

**TRAITEMENT DES PSYCHO-TRAUMAS A GRANDE ECHELLE PAR ET
POUR LES POPULATIONS AYANT SOUFFERT DE CATASTROPHES
NATURELLES OU AUTRES.**

**Projet de Formation pour le Traitement des Traumas
par les Victimes elles-mêmes**

Groupes auto-thérapeutiques, sous la supervision d'un counsellor

**Auteur du Projet: Gérald Brassine 7 rue de la grotte -1310 La Hulpe
Tél. 00 32 2 652 09 09 courriel: gerald.brassine@scarlet.be**

TABLE DES MATIERES

PROJET DE FORMATION POUR LE TRAITEMENT DES TRAUMAS PAR LES VICTIMES ELLES MÊMES

	Page
1) Nécessité d'un état modifié de conscience pour le traitement rapide des traumatismes	3
2) Victimization secondaire: parler fait plus de mal que de bien	3
3) Bénéfice du travail en groupe	4
4) Symptomatologie des E.S.P.T	4
5) Concepts et théories	5
6) Techniques et méthodologie.	6
En résumé	7
7) Application de ce modèle thérapeutique par des personnes Non professionnelles de la psychothérapie: "Les désensibilisateurs de traumatismes aux pieds nus" - La création d'une équipe de désensibilisateurs d'ESPT Non-professionnels	8
8) Antécédents thérapeutiques. - Une application de groupe - Deuxième application de groupe - Exemples de cas	10
9) Formation type Jour 1: présentation de la flexibilité et de l'adaptabilité de la méthode Jour 2 Jour 3, etc.	12
10) Prix et frais	15
11) Avantages et bénéfices	15

**PROJET DE FORMATION POUR LE TRAITEMENT DES
TRAUMAS PAR LES VICTIMES ELLES-MÊMES.
(GROUPES AUTO-THERAPEUTIQUES,
SOUS LA SUPERVISION D'UN "COUNSELLOR")**

1) **Nécessité d'un état modifié de conscience pour le traitement rapide des traumatismes.**

Pour qu'une thérapie brève et efficace du Stress post traumatique - E.S.P.T.- puisse exister, elle doit tenir compte du fait qu'un tel syndrome, aux conséquences dévastatrices et quasi permanentes, se contracte dans un état modifié de conscience (dû à l'intensité de l'émotion du moment) et ne peut être éradiqué qu'avec l'usage d'un état modifié de conscience ultérieur. (Dr David B. Cheek)

L'état de stress post-traumatique E.S.P.T. est causé par un choc émotionnel qui crée des dommages psychologiques et somatiques importants et diversifiés. L'E.S.P.T. se contracte en un instant mais ses effets dévastateurs s'installent pour toujours.

En raison du fait qu'une personne sous l'emprise d'une peur intense entre dans un état modifié de conscience, les "informations" visuelles, émotionnelles, physiques et cognitives seront "gravées", comme encapsulées, à un niveau inconscient et ce, le plus souvent, pour des dizaines d'années. Si les informations telles que les souvenirs de l'incident traumatique, sont souvent amnésées, en partie ou en totalité, les effets dévastateurs eux sont bel et bien présents et très actifs pour créer une vie épouvantable à la victime.

L'état modifié de conscience (instauré par la peur) qui a accompagné la formation initiale du trauma, inscrit celui-ci dans une zone inconsciente scellée par de multiples stratégies découlant de l'état modifié de conscience. Il est donc indispensable, pour qu'il y ait un traitement effectif et rapide de l'E.S.P.T. de faire, à nouveau usage d'un état modifié de conscience pour atteindre et désensibiliser le matériel traumatique engrangé à ce niveau inconscient.

Ce constat explique tant la rapidité que l'efficacité des courants conceptuels ou écoles qui se servent des états modifiés de conscience. Qu'ils soient nommés, "concentration", "relaxation", "hypnose" ou tout autre vocable d'ailleurs.

2) **Victimisation secondaire: parler fait plus de mal que de bien.**

Aux Etats-Unis, dans la plus part des HMO Health Maintenance organisations, il est généralement vivement déconseillé, si pas interdit, de travailler avec des approches basées sur la parole et l'expression du vécu du trauma, ceci étant reconnu comme pouvant être gravement destructeur pour la victime. Cette maladresse grave se nomme victimisation secondaire; elle a pour effet d'exacerber la symptomatologie.

