

Santé mentale et soutien psychosocial en Guinée-Conakry

Docteur Emilie Medeiros, Docteur David M.R. Orr
et Jasmine Van Deventer

Décembre 2015



TABLE DE MATIÈRES

Liste des acronymes	2
Remerciements	3
Résumé	4
1. Introduction	5
2. Contexte socio-culturel	6
2.1. Terre et peuple	6
2.1.1 Terre	
2.1.2 Structure de la population	
2.1.3 Groupes religieux et culturels	
2.2 Aspects politiques, historiques et économiques	8
2.2.1 Bref historique	
2.2.2 Historique politique	
2.2.3 Économie	
2.3 Aspects généraux de santé	12
3. Problèmes et services relatifs à la SMSPS	14
3.1 Cadre des services de santé mentale biomédicaux	14
3.2 Problèmes de santé mentale spécifiques	15
3.3 Conceptions locales, nosologies de détresse, deuil et traumatisme	16
3.4 Perception de soi, de la personne et du cours de la vie	17
3.5 Facteurs de risque et de protection concernant la santé menta	20
3.6 Cadre de guérison	21
3.6.1 Système de santé non-allopathique	
3.6.2 Le gouvernement et les ONG dans le domaine de la SMSPS	
3.6.3 Stratégies de recherche d'aide	
4. Santé mentale et soutien psychosocial avant et pendant la crise du virus Ebola	24
4.1 Historique des interventions humanitaires en matière de SMSPS	24
4.1.1 Résumé historique des crises humanitaires	
4.1.2 Les réponses humanitaires	
4.2 Expériences concernant la crise du virus Ebola de 2014-2015	25
4.2.1 Prévalence	
4.2.2 Réponse politique et humanitaire	
4.3 Croyances et pratiques relatives au virus Ebola	27
4.3.1 Croyances et pratiques funéraires	
4.3.2 Attitudes sociales et stigmates relatifs au virus Ebola	
4.3.3 Les besoins en soutien psychosocial relatifs à l'épidémie du virus Ebola	
5. Conclusion	32
Appendix	33
Références	34

LISTE DES ACRONYMES

CNRS	Centre national de la recherche scientifique (France)
CVT	Centre pour les victimes de la torture (États-Unis)
RDC	République démocratique du Congo
DMT	Département de médecine traditionnelle
CTE	Centres de traitement du virus Ebola
MVE	Maladie à virus Ebola
FMG	Fraternité Médicale Guinée
MGF	Mutilation génitale féminine
GF	Guinée Forestière
RG	Région de Guéckédou
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
IOM	Organisation internationale pour les migrations
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
MSF	Médécins Sans Frontières (Doctors without Borders)
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
PSP	Premiers soins psychologiques
PPA	Parité des pouvoirs d'achat
RUF	Revolutionary United Front (au Libéria et en Sierra Leone)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations unies
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNMEER	Mission de réponse urgente au virus Ebola des Nations unies

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier le docteur Sonali Gupta ainsi que le docteur Inka Weissbecker d'International Medical Corps pour leurs commentaires et leur patience pendant le processus de révision. Nous sommes très reconnaissants au professeur Alain Epelboin (CNRS-MNHN Paris) d'avoir partagé avec nous sa bibliographie sur le virus Ebola en Guinée et dans d'autres régions de l'Afrique.¹ Nous sommes également reconnaissants au docteur Mark van Ommeren (OMS, la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence), docteur Capucine de Fouchier (OMS, consultant sur la santé mentale et le soutien psychosocial), docteur Abdoulaye Sow (Directeur de Fraternité Médicale Guinée (FMG), et François de la Roche (Directeur Pays - Guinée, International Medical Corps) pour leur examen du rapport.

1 Voir la documentation ethnographique en ligne, CNRS-MNHN Paris (UMR7206) "Santé, maladie, Malheur" dans Canal U : la webtélé de l'enseignement supérieur et de la recherche : <http://www.canal-u.tv> -> Mots clés « SMM, Ebola, Marburg »

RÉSUMÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a demandé un examen de la littérature sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) dans les pays touchés par le virus Ebola, notamment le Sierra Leone, le Libéria et la Guinée. International Medical Corps a exprimé un intérêt dans la réalisation de cette revue pour la Guinée et nous a chargé de mener à bien une analyse systématique et rigoureuse des textes déjà existants sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Dans ce rapport, nous présentons nos résultats à travers un cadre théorique psychologique et anthropologique, que nous pensons indispensable à la compréhension des besoins en SMSPS et à l'élaboration d'interventions en matière de SMSPS adaptées culturellement aux régions affectées par le virus Ebola.

Ce document met en évidence les conclusions clés extraites de la littérature scientifiques et la littérature grise déjà existantes concernant les problèmes de santé mentale et psychosociaux en Guinée ainsi que les services disponibles dans ce domaine, avec une attention particulière sur la récente crise humanitaire du virus Ebola. L'analyse a été réalisée aux mois de juin et juillet 2015. Celle-ci a permis d'identifier des publications universitaires pertinentes grâce à des moteurs de recherches universitaires ainsi qu'à des bases de données (Google scholar, Medline, Pubmed, PSYCHinfo, APA psycNET, and Anthrosource). L'enquête a été approfondie grâce à des recherches manuelles sur Google en français et en anglais ainsi que dans les revues spécialisées : Social Science and Medicine; Culture, Medicine, and Psychiatry, Transcultural Psychiatry et Medical Anthropology. Des chercheurs spécialisés dans ce domaine ont également été consultés. Ceci a permis d'identifier certaines sources d'origine scientifique, mais également des rapports, des documents de politiques et des ressources en lignes.

Le rapport présente des informations générales concernant la population guinéenne, ses religions, son histoire, sa vie politique, son économie et sa santé. Nous résumons ensuite des informations concernant les problèmes de santé mentale et psychosociaux en incluant leur prévalence, les nosologies locales, les stratégies de recherche d'aide, les ressources formelles et informelles des services de soins de SMSPS. Nous explorons par ailleurs les modèles explicatifs des causes et du cours de la maladie et de la malchance qui sont tirés de cosmologies coexistant dans lesquels l'individu se situe, une constellation de relations avec les vivants, les morts, le monde des esprits et la nature elle-même. Enfin, nous nous intéressons à la crise humanitaire du virus Ebola en Guinée, aux réponses qui lui ont été apportées ainsi qu'à ses conséquences au niveau social et psychologique sur les populations affectées.

Nous avons établi dans ce rapport l'importance de situer en particulier les modèles explicatifs des causes et du cours de la maladie et de la malchance à partir desquels la population guinéenne construit ses propres représentations. La coexistence de modèles explicatifs reflète la variété des cosmologies dans lesquelles l'individu se situe et qui le place au sein d'une constellation de relations avec les vivants, les morts, le monde des esprits et la nature elle-même. C'est pourquoi les conséquences de violations de l'ordre naturel, les facteurs étiologiques, les actions des morts, les esprits non-humains (djinn), la sorcellerie, les munitions divines et les expériences de conflits violents peuvent être considérés comme des facteurs étiologiques en cas de maladie.

Les littératures d'origine scientifique et grise traitant des questions de SMSPS en Guinée étaient limitées et très éparpillées. Cela a représenté un grand défi pour la rédaction de ce rapport et nous sommes conscients que d'autres documents pertinents auraient peut-être pu être trouvés dans des sources qui ne traitent pas exclusivement de SMSPS. Il ne nous a malheureusement pas été possible de nous les procurer dans la période de temps attribuée à l'analyse. Néanmoins, nous espérons que ce rapport pourra fournir des enseignements utiles aux décideurs, aux bailleurs de fonds, aux gouvernements, ainsi qu'aux prestataires de services.

INTRODUCTION

Justification du projet

L'épidémie du virus Ebola la plus importante au monde jusqu'à aujourd'hui s'est développée à partir de Guéckédou, au sud-est de la Guinée, à la fin de l'année 2013. Elle a été officiellement déclarée comme épidémie par le Ministère de la Santé guinéen le 22 mars 2014. Le système de santé publique surchargé et les ONGs internationales ont eu beaucoup de mal à gérer la réponse à cette épidémie, dans un contexte où les divisions politiques et sociales et les facteurs culturels contribuaient à la propagation du virus. Au 2 août 2015, 3 327 cas confirmés et 452 cas probables d'infection avaient été identifiés en Guinée et le virus Ebola était déjà responsable de la mort de 2 522 personnes. Le virus est maintenant sous contrôle, mais le nombre considérable de morts, les dommages causés au tissu social, les pertes économiques, la perturbation des pratiques de deuils traditionnelles et la stigmatisation qu'il a engendré représentent des défis immenses auxquels doit maintenant faire face la population Guinéenne ainsi que les prestataires de soins de santé mentale et de soutien psychosocial. L'épidémie a révélé à quel point les capacités institutionnelles à gérer des crises de ce genre sont limitées ainsi que la nécessité de renforcer les systèmes de santé et l'approvisionnement en ressources. Elle a également mis en lumière l'importance des informations contextualisées à propos des besoins en matière SMSPS en cas d'urgence humanitaire.

Ce rapport entend aider les gouvernements, les organismes des Nations Unies ainsi que les ONGs locales et internationales dans une compréhension holistique de la santé mentale et du soutien psychosocial en Guinée. Nous exposons les aspects anthropologiques et psychologiques clés qui permettent de comprendre les facteurs pertinents qui ont une influence sur la SMSPS. Nous nous concentrons sur les défis qu'ils posent lors de la crise du virus Ebola. C'est pourquoi nous présentons des informations qui concernent le contexte socio-culturel (populations, histoire, vie politique, économie, santé), la SMSPS (prévalence, concept de Soi, nosologies de la détresse et contexte de guérison) ainsi que les problèmes de SMSPS dans le contexte de la crise du virus Ebola (contexte humanitaire, histoire et interventions mais aussi les croyances et pratiques en relation avec le virus Ebola). Ce rapport vise à consolider les interventions en matière de SMSPS en Guinée en informant les décideurs, les bailleurs de fonds et les prestataires de service des aspects qui sont en jeu.

Méthodes

La méthode appliquée a été conforme à la méthodologie suggérée par le guide de l'Evaluation des Besoins et Ressources en Santé Mentale et Soutien Psychosocial de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) (Outil 9). L'analyse des divers documents collectés a été réalisée aux mois de juin et juillet 2015, en français et en anglais. Les termes suivants ont été recherchés dans les deux langues : Guinée (Conakry), santé mentale, maladie mentale, psychologie, psychiatrie et psychosocial. Nous avons utilisé les moteurs de recherche universitaires et base de données suivants : Google scholar, Medline, Pubmed, PSYCHinfo, APA psycNET, Anthrosource. Nous avons complété ces recherches par des recherches manuelles sur Google en français et en anglais ainsi que dans les revues spécialisées Social Science and Medicine, Culture, Medicine, and Psychiatry, Transcultural Psychiatry et Medical Anthropology. Ces revues nous ont fourni des sources d'informations supplémentaires (des rapports, des documents de politiques et des ressources en ligne). Nous avons utilisé les mots clés suivants : Guinée (Conakry), santé mentale, maladie mentale, psychologie, psychiatrie et psychosocial (Opérateurs booléens : ET, OU, SAUF). Nous avons consulté des spécialistes qui ont travaillé sur la question des problèmes de SMSPS en profitant du réseau professionnel de l'auteur principal. Des remerciements sont particulièrement de mise pour le professeur Alain Epelboin du CNRS qui a gentiment partagé avec nous sa bibliographie sur le virus Ebola à partir de laquelle nous avons relevé les sources d'information directement pertinentes au cas de la Guinée (Voir Annexe 1).

2. Contexte Socio-culturel

2.1 Terre et peuple

2.1.1 Terre

La Guinée est un pays côtier situé dans la partie Ouest du continent africain (Voir la carte ci-dessous).



(Source : <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Un-guinea.png>, en accès libre)

À l'ouest de la Guinée se situent la Guinée-Bissau et l'océan Atlantique. Au nord, se trouvent le Sénégal et le Mali, à l'est, la Côte d'Ivoire et au sud, la Sierra Leone et le Libéria. Riche de paysages terrestres divers, la Guinée est constituée de quatre régions naturelles : la Guinée Maritime, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière (GF). La Guinée Maritime est formée de marais littoraux, d'une plaine alluviale et de piémonts qui s'élèvent en direction de la Moyenne Guinée. La Moyenne Guinée est composée des hauts-plateaux de Fouta-Djalon formés par l'alternance de plateaux et de vallées. La Haute Guinée se caractérise principalement par ses savanes. La Guinée Forestière est formée d'une forêt tropicale, de sommet accidentés et de quelques plaines onduleuses autour de Beyla et de N'Zérékoré. Le pays a une superficie totale de 245 857 km² dans lesquels vivent 10 628 972 habitants, d'après le recensement de 2014. [1, 3]

2.1.2 Structure de la population

La population guinéenne a subi de nombreux changements démographiques, linguistiques et géographiques au cours des dernières années. Ces changements sont dus notamment au développement de modes de vie urbains et à la transition de la politique et de ses principes socialistes vers un régime plus propice au marché libre et aux capitaux.

La population est majoritairement rurale, 71 % des habitants résidant dans des zones rurales où ils vivent de leur agriculture. Ces dernières années, de nombreux jeunes ont migré vers des régions urbaines ou minières. Guéckédou, capitale régionale de la GF et zone commerciale importante située près de la frontière avec la Sierra Leone, le Liberia et la Côte d'Ivoire représente un centre urbain particulièrement attractif. Les commerçants s'y rendent depuis les pays voisins et depuis le reste de la Guinée. De nombreuses ONG y sont également installées afin d'apporter leur aide aux réfugiés du Liberia et de Sierra Leone. [1, 2]

D'après des chiffres de 2009, la proportion des sexes est de 102 hommes pour 100 femmes. Près de 50 % des Guinéens ont moins de 18 ans et seulement 3 % de la population a plus de 60 ans. L'espérance de vie moyenne est de 51 ans pour les hommes et de 54 ans pour les femmes. Le niveau très faible de ressources économiques disponibles explique pour beaucoup ces niveaux de mortalité et morbidité élevés. [19, 66]

Les taux d'alphabétisation communiqués en 2008 s'élevaient à 67 % pour les hommes et à 51 % pour les femmes. Toutefois, ces taux varient considérablement en fonction des régions, les taux d'alphabétisation des zones rurales étant bien inférieurs aux taux des zones urbaines. [1, 4]

La langue officielle de la Guinée est le français. Il existe près de 24 autres langues, chacune correspondant à un groupe ethnique présent dans le pays. Parmi celles-ci, les plus importantes sont le peul, le malinké, le soussou et le kissi, il s'agit de langues véhiculaires qui permettent à des personnes parlant des langues maternelles différentes de communiquer. D'autres langues qui ne sont pas originaires de la Guinée y sont également parlées, les plus importantes sont le bambara, le dioula, le wolof, le krio et l'arabe. Près des trois quarts de la population du pays sont au moins bilingues et de nombreuses personnes parlent trois, voire quatre langues. Le français prévaut sur les dialectes du pays, avec en effet, 86 % de la population affirmant comprendre et parler le français. [1, 16]

2.1.3 Groupes religieux et culturels

La société guinéenne est fragmentée par des divisions à caractère religieux et ethniques et par l'inégalité des genres. Les groupes religieux et ethniques sont souvent identifiés dans des zones géographiques spécifiques du pays. Cela peut se traduire par des rivalités entre régions, aggravant ainsi les autres aspects de la division sociale, en particulier lorsqu'il s'agit de pouvoir politique et de distribution des ressources économiques et d'infrastructures entre les régions en question. [23]

Concernant le paysage religieux, 85 % de la population affirme adhérer à l'islam. Les traditions animistes sont pratiquées par 5 % de la population et le christianisme par 4 % de la population. Les trois quarts des chrétiens suivent les préceptes catholiques, et le dernier quart (1 % de la population totale) sont protestants évangéliques. L'islam est généralement pratiqué par les citoyens et par les classes sociales supérieures du pays. [4, 25] La religion des Kissi de GF représente une des principales traditions animistes. Leur religion est basée sur le culte des ancêtres. Leurs pratiques comprennent l'utilisation de lieux sacrés comme les rochers, les arbres et les mares en tant que lieux de culte et d'initiation. Ceux-ci peuvent être

appelés Funda tana ou Luando sola en kissi. Les Kissis ont été christianisés en même temps qu'ils ont été colonisés. Amorcé par des missionnaires catholiques puis poursuivi par des églises protestantes, le processus de christianisation est à l'origine de pratiques syncrétiques dans lesquelles certains tabous sont respectés. Par exemple, *gboe* et *gbera* sont des tabous qui indiquent que des lieux sacrés connus pour être des lieux où reposent des morts, des djinns ou des esprits tutélaires, sont des sites interdits qui ne doivent être approchés que par ceux qui ont été « initiés » ou « formés » à la communications avec de telles entités. Toute autre personne serait victime de souffrances dans de tels lieux. [20]

