

## **Quand des mondes s'écroulent**

### **Interventions pédagogiques d'urgence pour des enfants psychotraumatisés dans des régions en crise**

Croquis et concept d'une intervention pédago-thérapeutique immédiate dans des situations de guerre et de catastrophe basée sur la pédagogie Waldorf

#### **1. Résumé**

Chaque année, des millions d'enfants et d'adolescents vivent des expériences traumatiques. Ils souffrent d'oppression ethnique, de la guerre et de la torture, ils sont exploités comme enfants soldats ou sont en fuite. Environ 50% des réfugiés sont des enfants et adolescents. D'autres sont emprisonnés, kidnappés, soumis à des travaux forcés ou à des abus sexuels ou bien sont témoins d'excès de violence contre leurs proches. Encore d'autres sont victimes de catastrophes naturelles.

Tous vivent des expériences traumatiques. Ces expériences traumatiques non-traitées peuvent conduire encore après des années à des formations de symptômes graves et entraver de manière substantielle le développement de l'enfant. Des maladies psychiques et physiques ainsi que des difficultés d'apprentissage peuvent en être les conséquences. Avant tout dans l'adolescence, des traumatismes d'enfance non-traités peuvent mener à des troubles de comportement considérables. Des victimes peuvent alors devenir des délinquants.

Le but des interventions pédagogiques urgentes est d'aider les enfants et adolescents concernés par des mesures stabilisantes pendant le traitement de leur expérience traumatique. Par l'octroi d'un sentiment de protection et de sécurité, la création de relations fiables, l'expérience d'amour-propre et de confiance en soi et maîtrise de soi et d'auto-efficacité, et par la réduction des situations de stress ainsi que par la création d'une atmosphère de groupe curative, on essaie de renforcer la constitution totale de l'enfant et d'activer ses propres forces de guérison.

L'objectif est d'intégrer l'expérience traumatique dans la biographie et de contrecarrer ainsi le développement d'un état de stress post-traumatique.

La pédagogie Waldorf, avec son approche holistique, orientée vers l'enfant et les lois de son développement, paraît être particulièrement bien appropriée à servir de base pour des interventions pédagogiques urgentes. Dans des phases de jeu et d'instruction organisées, dans le jeu libre et dans les phases créatives et artistiques, les ressources personnelles ruinées par le traumatisme devront être dégagées. Une routine quotidienne rythmiquement conçue, des heures réglementées pour les repas et le coucher et des phases d'action et de repos fourniront aux enfants et adolescents un nouveau cadre d'orientation, de sécurité et de soutien, et créera et promouvra ainsi des relations sécurisantes, de la confiance et de la confiance en soi, de nouveaux intérêts au monde, et une maîtrise et une responsabilité de soi adaptées à l'âge des enfants et adolescents.

L'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf (Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.) forme actuellement des équipes d'interventions pédagogiques urgentes pour le travail avec des enfants et adolescents psychotraumatisés dans des régions en crise. Des ressources sont mises à la disposition et un centre d'intervention de crise est organisé et équipé avec la logistique nécessaire.

De premières interventions pédagogiques urgentes ont été mises en œuvre au Liban en 2006 et 2007, en partie en coopération avec l'UNESCO.

Pour la réussite des interventions pédagogiques urgentes, l'utilisation de structures partenaires existantes dans environ 80 pays du monde est prévue. En outre, l'intégration d'organisations nationales et internationales dans la gestion de crise internationale est visée.

## **2. Psychotraumatisation d'enfants et d'adolescents dans les régions en crise Traumatisation par la guerre ou des catastrophes naturelles**

### **2.1 Traumatisation causée par la guerre ou une catastrophe naturelle**

Des millions d'enfants deviennent chaque année victimes des guerres et de leurs conséquences (Croix Rouge Allemande, 2003) ou de catastrophes naturelles comme des séismes, inondations, cyclones ou conflagrations. A part des blessures physiques possibles, ils subissent des traumatismes psychiques (Hilweg/Ullmann, 1997).

Dans la psychologie clinique, on qualifie de traumatisme ou traumatisme psychique une violation à partir de l'extérieur de l'intégrité psychique. La notion ne désigne pas l'événement vécu comme dangereux, mais la violation de la psyché déclenchée par l'événement.

Les blessures mentales sont causées par des événements extérieurs comme les guerres, les catastrophes naturelles, l'évasion, l'expulsion, les accidents, les maltraitances, la torture, les négligences, l'abus sexuel, le mobbing et le vécu de tels événements catastrophiques.

Ce n'est pas l'intensité de l'événement survenu qui est décisive pour l'effet postérieur du traumatisme, mais l'intensité de ce qu'on a vécu subjectivement (Fischer/ Riedesser, 1998)

Dans beaucoup de cas, l'expérience traumatique engendre un sentiment d'impuissance et d'ébranlement de la perception de soi et du monde. L'absence de traitement immédiat des traumatismes peut avoir une incidence négative sur le développement mental et mener à une réaction de stress aigu, à un post syndrome de stress traumatique, à des difficultés d'ajustement ou à l'apparition de troubles névrotiques (Streeck-Fischer, 2006)

Une intervention pédago-thérapeutique compétente et précoce après des événements traumatiques peut contrarier le développement de conséquences négatives éventuelles dans la biographie.

