente depuis le 13 mars 2003 (jusqu'au 9 septembre 2004)

Permanents locaux :

Armen AYVAZIAN : Assistant de la coordinatrice.

Anouchik MESROPIAN : Administratrice (basée sur Gumri)

Arstiom HAROUTOUNIAN : Interprète (basé sur Gumri)

Pédros ANSOURIAN : chauffeur logisticien (basé sur Gumri)

Moucher MEGUERTCHIAN : comptable (Gumri)

Nelly HAMPARTSOUMIAN : Personnel de Service et cuisinière au bureau DSF d'Erevan.

Famille ABELIAN : Propriétaires du logement de Gumri, gardiens, cuisiniers.

LE CONTEXTE

Le contexte politique et économique de l'Arménie est marqué par de nombreux événements au cours de l'histoire. De plus sur l'espace d'un peu plus d'une décennie, ce pays a vécu toute une série de traumatismes : tremblement de terre, arrivée de réfugiés de Bakou, dissolution de l'URSS, guerre au Karabagh, blocus énergétique. Et la non reconnaissance du génocide par la Turquie laisse des blessures à vif.

Ces événements retentissent sur la situation socioéconomique du pays ; celle-ci est mauvaise à telle point qu'une partie de la population a émigrée vers d'autres horizons. La population arménienne, pour la majorité, est dans une situation de précarité. Les salaires sont dérisoires, l'eau n'est pas disponible toute la journée, quelques coupures d'électricité... Les habitats détruits lors du tremblement de terre ne commencent à être réellement reconstruits depuis seulement un an (entreprise commence par les Russes mais jamais terminée : paysage de bâtiments fantômes avec seulement les fondations et quelques murs). Jusque là les habitants de Gumri, notamment, vivent dans des « doumiks », constructions de briques et de brocs (les étés sont très chauds et les hivers très rudes !).

Mais ces événements ne laissent pas seulement des traces dans le paysage géographique et socioéconomique mais également dans les esprits. En effet le tremblement de terre est marqué dans les mémoires et laisse de réels traumatismes. De plus l'ouverture au monde capitaliste provoque un « choc culturel » entre les modèles traditionnels arméniens et le mode de vie des occidentaux.

LE PROGRAMME

Les objectifs de DSF en Arménie s'axent autour de la prise en charge médicopsychologique des enfants en souffrance à Gumri et à Erevan. Pour ce faire DSF travaille en étroite collaboration avec les structures et les professionnels arméniens. L'élaboration et la mise en place du projet s'est effectué suite à une participation à des réunions scientifiques organisées par l'Union des Médecins Arméniens de France, en 2000. Le programme a débuté en novembre 2001, prévu pour une durée de quatre ans minimums. Il a été établi suite à l'évaluation des besoins étudiés sur place par l'ONG.

Les objectifs majeurs sont donc le mise en place de programmes de soins (médicaux, psychologiques, éducatifs, psychomoteurs) en partenariat avec les professionnels des structures déjà existantes ; et de prise en charge globale d'enfants en souffrance. La formation des professionnels à la prise en charge de la souffrance infantile, qui à leur tour formeront leurs confrères, est également un axe de travail essentiel.

Les programmes de formation se basent sur des séminaires, des consultations et prises en charge conjointes, des supervisions, des études de cas... Mais pour que les professionnels puissent profiter sur un plus long terme de ces formations, les approfondir et les partager avec d'autres confrères, DSF crée un centre de documentation

d'ouvrages, d'articles spécialisés traduits en arménien et d'un laboratoire audio-visuel comprenant des cassettes vidéo de formation psychologique traduites en arménien.

PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE

Le travail en psychomotricité a été mis en place par la psychomotricienne Hélène Avyn d'octobre 2002 à mars 2003. Il est poursuivi par Frédérique Seguin, qui effectue actuellement sa troisième mission (leur durée est de six mois).

« La psychomotricité est à la fois un regard et une pratique qui nous révèle que le développement psychomoteur passe à la fois par l'enfant lui-même et par l'accompagnement corporel ajusté de l'adulte. »

Lavergne*

Dès le début, l'orientation du travail en psychomotricité était axée autour de consultations conjointes et de groupes de psychomotricité, avec en parallèle des séminaires de sensibilisation à la psychomotricité. Lors de la première mission la collaboration s'effectuait principalement sur Gumri avec la Maison des enfants. Chemin faisant, des demandes d'autres centres ont vu le jour. C'est pourquoi au début de sa troisième mission, Melle Seguin, au cours des mois d'avril et mai 2004, a réorganisé son travail pour répondre à toutes les demandes de consultations, groupes et séminaires.

* **LAVERGNE S.**, « Psychomotricité à la crèche » ou le temps de l'enfant, *évolution psychomotrice*, 2000, 12, n°48, pp. 77-83

PRESENTATION DES STRUCTURES ET DU TRAVAIL EFFECTUE EN PSYCHOMOTRICITE

LA MAISON DES ENFANTS (GUMRI)

La Maison des Enfants est le seul établissement d'Arménie qui accueille des enfants handicapés et polyhandicapés, de 0 à 6 ans. Elle dispose de 90 places.

VISITE DE L'ORPHELINAT

Dans le groupe de quarantaine les enfants sont très nombreux et le personnel restreint. Tout enfant arrivant à l'orphelinat est admis dans ce groupe et comme me le dit la nurse, lorsqu'il est habitué alors il change de groupe !

Les changements de groupe se font sur la décision de la directrice et les enfants ne sont pas prévenus, ni même le personnel. Il n'y a donc aucune préparation lors de changements qui sont importants pour les enfants puisqu'ils changent de lieu de vie, de camarades et de personnel s'occupant de lui. Les nurses lors du changement soudain leur font suivre leur lit et leurs habits pour qu'ils gardent tout de même quelques repères. Lors de changement d'un enfant de groupe cela signifie que dans chaque groupe il y a un décalage d'au moins un enfant, donc dans ces périodes tous les enfants sont touchés par le remaniement des groupes.

Les enfants ne sont pas mis au sol, d'une part parce que ce n'est pas dans la culture arménienne de laisser gambader les enfants par terre mais aussi comme le disent les professionnelles les conditions ne le permettent pas : température très froide en hiver, prises électriques non protégées, pas de barrières pour délimiter un espace sécurisé, sols lavés mais personnels en chaussures et il y a des tapis qui bien que lavés ne sont pas très hygiéniques...