La composition ethnique de la Guinée est plutôt variée, sa population est organisée en 24 groupements distincts. Le groupe ethnique le plus important est celui des Peuls, il représente 40 % de la population. Les autres principaux groupes sont ceux des Malinkés et des Soussous qui représentent respectivement 30 % et 20 % de la population. On trouve ensuite les « Forestiers » (la communauté qui vit dans la partie forestière du pays). On fait souvent référence aux habitants de la GF en citant les populations minoritaires de la GF: Kissi (Kissidougou et Gueckédou), Toma (Macenta), Guerzé, Kpélé (N'Zérékoré), Kono, Kopo, Mano (Yomou), Kônô (Lola) Malinké, Konianké (Beyla). [4, 20]

Les rôles de genre sont ancrés dans la structure familiale patriarcale, ainsi les femmes du chef de famille appartiennent techniquement à la famille de leur propre père, même si elles vivent dans le foyer de leur mari. La famille nucléaire n'a pas encore atteint le stade de prédominance dans les secteurs les plus traditionnels de la société guinéenne dans lesquels la famille fait partie d'une structure similaire à celle d'un clan, elle inclut la totalité de la famille au sens large, à l'exception des épouses du chef de famille. [26, 32]

De plus, en dépit de l'affirmation de l'égalité et de l'équité des genres dans la constitution guinéenne, l'inégalité des genres se manifeste dans de nombreux domaines. Les femmes sont pour la plupart mariées très tôt ou forcées à se marier. En 2005, 37,9 % des filles âgées de 15 à 19 ans étaient mariées, divorcées ou veuves. 63 % des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient été mariées avant l'âge de 18 ans. Bien que les femmes aient le droit de divorcer, les biens communs et la garde des enfants de plus de 7 ans sont généralement accordés à leurs maris. Les pratiques rurales traditionnelles ne permettent pas aux femmes de posséder des terres. De plus, alors que la constitution garantit les mêmes droits financiers aux femmes et aux hommes, des structures dominantes établies de longue date refusent toujours le droit à l'emprunt aux femmes. D'après ACAPS, au moins 92 % des femmes âgées de 15 à 64 ans ont été victimes d'au moins un acte de violence perpétré par un homme, un chiffre très représentatif du degré de violence liée au genre auquel doivent faire face les femmes. [4] Le Département d'État des États-Unis constate, d'après une étude de 2005, que pas moins de 96 % des femmes guinéennes ont subi une forme mutilation génitale féminine (MGF); bien que la pratique soit illégale depuis longtemps maintenant, les avancées visant à réduire leur prévalence sont très lentes. [59] En termes de mobilité dans la sphère socio-économique, seulement 18 % des femmes sont représentées dans des secteurs d'activité autres que l'agriculture. En revanche, la majorité des femmes (74 %) dépensent leurs ressources financières comme elles l'entendent. Enfin, concernant les disparités liées au genre dans le domaine de l'éducation, les garçons représentent la majorité des élèves du primaire (83 filles pour 100 garçons) et du secondaire (57 filles pour 100 garçons). [4]

2.2 Aspects politiques, historiques et économiques

2.2.1 Bref historique

De l'esclavage à l'indépendance

L'esclavage et, par la suite, le colonialisme se sont avérés être des forces majeures dans la création

des dynamiques socio-culturelles de la Guinée. À partir du XVe siècle, la traite américano-européenne des esclaves a intégré ce qui correspond maintenant à la Guinée à son emprise extractive. La Guinée est officiellement devenue une colonie française en 1893, s'en suivirent alors les invasions du régiment africain français dans les terres Kissi puis Toma et Guerzé de la région qui forme aujourd'hui la Guinée. La Guinée du Nord a été progressivement conquise et occupée par l'armée française jusqu'aux années 1920. Les invasions militaires coloniales n'étaient pas les seules forces intrusives ; des missionnaires chrétiens ont commencé leurs campagnes prosélytistes et civilisatrices dans la région au début du XIXe siècle. Parmi celles-ci, l'importante mission Mendé, avec à sa tête, d'anciens esclaves affranchis de la célèbre goélette La Amistad². [23]

La Guinée est devenue indépendante en 1958. Il s'agit de la première des anciennes colonies françaises à obtenir son indépendance grâce à un référendum organisé par le gouvernement français. Les guinéens ont voté pour une indépendance immédiate et totale. La Guinée s'est ainsi démarquée des autres anciennes colonies d'Afrique de l'Ouest qui ont d'abord choisi de rester sous la tutelle économique de la France et n'ont obtenu leurs indépendances totales qu'en 1960. [4]

Post-indépendance

L'histoire récente du pays est marquée par trois événements majeurs. Le premier est l'obtention de son indépendance en 1958, qui a établi la Première République de Guinée.

La première république a duré jusqu'en 1984. Une grande partie de cette période a été marquée par le régime dictatorial d'Ahmed Sékou Touré qui est arrivé au pouvoir après la proclamation de l'indépendance. Nationaliste et panafricaniste résolu, Sékou Touré, le petit fils du célèbre militant anti-colonialiste musulman Samory Touré, s'est donné pour mission ambitieuse de moderniser la Guinée en lui appliquant les principes du socialisme. En déclarant « notre société s'est accomplie en se débarrassant des échecs hérités de notre passé : du passé fétichiste, du passé colonial et du passé féodal », il a lancé des campagnes visant à éradiquer de nombreuses croyances spirituelles traditionnelles, certaines pratiques et des hiérarchies sociales. Ces campagnes ont mené à la destruction de nombreux objets magiques vénérés (« fétiches ») et au démantèlement de cultes locaux [34, 46]. Cet héritage de « modernisation » a été à l'origine de tensions entre la GF, où les pratiques traditionnelles étaient particulièrement fortes, et le gouvernement central. [4] Au fil du temps, sa dictature est devenue de plus en plus répressif. Après la mort de Touré en 1984, un coup d'État militaire dirigé par Lansana Conté a mis en place un nouveau gouvernement qui a fondé la Deuxième République de Guinée. La gouvernance de Conté a été caractérisée par l'importance des politiques en faveur des marchés visant à attirer les investisseurs dans le secteur minier. En 2008, après la mort de Conté, la dictature militaire de Moussa Dadis Camara est arrivée au pouvoir en promettant des réformes. En 2010, Dadis Camara a été blessé à la tête par un tir d'arme à feu au cours d'une tentative d'assassinat. Il a été évacué au Maroc où il a été traité puis a été exilé au Burkina Faso. Un gouvernement de transition a alors été nommé dans l'attente de l'organisation d'élections dans de bonnes conditions. La Troisième République, sous Alpha Condé, a été proclamée suite aux élections de 2010. Il s'agit de la république actuellement en vigueur. [4]

2.2.2 Historique politique

Paysage politique

La période coloniale s'est étendue de 1893 à 1958 et a profondément marqué l'histoire de la Guinée. La situation politique actuelle du pays doit ses racines à un contexte colonial et post-colonial qui a mené à une division de la sphère socio-politique conditionnée par les divisions ethniques. Le paysage social d'aujourd'hui est modelé par l'influence « occidentale » sur la population ainsi que par la complexité des

2 Sur ce bateau a eu lieu une révolte d'esclaves en 1839 organisée par des Mendé de Sierra Leone réduits à esclavage.

relations entre les ethnies. [20]

Le colonialisme dans le sens formel du terme ne s'est établi qu'en 1893, quand la Guinée française est devenue un territoire colonial après avoir été administrativement dépendante du Sénégal Français depuis les années 1860. Néanmoins, l'intégration de la région à une économie d'exploitation transnationale dominée par l'Europe date du XVe siècle avec l'exportation de fer et la traite des esclaves par la suite. Les chefs de guerre mandingues locaux guerroyaient entre eux, tout en exploitant les rivalités coloniales afin de s'approprier des parts sur le marché des esclaves qui s'étendait de l'intérieur de pays jusqu'à la côte. Le régiment africain français a occupé la GF au XIXe siècle. Cette occupation est devenue une occupation militaire prolongée qui a duré jusqu'aux années 1920, malgré une résistance active dans la région. Des missionnaires chrétiens ont également tenté d'étendre leur influence dès le début du XIXe siècle, mais ils ne sont jamais parvenu à éclipser ni l'islam, ni les enseignements et la médecine arabes qui étaient ancrés dans la vie de la région depuis des siècles. [20, 23]

Certains affirment que la traite des esclaves a grandement influencé le développement de pratiques culturelles et religieuses ainsi que les traditions politiques de la région. Cela comprend : la peur des esprits imprévisibles et anthropophages (qui seraient des représentations des trafiquants d'esclaves meurtriers) et les suspicions de tromperie par des sorcières qui font du mal à leurs communautés et les exploitent (des personnages qui font écho aux trahisons de la période de la traite des esclaves et aux ruptures des liens communautaires à une époque où l'on vendait les membres de sa propre communauté comme esclaves). La création des sociétés initiatiques, nées d'ordres politiques et religieux locaux, pourrait également avoir été influencée par l'esclavage. Les leaders locaux qui cherchaient à développer des alternatives aux structures politiques et culturelles du gouvernement colonialiste officiel auraient développé des cultes locaux et des fédérations politiques régionales définies par l'absence d'esclavage, de monopole des échanges et d'infrastructures militaires. En effet, les ordres politiques et religieux se sont entremêlés, avec notamment l'union de certains Mandingues (chefs de guerre musulmans) et de colons trafiquants d'esclaves qui a donné naissance à un groupe religieux local opposé aux groupements chrétiens (colons) et musulmans (Mandingues). [23] Bien que le gouvernement de Sékou Touré ait fait tout son possible pour supprimer ces communautés ainsi que bien d'autres formes de pratiques traditionnelles au nom de la modernisation de l'état, après sa mort certaines ont été partiellement restaurées alors que la politique gouvernementale leur était moins hostile. [10, 46, 47]

Les désaccords du peuple avec l'autorité officielle datent de l'époque coloniale et ont en partie modelé leur résistance aux politiques et aux pratiques mises en place par les autorités officielles du gouvernement dans sa lutte contre le virus Ebola. Les anciens sites de recrutement de travail de l'époque colonialiste sont aujourd'hui les endroits où le virus Ebola s'est le plus propagé. Ceci est attribuable au fait que les politiques extractives comme le travail forcé ont été mises en place sous le régime colonial via le placement de chefs politiques locaux, nés de familles puissantes, dans des rôles qui leur permettaient d'exploiter encore plus les familles subalternes, souvent descendantes directes d'esclaves. De cet arrangement sont nées deux stratégies de résistance à l'autorité politique officielle qui perdurent encore aujourd'hui et peuvent être observées encore aujourd'hui à l'encontre des efforts du gouvernement contre le virus Ebola : 1) la corruption et les sociétés secrètes, des dérivés de ce qui se faisait à l'époque de l'esclavage comme moyen de saper l'exercice efficace du pouvoir par les représentants locaux de l'autorité centrale et 2) l'organisation de nominations politiques qui visaient à s'assurer que ceux désignés pour assumer des positions officielles sous le régime colonial n'avaient qu'une influence limitée au sein des communautés locales. Les communautés de la GF préfèrent parfois le système judiciaire traditionnel présidé par le chef de village et les anciens au système officiel, bien que de nombreux cas passent de l'un à l'autre. [4, 23]

Suite à la chute du colonialisme, ce type de tensions a perduré avec les politiques supposément

révolutionnaires annoncées par l'État Communiste Révolutionnaire d'Ahmed Sékou Touré. La méfiance des acteurs étatiques et l'impression populaire que toute influence qu'ils essaieraient d'exercer sur les affaires locales ne serait pas légitime, a perduré après l'indépendance. Le premier gouvernement post-colonial du pays a eu recours à des pratiques qui ressemblaient de près à celles de l'ancien régime colonial (taxes sur le travail forcé et une grande importance accordée à la production). Certains de ces programmes ont même été renforcés sous le régime de ce gouvernement, encourageant de nombreux Guinéens à migrer au Libéria ou en Sierra Leone. [23]

Aujourd'hui, le conflit interne entre les groupes ethniques associés à certains partis politiques se poursuit. L'élection présidentielle de 2010 et les élections législatives de 2013 ont provoqué d'importantes contestations et ont été le théâtre d'une violence électorale motivée par les divisions ethniques. Depuis, les tensions ethno-politiques ont persisté. L'élection présidentielle de 2015 a eu lieu comme prévu en Octobre 2015, et a été remportée par Alpha Condé. [4, 14]

Reconnaissant les défis sociaux et politiques auquel le pays faisait face, la Guinée est devenue en 2011, le premier pays à demander de l'aide à la Commission de consolidation de la paix des Nations Unies, alors que c'est habituellement le Conseil de Sécurité de l'ONU qui demande son intervention. Il s'agit d'une conséquence de la violente répression et des viols organisés à l'encontre de manifestants pro-démocratie par l'armée le 28 septembre 2009 ainsi que de l'héritage militaire de la dictature. L'engagement de la Commission a permis de renforcer le travail d'amélioration de la société civile et des droits de l'homme en Guinée. Toutefois, de nombreux problèmes demeurent. [58]

Tensions inter-ethniques

Les tensions inter-ethniques sont souvent au cœur des tensions politiques. Les groupes ethniques de la GF ont par exemple créé des structures politiques en réponse à des expériences coloniales spécifiques. Dans cette région, une structure fragmentée non-hiérarchique existait dans le groupe ethnique des Kissis avant l'arrivée des colons français. Les tentatives françaises d'y imposer une autorité politique ont donc dû faire face à une forte résistance. Les Peuls, au contraire, disposaient de formes d'organisations socio-politiques plus hiérarchisées et se sont donc montrés plus réceptifs aux structures politiques importées par les colons français. Cette différence s'illustre par l'absence relative de réticences dans la région de Fouta Djallon, habitée par les Peuls, à l'égard des mesures mises en place en réponse à la crise du virus Ebola. [4]

Les tensions socio-politiques se font également ressentir dans la politique officielle. Dans cette sphère, deux groupes ethniques principaux sont en compétition pour le pouvoir, les Peuls et les Malinkés. Les groupes résidant dans la forêt ont été moins représentés (à l'exception du bref gouvernement militaire du Capitaine Moussa Dadis Camara en 2008-2009, ce dernier ayant des origines Kpéllés). Dans la région forestière, la résistance au gouvernement central persiste et certains habitants y déclarent avoir des liens communautaires et familiaux plus proches avec les habitants de Sierra Leone et du Libéria où certains de leurs ancêtres se sont réfugiés pendant la période coloniale afin de fuir l'autorité impériale. Dans cette région, le manque de confiance dans les politiques étatiques et l'autorité du gouvernement a été renforcé par le souvenir des efforts du gouvernement de Sekou Touré à vouloir éradiquer les croyances traditionnelles. La survie des traditions face à la persécution a souvent renforcé un sentiment d'identité distinctive et d'attachement aux pratiques culturelles. [4, 23, 34]

2.2.3 Économie

L'extrême pauvreté, les obstacles permanents à l'accès aux ressources et aux services sociaux fondamentaux ainsi que les querelles socio-politiques persistantes ont un impact profondément négatif

et systémique sur les programmes de développement social et économique du pays. Bien que le pays dispose de ressources naturelles et de minéraux comme le bauxite, le fer, l'or ou les diamants, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres d'Afrique de l'Ouest, elle est d'ailleurs classée comme pays à faible revenu d'après les critères de la Banque Mondiale de 2010. Jusqu'aux années 1990, et encore ces dernières années, l'activité minière a représenté plus de 20 % du PIB du pays. Toutefois, une part remarquablement faible des revenus issus de l'industrie a bénéficié aux populations locales et les contrats corrompus ainsi que les pratiques d'exploitations ont grandement participé à attiser les tensions ethno-politiques. En 2011, juste après que Dadis Camara ait quitté le pouvoir, le gouvernement de Condé a mis en place des mesures politiques afin de limiter la corruption, mais en vain. La mise en œuvre de politiques favorables aux entreprises et aux investisseurs étrangers a encouragé de grosses entreprises du secteur minier à reprendre les activités qu'elles avaient stoppées pendant les embargos d'échanges internationaux et à cause des sanctions économiques imposées par le régime de Camara. En un an, le secteur minier a augmenté sa part de participation au PIB jusqu'à atteindre 25 % et représenter 95 % des exportations, mais la croissance économique du pays, elle, n'a pas dépassé 2,97 % et la consommation locale est toujours en baisse. [4]

Au cours des dix dernières années, le pays a souffert d'une crise économique destructrice et continue. La majorité de la population survit à ses besoins grâce à l'agriculture, mais la récente modernisation du pays encourage les jeunes générations à migrer des campagnes aux villes. L'agriculture ordinaire en GF comprend le riz, le manioc, les patates douces, les bananes plantains et le maïs, qui sont cultivés comme moyen de subsistance ou comme source de revenus. Dans les zones plus urbaines, les petits boulots abondent dans les secteurs comme la mécanique, la menuiserie et l'artisanat, permettant de créer des objets destinés aux marchés locaux et lointains. [1, 4, 32]

