

Annex A

to the

**Third quarterly update report pursuant to regulation 58 of the Regulations of the Trust
Fund for Victims and Request for approval of implementation proposal related to the
psychological support modality**

CONFIDENTIAL

CADRE DE TRAVAIL

Prise en charge psychologique des victimes du conflit de Bogoro avec trouble de stress post traumatique

Par [REDACTED] (MD, PhD)

Décembre 2020

Table des matières

Cadre de travail	3
Contexte et objectifs du projet d'intervention	3
Description du cadre de travail	3
LIGNES DIRECTRICES	3
<i>Définitions des troubles</i>	<i>4</i>
POPULATION CIBLE	5
CADRE DE SANTE	5
SELECTION DES INSTRUMENTS DE MESURE STANDARDISES POUR L'IDENTIFICATION DES TROUBLES...	6
NIVEAUX D'INTERVENTION ET PRISE EN CHARGE	6
<i>Au niveau primaire et communautaire</i>	<i>6</i>
<i>Au niveau secondaire et thérapeutique</i>	<i>8</i>
Justificatif de prise en charge	10
VOLET EDUCATIF, THERAPIE DE GROUPE ET DE SOUTIEN FAMILIAL AU NIVEAU PRIMAIRE	10
RENFORCEMENT DES CAPACITES ET METHODES THERAPEUTIQUES AU NIVEAU SECONDAIRE	11
Plan de travail et d'action	12
Effectifs du personnel et matériaux.....	12
Activités	14
Appendix	15

Cadre de travail

Ce travail a pour but de proposer un cadre de travail pour la prise en charge psychologique des victimes de l'attaque de Bogoro du 24 Février 2003 et présentant un trouble de stress post traumatique, en République Démocratique du Congo

Contexte et objectifs du projet d'intervention

Lors de notre première mission d'identification des victimes de l'attaque de Bogoro, accomplie à la requête de Me Fidel Nsita Luvengika, Représentant légal des victimes, nous avons identifié à l'époque deux catégories de victimes présentant un traumatisme psychique. A savoir un traumatisme psychique chez les victimes présentes lors de l'attaque et un traumatisme psychique chez les victimes nées après de mères affectées et vivant dans la contrée.

La première catégorie des victimes qui auraient vécu l'attaque du 24 Février 2003 présentait en majorité des symptômes faisant évoquer le trouble de stress post-traumatique, avec forte composante anxiodépressive et la deuxième catégorie de personnes non présentes au moment de l'attaque du 24 Février 2003, mais qui suite au contexte d'insécurité et de peur constante, dans lequel elles vivent, rapportent et présentent un syndrome anxieux permanent.

Nous avons à l'époque suggéré des recommandations pour la prise en charge psychologique de ces victimes.

C'est à cet effet et à la requête du Fonds des victimes, qu'il m'est demandé d'élaborer un cadre de travail pour la prise en charge psychologique des victimes de ladite attaque présentant un trouble de stress post traumatique.

Ce cadre de travail a pour objectif de proposer une prise en charge psychologique avec les moyens disponibles de façon à améliorer le bien-être psychologique, la réinsertion sociale, la santé mentale et la qualité de vie de ces victimes et par leur biais le bien-être communautaire.

Description du cadre de travail

Il s'agit d'un projet d'intervention pour la prise en charge de personnes avec troubles de stress post traumatique dans un contexte de pénurie en termes de personnel spécialisé en santé mentale et d'accessibilité difficile dû à l'insécurité territoriale et problèmes de logistiques.

Lignes directrices

Sur base des données que nous avons pu recueillir lors de notre première mission d'identification (mapping) des victimes de l'attaque du 24 Février 2003, nous avons identifié

des symptômes relatifs au trouble du stress post traumatique avec forte composante anxiodépressive au sein de la population ayant vécu l'attaque.

Il est pour ce faire impératif d'offrir des interventions efficaces de prise en charge visent à prévenir et traiter le trouble de stress post traumatique au sein des victimes et de la communauté.

Définitions des troubles

Le trouble du stress post traumatique (TSPT)

Le TSPT désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort. Le TSPT est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat). Les capacités d'adaptation du sujet sont débordées et la réaction immédiate à l'événement est traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur.

Le TSPT est un état émotionnel similaire à l'attaque de panique, mais qui se différencie par la cause bien connue qui est un événement traumatisant, tel que le viol, un accident de voiture, un désastre naturel ou dans les cas les plus connus, une guerre. Le symptôme essentiel à retenir dans le TSPT est la présence de récurrences (« flashbacks ») en état d'éveil ou sous la forme de cauchemars. Lors de ces récurrences, l'individu revit l'événement qui l'a traumatisé, et présente une charge émotionnelle aussi intense que lors de l'événement lui-même.