Dans le groupe des bébés les enfants sont également nombreux par rapport au personnel. Les enfants sont soit dans leur lit, soit dans des cosys ou dans des trotteurs (et parfois même avant qu'ils ne tiennent bien assis et qu'ils atteignent le sol avec leurs pieds). Un grand nombre d'enfants ont des becs de lièvre et des fentes palatines souvent importantes. Deux enfants revenaient de l'hôpital d'Erevan où ils ont été opérés. La cicatrice est « belle », elle est très discrète. Malheureusement peu d'enfants ont leur chance car les moyens financiers manquent cruellement pour de telles opérations qui en France sont courantes et anodines.

Dans tous les autres groupes un constat flagrant : très peu de jouets et le personnel n'a pas toujours le réflexe de les mettre à disposition des enfants. Les

enfants qui ont la chance de marcher se déplacent dans la salle, mais les autres sont sur une chaise et n'en bougent que ponctuellement : pour manger, dormir, être changé ou les séances de kinésithérapie.

SENSIBILISATION A LA PSYCHOMOTRICITE

Il est prévu lors de cette dernière mission d'une expatriée diplômée en psychomotricité, cinq séances de sensibilisation à la psychomotricité auprès des kinésithérapeutes et nurses des groupes dans lesquels intervient M^{elle} Seguin.

Ces « mini-séminaires » consistent en un topo théorique de 20 minutes et des petits jeux de mises en situation corporelle. Il s'avère difficile dans cet orphelinat de maintenir un groupe stable, en effet il manque toujours au moins une personne. De plus certaines quand elles sont présentes physiquement ne le sont pas forcément dans l'écoute de la théorie et refusent parfois de participer aux activités corporelles. J'ai constaté qu'une seule professionnelle posait des questions et faisait un lien d'elle-même entre la théorie et la pratique.

Lors des petits jeux, il est manifeste qu'elles n'ont pas l'habitude de telles situations. Elles sont mal à l'aise, manifestent des réactions de défense : elles parlent entre elles, rient... (*que l'on rencontre d'ailleurs chez les étudiants en début de formation de psychomotricité*).

Ainsi lors d'un jeu nommé la statue (*où un sculpteur modèle une statue*), elles ont du mal à investir le centre de la salle, certaines cherchent un appui dos contre le mur, une reste assise.

GROUPE DE PSYCHOMOTRICITE

L'objectif de ce groupe, composé de 6 enfants (*mais depuis peu un enfant refuse systématiquement de venir*) est de sensibiliser la kinésithérapeute présente à la dimension relationnelle dans sa pratique professionnelle. La psychomotricienne a pu observer au cours de ses missions que les actes de kinésithérapie sont souvent subis par les enfants. En effet les manipulations, dans une optique de diminuer les complications articulaires et musculaires liés au polyhandicap, par exemple, sont pratiquées sur les enfants parfois dans des souffrances importantes pour eux et en occultant la dimension relationnelle à celui-ci (*mode mécanique et technique des manipulations*).

Le groupe d'enfants a été constitué par la kinésithérapeute, après une discussion de sensibilisation à la psychomotricité et de précision des objectifs pour les enfants de ce groupe. Les enfants présents sont atteints d'IMC, de polyhandicaps, mais parfois les diagnostics ne sont pas précis voir inexistant. Ainsi le seul enfant du groupe qui marche, semble être atteint d'un trouble cérébelleux, mais il n'y a de réel diagnostic posé par les pédiatres.

La séance débute par un petit de temps de chansons enfantines arméniennes. Puis c'est un temps de jeux libre et la séance se termine par un massage.

La kinésithérapeute est ponctuelle et présente auprès des enfants. Elle est active et propose spontanément des jeux aux enfants. Peu à peu, elle a laissé de côté dans ce groupe les mobilisations de kiné pour faire place au jeu spontané et relationnel privilégié. Lors des temps de massage, la kinésithérapeute est douce et attentive au bien-être et confort de l'enfant. Mais dès la séance terminée lorsque la porte s'ouvre alors les habitudes quotidiennes reprennent le dessus. Par exemple, elle ramène deux enfants dans leur groupe avec un seul fauteuil roulant. Ils sont serrés, l'un presque assis sur l'autre, alors que ce premier venait de se mouiller (*toujours ce problème de ne pas avoir de couches*). De plus le temps de discussion après la séance s'avère difficile, elle n'exprime que peu de choses et ne pose pas de questions non plus. Elle ne semble pas trouver d'intérêt à ce temps de paroles.

Lors d'une autre séance, une enfant fait pipi, la kinésithérapeute s'empresse alors de dire qu'il faut de suite nettoyer le sol. En effet, si jamais la directrice observe que ce n'est pas nettoyé cela risque poser des problèmes. Une situation parmi d'autres où le poids institutionnel se fait oppressant pour le personnel.

TEMPS DE JEU POUR LE GROUPE N°2 DANS LEUR LIEU DE VIE

Difficulté quant à la régularité du cadre et de la mise en place d'activités pour diverses raisons : changement dans le cadre spatial : enfants dans la cour ; mais aussi rupture de la continuité du fait des nombreuses entrées/sorties des enfants du groupe, changements imprévus d'horaires pour le personnel...

Lors de notre arrivée (*psychomotricienne, interprète et moi-même*), les enfants jouent avec les legos. Cependant les enfants qui ne peuvent tenir assis seuls par terre sur le tapis, sont mis dans des chaises mais sans jeux, ils regardent donc les autres jouer sans en profiter.

Les nurses souvent se sentent fatiguées et impuissantes pour subvenir aux besoins des enfants, elles veulent les aider mais ne savent plus comment et n'ont pas les moyens pour ; ni humain, ni financier. Leurs horaires sont très loin des 35 heures hebdomadaires françaises et pour un salaire de misère !

Un enfant fait pipi sur le tapis (*ce sont des tapis de salon et non des tapis style Wesco, ils sont donc difficilement lavable quotidiennement*). L'enfant est alors aussitôt changé, mais le tapis lui est juste essuyé, cependant les odeurs et les microbes restent... De plus le fait que les enfants ne portent pas de couches est un frein aux relations entre professionnelles et enfants car prendre longtemps un enfant sur les genoux s'est prendre le risque qu'il nous fasse pipi dessus. Pour ma part lors de notre première visite dans le groupe, un petit garçon atteint d'une trisomie 21 s'est approché de moi en se déplaçant sur les fesses et m'a tendu les bras. Je l'ai alors pris sur mes genoux et nous avons ainsi joué toute la séance. Je savais qu'il n'avait pas de couches et que je pouvais à tout moment me retrouver mouillé mais j'ai souhaité privilégier la relation plutôt que la propreté de mes vêtements. Ce qui ne s'est pas produit d'ailleurs.