En terme de division sociale, les foyers et réseaux familiaux se classent de relativement aisés à ressources suffisantes, puis pauvres. D'après la Banque Mondiale, la Guinée se situait à la 179ème place du classement mondial de l'égalité de la distribution des revenus en 2013. Face à ce contexte de pauvreté et de faible engagement de la part de l'État, les foyers ruraux comme les foyers urbains dépendent lourdement des grandes structures familiales, à la fois pour un soutien socio-économique et pour une protection contre les vulnérabilités liées à la santé. [32, 60]

La pauvreté et les troubles sociaux se sont vus amplifiés avec le développement d'un réseau clandestin de trafic de narcotiques. En effet, au cours des dernières années, la Guinée est devenue un carrefour majeur pour les drogues provenant d'Amérique Latine à destination de l'Europe. L'économie parallèle basée sur le trafic de narcotiques s'est développée à partir des années 1980 et a récemment pris de la vitesse grâce à la constitution de réseaux de trafic encore plus importants. Les jeunes citadins, victimes collatérales de la crise économique et dépourvus d'opportunités professionnelles qui souffrent de désœuvrement et de difficultés dans leur vie quotidienne sont particulièrement vulnérables à ces réseaux de trafic de drogues. Les agriculteurs qui souffrent également des effets de la crise se sont aussi tournés vers la culture du cannabis. La culture d'un sac de cannabis peut rapporter autant qu'un an d'agriculture traditionnelle. [1, 3, 20, 32]

2.3 Aspects généraux de santé

Mortalités maternelle et infantile

Les femmes et les enfants guinéens forment des groupes particulièrement vulnérables qui présentent des taux de morbidité et de mortalité élevés. Le taux de mortalité maternelle s'élevait à 724 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 et le taux de mortalité infantile s'élevait à 67 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ces décès sont pour la plupart dus à des maladies infectieuses transmissibles

comme le paludisme, le VIH ou la tuberculose pour lesquelles il demeure difficile d'accéder à un traitement. [1]

Mortalité et morbidité au sein de la population

La méningite, la fièvre jaune, la rougeole et le choléra sont les maladies qui se sont montrées les plus dangereuses en Guinée ces dernières années. Au cours du premier trimestre 2014, la Guinée du Sud est devenue l'épicentre d'une épidémie de fièvre hémorragique Ebola qui a frappé l'ouest de l'Afrique de pleine force, donnant le statut de priorité de santé publique à ces maladies. [1]

D'après un recensement de 2001, 55 000 personnes âgées de 15 à 49 ans dans le pays étaient porteuses du VIH, ce qui se traduisait par un taux de prévalence global de 1,5 % chez les adultes en 2000. Des études considèrent que le manque d'informations concernant les modes de transmission constitue un facteur important qui contribue à de tels taux et se traduit par l'émergence de fausses croyances et d'idées concernant les risques qui aggravent la susceptibilité aux infections. Des messages religieux ont parfois corroboré ces types de croyances et d'idées. [53]

Les maladies chroniques comme le diabète affectent maintenant la population de façon significative également. 3,5 % de la population adulte souffre de diabète. Les citoyens sont deux fois plus susceptibles de contracter la maladie que les personnes vivant dans les zones rurales. [31]

Le système de santé

Le système de santé officiel opère via un cadre pyramidal intégré au système administratif plus large du gouvernement. Le Ministère de la Santé conçoit les politiques sanitaires et attribue des fonds centraux aux administrateurs régionaux. Ceux-ci font alors appliquer la politique centrale à l'échelle régionale. Intervient ensuite l'administration sanitaire préfectorale dont le rôle est similaire à celui du district sanitaire de l'OMS et qui opère dans les centres médicaux des villages. [4]

Depuis les années 1980, les soins de santé primaires sont en effet devenus un point central de la politique gouvernementale. Les centres de santé des villages sont accessibles pour 90 % de la population et couvrent 75 % des coûts des soins de santé de la population.³ Ils font partie du système de santé préfectoral cité en amont et représentent la principale source de soins pour les personnes qui vivent en dehors de la capitale. Les administrateurs tentent de recouvrir les coûts de fonctionnement des centres de santé en faisant payer les services de soins curatifs. Les ONGs jouent également un rôle significatif en fournissant des ressources à ces centres de santé, comme du personnel, des infrastructures et un accompagnement à l'offre de soins. Les médicaments et les traitements ayant majoritairement été supprimés des dépenses publiques, des marchés officieux, non-étatiques ont émergé sous la forme de pharmacies privées dans les rues des villes et de vendeurs (« table-top sellers »)⁴ dans les marchés urbains et ruraux qui fournissent des produits médicamenteux biomédicaux et non-biomédicaux. Parmi ces agents de santé officieux, on trouve des praticiens de la médecine islamique, des herboristes ainsi que des guérisseurs locaux vénérés pour leur expertise spécifique et leur capacité à exercer des thérapies peu orthodoxes. [31]

La politique nationale de la Guinée sur la médecine traditionnelle et la médecine douce datent de 1994. [61] Des organismes officiels existent afin de soutenir, de gérer et de contrôler les pratiques de guérison traditionnelles. Un Département de Médecine Traditionnelle (DMT) existe au sein du Ministère de la Santé

3 Peu d'informations sont disponibles concernant les formes de correspondance qui existent entre les centres médicaux des communautés préfectorales et les diverses structures de santé. Il existe toutefois un système de correspondance entre les psychiatres et les neurologues qui opèrent à Conakry et N'Zérékoré où se trouvent les deux principales structures dédiées à la santé mentale.

4 Le terme « table-top seller » fait référence à des marchands qui vendent des collections de médicaments ou de produits médicaux mis au rebut, généralement disposés sur des tables dans les marchés collectifs.

guinéen et collabore avec les guérisseurs traditionnels sur les soins de santé primaires depuis 1979. [52] Toutefois, des tensions sont présentes entre le DMT et les guérisseurs ; ces derniers ont récemment accusé le DMT de mauvaise gestion des fonds destinés à soutenir leur formation et leurs activités [51]. Des chercheurs ont conclu que peu de guérisseurs individuels choisissent de s'inscrire au DTM [17]. Les guérisseurs peuvent chercher à rejoindre l'Association des praticiens de la médecine traditionnelle ou des associations locales. Les représentants du secteur de la santé publique pensent que travailler avec ces associations et avec les guérisseurs à la formation et à la sensibilisation de la communauté est une stratégie efficace lors de crises sanitaires liées au VIH/SIDA et au virus Ebola. [52, 65]

3. PROBLÈMES ET SERVICES RELATIFS À LA SMSPS

3.1 Cadre des services de santé mentale biomédicaux

Politique de santé mentale et programme national

La politique de santé mentale et le plan national guinéen ont d'abord été formulé en 1995, puis ils ont été développés plus en profondeur, en 2000 et 2013. Les principes du plan national sont la mobilisation, la promotion, la prévention, le traitement et la réhabilitation. Son organisation est basée sur la décentralisation et sur l'intégration des services de santé mentale au sein des soins de santé primaires. Les services et ressources de santé mentale devaient en effet être transférés des hôpitaux vers des infrastructures communautaires et fournir, entre autres, des services à l'attention des enfants et des adolescents en situation de handicap. Le Ministère de la Santé doit encore approuver et valider ces changements officiellement, et le plan n'est actuellement pas encore opérationnel. [49] Le processus d'accord et de validation a été entravé par l'épidémie du virus Ebola qui est devenue la priorité sanitaire du pays. Néanmoins, la crise a peut-être également créé un espace pour la possibilité d'intégrer la santé mentale au système de santé global dans les structures de soins primaires et secondaires, où elle n'est actuellement pas présente, et un processus de révision de la politique nationale de la santé mentale est en cours depuis la fin 2015 en collaboration avec l'OMS. [1, 59]

Un groupe de travail sur la SMSPS a été créé en Février 2015 sous la direction de l'OMS [1], mais a depuis fusionné avec le groupe des survivants d'Ebola (Capucine de Fouchier, communication personnelle). Ce groupe de travail a recommandé la mise en place d'une coordination de structure pour toutes les organisations impliquées dans la santé mentale et les soins psychosociaux, sous la forme d'un comité consultatif national sous la direction du coordonnateur national pour la santé mentale du Ministère de la Santé. Néanmoins, au moment de l'écriture de ce rapport, aucune démarche concrète n'a été réalisée. Le groupe de travail de protection de l'enfance au sein du Ministère des Affaires Sociales, demeure actif [1] mais il y a peu de coordination avec les activités de SMSPS focalisées sur les adultes (Capucine de Fouchier, communication personnelle).

L'OMS fournit actuellement plusieurs formations aux professionnels dans la santé primaire. Les médecins et les infirmiers en soins de santé primaire ont reçu des formations sur la gestion des troubles de santé mentale conformément au protocole du Guide d'intervention mhGAP. A la fin octobre 2015, 25 acteurs nationaux de la santé mentale et 245 médecins ou infirmiers des soins de santé primaire ont été formés dans les zones affectées par l'Ebola. Plus de formations sont prévues (Capucine de Fouchier, communication personnelle).

Politique sur la toxicomanie

Une politique sur l'abus d'alcool et d'autres drogues a existé depuis 1999 mais nous ne savons pas si elle a été révisée, ni quel type de normes de traitement et de prévention elle utilise. Les centres de soins spécialisés dans l'abus de drogues ou dans la consommation d'alcool et les programmes de réduction des risques sont inaccessibles au niveau national, bien qu'un psychiatre basé à l'hôpital de Donka soit

formé à cette spécialité. Par conséquent, l'unité psychiatrique de Donka sert d'unité de référencement nationale pour l'abus de substances (Capucine de Fouchier, communication personnelle). Pour les quelques ONG qui fournissent ces services de soins, les principaux défis demeurent néanmoins ceux de la formation et le financement. [1, 8, 41]

Législation sur la santé mentale

Il n'existe pas de législation spécifique sur la santé mentale en Guinée. À la place, celle-ci est incorporée à la législation plus générale sur la santé avec un chapitre dédié qui spécifie les dispositions relatives à la prévention, à la protection et au traitement (Chapitre 11, article 2009-221, Code de la santé publique, République de Guinée), promulgué en 1997. Les mesures concernant la santé mentale sont absentes des autres législations existantes (par ex. : aide sociale, handicap, santé générale). [18, 41, 63]

Politique nationale sur les médicaments thérapeutiques/Liste des médicaments essentiels

Une liste nationale des médicaments essentiels (LNME), issue de la liste des médicaments essentiels l'OMS, est utilisée dans le pays. La liste⁵ comprend des psychotropes ainsi que des anticonvulsivants/antiépileptiques. Les médicaments recommandés au niveau des soins de santé secondaires sont : la carbamazépine, le phénobarbital, la phénytoïne sodique, l'amitriptyline, la chlorpromazine, le diazépam, la fluphénazine, l'halopéridol et le carbonate de lithium. Parmi ces médicaments, seuls le phénobarbital, la chlorpromazine et le diazépam sont disponibles au niveau des soins de santé primaires. Ces médicaments sont chers et très souvent non-disponibles, ce qui pousse les patients et leurs familles à acheter des médicaments moins chers, mais non autorisés, qui sont disponibles sur les marchés locaux.

Les psychiatres et les médecins généralistes peuvent prescrire des médicaments de la liste ci-dessus, mais le carbonate de lithium ne peut être prescrit que par les psychiatres. Les médecins de soins de santé primaires et les infirmières peuvent prescrire et/ou renouveler les prescriptions de médicaments psychotropes dans certaines conditions. Toutefois, le Ministère de la Santé n'autorise pas les infirmières de soins de santé primaires à procéder elles-mêmes à des diagnostics et à traiter des maladies mentales dans le contexte des soins de santé primaires. [18, 41, 63]

Il y a peu de formation disponible sur le sujet pour les divers professionnels impliqués dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, la majorité des infirmières et des médecins de soins de santé primaires n'ont pas suivi aucune forme de formation interne au cours des cinq dernières années, toutefois l'OMS y remédie actuellement par le biais de la formation au Guide d'intervention mhGAP mentionné auparavant. Les procédures officielles de transferts entre les soins de santé tertiaires/secondaires et primaires manquent également. [41, 66] Il n'est pas possible de se spécialiser en médecine psychiatrique en Guinée [2] et les 5 psychiatres dans le pays ont tous étudiés leur spécialité en Côte d'Ivoire (Capucine de Fouchier, communication personnelle).

Dépenses en santé mentale

La Guinée dispose de ressources financières et humaines limitées pour mettre en place son plan national de renforcement des services de soutien à la santé mentale. Les dépenses de santé globales sont limitées à 5,73 % du Produit Intérieur Brut, soit 9 dollars par habitant attribué à la santé (PPA [Parité des pouvoirs d'achat] \$). Les détails concernant les dépenses du Ministère de la Santé en matière de santé mentale sont inconnus. Aucun budget n'est dédié à la santé mentale en soi et le gouvernement ne budgétise que les salaires du personnel. La Guinée ne fournit pas d'indemnité pour les handicaps liés à la santé mentale, ce qui a un impact direct sur l'accessibilité aux services. Par conséquent, ce sont principalement les patients ou leurs familles qui financent les dépenses liées à la santé mentale, comme la nourriture, les médicaments et les produits hygiéniques pendant les séjours hospitaliers. [1, 41, 63]

Ressources humaines en santé mentale et soutien psychosocial

5 Voir détails dans Code de la santé publique publié par la République de Guinée en 2012, pages 28 et 8-9.

Comme le montre le Tableau 1, en Guinée, les ressources humaines en SMSPS sont limitées. Les formations disponibles pour les médecins cliniciens en santé mentale destinées à soutenir les services dans ce domaine sont très limitées dans le pays. Il n'existe d'ailleurs pas de formation de psychologue ou de spécialisation en psychiatrie. [1] Par ailleurs, la force de travail se concentre sur Conakry ; tous les 5 psychiatres sont basés à l'hôpital de Donka. [49] Ces chiffres se situent en dessous de la moyenne des pays de l'Afrique de l'Ouest.

Tableau 1 : Professionnels de la SMSPS disponibles en Guinée d'après le recensement de 2014 (d'après Abaakouk, 2015 et Psychology in Africa) [1, 41]⁶

Professionnels de la santé mentale	Nombre de professionnels disponibles en Guinée	Nombre de professionnels pour 100 000 habitants
Psychiatres	4	[.038] (OMS, taux médian en 2011 : 1,27)
Pédopsychiatres	1	[.0094]
Généralistes qualifiés	13	[.122] 0,122 (OMS, taux médian en 2011 : 0,34)
Psychologues	10 ou 11 ⁷	0,10 (OMS, taux médian en 2011 : 0,30)
Infirmières psychiatriques	0	0
Infirmières qualifiées	12	[.113] 0,112
Travailleurs sociaux	2 (Relèvent du ministère des Affaires Sociales)	[.019] 0,018 (OMS, taux médian en 2011 : 0,23)
«Éducateurs»/travailleurs auprès des jeunes	1	[.0094] 0,009
Neurologues (et neurologues spécialistes)	9	[.085] 0,04
Neurochirurgiens	3	[.028]
Généralistes formés à la neurologie	4	[.038]
Infirmières	6 ou 7	.06

3.2 Problèmes de santé mentale spécifiques

Prévalence dans la population globale

Il existe actuellement un réel vide à combler en terme de disponibilité des données épidémiologiques

6 La version la plus récente de l'atlas de Santé Mentale de l'OMS (2014) concernant les chiffres sur la force de travail dans le domaine de la santé mentale en Guinée stipule la mention 'non fourni'.

7 Ce chiffre a été calculé de manière rétrospective à partir de la taille de la population du recensement de 2014 et du nombre de psychologue par 100 000 membre de la population. [1]

sur la prévalence des problèmes de santé mentale en Guinée dans la littérature scientifique, ainsi que dans les politiques des dernières années. [41, 63] En 2008, les troubles neuro-psychiatriques représentaient 6,5 % des problèmes de santé en Guinée. Au cours des consultations de santé mentale fournies à travers tout le pays en 2014, les descriptions les plus fréquentes des problèmes de santé mentale faisaient état d'épisodes maniaques, de troubles délirants, de confusion mentale, de psychoses et d'épilepsie. Les consultations concernaient également des retards psychomoteurs, des dépressions et des visites de suivi pour des difficultés liées au VIH ou à des expériences de violence sexuelle. Aucune information n'est disponible à propos du taux de suicide. [63]. Concernant les addictions, les drogues les plus consommées sont la cocaïne, le cannabis et l'alcool. À l'hôpital de Donka, le seul service psychiatrique de tout le pays, 80 % des patients qui ont consulté un médecin pour des soins psychiatriques entre 1984 et 1994, souhaitaient traiter un problème d'addiction. [8, 20, 53]

Prévalence dans la population affectée par les conflits

La Guinée a également été affectée par les conflits armés et les agitations civiles des pays voisins. D'abord au Libéria (1989-2004), puis en Sierra Leone (1996-2002) et en Côte d'Ivoire (2002-2007 et 2010-2011) (Voir section 4.1.1). La violence, menée par le Revolutionary United Front (RUF), basé au Libéria et en Sierra Leone, s'est également propagée en Guinée en 2000-2001. Les communautés principalement affectées ont été celles de la GF, en particulier les Guékédous. En 2004, une étude concentrée sur les indicateurs de détresse psychologique et psychosociale de ces communautés a identifié l'importance de comprendre les dynamiques et histoires locales, les types d'expériences traumatisantes auxquels a dû faire face la population, et les façons dont ces expériences traumatisantes ont pu influencer les relations sociales.