Dans le cas des victimes de Bogoro, nous reprenons le récit de l'une d'elles qui dit : « Je fais souvent des cauchemars où je cours de façon interminable et j'enjambe des cadavres alignés par terre et il y a du sang partout. Souvent quand je suis seule, j'ai peur et j'ai l'impression de revivre les événements, le tout me revient et j'entends des coups de feu, j'ai très peur, je tremble, j'ai mal au ventre, me sens flageolante et j'ai envie de vomir. Pendant plusieurs années, il m'était impossible de prendre le chemin qui mène au Mt Waka car à chaque fois que j'y passais je perdais connaissance, j'avais l'impression de revivre ce qui s'est passé le 24 février 2003 ».

Les troubles anxiodépressifs

Ce sont des troubles se présentant avec une composante émotionnelle et /ou fonctionnelle. Le sujet rapporte des signes d'anxiété et/ou dépressifs, tels que l'insomnie, la fatigue, l'irritabilité, les céphalées, le manque d'intérêt, des crises de panique, l'évitement, la somatisation, les idées suicidaires, l'anhédonie,

l'amaigrissement, l'humeur dépressive, la perte d'estime de soi, le sentiment de culpabilité, les difficultés de concentration, etc.

L'une des victimes que nous avons examinées nous dit : « Je n'arrive pas à dormir profondément. Je me réveille tous les jours aux environs de 4 heures du matin sans le vouloir et j'ai tout le temps peur quand je suis seule. Nous avons été attaqués par surprise à l'aube et chaque fois j'ai l'impression que cela peut encore arriver. Je me sens souvent coupable de la mort de mon petit frère qui a été tué lorsque nous fuyions car j'aurai dû bien fort lui tenir la main pour qu'il ne tombe pas et ainsi le sauver des assaillants. Je me suis mis à boire l'alcool pour essayer d'oublier mais ce n'est pas facile, j'ai souvent mal à la tête et pas d'appétit. Il m'arrive parfois de vouloir mettre fin à ma vie quand je pense à cette situation et à mon avenir incertain ».

Cette victime rapporte et présente des éléments à caractère anxiodépressif avec une importante composante dépressive (idées suicidaires).

Population cible

La population cible et bénéficiaire de l'intervention que nous proposons est avant tout les victimes de l'attaque de Bogoro de 2003. Toutefois l'intervention bénéficiera aussi à long terme la communauté à travers le renforcement des capacités locales. Nous pensons qu'une approche communautaire par la formation des prestataires locaux à l'identification et la prise en charge du TSPT bénéficiera non seulement les victimes mais aussi toute la communauté de Bogoro et les villages avoisinants.

Cadre de santé

Etant donné le manque de ressources en termes de personnel de santé mentale, nous pensons que l'intervention devrait se faire à deux niveaux. Au niveau communautaire par un volet informatif et éducatif ainsi qu'au niveau des soins de santé par le renforcement des capacités locales disponibles.

Le volet informatif et éducatif fera recours aux brochures et vidéos.

Le renforcement des capacités se fera par l'identification des personnes ressources avec compétences de leadership qui seront formées aux méthodes de prise en charge du TSPT. Par personnes compétentes nous pensons au personnel éducatif (enseignants), personnel soignant (infirmiers, aide soignantes...), et leaders locaux vivant à Bogoro ou dans les environs.

Ces membres de la communauté seront formés à la prise en charge du TSPT au moyen de l'identification des symptômes et de la prise en charge thérapeutique basée sur la parole, l'écoute et le soutien (accompagnement) psychologique.

En utilisant les ressources matérielles et humaines disponibles localement, nous espérons pouvoir offrir une approche thérapeutique acceptable, accessible et adaptée aux victimes et à la communauté, réduisant ainsi la stigmatisation et favorisant l'insertion sociale. Cette approche communautaire assurera une action durable pour le bien-être des victimes et par leur biais de la communauté.

Sélection des instruments de mesure standardisés pour l'identification des troubles

Un instrument de mesure standardisé est un outil développé rigoureusement et qui permet de mesurer un concept (ou un indicateur) de manière objective et standardisée.

Pour le dépistage de la symptomatologie des troubles, nous utilisons deux instruments de dépistage de l'anxiété-dépression et du TSPT. Le choix de ces instruments est justifié par la facilité de leur administration et leur validation en République Démocratique du Congo.