### **2.2 Conséquences possibles d'une psychotraumatisation**

#### **2.2.1 Le déroulement d'une psychotraumatisation**

Le déroulement d'une traumatisation peut être représenté dans un modèle à trois phases (Hausmann, 2005, p.620):

1. la situation traumatique
2. le vécu traumatique
3. la réaction traumatique

### **2.2.1.1 L'événement traumatique**

La situation traumatique est influencée par divers facteurs. Les facteurs sont notamment : intensité, durée, cause, culpabilité, relation entre victime et délinquant, genre de la stupeur.

### **2.2.1.2 Le vécu traumatique**

Qu'une expérience stressante conduise à une psychotraumatisation dépend de l'état d'esprit actuel de la personne concernée et de son développement personnel. Des facteurs de protection et de risque peuvent atténuer ou renforcer les conséquences d'un traumatisme. En plus, des aspects de perception (niveau de la menace) et de comportement (auto-efficacité) jouent un rôle important au cours de l'événement traumatique.

### **2.2.1.3 La réaction traumatique**

Le processus traumatique conduit à des conséquences de traumatisme différentes, que l'on peut diviser en réactions à court et à long terme (Hausmann, 2005, 2006)

#### a. Réactions à court terme

Parmi les réactions à court terme «il y a la réaction immédiate dans le cas d'urgence, des symptômes psychologiques aigus et des tentatives de maîtriser la situation" (Hausmann, 2005, p. 63).

#### b. Effets psychologiques à long terme

Les réactions à long terme typiques du processus traumatique incluent "des symptômes chroniques et des troubles, l'apparition de déficits permanents, mais également l'apparition retardée des symptômes, ou des réactions inconscientes de situations traumatiques" (Hausmann, 2006, p. 45).

#### c. Autres conséquences indirectes

Des psychotraumatisations ont toujours un impact sur la personne concernée et son environnement psychosocial. Ainsi il est possible que des situations de stress existantes ou survenant plus tard sont sensiblement renforcées, ou qu'un traumatisme psychique est transmis à la génération suivante.

#### d. Traumatisme secondaire

Des incidents similaires, des interrogatoires de police, des procédures devant les tribunaux, des procédures de diagnostic, etc., peuvent provoquer des traumatismes secondaires dans des personnes psychotraumatisées. Mais "aussi des blessures postérieures dans des régions du corps touchées à l'époque peuvent raviver des souvenirs refoulés, secouer des compensations péniblement créées et maintenues, et faire revivre de vieilles blessures émotionnelles" (ibid. p. 46)

## **2.2.2 Symptômes**

Des enfants confrontés à des événements traumatiques qu'ils ne pouvaient pas digérer ont souvent des symptômes spécifiques de leur âge. Ces formations de symptômes traumatiques dépendent de l'âge et du niveau de maturation cognitive, affective et sociale de l'enfant (Levine / Kline, 2005):

### **2.2.2.1 Nourrissons et jeunes enfants**

- Angoisses
- Comportement d'évitement

### **Quand des mondes s'écroulent**

Interventions pédagogiques d'urgence pour des enfants et des adolescents traumatisés dans des régions en crise

- Irritabilité
- Retrait
- Se renfermer/repli sur soi-même
- Comportement impulsif
- Retards de développement
- Plaintes somatiques (maux d'estomac par exemple)
- Changements dans les habitudes et le comportement
- Régression à des stades précoces de développement
- Pleurs fréquents et inexplicables
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement alimentaire
- Problèmes de communication

#### **2.2.2.2 Enfants préscolaires**

- Éclats émotionnels
- Inquiétude
- Angoisse
- Colère
- Agressivité
- Protestations exagérées
- Phobies
- Troubles du sommeil
- Cauchemars
- Régression
- (p.ex. énurésie, sucer son pouce, encoprésie, langage de bébé)
- Rejouer/répéter des expériences traumatisantes
- Peu de communication verbale
- Troubles digestifs (diarrhée, constipation)
- Douleur abdominale
- Maux de tête
- Température élevée (non causée par une infection)
- Respiration superficielle
- Fatigue et léthargie faute d'alimentation en oxygène
- Troubles du comportement alimentaire

#### **2.2.2.3 Enfants scolarisés**

- Manque de capacité de concentration
- Manque de motivation
- Problèmes de mener à bout une tâche
- Difficultés lors du traitement des informations reçues
- Difficultés à s'adapter à de nouvelles tâches
- Faible tolérance à la frustration
- Surexcitation chronique
- (Nervosité, comportement peureux, regard inquiet, vigilance excessive, très facile à distraire, ne pas pouvoir rester assis)
- Agressivité/ auto-agressivité
- Caractère contentieux/ manie de polémique
- Discours maniaques

### **Quand des mondes s'écroulent**

Interventions pédagogiques d'urgence pour des enfants et des adolescents traumatisés dans des régions en crise