Il est vrai qu'il y a quelques années je n'aurai pas autant mis de côté ce problème. Mais pour avoir depuis trois ans joué toutes les semaines avec un enfant autiste n'ayant pas acquis la propreté et refusant très souvent de garder sa couche, j'ai accepté l'éventualité d'être mouillé par les urines d'un enfant. Cependant je conçois que travailler toute la journée et tous les jours dans ces conditions avec un groupe important d'enfants n'est pas des plus satisfaisants. Même les odeurs de cuisine n'arrivent pas à rendre agréable l'air de cet orphelinat.

De plus il y a un paradoxe à ne pas utiliser de couches et le fait de dire « honte à toi » dès qu'un enfant se fait pipi dessus. Les enfants doivent être propre très tôt, et s'ils refusent de faire sur le pot, mais que quelques minutes après ils se mouillent alors ils sont changés mais avec un sentiment de culpabilité et de mauvais enfant.

L'idée des petits cahiers individuels (*cf à l'orphelinat de Nork à Erevan*) avait été proposé par la psychomotricienne, mais cette idée n'a pas été investie par les professionnelles. Ils n'ont donc jamais été mis en place. Depuis un mois, une nouvelle personne est présente sur le groupe. Elle est dynamique, intéressée et souhaite faire de son mieux pour chaque enfant. Elle est très attentive individuellement aux enfants, fait des remarques pertinentes sur chacun d'eux, et les observe pour mieux s'occuper d'eux. Mais elle se sent impuissante face au poids oppressant de la direction qui empêche presque tout changement autre que ce que celle-ci prévoit. En effet le personnel n'a pas droit à la parole et s'il parle de tout façon il n'est pas écouté. Ce qui explique peut-être pourquoi le personnel présent depuis de longues années ne voit pas l'intérêt de discuter de la situation des enfants puisque de toute façon cela ne changera rien ou si peu.

Nous (*la psychomotricienne et moi-même*) avons rencontré par hasard dans une rue de Gumri le soir le kinésithérapeute principal de l'orphelinat de Gumri. Il a alors fait part à M^{elle} Seguin qu'il avait lu tous les bilans effectués et traduits en arménien et qu'il trouve ceux-ci très intéressants. Au début de sa mission, la psychomotricienne avait demandé à travailler avec lui pour des séances de psychomotricité mais elle s'était confrontée à un refus catégorique de la directrice.

CENTRE PSYCHOLOGIQUE DE NAREK (GUMRI)

The Narek Center of Psychological Service est le centre psychologique d'Etat principal pour la région Shirak (région nord ouest de l'Arménie). Il propose des services de consultations individuelles, groupales, familiales. Il comprend un personnel d'orthophonistes, d'éducateurs spécialisés, de psychologues.

SEMINAIRE

Je n'ai pu assister qu'à un seul séminaire de psychomotricité, du fait de l'annulation des suivants. C'est la présence d'une formatrice d'une autre association belge, venue pour de la formation théorique et des études de cas, qui en est à l'origine. En effet, n'étant présente que pour trois semaines, la directrice du centre Narek a donné la priorité aux formations de celle-ci.

On se rend compte, une fois de plus, la difficulté à pouvoir garder un cadre stable sur du long terme que ce soit pour les séminaires, les groupes de psychomotricité... du fait de nombreuses variables. De même que le groupe de travail a été momentanément mis en suspens. Il s'agit d'un groupe de réflexion clinique à partir de textes, où sont présentes des professionnelles du centre Narek, une psychologue du centre Shirak et deux psychologues d'Andranik. Ce groupe a été créé sur leur demande.

Que plusieurs organisations apportent leur soutien à une même structure a des avantages et des inconvénients. L'annulation de ces séminaires durant le mois de juillet est le reflet des difficultés parfois à travailler ensemble et à ne pas mettre à mal le travail des autres.

Lors du séminaire auquel j'ai pu assister, la psychomotricienne est intervenue sur le thème de l'hyperactivité. Il a consisté en une présentation théorique des signes cliniques et des enjeux de cette pathologie, puis en la présentation de l'axe thérapeutique avec quelques jeux que l'on peut proposer aux enfants atteints d'hyperactivité. Cette théorie aurait pu être illustrée par deux études de cas si le séminaire avait pu durer le temps habituel.

ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

A l'heure actuelle, la psychomotricienne intervient pour une prise en charge individuelle d'un enfant de 6 ans atteint d'une Infirmité Motrice Cérébrale. Ce travail s'effectue en collaboration avec une jeune diplômée en psychologie, qui participe à titre bénévole.

La séance est composée de deux temps. Le premier temps consiste en un massage proposé par la psychologue, M^{lle} Seguin reste alors observatrice. Le jeune fille, que je vais nommée Lilit, est allongée en décubitus dorsal sur un tapis épais. La psychologue lui propose alors un temps d'éveil tactile à partir de différentes balles (*la taille et la texture des balles varient*). Ce temps est accompagné de musiques traditionnelles douces. La psychologue verbalise et montre à Lilit lorsqu'elle change de

balle. A la fin la psychologue unifie les sensations par un passage global des paumes de ses mains tout le long du corps.

Le deuxième temps consiste à des jeux libres où participent toutes les personnes présentes dans la salle, c'est-à-dire Lilit, la psychologue, Frédérique (*la psychomotricienne*), mais aussi Arstiom l'interprète, et moi lors de mon stage. Lilit apprécie jouer avec des balles qu'elle lance avec les mains (*qui s'ouvrent de plus en plus*) mais aussi en shootant dedans depuis la position assise.

Lilit de fait sa pathologie a du mal à passer de la position allongée à la position assise et ne tient pas assise, sans support, très longtemps. Frédérique aide alors Lilit à trouver des appuis pour s'asseoir seule et se positionne derrière elle pour lui fournir avec son corps un support à la station assise. Lors de telles actions, la psychologue est très attentive aux positions des mains et du reste du corps de Frédérique, elle perçoit alors les bénéfices de ces actions (*qui sont des mobilisations ou de simples accompagnements du mouvement spontané de l'enfant et non des manipulations douloureuses*) et peut ensuite peu à peu les expérimenter elle-même. Elle se sensibilise ainsi, par une attention et observation soutenue, aux mobilisations utiles pour Lilit.

C'est lors de cette prise en charge que j'ai découvert une situation familiale parmi d'autres très complexes. En effet la mère de Lilit n'a pas droit de paroles, elle est séparée de son mari. Celui-ci vit chez sa mère avec sa nouvelle compagne (la tante). Lilit est prise dans les filets d'un enjeu familial lourd pour une si jeune petite fille. En effet toutes les décisions sont prises par la grand-mère paternelle et la tante. Tante qui prend beaucoup de place et s'accapare Lilit.