Il s'agit des instruments suivants :

- a. Le *Hopkins Symptoms Check List-10 items* (« HSCL- 10 »). Le HSCL-10 est la version raccourcie du Hopkins Symptoms Check List-25 (« HSCL-25 ») qui a été conçue par Parloff, Kelman, et Frank de Johns Hopkins University. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1954; 3:343-351.

C'est un questionnaire de dépistage largement utilisé pour identifier la présence des symptômes dépressifs et d'anxiété. Il est facile à administrer et le score total est en général corrélé à une détresse émotionnelle et à une dépression majeure.

- b. Trousse de diagnostic rapide du TSPT et Impact of Event Scale – Revised (IES-R) pour le dépistage rapide et l'identification du TSPT.

L'IES-R comprend 22 items qui évalue la détresse subjective causée par des événements traumatiques. Il s'agit d'une version révisée de l'ancienne version, l'IES à 15 éléments (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979). L'IES-R contient sept éléments supplémentaires liés aux symptômes d'hyperactivité du Syndrome du Stress Post Traumatique (SSPT), qui n'étaient pas inclus dans l'IES d'origine. Les items correspondent directement à 14 des 17 symptômes du DSM-IV du SSPT. On demande aux répondants d'identifier un événement de vie stressant spécifique, puis d'indiquer à quel point ils ont été angoissés ou dérangés au cours des sept derniers jours par chaque « difficulté » indiquée.

Niveaux d'intervention et prise en charge

Au niveau primaire et communautaire

La prise en charge au niveau primaire et communautaire se fera en trois étapes :

Le volet informatif au niveau communautaire

Il est essentiel de pouvoir informer la communauté sur le problème que présente ses habitants et sur la possibilité d'une prise en charge afin de lui assurer un bien-être futur. L'identification et la reconnaissance du problème psychique, en l'occurrence le TSPT. Cette étape sera facilitée au moyen des campagnes de sensibilisation et d'information (pamphlets, brochures, vidéos...). Cette étape visera à former les acteurs communautaires tels que les chefs de groupe ou de localités et la population en général sur ce qu'est le trouble de stress post traumatique (TSPT), ses symptômes, comment maîtriser ses émotions et réactions corporelles, comment apprendre à vivre avec le traumatisme de façon à améliorer sa qualité de vie. Cette attitude appelée résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable.

Certaines études montrent une corrélation entre le taux élevé de TSPT et la crainte de la stigmatisation chez les survivants qui à cause du stigma ne vont pas consulter des spécialistes, mais se dirigent plus facilement vers des centres de prévention primaire. Le renforcement des soins de première intention, des centres de prévention primaire et la formation du personnel médical est impératif afin de reconnaître l'émergence d'un PTSD.

Thérapie de groupe et thérapie familiale

Etant donné qu'il s'agit de victimes vivant en communauté, il est important d'aborder aussi le volet thérapeutique visant la prise en charge du groupe communautaire. La thérapie de groupe, de soutien individuel et familial est une thérapie de soutien à l'écoute et au soutien moral des victimes permettant à de nombreuses personnes affectées d'échanger avec d'autres personnes qui ont subi un traumatisme semblable au leur. A travers la thérapie de groupe, chacun apprend à composer avec des émotions comme la honte, la culpabilité, la colère, la rage et la peur. Le fait de raconter son histoire au groupe contribue aussi à retrouver la confiance en soi et en l'autre. Cette approche permettra de lutter contre la stigmatisation et la marginalisation.

Au volet de la thérapie de groupe et de soutien individuel, il est aussi important d'ajouter l'aspect du soutien familial car il n'est pas exclu que la symptomatologie des victimes ait des répercussions sur l'ensemble de la famille. En effet, l'entourage peut avoir du mal à comprendre certaines de réactions des personnes affectées telles que la colère, le stress et se sentir effrayés, coupables ou même en colère à leur tour. A travers ce counseling familial, le thérapeute aide la personne affectée ainsi que sa famille à mieux communiquer, à maintenir de bons rapports familiaux et à gérer les émotions pénibles. Au cours de la thérapie familiale, chacun des membres de la famille reçoit la possibilité d'exprimer ses craintes et ses préoccupations. Ceci permet à tout le monde de mieux comprendre les symptômes, les facteurs déclenchants, de s'entraider et d'améliorer les rapports familiaux.