- Retrait (dissociation, isolement, repli sur soi-même, timidité extrême, inattention, fatigue, rêverie, dépression)
- Angoisses/ phobies
- Posture effondrée
- Fatigue/ léthargie („paresse“)
- Craintes pour d'autres personnes
- Craintes d'être attiré par des événements à relevance traumatique
- Problèmes de concentration
- Troubles de la mémoire
- Difficultés d'apprentissage
- Compulsion maniaque de revivre des situations traumatiques
- Altérations du comportement (par exemple agressivité, retrait)
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement alimentaire
- Symptômes physiques
- Les parents ne doivent pas être stressés avec leurs problèmes

#### **2.2.2.4 Adolescents**

- Changements abrupts des relations
- Désintérêt pour les relations qui étaient auparavant importantes
- Retrait, séparation, isolement
- Changement fondamental des performances scolaires
- Changement fondamental de la conception de la vie
- Changement fondamental de l'aspect extérieur (apparence physique)
- Modifications soudaines du comportement
- Suragissement
- Répétition menaçante de la situation traumatique
- Sauts d'humeurs (angoisse, dépression, tendances suicidaires)
- Problèmes de drogue et d'alcool
- Perte soudaine d'intérêt dans les loisirs précédemment estimés
- Irritabilité, colère, désirs de représailles/vengeances
- Activité sexuelle excessive
- Changements fréquents des partenaires sexuels

#### **2.2.3 Changements neurobiologiques**

De récentes études ont démontré que des psychotraumatisations continues conduisent à une modification durable du développement du cerveau. Des anomalies ont été trouvées dans l'hippocampe, le système limbique et le cortex (Perry, in May/Remus, 2003) Des études ont démontré que la formation du cortex et du système limbique est perturbée par des expériences traumatiques précoces. À cet égard, il y a aussi une modification durable des processus hormonaux, et des changements anormaux dans l'activité cérébrale dans les deux hémisphères. Cela entraîne, en plus, des changements dans la fonction cognitive, l'émotivité, la socialité, et le comportement (ibid.) Des traumatisations continues ne se produisent non seulement par la répétition réelle d'une expérience traumatisante, comme en cas de maltraitances continues, mais aussi par de nouveaux traumatismes à la suite d'intrusions / Flashbacks (Huether, 2002, 2004). Pour la maîtrise du traumatisme et pour le développement futur, il faut en tout premier lieu arrêter les traumatisations secondaires.

## 2.2.4 Images des perturbations

Des traumatismes non traités peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, aboutir à des maladies graves, psychopathologiques et parfois durant toute la vie. Des traumatismes graves dans le développement de l'enfant ne montrent souvent leur effet destructeur que dans l'adolescence. Pendant une remise en scène de leurs expériences destructrices, les victimes peuvent devenir auteur du crime/délinquant (Streeck-Fischer, 1999).

A la suite d'une expérience traumatique, les troubles suivants peuvent se produire:

- Syndrome de stress aigu (CIM-10: F 43.0)
- Trouble de l'adaptation (CIM-10: F 43.2)
- Trouble de stress post-traumatique (CIM-10: F-43.1)
- Changement de personnalité après une situation de stress extrême (CIM-10: F-62.0)

## 2.3 Possibilités d'intervention pédagogique urgente

### 2.3.1 Phases d'interventions

L'intervention après des événements traumatisants passe par trois phases:

- **Interventions urgentes**  
(Intervention péritraumatique, premières mesures psychologiques d'urgence, généralement sur les lieux)
- **Stabilisation psychologique**  
(Interventions psychologiques dans les quatre premières semaines)
- **Thérapie/réhabilitation**  
(Phase de traitement du traumatisme, phase d'intégration)

L'intervention pédagogique d'urgence peut commencer comme intervention immédiate encore sur les lieux (intervention immédiate). En général, cependant, l'intervention a lieu dans les quatre premières semaines après l'événement (stabilisation psychologique). Pendant ce temps, il est décidé si la personne concernée est en mesure de vaincre le traumatisme de sa propre initiative ou s'il va développer le syndrome de stress post-traumatique et aura besoin de thérapie somatique du traumatisme. Le traitement pédagogique d'urgence peut être poursuivi pendant la propre phase de traitement.

### 2.3.2 Objectifs

Chaque intervention pédagogique d'urgence en faveur des enfants et adolescents traumatisés dans des régions de guerre et de catastrophe a pour mission de soulager par des mesures pédagogiques les souffrances des personnes touchées, de renforcer leur constitution globale ainsi que de promouvoir leurs propres forces de guérison.

L'objectif de l'intervention pédagogique d'urgence est également de créer des relations procurant le sentiment de sécurité, de confiance et de confiance en soi-même, de nouveaux intérêts au monde, et un auto-contrôle et une auto-responsabilité adaptés à l'âge des enfants et adolescents. Par les mesures pédagogiques urgentes de possibles effets biographiques tardifs, tels que le développement d'une réaction de stress post-traumatique, peuvent être empêchés ou du moins atténués.