Au début de cette prise en charge, en février, Lilit venait dans la salle de psychomotricité accompagnée de sa mère et de sa tante. Mais cette dernière prenait une telle place que Frédérique fut obligée de repenser cette prise en charge. En effet la tante était sans cesse en train de parler à Lilit, de lui demander si Lilit l'aimait, si elle était bien chez elle... C'est pourquoi aujourd'hui Frédérique et la psychologue proposent une prise en charge individuelle à Lilit.

La mère pense que cette prise en charge n'apportera rien de plus à Lilit, mais elle l'amène tout de même toutes les semaines. Le père et la tante, eux, souhaitent que ce temps permette d'ici peu à Lilit de marcher.

Après le départ de Lilit, Frédérique et la psychologue prennent ensemble un temps de discussion autour de la séance et de l'évolution de Lilit. Ce temps permet également à la psychologue de poser des questions à Frédérique à propos de la psychomotricité.

JARDINS D'ENFANTS (3 A 7 ANS) (GUMRI)

La psychomotricienne, accompagnée d'une professionnelle du centre Narek, intervient dans plusieurs établissements, mais le principe est toujours le même. Les séances se déroulent à raison d'une matinée par semaine. L'objectif des groupes de psychomotricité est de permettre aux enfants d'expérimenter, à travers des activités dirigées et de temps de jeux libres, leur corps et ses capacités. Elle propose des activités telles que le chant, les rondes, des parcours moteurs, des massages... Elle utilise pour ce faire un matériel basique : ballons, balles, cordes, cerceaux, tables, chaises, maracasses, support musical, carré de tissu...

Tout en créant les conditions de jeux favorables au développement psychomoteur des enfants présents, la psychomotricienne sensibilise le personnel des jardins d'enfants et du centre Narek à la psychomotricité dans son versant préventif.

A la fin de chaque séance tous les professionnels se regroupent pour échanger leurs observations. Et si nécessaire il est alors discuté plus particulièrement d'un enfant et une réflexion autour de la façon d'aider et accompagner cet enfant dans son quotidien du jardin d'enfant.

NB : il y a toujours la présence de l'interprète.

JARDIN D'ENFANTS N°12

La séance de psychomotricité est animée par M^{elle} Seguin (*la psychomotricienne*), une psychologue du centre Narek (*la même qui intervient pour la prise en charge de Lilit*) et l'éducatrice du groupe. Cet établissement est en très mauvais état, les plafonds et murs s'effritent et les locaux sont exigus par rapport au nombre d'enfants admis.

Les enfants sont très disciplinés ; lorsqu'ils ont fini de manger, ils se lèvent, placent leur chaise contre le mur, s'assoient et attendent qu'un adulte leur donne l'autorisation de se lever.

La séance débute par un temps de chant, durant lequel les enfants sont assis en cercle. Ensuite, très rapidement, les adultes avec l'aide des enfants disposent des tables et des chaises pour organiser avec les moyens du bord un parcours psychomoteur. Les enfants ont à leur disposition des jouets apportés par la psychomotricienne : balles, ballons, cerceaux, quilles, cordes à sauter, jeux d'empilement, maracasses.

Après ce temps de jeux libre, vient celui des rondes et pour terminer celui des massages, très appréciés. Les enfants s'allongent d'eux-mêmes sur le tapis (*ils ont très bien repéré les différents temps de la séance*) et profitent dans le calme le plus souvent des massages effectués avec des balles par les adultes mais également certains enfants qui le souhaitent ; ceux-ci prennent alors très au sérieux leur tâche. Ces massages sont aussi bien une façon de **rencontrer** l'autre en le percevant (*toucher, vue, audition, odorat*) que de faire un parallèle entre son propre corps et celui de l'autre. Il me semble alors important que les enfants prennent conscience que le corps est

identique à tous les êtres humains et pourtant il est si singulier, en effet, il n'existe pas deux corps identiques. Les contacts corporels entre enfants à l'aide d'une balle, e.g., dont les mouvements sont dirigés et accompagnés du contrôle visuel, constituent de véritables explorations du corps de l'autre.

« *Le plaisir tactile satisfaisant dans la petite enfance joue un rôle fondamental dans le développement ultérieur de l'individu.* » DE AJURIAGUERRA*

Arpiné est une petite fille très en retrait par rapport au groupe. Elle reste toute la séance assise sur une chaise, joue peu, seule ou alors en décalé dans le temps par rapport aux autres enfants (*ainsi lorsqu'ils ont finis de jouer au train avec les chaises et passent à un autre jeu, Arpiné dispose alors les chaises pour jouer seule au train*). Après plusieurs séances, où la psychomotricienne a plus particulièrement observé cette enfant, elle a proposé de rencontrer la mère, mais alors la directrice lui a évoqué le fait que cela serait très difficile de ne convoquer que la mère. Il faut en effet « inviter » à la fois la mère, le père et la grand-mère. De plus, alors que nous étions dans la cour (la psychomotricienne, l'interprète, la directrice et moi-même), la directrice appelle la grande sœur d'Arpiné (*qui était en train de danser avec les enfants de son groupe*) et évoque devant elle le fait que leurs problèmes sont « héréditaires ». D'après la directrice, il suffit de regarder attentivement sa grande sœur pour comprendre que c'est génétique. Bref, il n'y a pas grand-chose à faire, il faut laisser du temps à Arpiné pour parler et faire sa place, puisque sa sœur a été pareil et que maintenant elle parle bien. De plus, la directrice ne connaît pas les parents, c'est toujours la grand-mère qui amène ses petites-filles. Mais la directrice consent tout de même à téléphoner à la famille pour prendre un rendez-vous.

L'éducatrice référente du groupe est très attentive aux enfants, très patiente et présente lors de la séance de psychomotricité. Elle pose des interdits tout en verbalisant les raisons de ceux-ci. Elle accompagne chaque enfant en fonction de ses besoins. C'est un plaisir de travailler en collaboration avec une personne ouverte et intéressée lors des discussions par de véritables échanges de point de vue.

JARDIN D'ENFANTS N° 3

La séance de psychomotricité est animée par la psychomotricienne, une éducatrice spécialisée du centre Narek, l'éducatrice référente et l'infirmière du jardin d'enfants. Les conditions matérielles ne sont guère plus favorables que dans le précédent jardin d'enfants. La salle principale du groupe est très petite et les lits sont entassés contre le murs.