Pour la réalisation de la thérapie de groupe et familiale, étant donné le manque de professionnel en santé mentale, nous proposons de former le personnel éducatif et soignant à l'identification des symptômes du TSPT, à l'écoute et l'accompagnement psychologique. Pour ce faire, un protocole de procédure de prise en charge sera suivi pour l'identification (dépistage) du TSPT, pour l'écoute et l'accompagnement psychologique.

Les approches interventionnelles au niveau primaire comprennent :

1. Le dépistage au moyen des outils sélectionnés pour l'identification des symptômes du TSPT.
2. L'information et éducation au moyen des masses médias (vidéo, brochures, pamphlets, ateliers, radio, télévision etc.)
3. L'écoute, le soutien et accompagnement psychologique à la réinsertion sociale.

Ces approches utilisent des stratégies sanitaires fortement basées sur la prévention et la mise en œuvre via la participation communautaire des populations.

La prise en charge au niveau primaire est avant tout préventive et devra principalement impliquée la communauté, à savoir les écoles et organisations locales. L'idéal serait aussi d'implémenter un programme de santé mentale dans les écoles.

Au niveau primaire, il est important de travailler sur la prise de conscience qui est primordial dans le processus de rétablissement.

Au niveau secondaire et thérapeutique

L'intervention au niveau secondaire vise à renforcer les capacités en formant le personnel médical et soignant aux méthodes de prise en charge des problèmes de santé mentale relative au TSPT au moyen de la psychoéducation et stratégies d'adaptation (coping).

En renforçant les capacités du personnel médical et soignant disponible, il sera à mesure d'offrir un soutien psychologique aux victimes et à la communauté, et de référer au moment opportun vers des centres spécialisés pour des soins médicaux plus spécifiques au besoin.

Renforcement des capacités locales et formation

Le PNUD définit le renforcement des capacités comme « le processus par lequel les particuliers, les organisations et les sociétés acquièrent, développent et entretiennent les aptitudes dont ils ont besoin pour définir et réaliser leurs propres objectifs de développement au fil du temps.

L'intervention au niveau secondaire a un grand rôle à jouer dans la formation du personnel de santé et l'accompagnement des personnes souffrant de TSPT. Plusieurs études montrent que les ressources locales et de la communauté doivent être plus exploitées pour promouvoir une meilleure santé mentale après un traumatisme collectif.

Pour renforcer les capacités au niveau secondaire, nous formerons le personnel de santé disponible à la psychoéducation et aux méthodes s'inspirant de la thérapie cognitive et

comportementale (TCC) qui assurent un pronostic clinique et psychologique favorable. La formation du personnel de santé et l'implémentation des interventions est possible malgré la pénurie en personnel de santé mentale dans cette contrée du pays.

La TCC se centre sur les comportements et les pensées problématiques. Le thérapeute cherche à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés d'une personne par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Il s'agit d'une thérapie brève et validée par les scientifiques.

Psychoéducation

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Les interventions de psychoéducation visent à éduquer les victimes sur les réactions normales au traumatisme et à les encourager à partager leurs expériences et leurs réactions émotionnelles face à l'événement. Elle fait partie des recommandations internationales en ce qui concerne la prévention des risques et des rechutes, et l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des patients. C'est une pratique thérapeutique qui s'avère très efficace et très peu coûteuse.

Les principes de la psychoéducation

La psychoéducation ou éducation thérapeutique a pour but de former les patients atteints de maladie chronique (et leur entourage) afin de leur donner la possibilité d'être actifs dans le processus de soin et de prise en charge de la maladie. Il s'agit de savoir et de comprendre pour adopter au quotidien les bons comportements face à cette dernière. La personne acquiert des compétences pour gérer la maladie qui la concerne.

L'objectif à plus long terme pour les personnes souffrant de maladies chroniques est d'améliorer la qualité de vie. Cette prise de conscience et augmentation de connaissances qu'on appelle aussi « empowerment » va aider à mieux agir pour prévenir les conséquences négatives. Cela ne peut qu'améliorer l'autonomie des personnes et leur qualité de vie, et favoriser le pronostic d'évolution de la maladie.

La psychoéducation inclue également l'enseignement de techniques telles que la gestion du stress et la relaxation active qui est une technique s'apprenant facilement.

Cette approche au niveau secondaire propose six séances de psychoéducation ayant pour but de diminuer l'anxiété et favoriser le retour à la vie normale après un traumatisme.