## **2.4 La crise, une chance ?**

De plus en plus, la recherche actuelle étudie, à part les conséquences psychopathologiques d'expériences traumatiques, également les conséquences psychologiques positives (comme des changements positifs dans les relations interpersonnelles, dans la perception de soi-même, et / ou dans la philosophie de vie) qui se produisent chez les survivants après avoir fait face à l'événement traumatique (Croissance post-traumatique (PTG), Tedeschi / Parc / Calhoun, 1998), à savoir (Landolt, 2004):

- Approfondissement des relations
- Élargissement des perspectives de la vie
- Maturation de la personnalité
- Profonde satisfaction avec sa propre vie
- Approfondissement spirituel et religieux

L'objectif de l'intervention pédagogique d'urgence est le traitement et l'intégration réussis de l'expérience traumatique dans la biographie de l'enfant.

## **3 Pédagogie Waldorf - l'homme au centre de tout effort**

### **3.1 La pédagogie Waldorf sur le plan mondial - la dimension planétaire de la pédagogie Waldorf**

En 1919, à Stuttgart, la première école Waldorf pour les enfants des travailleurs de la fabrique de cigarettes Waldorf-Astoria a été fondée. La pédagogie sous-jacente provient de l'anthropologie et de la psychologie du développement de Rudolf Steiner. La pédagogie Waldorf, avec son approche holistique, est orientée vers l'enfant et les lois de son développement (Lievegoed, 1996; Leber, 1993).

Aujourd'hui, il ya plus de 1000 écoles Waldorf dans le monde entier, plus de 2.000 jardins d'enfants Waldorf, des centaines d'écoles d'éducation spéciale et d'institutions socio-thérapeutiques et environ 70 universités et instituts de formation des enseignants dans plus de 80 pays dans tous les continents et cercles culturels du monde. Bon nombre de ces institutions opèrent dans les centres de crises sociales de notre époque. Certaines sont impliquées dans le réseau des écoles associées de l'UNESCO. La pédagogie Waldorf est donc le seul courant éducatif qui a atteint des dimensions mondiales (l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf, 2001).

### **3.2 Aide par partenariat - l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf**

Le mouvement mondial pour la pédagogie anthroposophique est soutenu par l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf fondée en 1971 à Stuttgart, qui entretient des relations officielles avec l'UNESCO (Association des Amis de la Pédagogie Waldorf, 1996).

En 2005 l'association des Amis de la Pédagogie Waldorf a reçu 5,2 millions d'euros en dons destinés à l'appui du mouvement international de la pédagogie Waldorf. Grâce aux dons, des bourses d'études sont accordées, des parrainages d'élèves organisés, des constructions d'écoles et des projets de rénovation financés, des séances de formation et des consultations cofinancées. De même, des aides d'urgence sont accordées au niveau mondial. Depuis 1993, l'association participe

également comme organisation non-gouvernementale à combattre la pauvreté grâce à de nombreux projets éducatifs en collaboration avec le Ministère fédéral de la Coopération économique et du développement.

Également depuis 1993, grâce à différents programmes partiellement cofinancés par l'État, l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf envoie des jeunes ayant terminé leur scolarité à des services volontaires dans des établissements de la pédagogie Waldorf dans plus de 60 États. En 2007, environ 550 jeunes ont fait un service volontaire à l'étranger organisé par les Amis de la Pédagogie Waldorf. Depuis 1993, le nombre de volontaires était plus de 3000. L'association est l'un des plus grands organismes promoteurs pour les services de volontariat à plus long terme.

### **3.3 Pédagogie Waldorf et l'intervention d'urgence**

#### **3.3.1 Approches de l'intervention pédagogique**

##### ***3.3.1.1 Principes fondamentaux des interventions immédiates***

Vérité, clarté et structure sont, entre autres, les principes fondamentaux dans le traitement d'enfants psychotraumatisés (Hausmann, 2005, p. 181):

##### ***3.3.1.2 Orientations pédagogiques pour le traitement des traumatismes***

Après une expérience traumatisante, un enfant a besoin d'aide éducative pour traiter le traumatisme. Cette aide est décisive pour son avenir. Il a avant tout besoin d'aide pour l'intégration de l'expérience et la restauration des contacts avec son environnement. Voici quelques orientations pour aborder des psychotraumatisés (Eckardt, 2005):

- Écouter et parler
- Autoriser des sentiments
- Maintien de rituels
- Soins du rythme
- Nutrition
- Induction de relaxation (respiration, sommeil, repos)
- Exercices de concentration
- Formes créatives pour faire face (écrire, peindre, faire de la musique)
- Mouvement (faire du sport, de la danse, de la marche, se déchaîner)
- Jouer
- Faire des projets
- Renforcer des sentiments religieux
- Améliorer l'estime de soi

##### ***3.3.1.3 Maniement des réactions traumatiques***



Une conséquence d'expériences traumatiques peut conduire à des formations de symptômes dramatiques avec d'énormes problèmes de comportement. Ils nécessitent une intervention éducative. Des réactions traumatiques sont:

- Régression
- Angoisses, attaques de panique, phobies
- Cauchemars
- Honte et culpabilité
- Agressivité
- Auto-mutilation / auto-agressivité
- Intrusions / Flashbacks
- Submersion
- Répression, déni
- Fausses interprétations
- Troubles dissociatifs
- Contraintes
- Troubles du comportement
- Troubles physiques