Les techniques que nous utilisons et enseignons permettent de désensibiliser les

souvenirs liés à l'incident traumatique et de les révéler avec une netteté et une précision saisissantes. Ce retour plus complet du souvenir est la preuve même de la désensibilisation du trauma. Les personnes, une fois la désensibilisation effectuée, peuvent se souvenir sans plus souffrir, alors que jusque là lorsque l'on évoquait ce souvenir il se produisait une revivification douloureuse. (Ce phénomène, de très grande mémorisation, s'expliquerait par la production massive d'hormones, au moment de l'incident traumatique, adrénaline (hormone de stress), noradrénaline (hormone anti-stress), cette dernière favorisant aussi la mémorisation).

3) **Bénéfice du travail en groupe.**

Les recherches indiquent clairement la prévalence de l'efficacité du travail en groupe et ceci est tout particulièrement vrai dans le cas qui nous occupe. En effet les victimes ont acquis une sensibilité extraordinaire et le tact indispensable à un travail respectueux, fait tout en délicatesse. Les victimes d'agressions sont d'ailleurs comme "munies d'antennes» pour repérer d'autres victimes: elles sont les premières à les reconnaître. Il va sans dire que les particularités culturelles sont automatiquement prises en compte par les natifs eux-mêmes.

4) **Symptomatologie des E.S.P.T.**

Les victimes d'E.S.P.T. vont endurer pendant des années, certains ou l'ensemble des symptômes suivants: perte radicale de l'estime de soi avec pour corollaire le sentiment d'être responsable de l'incident traumatique dont elles sont les victimes, ainsi que: désespoir, dépression, phobies, peurs, anxiétés, angoisses, troubles du sommeil, cauchemars récurrents, flashbacks, dissociations et états modifiés de conscience fréquents au point que dans les cas les plus sévères, certains patients se sont vu diagnostiqués erronément comme psychotiques. Dans le jargon, ces **victimes** sont dites: **identifiées à la victime.**

On observe aussi des changements persistants de l'humeur qui transforment une personne, connue avant l'incident traumatique comme calme et peu agressive, en une personne excessive et violente; On parle alors de **victime identifiée à l'agresseur.**

Dans l'après conflit, le traitement des belligérants est à ce propos indispensable, quand on pense notamment aux enfants soldats et à leur réintégration dans une vie sociale normale. Ne pas les traiter rapidement équivaut à laisser errer des enfants dont le taux de violence potentiel est très élevé et cette violence peut être réactivée très facilement. Heureusement tous les enfants soldats et victimes de traumas n'auront pas obligatoirement ce type de réactions.

Le volet le plus important de cette symptomatologie est sans doute celui de **la psychosomatique**: celui-ci est vaste et diversifié et présente de nombreux types de pathologies aux conséquences souvent graves. Les chirurgiens connaissent bien ce genre de maladies qui malgré leurs interventions parfaitement réussies, posent beaucoup de problèmes post opératoires : non cicatrisation, inflammations, déplacement de la maladie vers une autre partie du corps ou encore transformation de la maladie en une autre (souvent plus virulente).

Il faut encore souligner l'incidence du syndrome post-traumatique dans l'étiologie des assuétudes telles qu'alcool, drogues, problèmes alimentaires et autres comportements autodestructeurs tels que l'automutilation, promiscuité sexuelle et suicide.

Sans un traitement spécifique, les informations "gravées" mentalement, qu'elles soient partiellement inconscientes ou non, seront facilement réactivées par un son, une odeur, un toucher, une sensation, une vision, une pensée et exacerberont dans la foulée les symptômes habituellement expérimentés par le patient. C'est le principe même de ce qu'on appelle victimisation secondaire.

Ceci arrive par exemple lorsque une victime est invitée à parler, à se remémorer un incident, par un professionnel de la santé mentale non-expérimenté, par un fonctionnaire de la police des étrangers qui souhaite, légitimement obtenir des informations sur les exactions subies qui justifient une demande du statut de réfugié, etc., sans qu'il soit porté remède immédiatement. **L'usage des approches proposées dans la formation, permet, je le rappelle de désensibiliser la victime de traumas graves et lui permettre le souvenir. Il est à noter que cela peut être fait en un temps qui ne dépasse que rarement trois à quatre séances;** dans les cas d'un trauma unique (une seule exposition) il n'y aura besoin bien souvent que d'une ou deux séances).