Les auteurs soutiennent que 65 % des personnes interrogées dans ces communautés affectées par les conflits souffraient d'une détresse psychologique importante. Les personnes interrogées présentaient les symptômes suivants : des symptômes post-traumatiques pour 84 % d'entre eux, de l'anxiété physique pour 79 % d'entre eux, la présence d'au moins trois symptômes somatiques, de la tristesse et de la culpabilité pour 74 % d'entre eux, des symptômes de peur et d'anxiété émotionnelles pour 62 % d'entre eux et au moins deux symptômes de dépression « présents » pour 48 % d'entre eux. [2] Une autre étude en GF qui s'est intéressée aux enfants marginalisés, pour la plupart affectés par les conflits, a révélé que 75 % de ceux-ci avaient souhaité mourir au moins une fois, 70 % des filles et 80 % des garçons étaient considérés comme en situation de risque important de suicide et 30 % d'entre eux avaient déjà tenté de mettre fin à leurs jours. [9]

Les souffrances de ces communautés touchées par les conflits sont d'autant plus profondes qu'elles ont le sentiment d'être abandonnées par leur gouvernement et par les ONGs en ce qui concerne la reconstruction de leurs maisons, des marchés et des infrastructures publiques essentielles. Comme les populations de réfugiés, ces communautés luttent pour survivre économiquement, et leur incapacité à contribuer de façon significative à leurs sociétés aggrave leur détresse émotionnelle. [2, 15, 50] Leur inquiétude a également affecté leur capacité à participer aux pratiques et rituels sociaux (par ex. : Poro et Sande [les sociétés secrètes des femmes et des hommes, respectivement], les funérailles, les baptêmes, les réunions de famille et autres rencontres sociales) et donc à accéder à des mécanismes informels d'adaptation sociale.

Prévalence dans la population affectée par le virus Ebola

Aucune étude sur la prévalence des problèmes de santé mentale dans les régions de la Guinée affectées par le virus Ebola n'avait été conduite au moment de la rédaction de ce rapport. Toutefois, il est largement reconnu que la SMSPS représente un problème important suite à l'épidémie du virus Ebola (voir Section 4.3.3).

3.3 Conceptions locales, nosologies de détresse, deuil et traumatisme

Dans de nombreuses parties de la Guinée, la santé et les maladies sont expliquées de différentes façons. Le modèle biomédical n'est qu'un exemple parmi les différents modèles existants dans lesquels les individus y piochent des explications sur les causes et le développement des maladies et de la malchance. La coexistence de ces modèles reflète des cosmologies dans lesquelles l'individu est situé dans une constellation de relations avec les vivants, les morts, le monde des esprits et la nature elle-même. C'est pourquoi les conséquences de violations de l'ordre naturel, des facteurs étiologiques, les actions des morts, des esprits non-humains (djinnns), la sorcellerie, les munitions divines et les expériences de conflits violents peuvent être considérés comme des facteurs étiologiques en cas de maladie.

Violations de l'ordre naturel

En GF, il existe un ordre naturel qui doit être respecté. Si des actions vont à l'encontre de ces restrictions, elles peuvent attirer le *maa*, une perturbation de l'harmonie qui peut provoquer des maladies ou un malheur économique. [11] Par exemple, les cycles reproductifs des humains, des plantes et des animaux font partie de cet ordre et Fairhead décrit au combien il est impératif que chacun respecte les barrières de l'espace et du temps. Ainsi les gens ne devraient pas avoir de relations sexuelles dans la forêt (le domaine des animaux) mais dans l'enceinte du village ; les mères ne doivent pas avoir de relations sexuelles tant qu'elles nourrissent leurs nourrissons au sein, car de tels manques de contrôle marqueraient le commencement d'un nouveau cycle avant la fin du précédent et on craint que le sperme de l'homme ne contamine le lait maternel et ne rende l'enfant malade [36] ; les femmes enceintes ne doivent pas s'occuper des mourants, cela perturberait les cycles de naissance et de décès [22] ; aucune goutte de sang menstruel ne doit couler sur les champs où sont récoltés les cultures ; les graines de la récolte d'une année ne doivent pas être mélangées avec celles de l'année suivante. Ne pas respecter ces obligations, c'est flirter avec l'infertilité, la sécheresse et/ou les maladies qui peuvent frapper le responsable, l'enfant ou les cultures.

Les ancêtres

Les maladies et la malchance peuvent également être l'œuvre des morts. Il est aussi important de mourir « correctement » que de maintenir l'ordre dans le monde naturel. Parmi les infractions qui peuvent avoir de graves conséquences, on note : la mort d'une personne dans la forêt au lieu du village ; une dette ou un crédit non soldé correctement avant que le mort ne soit prêt à rejoindre l'autre monde ; le non-respect des volontés d'un mourant concernant la nourriture et la boisson qu'il demande [22] ; la non-organisation d'un rassemblement funéraire approprié et d'adieux. [23] Chacun de ces manquements, qu'il soit volontaire ou pas, pourrait empêcher le défunt d'atteindre l'au-delà, celui-ci deviendrait alors un esprit errant qui punirait le responsable ainsi que ses proches.

Les liens sociaux sont aussi importants quand il s'agit de la mort que de la vie. Il est important de prendre soin du mourant, d'écouter et d'honorer ses dernières volontés, de régler les dettes importantes et les autres affaires et idéalement, de le ramener jusqu'à son village natal pour y organiser les funérailles et l'enterrement. En GF, il est possible de s'entretenir avec les défunts (ou avec un substitut réalisé à partir de leurs vêtements, cheveux et ongles) par l'intermédiaire d'un devin s'il est nécessaire de se renseigner sur les causes de la mort ; ces entretiens révèlent parfois l'œuvre d'une sorcellerie et la nécessité ou non de la conjurer [23]. De nombreuses pratiques funéraires visent à aider l'âme du défunt dans son long voyage vers l'au-delà, c'est pourquoi celui-ci peut être enterré avec de l'argent et des vivres. [13] Si les procédures ne sont pas correctement suivies, l'âme pourrait ne pas pouvoir s'en aller et resterait hanter les vivants sous la forme d'un esprit errant.

Les Djinnns

Les *Djinnns* sont des esprits qui habitent les zones forestières. Les Bagas de la Côte de Haute Guinée

par exemple, les décrivent comme les habitants originels de leur terre. [46] Aussi connus sous le nom de « diables », ils ne sont pas forcément mauvais, mais peuvent causer de grands torts (parfois sous forme de maladie) s'ils ne sont pas traités avec respect ou tout simplement sur un coup de tête [22, 33]. À Conakry et Labé, des cas passés de femmes ayant fait l'expérience de transe et de possession ont été attribués aux *djinns*. [20] Parmi les autres maladies parfois attribuées aux *djinns* en GF, on note l'idiotie, la folie, la paralysie et les convulsions. [36]

La sorcellerie

Les *djinns* et les morts ne sont pas les seuls détenteurs de pouvoirs surnaturels, certains vivants en possèdent également. Croire en la sorcellerie est commun en Guinée. Les sorciers se distinguent par leur égoïsme dans la poursuite du pouvoir et de la richesse. Les suspicions de sorcellerie concernent parfois ceux qui paraissent solitaires ou qui accumulent leurs denrées plutôt que de les partager, échouant ainsi à remplir leurs obligations sociales. La croyance en la sorcellerie illustre en fait les valeurs au centre de l'égalitarisme et de l'esprit de communauté [46], il s'agit également d'une excuse pour expliquer que certains individus du monde moderne semblent s'enrichir très rapidement alors que la plupart reste pauvre. Les sorciers seraient capables de faire du mal aux autres en utilisant la magie. [23, 31]

Les punitions divines

Il est parfois dit que toutes les maladies viennent de Dieu et qu'il en est de même des remèdes. La maladie serait alors une forme de punition pour ne pas avoir respecté les obligations envers Dieu. [57]

Violents conflits passés

La violence endurée par les communautés de la GF en raison des attaques venant de Sierra Leone et du Libéria est considérée par certains comme responsable des mal-être locaux. Suite à ces raids, certains villages ont rapporté une augmentation des cas de « folie » chez les habitants, conséquences des traumatismes qu'ils ont endurés. La peur constante, l'incapacité à penser clairement, la consommation de drogues, la réticence à parler aux autres et la tristesse font partie des conséquences relevées, en particulier dans les endroits où les personnes souffrent d'un sentiment d'abandon par l'aide extérieure et où la cohésion communautaire ne s'est pas encore remise des drames [2]. Des expériences de traumatisme ont également été rapportées parmi les résidents des camps de réfugiés de la GF, ceux-ci souffrant de *haypatensi* (« hypertension »), un terme souvent utilisé pour qualifier les symptômes qui se manifestent lorsque l'on pense trop aux peurs et aux souffrances de la guerre. La *haypatensi* est liée à une vieille maladie connue en Mendé comme « cœur abîmé », bien que le terme soit clairement influencé par des notions biomédicales d'« hypertension », il en diffère de façons significatives. La *haypatensi* est caractérisée par des douleurs cardiaques, des battements de cœur rapides et des crampes provoqués par les dégâts infligés au cœur par un chamboulement émotionnel. Elle peut être traitée médicalement ou en se reposant et en essayant de ne pas s'appesantir sur ses pertes et ses anxiétés. [28]

Une étude portant sur la manière dont l'épilepsie est comprise, illustre l'éventail d'interprétations qui peuvent exister pour expliquer un trouble de santé mentale. 320 répondants ont été interviewés et demandés la cause attribuée aux symptômes épileptiques. L'éventail de réponses incluait : l'incapacité de la mère de la personne d'observer certaines précautions autour de sa toilette pendant sa grossesse ; la sorcellerie ; l'action d'un oiseau de nuit appelé le *mamadabi* ; manger de la viande d'un animal qui a été mordu par un chien ; des rapports sexuels entre la mère de la personne et son beau-frère ; les parents de la personne ont eu des rapports sexuels après des funérailles sans s'être d'abord lavé ; des tourbillons envoyés par un *djinn* ; le manquement à l'observation des lois coraniques ; et la transmission par le biais de la salive par une autre personne épileptique. Il y avait un degré de consistance dans les réponses données par les membres du même groupe ethnique, mais même dans ce cas il y avait une variation considérable dans les réponses données. Selon les Mandingues, il a été suggéré que l'épilepsie était un signe qu'une personne affectée deviendrait roi plus tard dans la vie. Néanmoins,

la forte stigmatisation de l'épilepsie était plus commune. Ce n'était pas limité aux membres du public, comme beaucoup de professionnels de la santé ont aussi exprimé une certaine méfiance vis à vis des personnes qui sont épileptiques. [50]

3.4 Perception de soi, de la personne et du cours de la vie

Il est difficile de généraliser sur les concepts de soi, de la personne et du cours de la vie, tant ils peuvent varier significativement parmi les nombreux différents groupes ethniques et les nombreuses communautés de Guinée. Deux événements ont influencé l'individualité de façons différentes entre les communautés : l'islamisation et les campagnes de modernisation de la Première République. Ces deux événements ont érodé les pratiques traditionnelles et les visions du monde centrées sur les cultes locaux et sur les sociétés d'initiation. Ces sociétés pratiquaient auparavant des rituels religieux secrets, détenaient des connaissances en magie et guidaient les pratiques d'initiation qui marquaient les personnes tout au long de leurs vies. Avant l'obtention de l'indépendance, les réformateurs islamiques, provenant des Peuls, des Malinkés et des Sousous, avaient déjà commencé à affecter les pratiques traditionnelles et les perceptions de soi des autres ethnies qu'ils considéraient comme païennes. Les campagnes de modernisation et de « démythification » de Sékou Touré (1958-1984) ont supprimé encore plus de sociétés d'initiation en brûlant leurs objets de rites et en exposant publiquement leurs secrets. Toutefois, les sociétés d'initiations n'ont jamais totalement disparu en GF car les communautés partageaient des liens au-delà des frontières avec le Libéria et la Sierra Leone, où les pratiques des sociétés n'étaient pas interdites. [10, 23] Dans d'autres parties de la Guinée également, notamment sur la côte, parmi les Bagas, certains groupes ont retrouvé leurs anciennes « coutumes ». Toutefois, que ce soit sur la côte ou dans la GF, certains membres de communautés condamnent sévèrement les pratiques traditionnelles qu'ils jugent non-islamiques ou dépassées. Ces divergences d'opinions sont souvent sources de désaccords au sein des communautés. [10, 46]

Les sociétés d'initiation ont institutionnalisé un chemin grâce auquel les jeunes hommes pouvaient peu à peu obtenir le pouvoir et le respect dus aux hommes plus âgés. Bien que les rites d'initiation soient différents d'une région à l'autre, ils se déroulaient généralement vers l'âge de 15 ans pour les jeunes hommes. Ces jeunes hommes devaient passer plusieurs semaines dans les bois, loin de leur famille. Au cours de cette période ils mouraient symboliquement et renaissaient afin d'entrer dans l'âge adulte et d'obtenir, avec le temps, une position hiérarchique plus élevée [24, 46]. Aujourd'hui, dans certaines régions, les sociétés des femmes sont plus actives que celles des hommes, peut-être parce que ce sont surtout les sociétés d'hommes qui étaient visées par la politique de Sékou Touré. Les sociétés de femmes, comme celles des hommes, comprennent des rituels d'initiations pour leurs membres, mais ceux-ci sont différents de ceux des hommes, et les filles n'ont pas enduré le long confinement dans les bois. D'autres pratiques rituelles des sociétés de femmes concernent les relations avec le monde des esprits (parfois à travers des rituels de possession) et font intervenir les pratiques de guérison et la protection contre la sorcellerie [10, 23, 46].

La famille, les liens sociaux et communautaires et les obligations jouent un rôle très important dans la conceptualisation du soi pour de nombreux Guinéens. Si quelqu'un ne respecte pas ces liens (ou qu'il semble aux autres que cette personne ne les respecte pas), il est possible que cette personne s'expose à la colère, au ressentiment (occasionnant parfois des insultes) et parfois aux suspicions de sorcellerie. En GF, la maladie, la sécheresse ou la malchance de tout un village peuvent être la conséquence des infractions d'un seul membre de la communauté si celui-ci perturbe l'ordre naturel des choses [23], ce qui renforce l'importance du respect des obligations collectives. Cela ne veut pas dire que ces normes sont toujours respectées, mais cela explique que les communautés les plus étendues éprouvent le besoin de se soucier des comportements individuels. C'est pourquoi la notion de soi est généralement considérée en relation avec les autres, et même si les succès personnels peuvent être valorisés, un fort

individualisme n'est pas recommandé et peut être considéré comme de l'égoïsme. L'exemple ultime d'égoïsme est la sorcellerie. [45]

3.5 Facteurs de risque et de protection concernant la santé mentale

En Guinée, la capacité d'une communauté à agir comme un système de soutien pendant et après des crises rapporte au bien-être des membres de la communauté en matière SMSPS. L'accès d'une personne aux structures de soutien familial et parental est primordial pour la garantie d'une bonne santé mentale en cas d'événements traumatisants. On note également d'autres facteurs, dont les conditions socio-économiques comme le niveau de pauvreté enduré à la fois individuellement et par la communauté. [31]

Dans les communautés de la GF affectées par les conflits, les activités sociales qui entretenaient les liens se sont révélées essentielles à la préservation d'une santé mentale positive suite aux guerres de la Sierra Leone et du Libéria, qui ont débordé sur les frontières guinéennes. Les communautés qui ont élaborés des récits qui promouvaient une guérison à travers le rejet explicite de la violence à laquelle elles avaient fait face, ont fait preuve d'une plus grande résistance aux problèmes de santé mentale, à la fois au niveau collectif et individuel. Inversement, les récits qui renforçaient le sentiment d'impuissance et de défaite en cas de catastrophes incontrôlables se sont montrés généralement négatifs pour la santé mentale. De plus, les ressources logistiques, financières et en infrastructures qui ont promu un sens de sécurité et la possibilité de surmonter les souffrances pendant et après les guerres, ont joué un rôle vital dans la promotion de bons résultats en matière de santé mentale. La résilience et l'intégration des communautés ont également joué un rôle important de médiation des facteurs de risque et de protection relatifs aux maladies et troubles mentaux. Celles-ci avaient le potentiel d'agir en tant qu'intermédiaire permettant la reconstruction des communautés ainsi que des individus suite à des événements débilissants. [2]