La séance est décomposée en quatre temps : jeu des prénoms (*les enfants sont assis en cercle et se lancent un ballon en nommant la personne à qui ils l'envoient*) ; activité libre (*parcours psychomoteurs, balles, quilles, jeux d'empilement...*), rondes et chants et pour terminer massage.

* DE AJURIAGUERRA J., *La peau comme première relation, du toucher aux caresses*, p. 330

Après la séance, durant le repas, l'éducatrice et l'infirmière se détachent du groupe pour un temps de discussion à propos de la séance et de la psychomotricité. Ils s'avèrent qu'elles ont toutes deux du mal à débiter la conversation et attendent les questions de la psychomotricienne. Suite à ce temps de verbalisation, il est décidé d'observer plus particulièrement durant la semaine un enfant. Les raisons de ce choix sont discutées collectivement. Toutes les observations à propos des enfants sont notées dans un petit cahier individuel. Ce principe a été proposé par la psychomotricienne et il bien compris et utilisé par le personnel. Il est à noter que celle-ci ne demande pas à voir, ni à lire ces cahiers. En effet, il s'agit du travail des professionnelles du jardin d'enfants et la psychomotricienne n'est en aucun cas présente pour vérifier leur travail. De plus, ces petits cahiers ont été proposés dans une optique de sensibilisation à l'observation des enfants par les professionnelles et ainsi à s'autogérer au quotidien. Par contre, si elles ont des questions, des doutes, des difficultés alors la psychomotricienne est toujours présente pour les accompagner dans leur travail.

Lors d'une séance, il y eut un changement de salle pour cause de forte température dans la salle habituelle. Les enfants étaient un peu dissipés par le manque de repères dans le cadre. De plus, cette pièce n'est séparée d'une autre, où se trouve un autre groupe d'enfants, que par un simple rideau. Les enfants écoutent peu, ce jour-là, les adultes (éducatrice et infirmière) qui posent alors des interdits mais sans en verbaliser les raisons.

Lors du temps de discussion, nous avons surtout parlé d'un enfant qui a perturbé le jeu de tous les autres durant cette séance. Il courait d'un endroit à l'autre de la pièce en prenant tous les jouets des mains des autres enfants, en leur tapant dessus au passage. Tandis que la semaine d'avant il restait assis sur une chaise en tenant la main de sa petite sœur (*qui était à sa demande pour la journée dans le groupe*). Il ne jouait pas mais privait également sa sœur de jouer, elle devait rester assise à côté de lui sans rien faire. Il tape même les adultes et leur répond. Cet enfant est dans un comportement de toute puissance. L'éducatrice dit que son comportement est très problématique et que malgré les punitions cela perdure. Il gêne les temps de jeux, de repas et de sieste. Durant le repas, il refuse de manger en même temps que les autres, pendant la sieste, il fait du bruit... L'éducatrice a parlé de ce comportement à la grand-mère et au papa, mais la famille est fière. L'éducatrice et l'infirmière se trouvent perdues face à cette situation. Mais elles ont vite tendance à parler de lui comme un enfant méchant dont on ne veut plus. C'est après une deuxième conversation à son sujet, qu'elles ont pris conscience qu'il ne faut pas voir uniquement ce qu'il fait de mal sinon cela va renforcer son comportement de toute puissance. Il faut le « sanctionner » (*en verbalisant*) quand il fait des « bêtises » mais il faut également le valoriser lorsqu'il agit correctement (*ce qui a été fait lorsqu'il s'est endormi à la sieste sans perturber celle-ci*).

JARDIN D'ENFANTS ALLEMAND

J'ai assisté à la réunion dans ce jardin d'enfants entre la directrice et une éducatrice spécialisée de Narek qui avait pris le relais de l'animation de séances de psychomotricité après avoir été en doublure avec la psychomotricienne.

Il est nommé jardin d'enfants allemand car il a été bâti et financé par une association allemande. L'éducatrice de Narek animait cette année des groupes de psychomotricité dans chaque section. La directrice est très contente de son travail et le bilan est très positif. Celle-ci souhaite même mettre en place des séances de psychomotricité tous les après-midi, animées par les professionnelles du jardin d'enfants. Elle désire également que l'éducatrice de Narek, continue à venir ponctuellement. Ainsi il y a désormais un partenariat direct entre le jardin d'enfants et le centre Narek, puisque DSF désormais n'est plus le lien entre les deux structures. Ce partenariat permettra notamment lors d'une difficulté avec un enfant pour le personnel du jardin d'enfants de s'adresser au centre Narek, en connaissant déjà la structure et les professionnelles.

CENTRE SHIRAK (GUMRI)

L'association Shirak, travaille auprès d'enfants déscolarisés qui sont souvent dans des situations socio-économiques et familiales complexes. La psychologue me dit que le bilan de leur structure est positif car un bon nombre d'enfants accueillis ont retrouvés les bancs de l'école. L'association propose aux enfants des activités éducatives et des thérapies. Malheureusement, cette structure ne fonctionne financièrement que grâce à des dons et des subventions qui sont en train de se tarir, l'avenir du centre est de fait très incertain. Actuellement les professionnels travaillent bénévolement.

J'ai pu observer la fin d'une passation de bilan pour deux enfants (frère et sœur). La psychomotricienne avait déjà vu deux fois chaque enfant en individuel pour la passation des épreuves du bilan psychomoteur. Il s'agissait lors de ma présence d'un temps d'observation du jeu spontané pour compléter ce bilan. Le bilan s'est effectué en présence de la psychologue du centre.

La fille (8 ans) parle un peu mais est présente dans la relation. Elle a souhaité jouer à la balle avec la psychomotricienne, la psychologue et moi-même. Puis elle joue aux quilles et s'assoit en cherchant un appui dos contre le mur. Elle termine par un temps de jeu seule avec une balle qu'elle lance le plus fort et le plus haut possible.

C'est par ce même jeu que son frère (6 ans ½) débutera la séance et la terminera. Il est très peu dans la relation et ne parle pratiquement pas et d'une voix presque inaudible. Il semble très chétif et ses épaules et son cou semblent bloqués.

L'histoire familiale est très pesante pour ces enfants. Leurs parents sont dans une détresse sociale importante. Le père atteint d'un handicap mental, a tenté de trancher la gorge de sa femme sous les yeux de ses enfants. La grand-mère dit d'ailleurs au fils qu'il est malade comme son père. Actuellement, la mère est partie du domicile familial avec ses enfants, ils logent provisoirement dans un foyer d'accueil (pour un mois).