5) Concepts et théories

DES PLAQUES SENSIBLES (JUXTAPOSÉES) DE LA MÉMOIRE

On peut constater que les souvenirs, amnésiés ou non, sont inscrits sur plusieurs registres ou "plaques sensibles"

- a) **La première de ces plaques sensibles est constituée d'images** inscrites profondément. Elles réapparaissent sous forme de flash back, dans les rêves-cauchemars. Plus souvent encore, la victime vit avec ces images qui la torturent, presque sans cesse et avec lesquelles elle se bat, prisonnière du paradoxe qui consiste à essayer de ne pas y penser, de ne pas les voir.
- b) **Les émotions comme engrangées, elles aussi, dans l'esprit autant que dans le corps**, en connexion avec l'image, le souvenir lui même. Ici, jouent pleinement les phénomènes "hypnotiques" de dissociation, d'amnésie, etc. Peut aussi exister, p.ex. un sentiment de peur ou phobie sans connexion avec le souvenir effrayant dont il est la cause, sans rapport apparent avec le trauma.

- c) **Les plaques sensibles enregistrent aussi des sensations corporelles:** de coups, d'agressions sexuelles, etc. dissociées du souvenir ou non. Tous ces souvenirs de sensations se traduisent bien souvent par des maladies psychosomatiques, comme en réponse à un trauma intolérable, le corps l'avait cristallisé, pétrifié en son sein même. Avec la PTR, ces maladies peuvent fondre comme neige au soleil et, étonnement, la levée d'amnésie se fait souvent sans heurt, sans douleur, comme si le corps avait déjà fait en partie le travail thérapeutique au travers de cette "pétrification".
- d) **Les sous-modalités des sons, des odeurs, des goûts** seront à utiliser elles aussi, d'autant qu'elles offrent d'autres voies d'accès au traitement et à la guérison. Ces sous-modalités permettent un jeu créatif -en accord avec l'inconscient et le conscient du patient- dans lequel le plaisir de travailler du thérapeute prendra toute sa mesure. On peut par exemple remplacer une odeur immonde liée à un souvenir intolérable par l'odeur ou le goût délicieux d'un fruit. Il en va de même pour les sons; les cris de tortures transformés, remplacés par des voix douces ou comiques ou mélodieuses.
- e) **Le registre intellectuel ou cognitif: "je suis responsable", "coupable", "un pervers"** (d'avoir été la victime d'un viol), "un traître" (parce qu'ils sont morts et pas moi) etc... est sans doute le registre le plus important, présent dans tous les cas de ESPT et de névrose traumatique, **il est l'élément à changer. Il est le moyen de vérifier si le traitement du trauma a été effectué.**

6) Techniques et méthodologie.

Dans les cas où il y a ESPT, le travail thérapeutique consistera à transformer, recouvrir les traces mnésiques imprimées sur les plaques sensibles. **Une interaction créative et ludique**, entre le patient et le thérapeute sera la modalité "expérientielle" nécessaire, elle sera vécue dans un état modifié de conscience, fluctuant quant à sa "profondeur" mai quasi permanent.

La "PTR" (la Psychothérapie du Trauma et Réintégration) va utiliser les concepts éricksoniens d'**utilisation de la résistance et du respect des défenses du patient**. La PTR développe particulièrement des techniques dérivées de la gestion des états modifiés de conscience, ou états d'hypnose spontanés. Elle utilise, amplifie, jusqu'à plus soif, les protections mises en place à l'origine par l'inconscient du sujet avec lequel elle travaille. Elle les multipliera encore par l'**utilisation des protections utilisées par d'autres inconscients, d'autres sujets, d'autres patients. Seront donc utilisés: l'amnésie, la dissociation, l'anesthésie, la dépersonnalisation...**

Quant à l'état modifié de conscience il est maintenu par des distractions, tels que touchers, tapotements (semblables à ceux utilisés en Emdr, Descopem, etc.) et sera agrémenté par l'utilisation d'une gestion conversationnelle active (comme définie par Dr. Kay Thompson)

La formation permet d'intégrer facilement ce mode conversationnel actif et extrêmement ludique. Mode conversationnel qui permet de rester très "sécuritairement" proche des besoins du patient et de lui offrir, à tout instant, l'une ou l'autre des nombreuses possibilités de protection dans le travail qui accompagne le retour du refoulé. Le mode conversationnel assuré par le désensibilisateur, permet à la victime de ne pas retomber dans le souvenir "comme si elle y était". Le désensibilisateur va aider la victime en lui proposant de **changer progressivement certains aspects du souvenir.**

Cet accompagnement ludique, protecteur et rassurant permet d'aller au plus profond des névroses traumatiques des ESPT, ainsi qu'il permet le traitement des maladies psychosomatiques.