Dans une étude la région de Guéckédou qui a été touchée par les conflits en 2000/2001, des chercheurs ont examiné les façons dont de nombreux villages de la région ont géré les brutalités auxquelles ils avaient été sujets au cours de la guerre, notamment des exécutions, des viols, des destructions d'infrastructures locales, des enlèvements, du travail forcé, ainsi que la déshydratation et l'épuisement. Ils ont démontré que les effets durables de ces assauts étaient gérés différemment en fonction des mécanismes et des ressources employés par les communautés pour faire face aux conséquences. Par exemple, dans les villages de Nongoah, Tékulo et Yendé, les récits décrivent comment les communautés se sont considérées comme généralement impuissantes face à la violence à laquelle elles avaient fait face et avaient peu d'espoir que les ressources et les lieux qui servaient autrefois de soutien à la vie communautaire (bâtiments publics, maisons, magasins, vêtements et bien) puissent être reconstruits. Elles avaient donc peu d'espoir de restaurer la continuité de la vie sociale après les événements de la guerre. Ces communautés sont celles qui se sont montrées les plus vulnérables aux maladies mentales liées aux traumatismes. Les difficultés économiques, conséquences des conflits, ont fait obstacle à la préservation des pratiques sociales essentielles qui avaient alimenté les précédentes dynamiques communautaires, les traditions comme les funérailles, les baptêmes, les rassemblements familiaux et autres événements sociaux, laissant ainsi les membres des communautés susceptibles de « perdre » leur « soi social ». [1, 2]

Dans cette même enquête, 65 % des personnes interrogées, indépendamment de leur village de résidence, ont déclaré souffrir de fortes angoisses qui se manifestaient principalement par des symptômes traumatiques physiques ainsi que pas une vulnérabilité à la détresse psychosociale et aux troubles mentaux. Les variables sociales ont des influences significatives. Par exemple, l'absence de système de soutien familial représente un déterminant majeur des résultats en matière de santé mentale. L'étude

rapportait que 70 % des filles et 80 % des garçons ayant participé à l'enquête qui souffraient de l'absence d'une présence parentale présentaient des risques de suicide significatifs. En revanche, « seulement » 10 % des filles et 5 % des garçons qui étaient soutenus par des structures familiales présentaient des tendances suicidaires. [2]

Les études en Guinée ont identifié d'autres facteurs de protection. Parmi ceux-ci, on trouve notamment : de forts liens communautaires, des réseaux familiaux et des structures de soutien parental pour les enfants et des récits de résistance communautaires face aux effets des crises sociales comme la guerre et les difficultés économiques.⁸ Les ONG ont également joué un rôle important en fournissant des moyens économiques et logistiques permettant de garantir un certain niveau de sécurité aux communautés et aux individus. Ces facteurs, assurés par des entités gouvernementales et non-gouvernementales, se sont révélés essentiels afin d'atténuer les vulnérabilités individuelles et communautaires aux événements qui menacent de briser les liens sociaux et communautaires ainsi que les valeurs morales. De manière générale, les déterminants du bien-être mental dépendent des ressources (financières, politiques et psychologiques) qui permettent aux communautés et, par extension, aux individus de préserver les univers moraux et communautaires auxquels ils appartiennent. C'est particulièrement vrai dans des cas de catastrophes socio-politiques ou naturelles comme une guerre ou une crise sanitaire publique comme celle de la récente épidémie du virus Ebola. [1, 2, 8] Le genre, l'âge, le statut socio-économique et les autres variables qui leur sont liées sont des aspects importants à prendre en compte afin de comprendre les facteurs de risque et les facteurs protecteurs qui interviennent dans les problèmes de SMSPS en Guinée. Toutefois, ces variables ne semblent pas encore avoir fait l'objet d'études systématiques.

3.6 Cadre de guérison

3.6.1 Système de santé non-allopathique

En plus des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé du système de santé allopathique, les Guinéens peuvent également avoir recours à l'aide de nombreux autres praticiens guérisseurs. Les guérisseurs religieux islamiques (marabouts), les herboristes, les guérisseurs traditionnels, les devins et les anciens des communautés sont fréquemment consultés pour diagnostiquer et traiter des maladies et des angoisses, ainsi que pour fournir des mesures préventives ou de renforcement. [31] Ils peuvent avoir recours à de nombreuses pratiques afin de faire face à un problème de santé, notamment des prières, des incantations, des lavements à base d'herbes, de la phytothérapie, l'utilisation d'amulettes ou de « fétiches », de la nourriture spéciale, des pratiques hygiéniques ou des rituels de purification et des sacrifices. [5, 31] En plus de travailler sur la dimension physique de la maladie, ces techniques interviennent également souvent aux niveaux psychologique, social et spirituel. [18]

Quand la cause d'une maladie n'est pas claire, il est courant que les personnes à la recherche d'une réponse consultent différents praticiens dans l'espoir qu'au moins un d'eux sera efficace. [31] Il est donc courant de consulter des guérisseurs non-allopathiques avant d'avoir recours à des services allopathiques, par la suite ou simultanément. Les malades eux-mêmes ne font pas forcément de distinction claire entre des traitements allopathiques et non-allopathiques puisque pour eux, ces formes de soins se valent et qu'ils ne font pas toujours la distinction entre les procédures scientifiques et magiques. [23]

8 L'absence de support étatique sous forme de ressources financières et en infrastructures contribue au sentiment d'insécurité et d'impuissance des individus et des communautés, en particulier en contexte de crise.

3.6.2 Le gouvernement et les ONG dans le domaine de la SMSPS

Le centre principal dédié à la santé mentale en Guinée est le service psychiatrique de Donka, un hôpital général à Conakry qui dispose de services de santé mentale pour les patients hospitalisés et les consultations externes. Le service pour patients hospitalisés compte 62 lits, toutefois souvent beaucoup moins sont disponibles (Capucine de Fouchier, communication personnelle). En 2014, le service a traité 1 365 patients, a admis 435 patients hospitalisés et reçu 5 460 personnes en consultations. [1] Les services de santé dans leur ensemble sont largement sous-financés et les financements étatiques ne couvrent que les salaires des professionnels de la santé mentale. C'est pourquoi, pour les personnes hospitalisées, les familles doivent régler les dépenses en nourriture, en médicaments et en produits de toilette [1] et un proche doit souvent accompagner le patient et s'en occuper pendant la durée de son séjour à l'hôpital. Malgré le manque de financements et les pauvres conditions hospitalières qui en résultent, les psychiatres de Donka ont exprimé leur fierté de ne pas utiliser de moyens de contention physiques. [40]

Il existe également un service de santé mentale ambulatoire appelé Boma, à N'Zérékoré. Ce centre a été mis en place afin de traiter les résidents des camps de réfugiés de la région. Dans le passé, la Fédération Luthérienne Mondiale - Alliance ACT était impliquée dans la prestation de soins de santé mentale aux réfugiés, mais leur implication a pris fin en 2005. Le service dispose maintenant de 18 lits. [1]

Certains centres de soins de santé primaires proposent des traitements et des interventions communautaires de santé mentale. Ces services sont assurés par le Ministère de la Santé, en collaboration avec Fraternité Médicale Guinée (FMG), une ONG fondée en 1994 spécialisée dans les soins de santé mentale à Hamdallaye. FMG a collaboré avec un certain nombre d'organisations nationales et internationales, et offre directement des interventions dans les centres médicaux de Conakry, Kindia et Labé. L'ONG travaille également en partenariat avec des centres de santé à Boma, Yomou, Samoé, Guecké, Pita and Timbi madina. [49] Bien qu'il ne s'agisse pas de structures spécialisées, des services de santé mentale sont proposés dans les hôpitaux régionaux de Kankan, Kipé et Labé.

A Kindia, il existe un autre « complexe thérapeutique » ouvert par FMG, pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale au village de Moriady situé à 123 km de Conakry. Ce complexe contient un centre médical avec un médecin, deux infirmières et un technicien de laboratoire. Il est étroitement intégré à la communauté locale grâce au soutien qu'il fournit aux habitants. 53 % des résidents du complexe thérapeutique de Moriady ont reçu un diagnostic lié à la psychose, 29 % d'épilepsie et 18 % d'autres troubles neuropsychiatriques. Des traitements pharmaceutiques y sont proposés et on y trouve des activités thérapeutiques comme des ateliers de rééducation ou le soutien à la réintégration communautaire grâce notamment à la boulangerie ou aux travaux de la ferme qui permettent aux résidents l'apprentissage de certaines compétences pratiques et de travail leur permettant une réelle réintégration communautaire. Le complexe de Moriady est particulièrement distinctif dans le contexte guinéen en ce qu'il intègre les interventions médicales à celles psychosociales. [18, 48, 51]

Il n'existe pas de centre de traitements spécialisés dédié à la toxicomanie, ni de programme de réduction des risques bien que certaines ONGs soient actives dans ce domaine [8].

3.6.3 Stratégies de recherche d'aide

Comportements de recherche d'aide à la santé

Quand les personnes décident qui consulter pour un problème de santé, elles se basent sur leurs expériences passées, sur les observations et sur les conseils des autres. Quand la nature du problème

est jugée claire (par ex. : blessures, morsures de serpent, paludisme, conjonctivite), le recours aux traitements considérés comme standards pour ces maladies ou blessures se fait généralement sans hésitation. Quand la nature du problème n'est pas facilement identifiée, ou que celui-ci ne répond pas aux traitements initiaux, il arrive que les patients aient recours à différents guérisseurs afin de voir lequel est efficace. [31]

Un certain nombre de facteurs influence la façon dont les gens vont considérer les options de traitement disponibles :

Le prix : Le prix et les moyens de paiement posent parfois problème aux familles. Alors que de nombreux pharmaciens, vendeurs de médicaments sur les marchés, marabouts et professionnels de santé font directement payer les médicaments ou leurs services, d'autres autorisent des crédits et même des paiements une fois que le patient va mieux. Quand les finances d'une famille sont proches de l'épuisement, comme c'est souvent le cas avant la moisson, la volonté d'accepter des délais de paiement peut déterminer qui est consulté. [31]

La qualité : Certains médicaments ou remèdes ont la réputation d'être de meilleure qualité que d'autres. Cela correspond souvent à la réputation du guérisseur ou du vendeur lui-même. Certains groupes ethniques de Guinée (par ex. : les Bagas de la côte) sont connus pour leurs prouesses médicales. En GF et probablement ailleurs, on pense que la qualité des traitements est liée aux effets du soleil sur les médicaments. Bien que les plantes qui poussent sous le soleil de la savane développent plus de puissance que celles qui poussent dans la forêt, garder les médicaments au soleil pendant trop longtemps peut réduire leurs effets, c'est pourquoi les médicaments stockés dans des bâtiments (pharmacies, centres médicaux) sont perçus comme plus efficaces. [31]

La nature du traitement : Les injections sont perçues comme les traitements les plus forts car elles pénètrent directement le corps. Les traitements par voie orale sont perçus comme moins puissants et ceux à application cutanée, encore moins. Le mode d'administration peut jouer un rôle important sur le type de traitement jugé approprié. Les injections, en particulier, peuvent être considérées comme inappropriées pour des maladies qui affectent les fluides corporels, notamment les maladies qui affectent le sang ou qui provoquent des gonflements. Dans ces cas-là, on pense qu'injecter plus de liquides empire la situation. [31]

Le genre : Les centres de soins de santé sont surtout associés aux femmes et aux enfants, ce qui est sans doute une conséquence de l'importance accordée à la santé maternelle et la santé infantile. De nombreux aspects de l'ordre social étant différenciés en fonction du genre, les hommes peuvent se sentir gênés dans des endroits dédiés aux femmes, et ils ont tendance à prendre soin d'éviter les centres médicaux très visités par les femmes et les enfants. Les hommes et les garçons de plus de cinq ans ont tendance à préférer se rendre directement en pharmacie, sans visiter de centre médical. [31]

Les comportements de recherche de soins de santé mentale

Quand des patients de santé mentale sont admis en hôpital, il s'agit toujours de la requête d'un tiers plutôt que d'une requête du patient lui-même. Il existe des mécanismes de référencement établis entre les soins primaires, secondaires et tertiaires. [63] Toutefois, très peu d'informations sont disponibles concernant les modèles d'orientation car aucun système de collecte de données n'existe dans le secteur. [1] La création d'un système de ce genre est en cours d'exploration. [41]

La population ne sait pas toujours que des services de santé mentale sont disponibles. Par exemple, une étude réalisée par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) a découvert que parmi les guinéens de retour de leur tentative de migration illégale en Europe, malgré les importants facteurs de risque auxquels ceux-ci étaient exposés, moins de 30 % avaient entendu parler de services de santé mentale proposés par l'État ou par des ONGs. Cette étude révèle la nécessité de mettre en place un plan d'action qui permette aux mesures préventives d'être mieux connues par ce groupe à risque. [29]

4. SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AVANT ET PENDANT LA CRISE DU VIRUS EBOLA

4.1 Historique des interventions humanitaires en matière de SMSPS

Depuis début 2014, les efforts humanitaires en Guinée se sont majoritairement concentrés sur l'accablante crise du virus Ebola. Avant l'épidémie, les efforts humanitaires étaient surtout concentrés sur l'aide à apporter aux réfugiés du Libéria, de la Sierra Leone et de la Côte d'Ivoire. Il existe également des activités humanitaires, d'ampleur moins importante, qui se concentrent sur l'établissement de la cohésion communautaire et sur les violences liées au genre.

4.1.1 Résumé historique des crises humanitaires

Une grande partie du travail humanitaire réalisé en Guinée au cours des vingt dernières années a consisté à apporter des réponses aux effets des conflits armés régionaux des pays voisins. Les guerres civiles au Libéria, en Sierra Leone et en Côte d'Ivoire ont été la cause d'un énorme flux de réfugiés en Guinée. En 1999, les représentants officiels de l'ONU ont estimé le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile dans le pays à environ 502 000, ce qui représentait la plus grande concentration de ce groupe en Afrique à l'époque. [55] D'importants camps de réfugiés ont été établis en GF, mais les déplacements des réfugiés n'étaient généralement pas contrôlés et certains se sont installés en dehors des camps. De nombreux réfugiés avaient fait l'expérience ou avaient été témoins d'exécutions sommaires, de mutilations, de violences sexuelles et de destructions de communautés entières. Des expériences traumatisantes qui expliquent des besoins importants en soins de santé mentale et en soutien psychosocial. Il est arrivé que la violence déborde des frontières. En 2000-2001, des attaques du Revolutionary United Front, basé au Libéria et en Sierra Leone, ont touché la GF, en représailles contre ce qui était perçu comme une complicité du gouvernement guinéen avec les forces rebelles dans les camps. L'armée guinéenne a repoussé cette invasion avec l'aide de milices de jeunes (les « Jeunes Volontaires ») relativement nombreuses et la militarisation rebelle des camps a rapidement été contrôlée. Toutefois, des problèmes demeuraient, en plus des effets directs de la violence : les difficultés à démobiliser jusqu'à 30 000 jeunes armés (parmi lesquels certains étaient des « enfants soldats ») dans un contexte de chômage élevé étaient source d'inquiétude, notamment pour ce qui concernait la sécurité des citoyens. Plus de 100 000 Guinéens déplacés ont été abandonnés à leur sort et le conflit a vu ressurgir harcèlement et abus à l'encontre des réfugiés. [37] De nombreuses personnes parmi les communautés affectées ont souffert de symptômes de « trauma » alors qu'elles devaient également faire face aux conséquences socio-économiques des destructions. [2] Le nombre de réfugiés a depuis chuté de façon significative, car nombre d'entre eux se sont installés ou ont été rapatriés et parce que les conflits régionaux qui les poussaient à migrer se sont stabilisés dans une certaine mesure. Toutefois, les conséquences de cette histoire difficile exercent encore une influence sur les communautés de la région.

Bien que la Guinée ait connu une relative stabilité sociale en comparaison avec ses pays voisins, d'importantes tensions demeurent (voir Section 2.1.2). Les tensions inter-ethniques se sont aggravées au cours des années 1990 et continuent à s'intensifier. Celles-ci sont souvent liées à la peur de l'exclusion politique. C'était le cas en 1993, où les origines ethniques ont joué un rôle dans les affrontements violents durant l'élection présidentielle, ainsi qu'en 2010 lors de la première élection présidentielle démocratique [30]. Au cours de cette période, la GF a également souffert d'éclats de violences sporadiques entre les Guerzés et les Komiankés qui ont fait 95 morts en 2013 et entre les Tomas et les Tomamánias [20, 38].

Les viols organisés du 28 septembre 2009 par les soldats guinéens de plus de 100 femmes et filles au

cours d'une manifestation politique (voir Section 2.2.2), ont mis en lumière les taux élevés de violences liées au genre et de violences sexuelles. Cela souligne le manque de réponse du secteur de la santé face aux violences sexuelles et l'urgence du problème. [42]

4.1.2 Les réponses humanitaires

L'aide apportée par l'ONU et par d'autres organismes aux résidents des camps de réfugiés de Kissidougou et N'Zérékoré comprenait des soins de santé mentale et d'aide en traumatologie. On pense notamment au programme psychosocial pour les survivants du Liberia et de la Sierra Leone du Centre pour les Victimes de la Torture (CVT) aux États-Unis de 1999 à 2005. Ce programme a fait appel à des conseillers para-professionnels supervisés en interne par des cliniciens expatriés afin de répondre aux symptômes traumatiques à travers un modèle de conseil de groupe basé sur les relations. Ce modèle a emprunté à la fois des pratiques occidentales et indigènes. Ces groupes ont incorporé des formes de communication traditionnelles telles des contes, de la musique et des chansons, des symboles et des rituels guérisseurs [50].