A partir des bilans psychomoteurs (*rédigés et traduits en arménien*), il est pris la décision, en concertation avec la psychologue, d'une prise en charge en psychomotricité. Les séances se dérouleront au centre Shirak en groupe. La présence de la psychologue pour co-animer le groupe permet une sensibilisation à la pratique psychomotrice et la possibilité de continuer avec ce groupe (*et d'autres qu'elle pourra mettre en place si les conditions le permettent*) les séances après le départ de la psychomotricienne.

ORPHELINAT DE NORK (EREVAN)

L'orphelinat de Nork accueille des enfants de 0 à 6 ans, dits orphelins (*car bien souvent ils ne le sont pas et certains reçoivent parfois la visite de leur mère*), non atteints de handicap.

Actuellement la psychomotricienne intervient dans le groupe de bébés. Ce groupe comprend environ dix enfants âgés d'un mois à un an. Elle met en place des temps d'observation du jeu spontané des bébés et propose des activités d'éveil et de stimulation, favorisant leur développement psychomoteur.

Les bébés réveillés sont mis dans un « manège » qui est un parc en hauteur. Dans cet orphelinat il y a de beaux jouets, bien rangés sur les étagères, mais les professionnelles n'ont pas le réflexe de les mettre à disposition des enfants. Mais dans le manège se trouvent des mobiles.

Pour dormir les bébés sont emmaillotés (très serrés) dans leur couverture et ils sont souvent bien couverts. De même qu'ils prennent ainsi, seul, leur biberon qui est calé dans une couverture. Le moment du repas n'est donc pas un temps privilégié pour ces enfants.

Les enfants sont mis debout dans le manège par les nurses, et ce avant même qu'ils ne tiennent bien assis. Ils s'accrochent alors aux barreaux et ne peuvent plus bouger, ni jouer.

La psychologue de l'orphelinat est présente lors de l'intervention de la psychomotricienne dans la section des bébés. A notre arrivée (*la première semaine où je suis présente*) la psychomotricienne se rend compte que près de la moitié des enfants ont changé de groupe. Elle souhaite alors se renseigner sur les conditions d'arrivée des enfants et leurs histoires familiales, mais généralement le personnel ne sait quasiment rien sur l'histoire de ces enfants. De fait les enfants n'ont aucune idée de ce qu'il leur arrive et leur histoire ne peut leur être verbalisée.

Frédérique a proposé de mettre par terre deux enfants pour jouer avec eux, les nurses disposent alors une couverture. Puis d'elles-mêmes mettent d'autres enfants et apportent des jouets. La psychomotricienne propose d'enlever les chaussettes, les nurses touchent les pieds des enfants et les remettent à certain de peur qu'ils prennent froid.

Les nurses commencent à parler aux enfants de leur mère (*ce qui n'était pas fait à l'arrivée de la psychomotricienne dans cet orphelinat*), mais elles ont tendance à en parler sur un fond de « mensonge ». En effet, elles disent par exemple aux enfants que leurs mères vont venir les voir, alors qu'elles n'en savent rien.

La psychomotricienne et la psychologue prennent un temps de discussion suite à ces jeux. Mais ne pouvant trouver un créneau horaire commun aux nurses et à la psychomotricienne, c'est la psychologue qui s'occupe de la discussion sur l'évolution des enfants avec les nurses. Ces échanges concourent à développer les capacités d'observation des professionnelles sur le comportement et les potentialités relationnelles du nourrisson. Pour les aider dans ce travail d'observation, la

psychomotricienne et la psychologue ont mis en place un petit cahier par bébé. Ainsi chaque semaine les nurses prennent des notes en se concentrant plus particulièrement sur un enfant. Des écrits provenant de l'institut Lóczy sur la prise de notes ont été traduits pour former le personnel à consigner les faits importants. Actuellement, la psychologue travaille sur de nouveaux textes et sur la mise en place de tableau de développement pour chaque enfant.

Durant une séance, la psychologue a joué avec une enfant qui est très apeurée et en hypertonie massive. Elle lui présente un hochet mais la petite fille ne le regarde pas, par contre elle cherche le regard de la psychologue (*qui a du mal à instaurer une relation visuelle sans utiliser de médiateur*). Elle a besoin d'une personne qui joue avec elle dans une notion de continuité et de sécurité et surtout d'échange à travers le regard. Après une discussion entre la psychomotricienne et la psychologue, cette dernière propose de travailler avec cet enfant pendant une semaine pour débiter, 20 minutes tous les jours.

La psychologue exprime à la psychomotricienne que pour l'instant elle observe encore beaucoup pour prendre au maximum, mais qu'elle réfléchit à la façon d'organiser son travail lorsque le contrat de la psychomotricienne s'arrêtera (le 9 septembre 2004). Elle se sent prête à prendre le relais pour animer les groupes de psychomotricité. Ce qu'elle fait déjà sur le groupe des plus grands. Elle a commencé aussi la formation du personnel sur la section des bébés pour la mise en place des petits cahiers, et évoque qu'elle prendra soin à ce que ces cahiers suivent les enfants lorsqu'ils changeront de section. De même qu'elle commence la sensibilisation à des textes écrits par l'équipe Lóczy, notamment pour l'établissement de tableau de développement pour les enfants.

A propos de l'observation de la motricité des bébés à Lóczy, M. DAVID dit que « *La règle de non intrusion dans l'activité spontanée de l'enfant (...) s'avérait passionnante dans la mesure où elle permettait de découvrir l'intérêt de l'enfant, sa ténacité et sa progression à partir de la poursuite de ses propres efforts, à son rythme et sans manifestations de frustration de sa part.* »* C'est ce que souhaite faire prendre conscience aux professionnelles des orphelinats et ensuite leur permettre de réfléchir à partir de ces observations consignées dans les cahiers.

* DAVID, p. 17 in APPEL G., DAVID M., propos recueillis par LEBLANC N., Petite enfance : avant Lóczy et après, *Vers l'éducation nouvelle*, 2002, n°506, pp.16-27

POLYCLINIQUE N°19 (EREVAN)

Suite à une cotation « très en retrait » à l'échelle ADBB** d'une petite fille et à la demande de la pédiatre, la psychomotricienne a mis en place une prise en charge maman/enfant. J'ai pu assister à un rendez-vous avec la pédiatre de la polyclinique qui suit Mariné. La psychomotricienne a discuté avec elle de la prise en charge et de l'évolution de celle-ci et son orientation future.