Avec cette manière d'aborder le travail thérapeutique, on peut résoudre les cas les plus douloureux nécessitant tout particulièrement attention, protection, et délicatesse. On peut penser ici au travail avec des enfants torturés (dans quelque contexte que se soit), avec des adultes ayant survécu à des emprisonnements et tortures répétées...

Ce n'est qu'avec des protections comme celles évoquées ci-dessus que ce type de patient peut être aidé.

De plus ce travail, avec les cas les plus lourds, nous apprend que le traitement du trauma en général est d'autant plus rapide et aisé que le patient souffre moins, s'amuse, collabore à la transformation, au décalage parfois même comique de ses souvenirs. Ces derniers ne sont après tout que des images, émotions, sensations... mémorisées. Et le patient découvre que ses souvenirs sont malléables.

Il est à noter que les enfants se soignent plus rapidement que les adultes, sans doute parce qu'il est fait usage de leur créativité enfantine.

Cette manière de travailler avec ces "super traumatisés", apporte un confort, une "légèreté", tant pour le client que pour le thérapeute et ceci n'est pas à négliger quand on connaît les effets dévastateurs du trauma contracté par les professionnels à l'écoute du trauma de leurs patients (trauma vicariant)

EN RESUME, la PTR est un combiné dynamique de concepts ericksoniens d'hypnose conversationnelle et profonde, d'imagerie mentale, d'utilisation des inductions par le toucher ou la vue (ancestral usage de l'induction faite en suivant un objet mobile devant les yeux) comme utilisés dans le Emdr et dans le Descopem, techniques d'inductions, elles mêmes reprises des écoles classiques d'hypnose.

Pour terminer le PTR utilise, dans un souci d'efficacité et de protection du patient, les défenses (protections) spontanément créées par l'inconscient lors de l'agression. L'utilisation des moyens de défenses qui sont apparus spontanément lors de l'agression s'avère une approche de la plus haute utilité.

La PTR est une psychothérapie de la parole où les échanges, facilités par un état modifié de conscience léger, sont essentiels.

7) **Application de ce modèle thérapeutique par des personnes non-professionnelles de la psychothérapie: "les désensibilisateurs de traumatismes aux pieds nus"**

La création d'une équipe de désensibilisateurs d'E.S.P.T., non-professionnels,

La formation de désensibilisation de traumatismes devrait, de prime abord, être donnée à des conseillers locaux, tels que: Médecins, infirmières, assistants sociaux, personnel infirmier, militaire, prêtres, psychologues, etc...

Le format de groupe de "self-help" implique la participation active des victimes qui deviendront rapidement des ex-victimes d'ESPT. Les victimes et victimes déjà traitées par la méthode, recevront l'enseignement nécessaire pour pratiquer la méthode les unes avec les autres, durant la session, et cela sous la supervision du "conseiller-superviseur local" déjà formé.

La décision de choisir des victimes traitées pour devenir des désensibilisateurs de traumatismes est importante pour garantir à la fois la qualité ainsi que l'éthique du traitement.

Un autre avantage dans la sélection de personnes "candides" -non expérimentées, si ce n'est par leur propre traitement- et sélectionnées en fonction de leur capacité et envie de prendre soin d'autres personnes, est qu'elles sont sans doute les personnes les plus appropriées pour adapter et intégrer la méthode aux habitudes et traditions culturelles locales.

La plus grande efficacité thérapeutique des groupes de type "self-help" supervisé, par rapport à celle de consultations de face à face a été largement démontrée en Occident. **De plus, en Afrique, le travail collectif semble mieux correspondre aux concepts traditionnels de traitement de la maladie dite mentale.**

Comme déjà dit, un autre avantage du format de groupe "self-help" est qu'il permet d'éviter le "trauma vicariant", trauma contracté par les psychothérapeutes qui passent trop d'heures à écouter des descriptions et à assister à des revivifications de victimes. Les groupes de "self-help" supervisés, permettent une succession naturelle d'intervenants, de désensibilisateurs de traumatismes aux pieds nus, qui quittent le groupe après un temps.

Comme on vient de le voir, les victimes nouvellement traitées et ayant reçu une formation pratique sous supervision, peuvent créer un effet naturel de propagation.