#### **3.3.1.4 Stabilisation par une intervention pédagogique**

Des interventions pédagogiques peuvent avoir une fonction stabilisante. Les mesures d'intervention (White, 2006):

- Octroi de protection et de sécurité
- Sécuriser des relations fiables
- Expérimenter l'auto-estime, la maîtrise de soi et l'auto-efficacité
- Créer une atmosphère curative au sein d'un groupe
- Comprendre les remises en scène
- Arrêter des souvenirs incontrôlables (intrusions / Flashbacks (retours en arrière))
- Reconnaître des transferts traumatiques
- Promouvoir l'auto-guérison

#### **3.3.2 Approches pédo-thérapeutiques spécifiques**

Une compréhension élargie et holistique de la médecine et de la thérapie est également étroitement liée aux fondements de l'anthropologie et la psychologie de développement de la pédagogie Waldorf. Il ne s'agit pas d'alternatives à la médecine conventionnelle et aux écoles de thérapie en vigueur, mais plutôt une démarche d'élargir la gamme diagnostique et thérapeutique. Au cours des décennies passées des formes de thérapies indépendantes ont pu être développées. Depuis longtemps, elles sont utilisées avec succès, de manière concomitante avec les traitements conventionnels, dans les cliniques anthroposophiques, des centres thérapeutiques, des établissements d'enseignement de rattrapage et dans des écoles Waldorf. Ils comprennent l'eurythmie curative, les formes particulières de la thérapie musicale, linguistique et artistique, la thérapie par le son, la thérapie de la couleur, la thérapie de la lumière, la thérapie travaillant avec l'ombre et la couleur (Farbschattentherapie), etc.. Le but de toutes les thérapies artistiques est que le patient lui-même, sous la direction du thérapeute, encourage les processus d'auto-guérison, et guérit à travers cette activité créative (Bopp / Schürholtz, 2004; Treichler, 1996).

Seules ou en combinaison avec d'autres traitements, ces thérapies spécifiquement anthroposopiques représentent des outils d'intervention de crise prometteurs pour des enfants et adolescents traumatisés dans les régions de guerre ou sinistrées.

### ***3.3.2.1 Frictionnements rythmiques et massages***

Le massage rythmique, développé par les médecins Ita Wegman et Margarethe Hauschka, est basé sur le massage médical classique, mais a également pour mission de stimuler, par des mouvements rythmés de massage, l'écoulement des fluides dans le corps et résoudre des structures solidifiées et compactées de nature pathologique. Le but du massage rythmique est de déclencher tout ce qui est devenu lourd et ferme, ou est vécu comme tel. Le massage rythmique rend physiquement et mentalement plus alerte et éveillé. Il soulage l'insomnie, la fatigue, la congestion, les douleurs musculaires et divers autres troubles fonctionnels. En outre, il améliore la conscience du corps et procure le sentiment d'être en harmonie avec son corps (Härter, 2005; Fingado, 2002).

### ***3.3.2.2 Bains, enveloppements, masques/revêtements***

Par le biais de bains, d'enveloppements et de masques, la respiration, la formation de chaleur, la digestion, le métabolisme et la circulation sanguine, donc tous les processus vitaux, sont stimulés et les tensions sont décontractées, ce qui est figé peut être débloqué. Ils soutiennent et promeuvent des processus d'auto-guérison. Pour les traitements, des huiles essentielles ou grasses, des essences et des teintures sont utilisées. (Fingado, 2003).

### ***3.3.2.3 Modelage plastique thérapeutique***

Lors du modelage plastique, où le patient s'occupe avec le matériau, des potentiels cognitifs, émotionnels et affectifs ensevelis peuvent être libérés et traduits dans une forme extérieure. Ce n'est pas le résultat décoratif qui est important. La lutte avec le matériau peut créer de nouvelles images et forces chez le patient. Elles aideront à accepter des situations, à vaincre la maladie et d'acquérir du nouveau courage de vivre. Les matériaux utilisés pour le modelage plastique thérapeutique sont la pierre, la stéatite, le bois, l'argile, la cire, la modélisation de l'argile et le sable. Le choix dépend de l'état physique et mental du patient et du temps qui peut être accordé à la thérapie (Golombek, 2000).

### ***3.3.2.4 L'art-thérapie (peinture thérapeutique)***

La peinture et le dessin thérapeutiques provoquent une confrontation intense avec soi-même sur la voie d'une recherche de l'équilibre intérieur. Grâce à l'expérience psychique des formes et des couleurs, les processus fonctionnels de l'organisme peuvent être influencés. Dans la démarche artistique de la peinture, des connaissances de soi-même sont encouragées, des modes de vie et des blocages jusque-là cachés sont découverts et des références à la maladie sont établies. À travers la peinture et l'art-thérapie, des structures figées peuvent être résolues. Ainsi des traumatismes peuvent être gérés. (Mees-Christeller/ Denzinger/ Altmaier/ Künstler/Umfrid/ Frieling/ Auer, 2000).