La pédiatre dit qu'elle a un retard moteur mais également mental. C'est une enfant qui ne sourit pas, elle a un regard très sérieux, et ne pleure pas. Les déplacements sont quasi inexistant, et elle ne parle pas, prononce juste quelques petits sons, toujours à l'intention de sa mère. Il s'agit d'une petite fille chétive ayant un retard du développement psychomoteur. Mais elle manifeste un intérêt pour les jouets qui l'entourent. Elle a actuellement un an et 6 mois. La pédiatre insiste à de nombreuses reprises sur l'espoir qu'elle met dans le travail de la psychomotricienne pour cette enfant marche. J'ai pu constater dans toutes les structures que la marche est un enjeu majeur si ce n'est le plus important pour les arméniens dans le développement psychomoteur. Mariné a un problème au niveau de l'alimentation, elle ne boit que de l'eau. Elle a des sœurs plus âgées pour qui il n'y a pas eu de problème. La pédiatre précise que cette maman a pris certains médicaments lors de cette dernière grossesse.

La pédiatrie pose à plusieurs reprises, malgré les réponses de la psychomotricienne, les questions suivantes : « Quels conseils dois-je donner à la mère ? Quels exercices prescrire, combien de fois par semaine ou par jour ? » Ici le message de la psychomotricité est difficile à faire passer : il ne s'agit pas de prescription médicale ou de kinésithérapie, ni d'exercices mais de laisser un espace/temps à cet enfant pour trouver sa place et avoir envie de grandir et donc de se détacher un peu de sa mère. Tout comme il est nécessaire que sa mère accepte que sa fille se détache d'elle. La marche ici n'est pas à considérer comme un problème moteur, mais bien comme un enjeu relationnel entre la mère et la fille. De fait, la psychomotricienne dit à la pédiatre qu'elle se chargera elle-même de donner si nécessaire des conseils à la maman lors des séances. La pédiatre semble alors rassurée.

Mariné est très collée à sa mère et geint si la psychomotricienne veut jouer avec elle. Mais sa mère agit à sa place, lui met les jouets entre les jambes avant même que Mariné n'ait ébauché un mouvement pour essayer de les attraper.

Nous avons eu une discussion avec la psychomotricienne autour de cette prise en charge où le nombre d'adulte présent est un frein. En effet, nous étions pendant deux semaines quatre adultes : la psychomotricienne, l'interprète, la mère et moi-même. Cela fait trop de sollicitation pour cet enfant, ce qui renforce d'autant plus sa volonté de ne jouer qu'avec sa mère.

Il est prévu de faire cinq séances puis de faire un point avec la mère, ainsi que la pédiatre pour réfléchir à la suite de cette prise en charge.

** L'ADBB est une échelle d'évaluation du retrait prolongé chez l'enfant de moins de deux ans. Elle a été conçue par le Pr A. Guedeney, pédopsychiatre français. Cette échelle est utilisée par DSF pour la formation au dépistage précoce. Cf programme pour les psychologues et pédiatres sur le site Internet de DSF Arménie.

SEMINAIRE A ESPERANCE (ASSOCIATION SUR EREVAN)

Cinq personnes sont assidues à ce séminaire, les autres sont plus ou moins présentes. Les personnes sont pour la plupart psychologues exerçant dans un internat auprès d'adolescents et ont assisté l'an dernier à des séminaires de trois heures tous les samedis matins. Elles ont donc déjà une sensibilisation à la théorie et à la pratique psychomotrice. Cette année le séminaire se déroulent sur quelques mois et dure une heure et demie par semaine.

Ce temps comprend un topo théorique et un temps de pratique corporelle, apprécié des participantes. Lors de la verbalisation des ressentis, les participantes sont toutes très sincères et acceptent volontiers de partager avec tout le groupe leur expérience. Elles font des remarques judicieuses et exploitent ces données pour leur pratique auprès d'enfants et adolescents en difficulté.

REFLEXIONS ET CONCLUSION

LE « PIEGE » D'ETRE ETRANGER

De part notre nationalité française, les arméniens nous donnent une place de « grand sage » et « d'experts » qui connaissant tout et à qui il faut faire plaisir. Ainsi à plusieurs reprises la psychomotricienne, comme d'autres professionnels de DSF, ont pu se rendre compte que certains des objectifs étaient atteints, mais en leur absence ou dès qu'il se retiraient du projet pour laisser aux arméniens leur place, alors plus rien n'était fait. C'est le grand risque car ils font tout bien en présence des expatriés français, pour leur faire plaisir. Mais parfois ils ne perçoivent pas le sens de leur action pour le bon développement des enfants. Il faut donc être vigilant à ce facteur et l'évaluer afin de ne pas tomber dans un piège où les objectifs ne seraient atteints que dans l'apparence et dans un temps restreint. En effet, l'objectif de DSF comme nous l'avons vu au début est bien la formation du personnel dans une optique d'auto-gérance à court terme.

J'ai pu constater dans la vie de tous les jours des arméniens une fascination pour l'occident et une volonté de se rapprocher de cette vie qu'ils croient belle, sans heurts. Les arméniens ont une tendance à l'idéalisation de l'occident et de la France en particulier. Ainsi une éducatrice nous dit à la fin d'une séance de psychomotricité que les enfants français doivent être forcément plus disciplinés que les enfants arméniens !

UN CORPS INSCRIT DANS UNE CULTURE

La conscience de son corps par l'enfant est influencée par les soins qui lui sont prodigués. Il est intéressant de constater que ceux-ci sont fortement connotés culturellement, socialement, religieusement et que l'on observe des différences par exemple entre des pratiques occidentales et orientales mais également en France entre des pratiques rurales et urbaines.

« La façon de coucher l'enfant, de le bercer, de le couvrir, de l'allaiter, le rythme gestuel qui lui est imposé ou qu'on lui permet de suivre, l'attitude que l'on adopte à l'égard de ses petits 'bobos' marquent en effet profondément son attitude future à l'égard de la maladie, le mode d'utilisation de son corps, et cela d'autant plus que cette transmission est et demeure inconsciente et profondément enracinée au sein de tout son être. »
LOUX*

* citée par **REINHARDT J.C.**, in *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, p. 83

bébé emmailloté / bébé libre

Durant des siècles, en France, par mesure de santé mais également par protection 'religieuse' les bébés étaient emmaillotés et accrochés en hauteur. D'une part, pour les protéger du froid, des animaux... mais également pour les empêcher de marcher à quatre pattes ce qui était synonyme d'animalité. De nos jours, les progrès et le développement des domaines de la néonatalogie et de la puériculture, ainsi que l'évolution culturelle de notre société permettent aux enfants de profiter d'une liberté des mouvements. De même que lors des soins tels que le bain, il est accepté des adultes que l'enfant ne doit pas subir ce soin mais y prendre part activement et donc être auteur de sa découverte et de la construction de son schéma corporel.