Ces personnes qui quittent le groupe, une fois formées, sont non seulement d'excellents détecteurs-diagnostiqueurs de traumatismes, mais peuvent dès lors offrir leurs services à d'autres victimes rencontrées ou les orienter vers le groupe de traitement des traumatismes.

Cette propagation naturelle va atteindre différents objectifs, faire savoir qu'un traitement

rapide existe, créer un espoir, particulièrement bénéfique pour ces victimes qui, comme dans tout les cas de ESPT se cachent dans l'ombre et dans la honte de leur condition.

La détection des symptômes (variés et cachés) est toujours difficile et méconnue même de la plupart des professionnels, mais pas des victimes qui se reconnaissent, se sentent, devinent l'état de l'autre... Toutes les victimes sont connues comme des spécialistes de la dissimulation des symptômes pourtant virulents qu'elles endurent chaque jour.

Les ex-victimes ayant vécu les mêmes attitudes sont, de ce fait, les plus adéquates pour reconnaître d'autres traumatisés, détecter leur condition, et les inviter à effectuer un traitement.

La dynamique qu'entraîne la formation de ces ex-victimes à aussi l'avantage de réduire la victimisation secondaire dans la mesure où dès que le trauma est évoqué il peut être traité sur le champ. Comme on l'a dit plus haut, la victimisation secondaire est ce que les victimes craignent le plus: parler, se remémorer le trauma... C'est pourquoi, lorsque le trauma est évoqué, il y a un intérêt évident à ce que le traitement soit appliqué immédiatement. En raison du fait que l'amélioration de la condition de la personne est immédiatement perçue, la victime est d'autant plus désireuse de continuer le traitement...

Il doit être entendu que l'objectif principal de la formation est de donner toutes les connaissances nécessaires pour désensibiliser les psycho-traumatismes et non pas de former des psychothérapeutes.

Par ailleurs les "counselors" qui souhaiteraient continuer une formation ultérieure en psychothérapie verraient la présente formation comme un pré-requis bien charpenté et utile pour la prise en charge des situations antérieures au trauma. Il s'agit donc d'un outil en accord total avec les approches analytiques et intrapsychiques traditionnelles. Mais ceci est une toute autre histoire...

Il a été largement démontré que le travail de groupe, offre une plus grande efficacité thérapeutique, cela est en partie dû au fait du soutien offert par le groupe et par l'évidente démonstration de la similitude des symptômes et de la culpabilité habituellement partagée par les victimes d'ESPT.

Ce travail doit être appliqué en harmonie avec les besoins individuels et culturels des personnes, ce but étant plus facilement rencontré si les victimes sont les propres acteurs de leur traitement et de celui de leurs compagnons d'infortune. La reconquête de l'estime de soi en est d'autant favorisée.

Il va sans dire que la formation donnée aux "conseillers" peut être utilisée aussi en dehors du groupe, dans le cadre d'une relation duelle.

8) **Antécédents thérapeutiques.**

L'auteur de la présente proposition dispose d'une expérience pratique, du traitement des traumatismes de plus de 20 ans, ainsi que de la formation de ces méthodes spécifiques auprès d'un très vaste public de professionnels, débutants ou non.

Quoiqu'en Europe, les habitudes culturelles invitent à la consultation duelle, il n'en reste pas moins vrai que pas mal de femmes violées, abusées, d'enfants traumatisés par quelque événement que se soit, etc. souhaitent être accompagnés lors d'un traitement de ce type.

L'auteur propose toujours qu'un accompagnateur, choisi par la victime, soit présent (père, mère, ami(e), compagnon, mari, épouse..). Cette proposition est accueillie avec soulagement et gratitude.

Une application de groupe

C'est en 2001, qu'au sein de l'antenne de MSF (rue d'Artois à Bruxelles), la première expérience de désensibilisateur de trauma, non- professionnel, a débuté. A l'époque, c'est en la personne de Madame Galand, psychologue que MSF m'a demandé de répondre au problème posé par les personnes victimes de traumatismes très lourds, en sachant que les personnes concernées, ne s'aventureraient pas dans un centre de santé mentale, comme celui dans lequel je travaillais à l'époque. Je lui offrais alors la possibilité de travailler sur place à 1000 Bruxelles, via un de mes anciens patients, non-professionnel de la santé mentale, mais ayant été lui-même victime de traumatismes et ayant été traité au préalable par mes soins.