1) La première séance consiste à connaître les sentiments et opinions sur le traumatisme (séance d'orientation) ;

2) La deuxième séance consiste à donner des explications quant aux symptômes d'un PTSD, le traitement de ce dernier, les raisons de sa survenue. Ici le but est d'aider le participant à définir ses symptômes (séance d'identification) ;

- 3) La troisième séance consiste à donner des informations sur le stress et les moyens de le gérer (coping). (séance d'identification) ;
- 4) Durant la quatrième séance : discussion sur les opinions et les croyances sur le TSPT, et discussions sur les objectifs réalisables (séance d'exploitation) ;
- 5) La cinquième séance permet de discuter des objectifs et des alternatives avec le participant (séance d'exploitation) ;
- 6) La sixième séance est une séance d'évaluation (séance de résolution).

Stratégies de coping :

Il existe plusieurs techniques de coping pour soulager les symptômes psychosomatiques liés au stress :

- La relaxation, qui permet de prendre conscience de son corps, de sa respiration, et de visualiser cette sensation désagréable. Elle permet de diminuer le rythme cardiaque, et donc souvent de soulager les symptômes. Elle est aussi très utile pour prévenir son apparition. Exercices de relaxation à apprendre avant de dormir pour un sommeil paisible sans stress.
- La cohérence cardiaque, qui à travers la régularisation de la respiration, permet de faire disparaître les symptômes en cas de crise. Exercices respiratoires à apprendre pour déstresser.
- La sophrologie, grâce aux techniques de visualisation et de respiration, permet de diminuer l'anxiété de façon générale afin de prévenir l'apparition de cette sensation désagréable. La sophrologie peut aider la personne qui souffre à mieux comprendre sa douleur et à mieux la gérer de façon positive. Elle apprend à « mentaliser, à visualiser pour faire baisser la diffusion de la douleur. Elle aide à se détendre, à redonner de la vitalité, à se concentrer, et parfois participer à la guérison.
- La méditation ou prière (en fonction des habitudes locales), pratiquée au quotidien, permet d'abaisser l'anxiété permanente et de moins angoisser lors de l'apparition d'un point au cœur.

Justificatif de prise en charge

Volet éducatif, thérapie de groupe et de soutien familial au niveau primaire

Il est essentiel de pouvoir renseigner et éduquer les victimes et la communauté sur le problème que présentent ses habitants et sur la pertinence d'une prise en charge par des soins psychologiques afin de lui assurer un bien-être futur. L'identification et la reconnaissance du problème psychique est un aspect capital, car un problème psychologique non traité ou non pris en charge par des soins appropriés peut perdurer ou s'aggraver. En informant et

éduquant les victimes et la communauté sur ce qu'est le traumatisme psychique et ses conséquences sur le bien-être globale tant du point de vu physique (santé physique) que psychique (santé mentale), nous l'aideront à mieux faire face aux problèmes psychologiques qu'elle présente.

En 2011, l'International Rescue Committee (IRC) et l'Université Johns Hopkins ont lancé une thérapie de groupe appelé thérapie par traitement cognitif qui a été adaptée sur mesure pour les survivants de violence sexuelle dans l'est du Congo. L'IRC a formé des assistants sociaux et/ou conseillers psychologiques issus des communautés locales pour l'administration de la thérapie à des groupes constitués de 6-8 victimes. Les résultats de cette étude sont aujourd'hui publiés dans le New England Journal of Medicine et montrent que l'ensemble des symptômes du traumatisme ont significativement diminué chez les victimes ayant reçu cette thérapie de groupe par rapport à celles qui ne l'ont pas: Judith K. Bass et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. N Engl J Med 2013; 368:2182-91.

Renforcement des capacités et méthodes thérapeutiques au niveau secondaire

Etant donné le contexte sécuritaire actuel, les ressources limitées et la pénurie du personnel spécialisé en santé mentale, nous proposons la psychoéducation comme approche thérapeutique qui consistera ainsi :

- Eduquer les victimes et la communauté dans l'identification des symptômes.
- Eduquer les victimes pour mieux comprendre les symptômes
- Eduquer et aider les victimes à maîtriser leur vécu quotidien pour une meilleure qualité de vie et bien-être mental.

La psychoéducation est une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Les résultats de plusieurs études internationales indiquent que la psychoéducation améliore le bien-être de la famille, réduit les taux de rechute et améliore le rétablissement.

En République démocratique du Congo, il y a une pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la santé mentale, ce qui limite grandement la prise en charge appropriée des problèmes de santé mentale surtout en milieu rural. Le personnel qualifié (psychologues, psychiatres, assistantes sociales etc.) est souvent concentré au niveau de grandes villes défavorisant ainsi le milieu rural.