Suite aux événements de septembre 2009, des partenaires internationaux ont financé certaines interventions, dont la formation en soins médicaux et psychosociaux des équipes médicales dans des cliniques pour femmes et enfants ainsi que des soutiens juridiques pour les victimes de violences politiques [58]. On pense notamment au projet RESPOND dirigé par des organismes guinéens et USAID. Le projet a permis de proposer des soins médicaux et un soutien psychosocial aux femmes et a travaillé au développement de capacités en matière de gestion des violences liées au genre dans le secteur sanitaire et avec les organismes partenaires. Ce projet a identifié un problème d'incohérence dans les réponses apportées aux violences sexuelles dans le secteur sanitaire et a cherché à régler ce problème. [42]

Des efforts ont également été réalisés afin d'enrayer les tensions ethniques et communautaires en GF en favorisant la prévention à l'encontre des conflits intercommunautaires et la sensibilisation aux droits de l'homme. [58]

4.2 Expériences concernant la crise du virus Ebola de 2014-2015

Le virus Ebola se transmet par le contact avec les fluides corporels d'une personne infectée et peut se traduire par des fièvres soudaines, des céphalées, des douleurs articulaires et musculaires, des états de faiblesse, de la diarrhée, des vomissements, des éruptions cutanées, des dysfonctionnements d'organes, des hémorragies internes et la mort [49]. L'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest à la fin de l'année 2013 est devenue l'épidémie la plus importante de la maladie et a posé de sérieux défis auxquels les systèmes de santé publique locaux, sous pression, n'étaient pas préparés. La Guinée, le Liberia et la Sierra Leone ont été les pays les plus durement affectés. Quelques cas ont également été recensés au Mali, au Nigeria et au Sénégal ainsi qu'aux États-Unis et dans certains pays d'Europe. La GF était l'épicentre de l'épidémie et le ministère de la Santé a officiellement déclaré la situation d'épidémie le 22 mars 2014. Des événements ultérieurs ont révélé comment les facteurs politiques, culturels et économiques ont joué un rôle important dans la propagation du virus. Des leçons importantes à tirer pour les interventions en cours et pour un éventail plus large d'interventions futures.

4.2.1 Prévalence

Des épidémiologistes ont situé les origines de l'épidémie à Guéckédou, en GF. [49] Contrairement aux précédentes épidémies en Afrique Centrale et en Afrique de l'Est, le virus s'est rapidement propagé dans une zone étendue à l'intérieur de la Guinée et au-delà de ses frontières, une conséquence de l'importante mobilité de la population, des échanges avec les pays voisins, des visites régulières de réseaux familiaux étendus et des traditions de transport des corps des défunts jusqu'à leur ville natale, toutes ces habitudes font partie du quotidien des populations de la GF. [35] Au 2 août 2015, 3 327 cas confirmés et 452 cas probables d'infection avaient été identifiés en Guinée et le virus Ebola était déjà responsable de la mort de 2 522 personnes. [66] Le taux de létalité général de cette souche du virus Ebola (EBOV-Z) est estimé à 60-90%. [49] Au moment de la rédaction de ce rapport, le nombre de nouveaux cas rapportés par l'OMS avait grandement diminué et des essais de vaccins expérimentaux montraient des résultats prometteurs [27], mais le contrôle des contacts restait en vigueur.

4.2.2 Réponse politique et humanitaire

Les services gouvernementaux et les services d'aides proposés

Médecins sans Frontières (MSF) et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), en travaillant conjointement avec les professionnels de la santé guinéens, ont joué un rôle important dans les apports de soins aux patients atteints du virus Ebola et ont permis de ramener l'épidémie sous contrôle. MSF a notamment évoqué son inquiétude très tôt, mais a rencontré une résistance à accepter de recevoir de l'aide venant de l'étranger. Néanmoins, le système de santé guinéen sous-financé, comme d'autres systèmes de santé dans la région, a éprouvé des difficultés dû au fait qu'il ne disposait pas des ressources ni de l'expertise nécessaires pour répondre rapidement et efficacement à l'épidémie. MSF a formé les équipes de santé locales aux mesures d'autoprotection, d'administration de soins sûrs et d'enterrements sûrs. [35, 39]

Rapidement, les équipes en première ligne de MSF ont été finement divisées pour être réparties et couvrir des zones étendues. La rareté des connaissances expertes a conduit MSF à envoyer des coordinateurs en Guinée qui n'avaient suivi que deux jours de formation intensive à propos du virus Ebola. La réponse des organisations multilatérales n'a été apportée que lorsque l'épidémie était déjà à un stade avancé [39]. L'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré l'état d'« urgence de santé publique de portée internationale » le 8 août 2014 et l'ONU a établi la première mission de santé des Nations Unies en septembre, avec la création de la Mission de réponse urgente au virus Ebola des Nations Unies (UNMEER) [35]. Ces avancées ont permis un apport plus important de la part de la communauté internationale. MSF a joué un rôle important en préconisant une aide internationale et en formant le personnel de nombreuses autres ONG et organisations. [35]

De nombreuses mesures ont été prises afin de mieux contrôler l'épidémie:

- L'isolation des patients infectés et l'apport de soins dans les Unités de traitement du virus Ebola (UTE)
- Des explications concernant les procédures d'enterrement sûres et l'encouragement à les appliquer afin de minimiser les risques d'infection lors de la préparation du corps
- Des campagnes de sensibilisation au mode de transmission du virus au sein des communautés
- La surveillance de la maladie et la désinfection des sites de transmission potentiels
- La recherche des personnes en contact avec la personne infectée afin de contenir la maladie
- La mise en place de politiques qui visent à garantir que les soins de santé pour les autres maladies se poursuivent tout en contrôlant les risques de transmission du virus Ebola au sein des structures médicales. [19, 35]

Le soutien psychosocial proposé à certains endroits pendant l'épidémie provenait des ONG dont la coordination des activités était souvent limitée. Une proposition datant de mai 2014 qui consistait à former les professionnels de la santé aux soins psychologiques parallèlement à leur rôle dans la lutte contre le virus Ebola n'a pas été développée. [1, 21] Toutefois, alors que la réponse contre le virus Ebola se développait, une plus grande importance était accordée au développement de capacités en matière de sensibilisation aux premiers secours psychologiques au sein du personnel de santé et de travail communautaire. [par ex., 64] Une attention particulière a été apportée au soutien psychosocial pour les enfants. L'UNICEF a aidé au développement d'activités récréatives et ludiques, de formations des leaders communautaires et de la Stratégie Nationale en matière de SMSPS pour les Enfants et les Communautés. [56]

Problèmes dans l'apport d'aide

Contrairement aux populations touchées par les précédentes épidémies du virus Ebola, de nombreux habitants de GF sont très mobiles. C'est pourquoi le virus s'est propagé rapidement se transformant ainsi en un défi sans précédent dans la lutte contre les infections. [39]

- Les efforts de réponse à la crise ont dû faire face à de nombreux refus d'obtempérer et parfois même à de violentes résistances. Les individus infectés étaient parfois cachés des forces de réponse à la crise ou évitaient l'aide médicale. Certains villages en Guéckédou ont bloqué leurs routes et coupé des ponts afin d'empêcher les équipes de réponse à la crise d'y accéder. Au plus haut de l'épidémie, le CICR a rapporté dix attaques contre ses volontaires en un mois. Ces assauts se sont parfois révélés fatals, notamment à Womey où 8 personnes sont décédées [23]. Les analyses de la réponse apportée à la crise ont noté des erreurs commises qui ont contribué à ces réactions :
- Les stratégies de communications publiques se sont initialement basées sur les expériences des précédentes épidémies en République Démocratique du Congo (RDC) où les populations connaissaient déjà la maladie et où les conditions sociopolitiques étaient différentes. Ces stratégies se sont révélées inadaptées à la Guinée. [3] Les experts nationaux et internationaux à la tête des efforts de secours ne connaissaient pas les pratiques culturelles et sociales locales. [20]
- Les premières communications publiques disaient qu'il n'y avait pas de remède et parlaient de « centres d'isolation ». Les gens ont commencé à être plus réceptifs lorsque le message a changé pour insister sur la possibilité de survivre à la maladie et a opté pour le terme « centres de traitement ». [3]
- Une réponse initiale lente de la part du gouvernement et quelques premières promesses brisées ont alimenté des doutes concernant l'engagement extérieur dans la protection des communautés. [3]
- La réponse du gouvernement a largement contourné les institutions de gouvernance sanitaire locales existantes, provoquant de la confusion et rendant les réponses communes plus difficiles. [39]
- Les mesures de contrôle ont été établies sans consultation adéquate, explication ou prise en compte des coutumes et sensibilités locales. L'identification des inquiétudes des familles et des communautés, en particulier concernant les pratiques funéraires, n'a pas été menée correctement. Les officiels nommés provenaient souvent d'autres régions et avaient peu de connaissances sur les inquiétudes locales.
- Les comités de surveillance locaux ont souvent échoué à représenter correctement la population ; les différentes communautés se méfient souvent les unes des autres, c'est pourquoi inclure des données importantes de certains villages ne veut pas dire qu'elles inspireront la confiance dans d'autres villages. [5] Des inquiétudes particulières ont été exprimées concernant l'exclusion des femmes (dont les rôles traditionnels leur font courir encore plus de risques de contracter la maladie et qui ont participé à des actes de résistance dans certains villages) [5] et des jeunes (parmi lesquels le mécontentement et la méfiance à l'égard des autorités sont les plus marqués). Les populations se sont mieux adaptées aux mesures de contrôle du virus dans les régions où la participation communautaire était plus inclusive. [3]
- Certains politiques ont tenté de s'approprier la campagne de prévention contre le virus Ebola ; cela

- n'a fait qu'alimenter la méfiance à l'égard des mesures établies. [3, 23]
- Suite à des cas de violentes résistances, des soldats ou des policiers ont escorté les équipes médicales de réponse à la crise jusqu'aux communautés, ce qui a été perçu comme une militarisation de la campagne auprès de la population civile [3].
 - Les capacités des professionnels de santé déjà débordés ont atteint leurs limites avec l'épidémie. Au 5 août 2015, 195 professionnels de la santé avaient contracté la maladie et 99 en sont morts. [57] Certains ont craint que cela n'ébranle encore plus la confiance de la population dans les soins fournis si les professionnels de la santé n'étaient pas capables de se protéger eux-mêmes. [35]

4.3 Croyances et pratiques relatives au virus Ebola

En Guinée, les communautés affectées par le virus Ebola ont dû faire face à une maladie qu'ils ne connaissaient pas, soit une situation très différente des précédentes épidémies en RDC. [12] La GF ayant souffert de marginalisation, de discrimination et de répression dans le domaine des pratiques traditionnelles (voir section 2.2.2), il n'était donc pas surprenant que les habitants de la GF refusent parfois de faire confiance aux informations officielles communiquées à propos du virus Ebola et aux explications concernant les mesures de santé publique entreprises pour le combattre. Cette méfiance explique partiellement pourquoi de nombreux Guinéens ont trouvé d'autres explications à ce qui était en train de se passer. Face aux refus d'obtempérer et aux résistances de la population, les efforts pour combattre le virus Ebola ont rapidement dû prendre en compte les facteurs politiques, sociaux et culturels qui étaient à l'origine de ces explications. Ce n'est qu'après avoir mieux compris ces facteurs que les compagnes sanitaires ont été capables de répondre aux inquiétudes communautaires plus efficacement et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats.

Tous les échecs à se soumettre aux mesures de contrôle n'étaient pas le résultat d'un manque d'acceptation ou d'assimilation des informations officielles. Ce sont parfois des contraintes pratiques qui ont découragé les gens à avoir recours à de l'aide comme l'impossibilité de trouver quelqu'un pour s'occuper de leurs enfants ou des animaux de leur ferme en leur absence ou la peur ne pas pouvoir obtenir les ressources particulières afin de survivre à une période quarantaine. [23] Toutefois, il est clair que les sensibilités politiques profondément ancrées ainsi que les valeurs culturelles ont joué un rôle important dans les difficultés éprouvées par les équipes intervenantes sur la crise du virus Ebola. Les conclusions d'une enquête réalisée auprès de 1 493 individus dans 14 préfectures ont révélé qu'une majorité des interrogés affirmait ne pas connaître les origines du virus Ebola, 21,1 % tenaient pour le responsable le gouvernement et/ou les scientifiques, les politiques, le CICR, MSF et les mineurs [57]. En plus des explications biomédicales concernant l'infection au virus, différents autres types d'explications qui circulent au sein de la population ont été relevés :

Les implications venues de l'étranger : L'histoire de la Guinée en tant que colonie française ainsi que des politiques économiques et projets occidentaux plus récents perçus comme néocoloniaux, ont laissé derrière eux un héritage de suspicion à l'égard des intentions occidentales. Les mesures de contrôle contre le virus Ebola rappellent les internements forcés qu'a subis la population pendant la période coloniale, dans les années 1950 pour des raisons de santé publique (contrôle de la maladie du sommeil) et dont l'évocation éveille la rancune [3]. Certains ont suggéré que le virus Ebola était une création des blancs pour tuer les noirs ou ont accusé MSF et le CICR de propager le virus délibérément.

L'engagement du gouvernement : Les habitants de la GF en veulent depuis longtemps au pouvoir pour leur marginalisation, et beaucoup d'entre eux se sentent discriminés par le gouvernement qui a historiquement été dominé par les groupes ethniques Mandingues et Soussous. Quand le virus Ebola a fait son apparition dans la région, certains ont cru à une attaque contre la population de la région ou à une excuse pour permettre au parti à la tête du pays de repousser les élections locales. [57]

La consommation de viande venant de la forêt : De nombreux Guinéens ont attribué la contamination au virus Ebola à la consommation de viande d'animaux sauvages vivants dans la forêt (les grands singes, par exemple). Il s'agit d'une pratique associée de près aux forestiers (c-à-d la majorité de la population de la GF qui comprend notamment les Tomas et les Guerzés), c'est pourquoi les autres Guinéens ont d'abord cru qu'il s'agissait d'un virus qui ne concernait que ces groupes ethniques. Les interdictions de consommation de viande provenant de la forêt ont donné le sentiment aux forestiers que leurs pratiques coutumières étaient encore une fois persécutées [20], comme elles l'ont été au cours de l'histoire de la marginalisation dont la région et ses habitants ont souffert à cause du gouvernement central.

Le manque d'hygiène : Certains ont attribué l'infection au virus Ebola aux pratiques hygiéniques limitées des personnes affectées comme le fait de ne pas se laver les mains après avoir déféqué. Tout comme les explications basées sur la consommation de viande provenant de la forêt, cette interprétation tend à stigmatiser les personnes infectées, tout en donnant au reste de la population l'impression de ne pas courir de risque. [57]

La sorcellerie : On pense que les sorciers tuent et augmentent leurs pouvoirs magiques ou s'enrichissent, souvent en volant les organes ou le sang des gens. On les suspecte parfois d'être responsables de certains cas d'infection [57].

Les punitions divines : Certains pensent que le virus est une punition de Dieu sur les communautés qui ne respectent pas les règles traditionnelles et les interdictions [57].

La non-existence d'Ebola : Certains prétendent que le virus Ebola n'existe pas. Ils affirment que le virus Ebola était inconnu auparavant et que les cas actuels sont attribuables à d'autres virus connus. D'après cette interprétation, le gouvernement, les organismes internationaux et les sorciers feraient circuler des histoires concernant le virus Ebola qui serviraient leurs propres intérêts. On pense que leur objectif est souvent de persuader les gens de procéder à des tests ou de se faire traiter et que ceux-ci se font alors voler des organes ou du sang. La peur des vols d'organes par les blancs ou par des sorciers n'est pas récente [57].

Il est clair que bon nombre de ces explications sont fortement influencées par la méfiance historique et contemporaine à l'égard des étrangers qui ont souvent influencé des réactions communautaires en réponse au virus Ebola. Ces croyances n'ont pas empêché les personnes qui pensaient que le virus était le résultat d'une action divine ou de sorcellerie d'avoir recours à des soins médicaux, mais il arrivait souvent qu'elles cherchent d'abord, ou exclusivement, de l'aide auprès de guérisseurs traditionnels ou religieux. Cette tendance a été encouragée par les premiers messages de santé publique qui annonçaient qu'il n'existait pas de vaccin ou de remède au virus Ebola, laissant les gens penser qu'ils auraient plus de chance d'obtenir un traitement efficace auprès de sources alternatives.