Monsieur X. offre depuis lors -bénévolement- des traitements aux patients immigrés récents et le plus souvent sans papiers, en attente ou dans l'espoir d'une régularisation de leur statut de réfugié

Ces patients sont sélectionnés par l'équipe des médecins en place et orientés pour le traitement spécifique des traumatismes.

La grande majorité des victimes traitées par Mr X avait subi tortures, emprisonnements, viols, massacres, etc.

Tous les patients traités, représentent une des catégories les plus "lourdes" de traumatisés. Le seul filet, la seule aide, que ce "désensibilisateur de trauma aux pieds nus" recevait de ma part, durant les deux premières années, était des supervisions téléphoniques pré ou post-traitement.

Il faut noter que malheureusement il n'a pas été possible de travailler dans le cadre d'un groupe de soutien, qui pourtant aurait été bien utile. Cette application de travail en groupe vient enfin de voir le jour (avril 2007)

Deuxième application de groupe

La deuxième application du groupe de soutien auto-thérapeutique supervisé a eu lieu à Tubize, au bénéfice d'une population peu favorisée et sous la direction du Dr Anne Lemaire, J'ai donc saisi l'occasion qui m'était proposée par le DR A. Lemaire, de lancer un groupe auto-thérapeutique supervisé par certains de mes étudiants débutants en psychothérapie et en traitement du trauma. Ce groupe a fonctionné hebdomadairement pendant plus d'un an, sous la supervision de jeunes psychologues, assistants sociaux, psychothérapeutes débutants. Par la suite il a continué de manière totalement autogérée et aujourd'hui encore ce petit groupe se réunit occasionnellement pour aider les personnes dans le besoin. Les traumas traités dans ce groupe étaient d'origines diverses: violences physiques, viols, abus sexuels par pédophiles intérieurs ou extérieurs à la famille...

Exemples de cas

Un des symptômes rencontré chez les victimes, lourdement traumatisées (ici un cas traité à MSF Bruxelles) est le syndrome du marcheur. Ceci consiste à marcher quasi sans arrêt (des nuits entières, tout autour de Bruxelles, dans ce cas), pour calmer les angoisses (chez un jeune homme qui avait vu son père se faire tuer en ayant été attaché et traîné par un véhicule en mouvement, jusqu'à ce que mort s'en suive. Dans la même journée il a vu sa sœur se faire violer par un grand nombre de miliciens, lorsque sa sœur fût arrivée au terme d'une grossesse, il a été forcé de la voir entrer dans la phase du travail alors qu'elle avait les pieds liés et mourir ainsi dans d'atroces souffrances.

Ce jeune homme a vécu les tortures quasi journalières ou était dans la situation de devoir entendre ses compagnons d'infortune crier sous la douleur. Un autre de ses symptômes était qu'il entendait encore ces cris toutes les nuits, c'est cela qu'il tentait de ne pas entendre en marchant comme un forcené. Dans la panoplie de ses symptômes il y avait la culpabilité d'être encore en vie, alors que les autres sont morts, la phobie totale des autres personnes, des angoisses massives contre lesquelles les calmants n'avaient pas d'action, une impossibilité de fréquenter qui que se soit et en particulier ses compatriotes. Après 6 séances de travail avec Mr X, cette ex-victime de trauma a pu reprendre une vie quasi normale.

Il ne reste plus enfermé dans sa chambre, n'a plus le besoin de marcher des heures durant. Il ne prend plus d'anxiolytiques, il socialise à nouveau y compris en fréquentant régulièrement une association de compatriotes.

Il est sans doute judicieux de penser, à la lumière de tout ce qui vient d'être dit ici, à la quasi impossibilité pour une personne victime de traumas aussi puissants et qui ne cherche qu'à s'en protéger, à l'impuissance et à la frustration dans laquelle il se trouve lorsqu'il est convié par un fonctionnaire de l'office des étrangers pour justifier sa demande, pour justifier les dangers réels qu'il encourt si il était rapatrié.

En avril 2007, j'ai été invité à désensibiliser les traumatismes d'une jeune fille Africaine (15 ans) qui depuis qu'elle était arrivée en Belgique n'était pas encore parvenue à raconter son histoire à des personnes pourtant bienveillantes qui tentaient de préparer son dossier pour l'administration de l'office des étrangers. A chaque évocation ou questionnement de sa conseillère légale, elle se murait dans un silence et semblait comme absente ou pleurait tellement qu'on osait plus poursuivre le questionnement.