### ***3.3.2.5 La musicothérapie***

La musique ouvre les portes vers le monde des expériences intérieures. Elle lance un appel à l'émotion, pas à l'intellect. L'objectif de la musicothérapie est d'activer les compétences rythmiques et musicales. La musicothérapie soutient ainsi les processus de vie. Ces processus sont promus et maintenus par tout genre de rythmique. La musicothérapie aide à promouvoir la conscience de soi et à entrevoir de nouvelles perspectives de vie. Par conséquent la musicothérapie fonctionne également très bien pour des maladies chroniques et des maladies graves. Entretemps, elle est bien ancrée dans la pédiatrie, la médecine interne, la psychiatrie, les soins intensifs et même dans les unités de néonatalogie (Felber / Reinhold / Stückert, 2000)

### **3.3.2.6 Thérapie par l'art de la parole**

Le langage est le média le plus important de la communication interpersonnelle. Il est beaucoup plus qu'un outil d'information. Le langage exprime toute la personnalité d'un individu. Chacun a sa propre voix avec une mélodie et une articulation individuelle. Les pensées et sentiments de l'individu sont exprimés par sa voix.

Grâce à la thérapie par l'art de la parole, la respiration peut être approfondie. Ainsi des troubles d'asthme ou des maladies intestinales peuvent être traités. A travers le langage, les effets se produisent au niveau de l'harmonie entre le pouls et la respiration (par exemple avec des rythmes hexamètres). Le langage riche en consonnes a une action structurante et consolidante, le langage riche en voyelles soutient l'expression des sentiments et a un effet libérateur, délassant. La thérapie par l'art de la parole ne permet pas seulement le traitement des troubles du langage et de l'élocution, mais possède aussi un impact profond sur le rapport entre corps, âme et esprit et permet le traitement des maladies dans les domaines de médecine interne, psychosomatique et psychiatrique, et en pédagogie curative (Denjean-von Stryk / von Bonin, 2000).

### **3.3.2.7 Eurythmie curative**

Le mot « eurythmie » est dérivé du grec (eu = beau) et signifie littéralement « beau rythme » et est pratiqué dans la pédagogie et la médecine. L'eurythmie curative fait appel à la parole, à la musique et aux gestes pour aboutir dans une série de mouvements d'une forme particulière.

A chaque consonne ou voyelle correspondent des mouvements types.

Les exercices d'eurythmie curative sont effectués avec tout le corps, ainsi qu'avec les bras et les jambes, les mains et les pieds. En thérapie, selon la maladie diagnostiquée, des gestes individuels sont pratiqués de manière intensive. Le but est de réactiver les forces formatrices du corps, perturbées par la maladie, et d'influencer des processus organiques végétatifs.

Les exercices produisent un effet ciblé de stimulation, d'intensification ou de régulation sur l'ensemble des fonctions et des processus rythmiques de l'organisme - cœur et système cardiovasculaire - les processus métaboliques, l'agilité et l'équilibre (Wennerschou, 1996; Kirchner-Bockholt, 1997)

## **4. Conception d'une intervention pédago-thérapeutique immédiate dans des situations de guerre et de catastrophe basée sur la pédagogie Waldorf**

## **4.1 Équipes d'interventions urgentes**

### **4.1.1 Structures**

Dans le contexte décrit ci-dessus, l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf formera des unités task force déployables dans le monde entier pour des interventions pédagogiques urgentes chez des enfants et adolescents traumatisés dans les zones de guerre et les zones sinistrées.

### **4.1.2 Organisation interne**

#### a. Nombre d'effectifs

Le nombre des effectifs des équipes d'intervention urgente dépendra de la situation spécifique dans les zones de crise et de la spécification résultante des tâches. L'équipe pour les interventions urgentes devra normalement comprendre env. 10 personnes avec un profil de compétences différentes.

#### b. Compétence de base

Pour le traitement des enfants traumatisés, les compétences personnelles suivantes sont essentielles (Weiß, 2006):

- Expertise
- Auto-réflexion et maîtrise de soi
- Prise en charge de soi-même

#### c. Compétences professionnelles (Expertise)

L'équipe d'intervention d'urgence se compose d'une équipe réunissant les compétences techniques suivantes:

- Chef de l'opération/coordonateur  
Il dirige et coordonne l'opération.
- Médecin / Psychologue  
Il porte la responsabilité médicale et thérapeutique et est le chef dans ce domaine de l'équipe d'intervention urgente.
- Thérapeutes  
L'équipe peut avoir plusieurs thérapeutes spécialisés dans différentes formes de thérapie. Ils travaillent en solo ou en groupe
- Pédagogues spécialisés et assistants/travailleurs sociaux  
Des pédagogues, pédagogues spécialisés, assistants/travailleurs sociaux s'occupent et travaillent avec des groupes d'enfants et d'adolescents.
- Intervenants  
En fonction de la tâche, des aides-assistants peuvent compléter le personnel qualifié.
- Interprètes  
Un interprète est requis pour les services de traduction.

