

Article original

Maladie et conflictualité dans la société guinéenne : une analyse socio-anthropologique des violences liées au programme de riposte des épidémies d’Ebola et de Covid-19

Mamadou Sounoussy DIALLO¹*, Gabrielle KOMBA²

*1.Université Général Lansana Conté de Sonfonia

Email : sounoussydiallo80@gmail.com

2.Université Omar Bongo du Gabon Sociologue de la santé,

Email : kombagab@yahoo.fr

Auteur correspondant : sounoussydiallo80@gmail.com

AUM12-0210

Résumé : La Guinée, marquée par une importante diversité ethnique et socioculturelle, possède à une perception de la maladie profondément ancrée dans des croyances locales. Celle-ci n'est pas toujours considérée comme un simple phénomène biologique, mais est souvent attribuée à des forces spirituelles ou à la sorcellerie. Cette conception entre fréquemment en conflit avec les explications scientifiques, générant des tensions communautaires et compliquant les interactions dans le domaine de la santé. Le système de santé guinéen, déjà fragile comme de nombreux systèmes de santé africains, a été sévèrement éprouvé par des crises comme Ebola et la COVID-19. Les programmes de riposte se sont heurtés à des défis socioculturels et politiques, entravant l'accès aux soins. La méfiance et les représentations culturelles ont provoqué une incompréhension et une phobie des causes ou une incompréhension sur les modes de transmission de la maladie, conduisant parfois à une opposition violente entre les communautés et le personnel soignant, et à la stigmatisation des malades. L'objectif central de cette analyse est d'explorer comment la maladie devient un facteur de conflit dans la société guinéenne. Il s'agit de comprendre l'impact des représentations culturelles et religieuses sur les

relations sociales et les réactions qu’elles suscitent. L’étude examine également les conséquences des perceptions erronées sur les politiques de santé publique, notamment l’exclusion sociale des patients. Cette recherche vise à contribuer à l’élaboration de stratégies de gestion des crises sanitaires mieux adaptées aux réalités locales. La méthodologie employée est mixte, avec un accent qualitatif reposant sur des entretiens individuels, de groupe, des histoires de vie et une analyse documentaire critique.

Mots clés : Maladie ; conflictualité ; société ; Programme de riposte ; Guinéenne

Disease and Conflict in Guinean Society: A Socio-Anthropological Analysis of Violence Related to the Ebola and Covid-19 Epidemic Response Program

Abstract: Guinea, marked by significant ethnic and sociocultural diversity, has a perception of illness deeply rooted in local beliefs. Illness is not considered a mere biological phenomenon but is often attributed to spiritual forces or witchcraft. This conception frequently conflicts with scientific explanations, generating community tensions and complicating interactions in the health sector. The Guinean healthcare system, already fragile, was severely tested by crises such as Ebola and COVID-19. Response programs faced sociocultural and political challenges, hindering access to care. Mistrust and cultural representations have led to misunderstanding and phobia regarding the causes of diseases, sometimes resulting in violent opposition between communities and healthcare workers, and in the stigmatization of patients. The central objective of this analysis is to explore how illness becomes a factor of conflict in Guinean society. It aims to understand the impact of cultural and religious representations on social relations and the reactions they provoke. The study also examines the consequences of erroneous perceptions on public health policies, including the social exclusion of patients. This research ultimately aims to contribute to the development of strategies for managing health crises that are better adapted to local realities. The methodology used is mixed, with a qualitative emphasis based on individual interviews, group interviews, life stories, and a critical analysis of the literature on the subject.

Keywords: Disease; Conflict; Society; Response Program; Guinean

Introduction

Le malade et la maladie font souvent l’objet d’une représentation stigmatisante dans de nombreuses sociétés. Cette stigmatisation, comme le note un rapport de l’Institut national de santé publique du Québec (M. Désy: 1), peut affecter l’estime de soi, même