En Arménie, j'ai pu observer cette tendance à emmailloter les bébés et la volonté que les enfants acquièrent une marche bipède précocement. Du fait que cette habitude est perdue en France, et de part mes stages dans le domaine de la petite enfance, je me suis accoutumée à voir un bébé libre qui gigote à son aise. Le risque est de se dire en tant que français que nous avons raison de laisser les bébés gambader et que les personnes qui les emmaillotent devraient changer leur pratique. Or j'ai pu constater que les enfants arméniens grandissent et apprennent à marcher sans problème ; donc cette coutume culturelle n'est en rien une entrave à leur bon développement.

Je voudrai parler d'une coutume qui se pratique bien loin de l'Arménie, mais aussi de la France : les soins apportés aux bébés Esquimaux

Les bébés Esquimaux Netsilik, sont placés nus sur le dos de leur mère dès la naissance, enveloppés dans une fourrure, le bébé tient alors en position assise à califourchon, jusqu'à ce qu'il sache marcher. C'est alors tactilement que la mère prend conscience des besoins de son enfant, il s'agit d'un dialogue peau à peau. L'eau étant rare et coûteuse en travail, pour laver son enfant la mère lui lèche le visage.

Ainsi, en s'intéresser aux us et coutumes de chaque, et même de chaque région au sein de ces pays on découvre alors une richesse culturelle dans les pratiques de maternage. L'important ce n'est pas la technique en elle-même mais la conviction de la mère (*ou personne référente*) à croire que cette technique est la meilleure pour son enfant et de ce fait noue une relation privilégiée avec lui. De plus, en choisissant un mode relationnel proche de sa culture, la mère inscrit ainsi son enfant dans son histoire familiale et sociale.

LES SEMINAIRES

Ma première réaction comme je l'ai dit à propos des séminaires était qu'il s'agissait d'une tâche ardue. Et je ne voyais pas trop comment il fallait s'y prendre. Après avoir participé à plusieurs séminaires et en avoir parlé avec M^{elle} Seguin, je constate que transmettre des notions théoriques telles que le schéma corporel est possible.

Mais je suis persuadé que l'on ne peut transmettre à l'identique les cours qui nous sont transmis en France. Il est certes très intéressant de faire traduire de la littérature psychomotrice pour les professionnels arméniens, mais pour une première approche il faut tenir compte de la différence de culture. En effet, les termes de schéma corporel, temps, espace... sont des concepts qui façonnent notre manière d'aborder le corps, et des outils qui orientent notre pratique professionnelle. Albert JACQUARD* précise que « *les concepts sont des idées élaborées par notre esprit en fonction de ce que nos sens nous révèlent sur les objets peuplant le monde réel ou imaginés par lui pour expliquer les transformations de ce réel.* » Les concepts sont donc forcément empreints de notre culture. Et ce n'est qu'en découvrant de nouvelles cultures que nous pouvons refaçonner nos propres concepts et ainsi les enrichir. Les séminaires sont donc une sensibilisation à la psychomotricité pour les professionnels arméniens mais ils sont également un enrichissement pour les psychomotriciens français.

TRAVAIL EN DOUBLURE : PSYCHOMOTRICIENNE / THERAPEUTE ARMENIEN

Les séminaires sont une approche théorique et pratique (*personnelle de mise en situation corporelle*) à la psychomotricité. Mais, nous le savons tous, sans une formation sur le terrain les deux autres ne prennent jamais sens. C'est pourquoi il est essentiel que les personnes assistant aux séminaires puissent également profiter d'un temps d'observation d'une psychomotricienne en exercice puis d'expérimenter elle-même cette pratique, tout en pouvant demander conseil à la psychomotricienne.

D'autre part cette volonté de DSF d'instaurer un travail en doublure psychomotricienne / thérapeutes arméniens permet à ces derniers de prendre à court terme le relais.

« *La psychomotricienne transmet une compétence en matière d'autonomie corporelle et de rythme de développement de l'enfant, aux professionnels de la petite enfance, de telle sorte qu'elles puissent se l'approprier, l'utiliser de façon satisfaisante et la prolonger à leur tour dans le quotidien collectif de la structure.* » LAVERGNE*

Enfin, et pour ma part c'est le résultat le plus significatif, ces doublures auront permis l'instauration de lien entre professionnels de structures qui auparavant de ne se connaissaient pas. La création d'un réseau permet de faire des ponts entre les orphelinats, les jardins d'enfants, les polycliniques, les centres psychologiques.

* JACQUARD A., *L'équation du nénuphar, les plaisirs de la science*, Paris, Calmann-Lévy, le livre de poche, 1998, p.57

* LAVERGNE S., *Psychomotricité à la crèche* » ou le temps de l'enfant, *évolution psychomotrice*, pp.77-83

FRANCHIR LE PAS

Diplômée depuis seulement le 18 juin et n'ayant pas encore d'expérience professionnelle, ni de notions réelles des enjeux dans des pays autres que ceux de l'Union Européenne... je ne me sentais pas capable de franchir le pas cette année. D'où pour moi la volonté et le besoin d'observer et participer à un programme déjà mis en place. Ce stage m'aura permis de découvrir la culture arménienne (*et j'en suis très heureuse*) et de me rassurer également sur mes capacités alors que je sors juste du Diplôme d'Etat. Et aujourd'hui plus que jamais je suis certaine de vouloir travailler à l'étranger et découvrir de nouvelles cultures car c'est un réel enrichissement professionnel et personnel.

Je souhaiterais terminer ce rapport de stage avec une citation d'Albert Jacquard : « *Etre heureux, c'est se savoir beau dans le regard des autres.* »** Je souhaite donc que chaque enfant est au moins une personne aux yeux de qui il est beau, car être beau pour une personne signifie être investie par elle de manière privilégiée. Alors même si les conditions matérielles sont loin d'être merveilleuses une lueur dans le regard peut donner envie de sa battre pour de meilleures conditions. Mais comme lutter c'est souvent souffrir, je vous invite dans votre quotidien et pourquoi pas auprès de DSF à combattre cette souffrance. Les enfants ont le droit d'être heureux et ne pas souffrir et pour cela nous avons des moyens alors faisons le nécessaire pour les employer.

** JACQUARD A., *L'équation du nénuphar, les plaisirs de la science*, Paris, Calmann-Lévy, le livre de poche, 1998, p.28