#### d. Cadre structurel

Dans quelle mesure les pédagogues professionnels peuvent former et mettre en œuvre leurs compétences dépend également des conditions générales et des normes institutionnelles. Ce sont (Weiß. inclure 2006):

- Formation
- Formation continue
- Supervision
- Travail d'équipe

## **4.2 Objectif et tâche**

La tâche de l'équipe d'intervention pédagogique urgente est d'ouvrir des postes de premier secours pédagogique pour des enfants et les adolescents traumatisés dans les zones de guerres et les zones sinistrées. L'objectif est d'alléger les souffrances des personnes touchées par le biais de mesures pédagogiques et thérapeutiques pour atténuer et prévenir d'éventuelles séquelles tardives dans les biographies.

L'aide d'urgence projetée consiste généralement dans des interventions de premiers secours. Le travail de l'éducation spécialisée avec des enfants traumatisés se fera sur la base de l'approche holistique de l'anthropologie de la pédagogie Waldorf et de la méthodologie qui en résulte (Kiersch, 1997; Leber, 1993). En plus des formes avancées de la thérapie anthroposophique seront utilisées. Ces mesures ont un effet fortifiant, stabilisant et favorisent la libération du potentiel créatif, des forces vitales et des ressources personnelles qui sont nécessaires pour le traitement (Bopp / Schürholz, 2004).

L'objectif de l'aide urgente pédago-thérapeutique est de renforcer l'état général de l'enfant après l'expérience traumatique, d'appuyer son processus naturel de guérison et de prévenir l'émergence d'un post-syndrome de stress traumatique ou d'aider à réduire sa dimension (Stellamans-Wellens, 2002).

Les tâches spécifiques sont:

### **4.2.1 Le premier diagnostic**

Dans un premier diagnostic le type de traumatisme et sa gravité seront déterminés et documentés.

Le diagnostic est fait par des médecins, des psychologues et des thérapeutes.

### **4.2.2. Les interventions pédagogiques d'urgence**

#### a. Aide pédagogique immédiate

L'intervention thérapeutique urgente devra être soutenue et encouragée par des mesures de l'éducation spécialisée basées sur la pédagogie Waldorf.

Alors que l'intervention thérapeutique urgente se fera principalement sous forme de thérapie individuelle, l'intervention de l'éducation spéciale impliquera des processus sociaux de la dynamique de groupe.

Dans des phases de jeu et d'instruction organisées, dans le jeu libre et dans des phases créatives et artistiques (peindre, dessiner, plastiquer, pétrir) les ressources personnelles ruinées par le traumatisme devront être dégagées. La thérapie narrative et par les contes de fées devra soutenir le processus et contribuer au traitement du traumatisme.

Une routine quotidienne rythmiquement conçue, des heures réglementées pour les repas et le coucher et des phases d'action et de repos fourniront à l'enfant un nouveau cadre d'orientation, de sécurité et de soutien.

L'objectif de l'aide pédagogique urgente est de créer des relations sécurisantes, de la confiance et de la confiance en soi, de nouveaux intérêts au monde, et la promotion d'une maîtrise de soi et d'auto-responsabilité adaptées à l'âge de l'enfant.

Le travail éducatif sera à accomplir par des éducateurs qualifiés, des pédagogues spécialisés et des assistants/travailleurs sociaux.

#### b. Aide thérapeutique urgente

Partant du diagnostic initial, un plan de traitement individuel pour l'intervention de crise aiguë sous forme de thérapie en groupe ou individuelle sera établi et mis en œuvre. On aura recours principalement aux formes avancées de la thérapie anthroposophique (Bopp / Schürholz, 2004).

Les thérapies seront exécutées par des thérapeutes à qualification spéciale.

#### c. Aide médicale immédiate

Comme mesure d'accompagnement et de soutien, les enfants concernés seront examinés et auront les soins médicaux, et, le cas échéant, un traitement médicamenteux approprié. Le traitement médical se fait uniquement par un médecin.

### **4.2.3 Le diagnostic final**

Dans un rapport final, le statu quo individuel sera établi et la thérapie ainsi que le traitement ultérieur seront recommandés.

### **4.2.4 La documentation**

A cause de post-traitements possibles le premier diagnostic, la thérapie et son déroulement seront documentés sur des formulaires standardisés. Une documentation finale comprend également un rapport pédagogique, qui décrit clairement l'intervention pédagogique spéciale, le cours individuel du développement et d'éventuels problèmes de comportement.

## **4.3 Perspectives dans le temps**

### **4.3.1 Analyse, planification, préparation**

Une phase d'analyse et de planification approfondie, au cours de laquelle les détails du déploiement et sa mise en œuvre sont fixés et concrétisés précède l'envoi d'une équipe d'intervention pédagogique urgente. La responsabilité incombe au centre de coordination pour l'intervention de crise ayant son siège au bureau de l'Association des Amis de la Pédagogie Waldorf à Karlsruhe.

### **4.3.2 Envoi et mise en œuvre**

La durée implique généralement deux à quatre semaines.

### **4.3.3 Évaluation**

Immédiatement après le retour, l'intervention est analysée en détail et évaluée afin d'en tirer toutes les conséquences nécessaires pour l'action future.

## **4.4 Structures partenaires et coopération**

Pour garantir une intervention réussie et la protection des propres activités, l'utilisation des structures existantes dans les pays partenaires et une coopération de partenariat avec les institutions nationales et internationales et gouvernementales et les organisations non gouvernementales est requise d'urgence. Une intégration dans la gestion des crises internationale est recommandée.