Indépendamment des explications hasardeuses sur l'émergence du virus, d'autres facteurs ont participé à dissuader ces communautés de se conformer aux avis des professionnels de la santé. Quand le message communiqué par les professionnels de la santé indiquait qu'il n'existait pas de remède, il semblait logique de rester chez soi ou aussi censé de consulter des guérisseurs traditionnels que de se rendre dans des centres médicaux. De nombreuses personnes étaient terriblement effrayées par les CTE. La méfiance à l'égard de la qualité des traitements proposés par le système de santé guinéen, dépassé et à court d'argent, était déjà endémique. Il était fréquemment demandé aux familles des patients d'apporter des contributions financières officieuses pour les soins reçus. [3] Les transfusions sanguines ne sont généralement seulement disponibles que si des parents veulent bien donner leur sang, à moins que les patients soient assez riches pour payer des transfusions sanguines, faisant ainsi du sang une marchandise précieuse. Vues sous cet angle, les craintes répandues à propos des patients des UTE qui seraient tués afin d'extraire leurs organes et leur sang pour les réutiliser ou pour la sorcellerie sont plus compréhensibles. De telles craintes ont été alimentées par certaines pratiques de gestion des cadavres visant à minimiser les risques de transmission du virus. Enfermés dans des sacs mortuaires hermétiques, les morts n'étaient montrés qu'à peu de personnes parmi les proches avant d'être enterrés, parfois

le corps n'était pas du tout montré. Ce manque de visibilité contraste énormément avec les grands rassemblements où l'on peut voir le cadavre à des funérailles normales. Ce contraste s'est traduit par des suspicions de dissimulations de preuves de vols d'organes. [20, 57] Le risque de vols d'organes aux UTE ne semblait pas être un risque qui valait la peine d'être couru alors que les perspectives de guérisons étaient très minces.

Les équipes de contrôle de l'infection et les professionnels de la santé qui se rendaient au sein des communautés inspiraient également la peur. Vêtus de combinaisons de protection, ils vaporisaient les maisons et les autres bâtiments avec du désinfectant, leur apparence pouvant rappeler les masques et les costumes portés lors de rituels traditionnels de malédictions. Les pulvérisations ont parfois été suspectées de servir à infecter délibérément la communauté plutôt que de la désinfecter. Ces peurs expliquent les tentatives de certaines communautés de s'isoler des équipes de réponse à la crise.

4.3.1 Croyances et pratiques funéraires

Les pratiques funéraires traditionnelles ont été source de querelles pendant l'épidémie du virus Ebola. Bien que les rituels funéraires soient différents à travers la Guinée, ils représentent généralement une occasion de rassembler les parents, les amis et les membres de la communauté et de renforcer les liens sociaux, à la fois entre les vivants et avec les morts. Les parents proches lavent et habillent le corps avant de l'exposer au public pour être pleuré. Il est important d'honorer correctement le défunt en rassemblant les gens et en exprimant le sentiment de perte ressenti pour que l'esprit du défunt puisse partir sans regret. Le site de l'enterrement et le positionnement du corps sont des considérations importantes dans les traditions musulmanes et pour les autochtones forestiers. Quand les rites sont correctement exécutés, le défunt parcourt le voyage vers l'au-delà avec succès et devient un ancêtre. Si ce n'est pas le cas, il est possible que le défunt devienne un esprit errant et qu'il punisse les vivants qui l'ont condamné à ce sort en ne le traitant pas avec respect. [20, 23] Ces obligations sont traitées très sérieusement, comme le prouvent les dépenses significatives que font les familles pour les funérailles. [25] Échouer à remplir leurs obligations ne fait pas seulement courir le risque de vexer le défunt, mais est également très mal vu par les autres membres de la communauté. Les échecs à contribuer aux funérailles, à y assister ou à exprimer son chagrin sont parfois perçus comme des comportements propres aux sorciers qui ne respectent pas les liens sociaux normaux entre les gens. [23]

Les recommandations de l'OMS concernant le virus Ebola conseillent de pratiquer des enterrements « dignes et sécurisés » qui respectent les traditions musulmanes et chrétiennes, mais fournissent très peu d'analyse sur les pratiques funéraires animistes qui peuvent exister au sein des communautés guinéennes et qui peuvent varier considérablement d'un endroit à un autre. [23, 62] La déconnexion entre les pratiques coutumières et les procédures d'enterrement sûres en cas d'infection au virus Ebola s'est traduite par des conflits entre les professionnels de la santé et les communautés à de nombreuses reprises. Les mesures de contrôle du virus ont rendu impossible la pratique des rites de toilette intégrale et d'habillage et n'autorisent que les parents proches à voir le corps après la mort. Les sacs mortuaires hermétiques et la traite rapide des morts ont rendu les gens curieux sur ce qui était caché, et inquiets que les défunts n'atteignent pas l'au-delà. Ce n'est pas le sort que quelqu'un souhaiterait pour ses proches et ces pratiques peuvent en plus avoir de graves conséquences comme la malchance pour les communautés qui permettent leur déroulement.

Ces craintes grandissent quand les équipes de réponse à la crise du virus Ebola ne les prennent pas au sérieux, mais elles peuvent être calmées en discutant et en prenant compte des sensibilités culturelles. Ainsi des avancées ont été réalisées afin d'organiser des enterrements acceptables pour les victimes du virus sans compromettre l'aspect sécuritaire :

- La possibilité de joindre des objets et des cadeaux aux sacs mortuaires par l'équipe en charge des enterrements : ceux-ci peuvent aider le défunt à atteindre l'au-delà [5], ou être portés comme cadeaux à d'autres personnes qui sont déjà décédées [43] ;
- Des photos du défunt ont été prises par l'équipe de réponse à la crise avant de placer les corps dans les sacs mortuaires afin de les distribuer aux membres de la famille : ces photos font office de souvenirs et ont permis d'apaiser les rumeurs de mutilation et de démembrement [5] ;
- Une plus grande attention portée aux désirs des familles concernant l'endroit où le corps devrait être enterré [5].

Il n'existe pas de recommandation type qui puisse s'appliquer à l'entière diversité des situations qui peuvent se présenter, c'est pourquoi discuter des inquiétudes locales est souvent essentiel afin de trouver un accord acceptable pour les deux parties [6].

4.3.2 Attitudes sociales et stigmates relatifs au virus Ebola

Guérir du virus ne signifiait pas que les problèmes soient terminés. En Guinée, les réseaux sociaux représentent le filet de sécurité le plus essentiel pour la vie et le bien-être. Les pertes humaines avaient déjà diminué les réseaux sociaux, mais certains survivants du virus Ebola se sont aussi rendu compte qu'ils n'étaient pas immédiatement acceptés dans leurs anciennes communautés. La peur d'une infection a sûrement mené à l'ostracisme dans ces cas-là ; les nombreuses associations faites entre le virus Ebola et la sorcellerie, les conspirations occidentales et les mauvaises intentions du gouvernement peuvent également avoir rendu les survivants suspects auprès des autres membres de la communauté. La réintégration peut s'avérer encore plus compliquée quand les survivants retrouvent leurs maisons et leurs biens brûlés par mesure préventive contre une infection, les laissant potentiellement démunis [7].

4.3.3 Les besoins en soutien psychosocial relatifs à l'épidémie du virus Ebola

L'impact psychosocial du virus Ebola a été significatif. Il existe parfois des besoins particuliers en soutien psychosocial :

- Au moment du diagnostic et par la suite, pour les personnes infectées et pour les membres de leurs familles qui vont peut-être souffrir de peur, de tristesse et de difficultés à gérer les stigmates et la marginalisation au sein de leurs communautés ;
- Au cours du processus de deuil suite au décès, en particulier à cause des perturbations que le virus Ebola a causées aux rituels de deuil traditionnels qui auraient peut-être habituellement aidé à surmonter ce processus ;
- À la suite de la guérison du virus, alors que les stigmates et la peur de l'infection rendent la réintégration à la communauté difficile ;
- Également pour les équipes de réponse à la crise du virus Ebola qui travaillent avec les personnes infectées et avec leurs familles.
- Les interventions d'ordre psychosocial au niveau des communautés peuvent être précieuses afin d'aider à la réintégration des survivants au virus Ebola.

De nombreux survivants se sont retrouvés isolés, conséquence des stigmates de l'infection, des perturbations des réseaux sociaux à cause des pertes humaines et des perturbations subies par les communautés. Une situation qui s'accompagne parfois de conséquences économiques de l'épidémie sur les moyens de subsistance comme la perte d'emploi et des possessions ou de la position précédemment occupée au sein de la communauté, ce qui contribue au déclin de la sécurité économique et de la position sociale [7, 43]. Certains survivants occupent de nouvelles positions auprès d'ONG et participent à la sensibilisation des communautés aux risques posés par l'épidémie en témoignant de leur propre

expérience ; cela leur permet généralement d'obtenir une rémunération et un rôle valorisé. Des groupes de soutien mutuel se sont parfois formés parmi les survivants (par ex. : Association des personnes guéries et affectées d'Ebola en Guinée), ils ne reçoivent pour la plupart que très peu de financements extérieurs, voire aucun.

Au 5 août 2015, l'UNICEF estimait que 5 874 enfants avaient perdu un de leurs parents ou les deux à cause du virus Ebola [60]. L'UNICEF et les ONGs partenaires ont offert une formation en protection de l'enfance et en premiers secours psychologiques, ont organisé des sessions de jeu, des visites de suivi et ont aidé les familles à se réintégrer [59]. Ces ONGs sont Monde des Enfants (MDE), Enfance du Globe, Aide a la Famille Africaine and Action d'Intégration Mères et Enfants. [49]

Au 5 août 2015, 195 cas d'infection au virus Ebola avaient été recensés parmi les professionnels de la santé, dont 99 décès [57]. Ces décès ont alourdi le fardeau que représentaient les angoisses des professionnels de la santé qui, en dépit de leurs efforts, devaient également faire face à l'expérience sans précédent de la perte de bien plus de la moitié de leurs patients [325]. Dans de telles circonstances, les professionnels de la santé peuvent être sujets aux traumatismes et développer eux aussi, d'importants besoins en soutien psychosocial [1, 64].

Le nombre considérable de morts, les dommages causés au tissu social, les pertes économiques, la perturbation des pratiques de deuils traditionnelles et la stigmatisation que l'épidémie a engendrée représentent un défi immense en matière de SMSPS en Guinée.

5. CONCLUSION

Les forces économiques mondiales, les divisions sociales, les inégalités et les effets des conflits violents sont les raisons pour lesquelles le peuple de Guinée a fait face à de nombreux défis concernant son bien-être psychosocial, physique, financier et culturel au cours des dernières années et des dernières décennies. Plus récemment, l'épidémie du virus Ebola a représenté un défi sans précédent pour la santé publique et les ressources et les structures existantes.

De plus, la situation a également révélé qu'il était nécessaire pour le succès des interventions dans les domaines de la santé publique et de la SMSPS, que celles-ci soient basées sur les considérations sociales, politiques et culturelles qui sont sous-jacentes aux perspectives et aux prises de décisions des personnes. Nous avons établi dans ce rapport l'importance d'analyser en particulier les modèles explicatifs des causes et du cours de la maladie et de la malchance à partir desquels la population guinéenne construit ses propres représentations. La coexistence de modèles explicatifs reflète la variété des cosmologies dans lesquelles l'individu se situe et qui le place au sein d'une constellation de relations avec les vivants, les morts, le monde des esprits et la nature elle-même. C'est pourquoi les conséquences de violations de l'ordre naturel, les facteurs étiologiques, les actions des morts, les esprits non-humains (*djinn*s), la sorcellerie, les munitions divines et les expériences de conflits violents peuvent être considérés comme des facteurs étiologiques en cas de maladie.

Les efforts de réponse à l'épidémie du virus Ebola ont connu de nombreux revers et ont fait face à beaucoup de réticence et de résistance de la part des populations locales, car ils n'ont pas réussi à prendre en compte, dès le début, certaines dimensions fondamentales : la méfiance à l'égard du pouvoir en place et des organismes étrangers, la complexité des pratiques spirituelles et sociales et des visions du monde, le besoin d'une collaboration significative et représentative avec un large groupe de membres de différentes communautés et les difficultés pratiques que les mesures de contrôle recommandées posaient souvent aux familles et aux communautés. Il y a néanmoins de l'espoir que des leçons soient tirées qui permette un ensemble de possibilités pour l'avenir : un renforcement de capacité plus soutenus et mieux financés, la consolidation des systèmes en matière de santé et de SMSPS et le redoublement d'efforts afin de proposer des interventions et des soins qui prennent en compte la culture locale. Actuellement, la littérature scientifique qui transpose ces leçons à la SMSPS est limitée, mais la notoriété de la tragédie de l'épidémie du virus Ebola pourrait changer cela.

Les praticiens devraient être conscients des différents modèles disponibles à partir desquels les Guinéens peuvent piocher afin de comprendre la santé, la souffrance et la maladie. Leurs décisions peuvent être influencées par les liens importants qu'ils entretiennent avec leurs familles, leurs communautés, avec les morts, avec Dieu et avec le monde des esprits, mais également par les expériences historiques et contemporaines de l'oppression et de la marginalisation. La Guinée est culturellement diverse et aucune généralisation concernant ces aspects de la vie des Guinéens ne peut être faite pour la population dans son intégralité. Cependant, il convient de reconnaître qu'il existe des considérations communes clés pour les intéressés, bien que celles-ci puissent prendre des formes différentes en fonction des groupes et des secteurs en question. Dans leur travail, les praticiens en SMSPS doivent se préoccuper de ces dimensions constitutives de la vie des populations locales et les respecter s'ils espèrent obtenir les résultats auxquels ils aspirent.

ANNEXES

Annexe 1 : Moteurs de recherche, mots clés, résultats affichés et nombres de sources pertinentes pour le processus d'analyse

Nom du moteur de recherche	Mots clés	Date(s)	Résultats affichés	Nombre de sources pertinentes
Google.fr	Guinée (Conakry), santé mentale, maladie mentale, psychologie, psychiatrie, psychosocial	30/05/15 09/07/15	8790	25
	OMS Guinée, santé mentale	09/7/15	34 400 (100 premiers résultats affichés)	12
Google scholar	Guinée (Conakry), santé mentale, psychologie, psychiatrie, psychosocial	15/06/15 25/06/15 09/07/15	51	26
Pubmed	Guinée (Conakry), santé mentale, psychologie, psychiatrie, psychosocial ET Guinée, santé mentale	12/06/2015	0	0
	Guinée Conakry	12/06/2015	99	0
APA psychNET	Guinée	12/06/2015	106	2
PSYCHinfo Medline et Ovid	Guinée Conakry	12/06/2015	0	0
Anthrosource	Guinée et Afrique	03/07/2015	8	1
<i>Social Science and Medicine</i> (Recherche de revue)	Guinée et santé mentale	03/07/2015	228	3
<i>Culture, Medicine, and Psychiatry</i> (Recherche de revue)	Guinée et Afrique	03/07/2015	36	0
<i>Medical Anthropology</i> (Recherche de revue)	Guinée et Afrique	03/07/2015	28	0
<i>Transcultural Psychiatry</i> (Recherche de revue)	Guinée et Afrique	03/07/2015	85	0

LISTE DES RÉFÉRENCES PERTINENTES ANALYSÉES

1. Abaakouk, Z., *Rapport de fin de mission – Évaluation du volet de Santé Mentale et Psychosocial au sein de la réponse à l'épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ébola en Guinée*, Remis le 08 Février 2015, OPS/OMS.
2. Abramowitz, S.A., "The poor have become rich, and the rich have become poor: Collective trauma in the Guinean Languette," *Social Science and Medicine*, 2005; 61: 2106-2118.
3. ACAPS, *Ebola in West Africa: Resistance to the Ebola Response in Guinea*, ACAPS, 2015. URL: http://acaps.org/img/documents/t-acaps_ebola_guinea-resistance-to-ebola-response_24-april-2015.pdf, consulté le 25 juillet 2015.
4. ACAPS, *Guinea : Country Profile, 29th January 2015*, ACAPS, 2015. URL: <http://www.acaps.org/img/documents/c-acaps-country-profile-guinea-29012015.pdf>, consulté le 25 juillet 2015.
5. Anoko, J.N., *La réparation de la malédiction générale suite à l'enterrement d'une femme enceinte avec le bébé dans le ventral une approche anthropologique pendant l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en Guinée*, document ronéoté, 2014. URL: <http://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2015/01/La-réparation-de-la-malédiction-générale-Julienne-Anoko-2014-12-22.pdf>, consulté le 3 août 2015.
6. Anoko, J. N., Epelboin, A., et Formenty, P., *Humanisation de la réponse à la fièvre hémorragique Ebola en guinée : approche anthropologique (Conakry / Guéckédou mars – juillet 2014)*, document ronéoté, 2014. URL: <http://www.crcf.sn/wpcontent/uploads/2014/08/RapportAnokoEpelboinGuinee-JuinJuillet2014Ebola.pdf>, consulté le 15 avril 2015.
7. Anthropology Ebola Response Platform Clinical Trials Working Group, *Anthropology & Ebola Clinical Research*, Ebola Response Anthropology Platform, 2014. URL: http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/anthropology-ebola-clinical-research/, consulté le 10 août 2015.
8. Asare, J.B., et Obot, I.S., *Treatment Policy for Substance Dependence in West Africa: WACD Background Paper No. 8*, West Africa Commission on Drugs, 2013. URL: <http://www.wacommissionon-drugs.org/wp-content/uploads/2013/10/Treatment-Policy-for-Substance-Dependence-in-WA-ASARE-OBOT.pdf>, consulté le 26 juillet 2015.
9. Behrendt, A., et Morgan, J., *Silent Suffering: The Psychological Impact of War, HIV and Other High-Risk Situations on Girls and Boys in West and Central Africa*, Plan International, 2009. URL: <http://www.crin.org/docs/silent-suffering.pdf>, consulté le 26 juillet 2015.
10. Berliner, D., "La féminisation de la coutume: femmes possédées et transmission religieuse en pays bulongic (Guinée-Conakry)," *Cahiers d'Études Africaines*, 2005; 45: 15-38.
11. Booth, D., Leach, M. & Tierney, A., *Experiencing poverty in Africa: perspectives from anthropology. Background paper no. 1(b) for the World Bank Poverty Status Report*, 1999. URL: <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6168.pdf>, consulté le 29 août 2015.
12. Brunnquell, F., Epelboin, A. and Formenty, P., *Ebola, c'est pas une maladie pour rire*. 51 mn 28, Prod. CAPA, 2007. URL: http://www.canal-u.tv/video/smm/ebola_ce_n_est_pas_une_maladie_pour_rire.13710, consulté le 15 août 2015.
13. Cros, M., « Du sida à Ebola: rites de mort à fonction apotropaïque », version écrite d'une communi-

cation présentée au 16^{ième} colloque de la revue *L'autre: Effets de la mondialisation sur la clinique*, Octobre 2014, Lyon.