C'est accompagné de sa conseillère et rassurée par sa présence en séance que j'ai entrepris la désensibilisation du souvenir traumatique. Sans connaître le trauma, j'ai d'abord convié l'adolescente à retrouver et expérimenter des souvenirs agréables, les sensations de ses souvenirs (nager dans une piscine avec ses camarades d'école) pour mieux revisiter, grâce à ses sensations agréables de piscine et extrêmement brièvement, le souvenir traumatique, puis progressivement, je lui ai proposé de revisiter et de changer des aspects visuels, sonores, sensitifs et émotionnels de la scène traumatique. Après une heure et demie de travail, la jeune fille a pu, pour la première fois, raconter qu'elle avait été cachée dans un placard par ses parents, d'où elle avait assisté impuissante et terrorisée à l'intrusion dans leur domicile d'hommes en armes qui ont fait subir des sévices d'une grande cruauté à ses parents avant de les emmener pour une destination inconnue.

Le lendemain, la jeune fille a pu raconter, (pour la deuxième fois), son histoire au fonctionnaire de l'office des étrangers et elle a obtenu d'accéder directement à "l'examen au fond de la procédure d'asile", ce qui de l'avis de sa conseillère juridique est extrêmement rare (1% des cas).

9) **Formation type:**

Nombre de jours:

La première partie de la formation: étalée sur deux semaines (deux fois cinq jours).

Cette partie de la formation impliquera les exposés théoriques nécessaires à la compréhension des ESPT et des techniques utilisées.

La formation impliquera un aspect immédiatement pratique par des démonstrations de traitements des traumatismes des participants - "counselors" et des personnes traumatisées dont ils s'occupent habituellement (enfants sorciers, femmes violées, etc.)

Nombreuses démonstrations pratiques effectuées par l'auteur de projet, auto-traitement des counselors entre-eux et supervisions directes de leur travail.

La deuxième partie de la formation: durée idéale d'une semaine (un mois à un mois et demi plus tard).

Cette période permettra:

- 1° A l'attention et avec la présence des seuls "counselors" qui ont participé à la formation initiale et qui donc ont eu l'occasion d'appliquer les approches enseignées dans le PTR. Ces deux journées seront l'occasion de comparer les expériences, d'offrir des supervisions spécifiques des cas, de souligner les écueils et solutions généralement rencontrées
- 2° Deuxième jour: A partir des cas, les échanges se centreront sur l'ajustement de la pratique et sur le rappel et l'affinement des notions théoriques. Des démonstrations auront lieu in vivo, faites tant par l'auteur de projet que par les counselors.
- 3° Les trois derniers jours auront lieu avec la présence et la participation active des participants du groupe support - les victimes elles-mêmes - ces trois journées spéciales se tiendront avec tous les "counselors" présents et visent essentiellement à l'apprentissage de la pédagogie à adopter par les counselors afin que les victimes elles-mêmes développent leur habileté pratique.

Cette phase est fondamentale pour que les counselors deviennent des enseignants-superviseurs du travail effectué sous leur direction par les victimes.

Cette phase de formation des counselors est essentielle, elle est la pierre angulaire, qui permet d'assurer la pérennité de l'action dans le temps.

La troisième partie de la formation: d'une semaine (deux mois plus tard).

L'instauration définitive de l'autonomisation dans la prise en charge des groupes de soutien et de traitement par les victimes et leurs superviseurs.

Elle se centrera aussi sur l'activité ultérieure des ex-victimes comme vecteur de dissémination et propagation de l'information de l'existence de tels groupes de traitement.

Jour 1: Présentation de la flexibilité et de l'adaptabilité de la méthode aux situations et aux populations spécifiques.

Les personnes victimes de faits de guerre, de catastrophes naturelles, les femmes violées, les enfants soldats, les enfants dits sorciers ne s'abordent pas nécessairement dans les mêmes endroits ni de la même manière même si ils souffrent tous de ESPT.

Choix d'un traducteur qui a "un pied" dans chaque culture: la culture locale et de celle du présent auteur de projet.

Présentation de l'auteur du projet et de la méthode qui sera enseignée.