En renforçant les capacités disponibles en milieu rural à la prise en charge des problèmes de santé mentale, nous assurerons le bien-être mental des populations affectées.

En recourant à la psychoéducation et TCC, nous proposons une approche pragmatique, peu coûteuse et efficace faite d'un volet éducatif, thérapie de groupe et familiale au niveau primaire, ainsi que de la psychoéducation et renforcement des capacités au niveau secondaire.

Ces approches sont possibles et réalisables dans un contexte limité en ressources humaines et matérielles.

Cette approche interventionnelle à visée préventive et thérapeutique constitue l'approche la mieux adaptée dans le contexte de Bogoro pour les raisons suivantes :

1. Elle utilise des outils déjà validés et utilisée en RDC, et une méthodologie dont les résultats sont significatifs dans la réduction de la symptomatologie traumatique.
2. Elle sera facilement acceptée par les victimes et la communauté, car les thérapeutes sont issus de la communauté et non des étrangers.
3. Le renforcement des capacité et la formation peuvent se faire rapidement et ne nécessitent pas des coûts exorbitants.
4. Elle est économique avec un bon rapport coût-efficacité.
5. Elle ne nécessite pas la présence permanente de psychologues ou psychiatres pour son administration, bien qu'une supervision soit souhaitable.
6. Les bénéfices sont observables et durables, ce qui assurera une meilleure santé mentale et qualité de vie aux victimes et à la communauté affectée par le traumatisme.

Plan de travail et d'action

1. Préparation préliminaire
2. Identification des personnes clé, centres de santé, écoles et organisations locales qui pourront contribuer à l'implémentation de l'intervention au niveau primaire et secondaire.
3. Obtenir la collaboration des autorités locales pour l'utilisation des médias à visée informative et éducative.
4. Traduction des outils de travail en langues locales
5. Formation du personnel de santé et enseignant à l'usage des outils d'identification et aux techniques de l'écoute, parole, soutien et accompagnement psychologique, ainsi qu'à la psychoéducation.
6. Pilotage des outils des travail
7. Elaboration et standardisation du manuel de procédure, protocole de travail, formulaires et documents de travail

Effectifs du personnel et matériaux

Le consultant a pour rôle d'organiser, surveiller et superviser la formation ainsi que l'implémentation de l'intervention. Un total de 10 personnels soignants et 10 personnels éducatifs recevront la formation et une allocation.

Le point focal travaillera en collaboration avec le consultant pour la formation et le suivi des activités sur terrain. Il supervise le personnel soignant et éducatif, et assure le contact avec les

victimes bénéficiaires de l'intervention. Un traducteur ou agent en communication pour la traduction du matériel didactique en langue locale.

Activités

	Etapes	Bénéficiaires	Livrables	Responsables	Nombre de groupes par prestataires
I.	Volet informatif et éducatif	Victimes	Brochures Vidéos	Centres de santé, écoles, églises, organisations locales	Illimité
	Thérapie de groupe et familiale 1 session d'une heure par semaine	Victimes	Séances d'identification, écoute et parole	Prestataires éducatifs (10)	3 groupes de 9 victimes
II.	Psychoéducation (6 séances) 1 séance de 30 minutes 1 fois par semaine ou toutes les 2 semaines : - Orientation - Explication - Stratégies de coping * - Mise en application des stratégies - Discussion - Evaluation	Victimes	Séances	Prestataires soignants des centres de santé (10)	3 groupes de 9 victimes
III.	Stratégies de coping *: - Relaxation - Respiration - Méditation/prière - Musique	Victimes	Séances	Prestataires soignants des centres de santé (10)	3 groupes de 9 victimes

Appendix

- Exemple de programme médias (vidéos et radio) à concevoir pour le volet informatif et éducatif

<https://tspt.ch/medias/#video>

- Exemple de vidéos à concevoir pour la psychoéducation :

<https://www.youtube.com/watch?v=SJOjpprbfeE>

<https://www.youtube.com/watch?v=0QXmmP4psbA>

- Exemple de vidéos à concevoir pour la relaxation, mentalisation :

<https://www.youtube.com/channel/UCNpFzEQp1DILbHxNaFIorIA/videos>

<https://www.youtube.com/watch?v=QTsUEOUaWpY>

- Exemple de vidéos à concevoir pour la réduire l'anxiété et améliorer le sommeil

<https://www.youtube.com/watch?v=ElrcGwDfaUY>