14. Dedieu, C., et Fodé, C., *Le jeu politique en Guinée: Syndicats et partis politiques à l'heure de la transition démocratique*, communication donnée le 14/12/2014 lors de la « Rencontre Internationale des Jeunes Chercheurs En Etudes Africaines », document ronéoté. URL : http://jcea2013.sciencesconf.org/conference/jcea2013/pages/Camara_Fode_Document_provisoire_RNJCAN.pdf, consulté le 28 juillet 2015.
15. De Fouchier, C., *Evaluation d'un protocole psychothérapeutique associant la psychoéducation, la relaxation et l'EMDR dans la prise en charge des réfugiés victimes de torture d'Afrique Centrale et de l'Ouest*, thèse réalisée sous la direction du Professeur Blanchet, Alain et du Professeur Jehel, Louis, à l'Université de Paris VIII – Vincennes Saint Denis, soutenue le 16 décembre 2013. URL: http://1.static.e-corpus.org/download/notice_file/2524936/DE%20FOUCHIER.pdf, consulté le 3 août 2015.
16. Diallo, A. M., *Usages et images des langues en Guinée*, document ronéoté. URL: <http://www.unice.fr/ILF-CNRS/ofcaf/19/DIALLO.pdf>, consulté le 04 août 2015.
17. Diallo, A., Traoré, M.S., Keita, S.M., Balde, M.A., Keita, A., Camara, M., Van Miert, S., Pieters, L. & Blade, A.M., "Management of diabetes in Guinean traditional medicine: an ethnobotanical investigation in the coastal lowlands," *Journal of Ethnopharmacology*, 2012; 21: 353-361.
18. Eddo, H., *Practices in West Africa to care for children and adults with behavioral, psychological, and mental disorders*, MHPSS, 2013. URL: <http://mhps.net/?get=26/1361886742-Literaturereview-PracticesMHinWestAfricafinal-25Feb.pdf>, consulté le 24 juillet 2015.
19. Epelboin, A., « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies: science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 2009; 78. URL: <http://amades.revues.org/1060>.
20. Epelboin, A., *Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry*, OMS, 2014. URL: hal.archives-ouvertes.fr/hal-01090291/document, consulté le 20 Avril 2015.
21. Epelboin, A., *Ebola en Guinée Conakry*, Production CNRS-MNHN Paris - hôpital sécurisé par MSF, Guéckédou, avril 2014, 30 mn 30, 2014. http://www.canal-u.tv/video/smm/ebola_en_guinee_conakry_hopital_securise_par_msf_gueckedou_avril_2014.14673, consulté le 15 août 2015.
22. Fairhead J., *The significance of death, funerals and the after-life in Ebola-hit Sierra Leone, Guinea and Liberia: Anthropological insights into infection and social resistance*, FMECD (Germany), 2014, document ronéoté. URL: <http://hesp-news.org/2014/11/20/the-significance-of-death-funerals-and-the-after-life-in-ebola-hit-sierra-leone-guinea-and-liberia-anthropological-insights-into-infection-and-social-resistance/>, consulté le 15 novembre 2014.
23. Fairhead, J., *Understanding social resistance to Ebola response in Guinea*, under review, 2015. URL: <http://www.ebola-anthropology.net/wp-content/uploads/2015/04/Fairhead-EbolaASRFinalSubmissionWeb.pdf>, consulté le 30 juillet 2015.
24. Gabail, L., "Performing opacity: initiations and ritual interactions across the ages among the Bassari of Guinea," *Hau*, 2012; 2: 138-162.
25. Gavelle, J., *Ebola en Guinée Forestière: analyse anthropologique des impacts de la Maladie à Virus Ebola (MVE) en Guinée Forestière: société, réponse internationale et moyens de subsistance*, rapport scientifique, 2015.

26. Germain, J., *Peuples de la forêt de Guinée*. Paris: Académie des sciences d'outre-mer, 2008
27. Henao-Restrepo, A.M., Longini, I.M., Egger, M., Dean, N.E., Edmunds, W.J., ... and Røttingen, J.A., "Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial," *Lancet*, online-first 2015, [doi:10.1016/S0140-6736\(15\)61117-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61117-5)
28. Henry, D., "Violence and the body: Somatic Expressions of Trauma and Vulnerability during War," *Medical Anthropology Quarterly*, 2006; 20: 376-398.
29. International Organization for Migration, Etude sur la situation sanitaire et psychosociale des migrants irréguliers de retour en Guinée, IOM, 2011. URL: www.iomdakar.org/docs/sante/rapportfinalguinee/pdf, consulté le 11 août 2015.
30. Kaufmann, A.A., et Ammann, C., *Talking of Differences, Propagating Unity: politics of ethnicity in urban Liberia and Guinea*, Basel Papers on Political Transformations, 2013. URL: http://edoc.unibas.ch/33016/1/Basel_Papers_No_6.pdf, consulté le 26 juillet 2015.
31. Leach, M., Fairhead, J.R., Diallo, A.A., et Millimouno, D., "New therapeutic landscapes in Africa: parental categorical and practices in seeking infant health in the Republic of Guinea," *Social Science and Medicine*, 2008; 66: 2157-2167.
32. Leach, M., *Ebola in Guinea – people, patterns and puzzles*, The Lancet Global Health Blog, mis en ligne le 3 avril 2014. URL : <http://globalhealth.thelancet.com/2014/04/03/ebola-guinea-people-patterns-and-puzzles>, consulté le 01 août 2015.
33. Leblan, V., et Bricka, B., "Genies or the opacity of human-animal relationships in Kakande, Guinea," *African Study Monographs*, 2013; 34(2): 85-108. URL: http://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/179135/1/ASM_34_85.pdf
34. McGovern, M., *Unmasking the State: Making Guinea Modern*. Chicago: Chicago University Press, 2012.
35. Médecins sans Frontières, *Pushed to the limit and beyond: a year into the largest ever Ebola outbreak*. Geneva: MSF, 2015. URL: http://www.msf.org.uk/sites/uk/files/ebola_-_pushed_to_the_limit_and_beyond.pdf, consulté le 18 août 2015.
36. Millimouno, D., Diallo, A., Fairhead, J., et Leach, M., *The Social Dynamics of Infant Immunisation in Africa: The Case of the Republic of Guinea*, Institute of Development Studies, 2006, document ronéoté. URL: <https://www.ids.ac.uk/files/VaccGuineaWP.pdf>, consulté le 2 août 2015.
37. Milner, J., "The Militarization and Demilitarization of Refugee Camps in Guinea," en Florquin, N., et Berman, E.G. (eds.) *Armed and Aimless: Armed Groups, Guns, and Human Security in the ECOWAS Region*. Geneva: Small Arms Survey, 2005
38. Ministère du Plan, *Recherches sur les dynamiques locales des conflits et leurs modes de gestion en Guinée Maritime et en Guinée Forestière: Rapport Provisoire*. Conakry: Ministère du Plan, 2006.
39. Petherick, A. "Ebola in West Africa : Learning the lessons," *Lancet*, 2015; 385(9968): 591-592
40. Phalen, P., *Guinea hospital shows West how to treat mental illness without chains*, Humanosphere, mis en ligne le 1er octobre, 2013. URL: <http://www.humanosphere.org/basics/2013/10/guinea-hospital-shows-west-how-to-treat-mental-illness-without-chains/>, consulté le 18 juillet 2015.

41. Psychology in Africa, *Guinea Mental Health Profile*, 2013. URL: <http://psychologyinafrica.com/profiles/2013/6/23/guinea-mental-health-profile>, consulté le 3 août 2015.
42. RESPOND Project, *Baseline assessment of the readiness of health facilities to respond to gender-based violence in Guinea*. New York: Engender Health/The RESPOND Project, 2012.
43. Sáez, M., Brown, H., et Kelly A., *Notes from Case Zero: Anthropology in the time of Ebola*, Somatosphere, mis en ligne le 16 septembre, 2014. URL: <http://somatosphere.net/2014/09/notes-from-case-zero-anthropology-in-the-time-of-ebola.html>, consulté le 25 juillet, 2015.
44. Salmona, M., « Les violences envers les femmes et les filles: Un fléau mondial encore trop ignoré alors qu'il pourrait être combattu et prévenu efficacement si les causes et les mécanismes de la violence étaient mieux connus, » [En ligne] *Diploweb*, mis en ligne le 7 novembre 2010. URL: <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/article-pour-Diploweb-septembre-2010.pdf>, consulté le 04 août 2015.
45. Sarró, R., "The throat and the belly: Baga notions of morality and personhood," *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, 2000; 31: 167-184.
46. Sarró, R., *The Politics of Religious Change on the Upper Guinea Coast: Iconoclasm done and undone*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2009.
47. Sarró, R., "Map and territory: the politics of place and autochthony among Baga Sitem (and their neighbours)." In Knörr, J. & Trajano Filho, W., eds., *The Powerful Presence of the Past: integration and conflict along the Upper Guinea Coast*. Leiden: Brill, 2010, pp. 231-252.
48. Sow, A., Modèles de soins aux maladies mentaux en milieu rural africain "cas du village thérapeutique de Moriady": expérience d'une organisation non gouvernementale (Fraternité Médicale Guinée) en Guinée, FMG, 2011. URL: http://www.fmg-ong.org/index.php?option=com_content&view=article&id=64:modele-de-soins-aux-malades-mentaux-en-milieu-rural-africain, consulté le 17 septembre 2015.
49. Sow, A., *Situation de la santé mentale et soutien psycho-social en Guinée*, n.d., document inédit.
50. Sow, A., "Accès aux soins des épileptiques en Guinée: enquête sur les obstacles liés au contexte socio-anthropologique et à la disponibilité des médicaments," *Epilepsies*, 2007; 20(1): 38-44.
51. Sow, A., "Santé mentale, comme porte d'entrée à l'installation d'un service de santé de première ligne : une initiative développée en Guinée par Fraternité Médicale Guinée (FMG)," *Santé Conjuguée*, 2011; 56. URL: <http://www.maisonmedicale.org/-Dessine-moi-un-centre-de-sante-.html>, consulté le 4 novembre 2015.
52. Stein, R.A., "What is Ebola?" *International Journal of Clinical Practice*, 2015; 61(9): 49-58.
53. Stepakoff, S., Hubbard, J., Katoh, M., Falk, E., Mikulu, J.B., Nkhoma, P., et Omagwa, Y., "Trauma healing in refugee camps in Guinea: A psychosocial program for Liberian and Sierra Leonean survivors of torture and war," *American Psychologist*, 2006; 61: 921-932.
54. Tamone, R., Ministère de la Santé : les tradi-thérapeutes dénoncent des détournements de fonds, *GuineeActu.info*, 19 août 2015. URL: <http://guineeactu.info/actualite-informations/actualite-informations-generale/5792-ministere-de-la-sante-les-tradi-therapeutes-denoncent-des-detournements-de-fonds-.html>, consulté le 17 septembre 2015.
55. UNAIDS, *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan*

Africa: a literature review, UNAIDS, 2000. URL: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC299-TradHeal_en.pdf, consulté le 17 septembre 2015.

56. UNESCO, *Enfants de la rue, drogues, VIH, Sida: les réponses de l'éducation préventive*, [En ligne]. URL: <http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/enfants.pdf>, consulté le 02 août 2015.
57. United Nations High Commission for Refugees, *UNHCR 2005 Statistical Yearbook*, UNHCR, 2005. URL: <http://www.unhcr.org/4641be530.html>, consulté le 02 août 2015.
58. UNHCR, *Global Report 2004*, UNHCR, 2005.
59. UNICEF, *Les Premiers Secours Psychologiques durant l'épidémie de la maladie à virus Ebola: Soutenir les familles dans les communautés affectées*, UNICEF, 3 Mars 2015.
60. UNICEF, *Guinea: Ebola Situation Report*, mis en ligne le 05 août 2015. URL: http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Guinea_Ebola_Sitrep_5_August_2015.pdf, consulté le 14 août 2015.
61. United Nations Peacebuilding Commission, *Report of the first review of the Statement of Mutual Commitments between the Government of Guinea and the Peacebuilding Commission (September 2011 to March 2012)*. New York: UN General Assembly Security Council, 2012. URL: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=PBC/6/GUI/3, consulté le 21 août 2015.
62. US Department of State, *Guinea: Country Report on Human Rights Practices - 2010*, Dept. of State, 2011. URL: <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2010/af/154350.htm>, consulté le 12 août 2015.
63. World Bank, *World Development Indicators 2013*. Washington, DC: World Bank, 2013. URL: <http://data.worldbank.org>, consulté le 21 août 2015.
64. World Health Organization, *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey*, WHO, 2005. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7916e/9.1.html#Js7916e.9.1>, consulté le 17 septembre 2015.
65. World Health Organization, *Field Situation: How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease*, mis en ligne en octobre 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137379/1/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf, consulté le 16 juillet 2015.
66. World Health Organization, *Mental Health Atlas 2011: Guinea*, World Health Organization, 2011. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/gin_mh_profile.pdf, consulté le 24 juillet 2015.
67. World Health Organization, *Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus ébola*, World Health Organization, 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/139742/2/9789242548846_fre.pdf, consulté le 14 août 2015.
68. World Health Organization, *High Level Meeting on Building Resilient Systems for Health in Ebola-affected Countries, 10-11 December 2014*, WHO, 2014. URL: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/hs-meeting.pdf>, consulté le 16 septembre 2015.
69. World Health Organization, *Ebola Situation Report – 5th August 2015*, WHO, 2015. URL: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-5-august-2015>, consulté le 12 août 2015



CONTACT:

Pour des questions techniques concernant ce rapport, veuillez contacter le docteur Sonali Gupta, Global Mental Health and Psycho-social Officer, International Medical Corps à l'adresse électronique suivante :

sgupta@InternationalMedicalCorps.org.

. Pour les questions techniques, veuillez contacter le docteur Emilie Medeiros, consultante responsable du rapport, à l'adresse électronique suivante:

Emilie.c.medeiros@gmail.com.

International Medical Corps est une organisation mondiale humanitaire à but non lucratif dédiée à sauver des vies et soulager la souffrance grâce à des formation en soins de santé et des programmes de secours et de développement. Fondée en 1984 par des médecins et des infirmiers bénévoles, International Medical Corps est une organisation privé, bénévole, apolitique, et non sectaire. Sa mission est d'améliorer la qualité de vie grâce à des interventions de santé et les activités connexes qui renforcent les capacités locales dans les collectivités mal desservies à travers le monde. En offrant de la formation et des soins de santé aux populations locales et l'assistance médicale aux personnes à haut risque, et avec la souplesse nécessaire pour répondre rapidement aux situations d'urgence, International Medical Corps réhabilite les systèmes de soins de santé dévasté et aide à les ramener à l'autosuffisance.



www.InternationalMedicalCorps.org

HEADQUARTERS
INTERNATIONAL MEDICAL CORPS
12400 Wilshire Blvd., Suite 1500
Los Angeles, CA 90025
PHONE: 310-826-7800
FAX: 310-442-6622

WASHINGTON, DC
INTERNATIONAL MEDICAL CORPS
1313 L Street NW, Suite 220
Washington, DC 20025
PHONE: 202-828-5155
FAX: 202-828-5156