- Présentation des participants et des populations spécifiques avec lesquelles ils travaillent sur le terrain.
- Evaluations de la faisabilité de groupes de "self-help".
- Pour les personnes ou ONG pour lesquelles il y a impossibilité de créer un groupe de self-help deux voies possibles:
 - 1° Le travail léger et rapide de désensibilisation du trauma effectué, initié, là où la victime d'ESPT se trouve, au moment de sa rencontre avec l'éducateur de rue formé.
 - 2° Cet "accrochage" permet de continuer ultérieurement le travail dans un endroit plus adéquat, (groupe déjà existant, d'une autre ONG) une fois que la personne commence à réaliser le bénéfice qui en résulte, et que de se fait une relation de confiance s'instaure.

Quelques techniques spécifiques pour le travail immédiat -"on the spot"- (en rue, etc...) seront brièvement évoquées ici puis développées lors de la présentation des différentes techniques possibles.

Mise en garde et précautions, quant aux participants présents qui ont souffert et souffrent d'un ESPT, il peut y avoir victimisation secondaire à force d'entendre parler de ce sujet. Les deux semaines de formation devraient permettre de désensibiliser les éventuels traumas: ceci s'avèrera, non seulement un pré requis mais aussi une partie indispensable de la formation.

Invitation est faite aux participants d'évoquer succinctement les éventuelles situations traumatiques vécues et à décrire certains encourus depuis ces événements.

Premières démonstrations, par l'auteur du projet, avec les participants traumatisés, du traitement de leurs traumas.

Jour 2 : Les grandes erreurs habituellement commises avec les traumatisés, et comment les éviter

Les différentes manières de provoquer une victimisation secondaire.

Comment ne pas provoquer de violences chez les personnes traumatisées que l'on souhaite aider.

Quelques notions pour comprendre, accepter et utiliser la culpabilité des victimes

La culpabilité, déclencheur d'agressivité, d'auto agressions tels que: suicides, automutilations, comportements auto-dévalorisants, promiscuité, agression de ses propres enfants, etc....

Pourquoi les enfants dits sorciers p.e. se réfugient-ils, à cause de la culpabilité et du sentiment d'être responsable, souvent auprès de ceux qu'ils devraient craindre? Comment interrompre ce cycle ?

Rudiments d'interventions contre-paradoxaes ou d'acceptation et d'utilisation du vécu subjectif. Je suis un monstre, coupable de ce que j'ai fait, d'avoir été violée, etc...

Feed-back sur le traitement du 1er jour et nouvelles démonstrations et travail pratique avec un des participants.

Jour 3 : L'incident traumatique: état de choc initial, nécessaire à la constitution d'un ESPT Etc.

10) Prix et frais:

La formation s'étalera donc sur une période de 20 jours.

Le prix demandé est d'euros par jour.

Per diem:

Frais de transports:

Frais de traduction et d'interprétation culturelle

11) Avantages et bénéfices du projet

Cet outil de haut niveau, extrait d'une approche globale de la psychothérapie, permet à lui seul un travail en profondeur des traumas.

Il est à noter qu'il sera par la suite un acquis avantageux et un outil efficace pour ceux qui sont déjà engagés ou veulent s'orienter vers l'étude et la pratique de la psychothérapie.

La possibilité de la propagation de la méthode est un de ses grands atouts. Basée sur le vécu même des intervenants elle permet, dans des pays où la douleur est communément partagée par la population (suite à des conflits, catastrophes naturelles...) de soigner rapidement un grand nombre de personnes et cela sans structure hospitalière particulière.

La mise en œuvre sur le terrain de cette méthode a l'avantage de s'adapter tout naturellement à la culture locale.

Cette formation très ciblée sur la guérison des traumas et le traitement de leurs conséquences est relativement courte et donc peu onéreuse; mais surtout il s'agit d'un "réel transfert de technologie", applicable et transférable à d'autres "victimes soignantes".

Quant aux victimes il résultera de leur traitement:

Un retour de l'estime de soi, pré-requis indispensable à toute reconstruction.

La possibilité, lorsqu'elles le voudront, de parler, d'évoquer ou d'entendre parler des événements ou de la période traumatique, que ce soit dans la sphère privée ou sociale, sans encourir de nouvelles souffrances.

La diminution de leur agressivité.

Outre la guérison des désordres mentaux et physiques résultants de leurs traumas, la possibilité, enfin, pour enfants, jeunes filles, hommes, femmes qui jusque là s'étaient sentis salis, coupables, agressés ou agressifs, d'envisager un retour à la vie normale, de renouer leurs contacts affectifs, sociaux... de revenir à la maison.