## **4.5 Structures de base**

Afin de pouvoir agir rapidement en cas d'urgence, des structures de base opérables doivent déjà exister et être maintenues. Il s'agit notamment de

### **4.5.1 Centre de coordination de crise**

Pour la préparation et la mise en œuvre d'une intervention de crise à l'étranger, un centre d'intervention de crise et de coordination en Allemagne est nécessaire et doit être occupé durant le déploiement 24 heures sur 24.

### **4.5.2 Ressources personnelles**

#### a. Mise à disposition de ressources humaines

Un réseau de ressources personnelles-professionnelles est mis à disposition.

#### b. Formation et formation continue

Les participants potentiels à l'intervention de crise sont régulièrement entraînés et participent à des formations continues.

#### c. Accompagnement psychologique

Les membres des équipes d'intervention d'urgence recevront pendant le déploiement et à la suite de l'intervention du soutien psychologique et un post-traitement.

### **4.5.3 Équipement**

L'équipement de base nécessaire pour des missions dans les régions en crise doit être mis à disposition et être entretenu.

## **5 Littérature**

Bopp, A./ Schürholz, J. (2004):

Anthroposophische Therapien. Grundlagen, Spektrum, Anwendungen. Dornach.

- Denjean-von Stryk, B./ von Bonin, D. (2000):  
Therapeutische Sprachgestaltung, Stuttgart.
- Deutsches Rotes Kreuz (2003):  
Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen.
- Eckhardt, J. J. (2005):  
Kinder und Trauma.
- Felber, R./ Reinhold, S./ Stückert, A. (2000):  
Musiktherapie und Gesang. Stuttgart.
- Fingado, M. (2002):  
Rhythmische Einreibungen. Dornach.
- Fingado, M. (2003):  
Therapeutische Wickel und Kompressen. Dornach.
- Fischer, G./ Riedesser, P. (1998):  
Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.
- Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (1996):  
Waldorfpädagogik. Ausstellungskatalog anlässlich der 44. Sitzung der internationalen Konferenz für Erziehung der UNESCO in Genf. Stuttgart.
- Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (2001):  
Waldorfpädagogik weltweit. Ein Überblick über die Entwicklung der Waldorfpädagogik und der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie. Berlin.
- Golombek, E. (2000):  
Plastisch-Therapeutisches Gestalten. Stuttgart.
- Gschwend, G (2004):  
Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Bern.
- Härter, S. (2005):  
Berührung, Rhythmus, Heilung. Die Rhythmische Massage nach Dr. med. Ita Wegman. Arlesheim.
- Hausmann, C. (2005):  
Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien.
- Hausmann, C. (2006):  
Einführung in die Psychotraumatologie. Wien.
- Hilweg, W./ Ullmann, E. (1997):  
Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg. Göttingen:



Hüther, G.(2002):

Und nichts wird fortan sein wie bisher. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: PAN, Pflege- und Adoptionsfamilien NRW e.V. (Hg): Traumatisierte Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien. Ratingen.

Hüther, G (2004):

Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.

Kirchner-Bockholt, M. (1997):

Grundelemente der Heileurythmie. Dornach.

Kiersch, J. (1997):

Die Waldorfpädagogik. Eine Einführung in die Pädagogik Rudolf Steiners. Stuttgart.

Landolt, M. A.(2004):

Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen.

Leber, S. (1993):

Die Menschenkunde der Waldorfpädagogik. Anthropologische Grundlagen der Erziehung des Kindes und Jugendlichen. Stuttgart.

Levine, P. A./ Kline, M. (2005):

Verwundete Kinderseelen heilen. München.

Lievegoed, B.C.J. (1995):

Entwicklungsphasen des Kindes. Stuttgart.

Mees-Christeller, E./ Denzinger, I./ Altmaier, M./ Künstler, H./ Umfrid, H./ Frieling, E./Auer, A. (2000):

Therapeutisches Zeichnen und Malen. Stuttgart.

Perry, B. D. (2003):

Gewalt und Kindheit: wie ständige Angst das Gehirn des Kindes im Wachstum beeinflussen kann. In: May, A./ Remus, N.: Traumatisierte Kinder. Berlin.

Stellamans-Wellens, H. (2002):

Narben auf der Seele. Traumatisierte Kinder und ihre Eltern. Stuttgart.

Streeck-Fischer, A. (1992):

Adoleszenz und Trauma. Göttingen.

Streeck-Fischer, A. (2006):

Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen.

Tedeschi, R. G./ Park, C. L./ Calhoun, L. G. (1998):

Postrumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis. New York.

Treichler, M. (1996):

Bernd R u f

**Quand des mondes s'écroulent**

Interventions pédagogiques d'urgence pour des enfants et des adolescents traumatisés dans des régions en crise

Mensch-Kunst-Therapie. Anthropologische, medizinische und therapeutische Grundlagen der Kunsttherapien. Stuttgart.

Weiß, W. (20063).:

Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe.  
Weinheim/ München

Wenenschou, L (1996).:

Was ist Heileurythmie?. Dornach.