augmenter le risque de problèmes de santé et conduire à un traitement différent et injustifié dans son entourage immédiat et celui de l’espace public. À cet effet, les attitudes et les perceptions “malencontreuses” du malade sur la maladie commencent très souvent au sein de la cellule familiale avant de s’étendre au reste de la société. C’est pourquoi, selon J. Z. M. D. John (1969: 91), « *la réaction de la famille à la maladie et à l’incapacité doit être envisagée parallèlement à la réaction d’autres groupes, dans les mêmes circonstances* ». Dans les sociétés africaines, la maladie n’a pas toujours une origine biologique. Elle peut aussi avoir une origine mystérieuse et divine. C’est dans ce contexte que O. Reveyard (1984 : 144) écrit : « *Le malade subit une volonté qui s’impose à lui ; qu’elle que soit somatique ou psychique, la maladie est le signe d’une faute qui échappe à la conscience de l’acteur social qui est le malade et, en conséquence, à sa culpabilité.* » Ainsi, le traitement suivrait cette dualité (biomédecine / traditionnel). D’un côté, il y a le traitement souhaité ou sollicité par l’entourage du malade. Il peut être dominé par des préjugés et proposer des formes de thérapie inadéquates, et de l’autre, des médecins et des personnages « évolués » qui œuvrent pour un changement de mentalités (M. Y. Sow, 2021:135). Lorsque la maladie est méconnue par la population ou que son apparition coïncide avec une situation socioéconomique et politique délétère, alors toute politique de riposte, de prise en charge et de traitement est quasiment rejetée par les populations. Ce rejet pourrait être expliqué par la différence de logique entre les populations et les acteurs de la mise en œuvre des politiques de riposte, notamment en grande période épidémique et pandémique. Par exemple, A. W. Somparé (2020, p. 4) montrait qu’avec l’avènement de l’épidémie virale d’Ebola, les programmes de lutte ont rencontré des résistances ayant abouti à des affrontements qui ont été violents. Ces affrontements ont eu lieu entre le personnel médical et les populations locales des zones affectées. C’était un affrontement entre deux mondes: modernité et tradition. Le

premier symbolise l'appareil de l'État avec ses cadres ayant des compétences dans le domaine médical et le second représente la société ancrée dans sa valeur sociale et culturelle.

La marginalisation d'un individu ou d'un espace se construit autour de certaines variables socioculturelles propres à chaque société. Les individus selon leur statut de naissance et le fait de porter un handicap physique ou mental peuvent les amener à être marginalisés. Les espaces de détention, de rituel ou d'isolement peuvent aussi conduire à la marginalisation et à la monstruosité (M. Y. Sow, 2021: 138). Les centres de traitements épidémiologiques (CTE) ont exactement eu la même représentation durant le passage de deux maladies épidémiologiques en Guinée. Ces formes de marginalisations peuvent être perçues à travers des éléments physiques comme les malformations congénitales des individus, la couleur de la peau comme c'est le cas chez les albinos par exemple ou par le fait de porter une maladie surtout contagieuse. Dans les sociétés africaines, l'altérité psychophysique peut conduire à une représentation négative. Les maladies, quant à elles aussi, sont pour la plupart des cas un facteur de marginalisation des individus qui les portent. Ce qui relance la problématique de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans le protocole de traitement des maladies. À cet effet, les auteurs comme M. Goldberg et *al.* (2002: 75) parlent d'apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. C'est très souvent le cas des maladies inconnues de la population locale; c'est le cas par exemple des maladies épidémiologiques (Ebola et Covid-19) de ces dernières années. Ces deux maladies s'étaient imposées en modifiant l'ensemble des activités, attitudes et comportements des populations. Elles furent notamment la COVID-19 les plus virulentes de l'histoire de l'humanité (N. Diagne, 2022: 89). En Guinée, ces maladies, en plus de faire de nombreuses victimes par décès

hospitaliers et à domicile, ont aussi conduit à de nombreuses victimes par violence.

La marginalisation ou l'exclusion sociale se produit quand une personne ou un groupe de personnes ont un accès réduit et inégal aux services socioéconomiques de base, aux opportunités ou à l'accès aux infrastructures socioéconomiques essentielles et aux services de base (H. Khafif, N. O. Touhami, 2024 : 586). Elle peut se produire encore lorsqu'une personne ou un groupe de personnes ont moins d'opportunités que le reste de la société. Dans la littérature, les chercheurs distinguent principalement trois types de marginalisation : sociale, économique et politique (LibertiesEU, 2021)¹. Toutefois, A. Stankovich (2020: 1) soutient que « plusieurs groupes marginaux refusent l'exclusion politique, économique ou sociale du milieu dont ils sont l'objet ». De cette protestation peut découler la violence. En Guinée, avec le passage d’Ebola et de la Covid-19, nombreux étaient les malades et leurs parents qui avaient subi l'une des trois formes de marginalisation. Ce qui revient à dire que les personnes porteuses des marqueurs marginaux sont souvent socialement exclues. R. Séchet et D. Zeneidi (2017 : 17) écrivent que « la marge ne peut être dissociée de ses termes dérivés ».

De ce fait, elles ont différents chances/opportunités que les autres. Sur le plan économique, les marginaux n'ont pas les mêmes chances que les autres personnes normales de contribuer à la construction de l'économie locale et nationale mais aussi d'en tirer les avantages de celle-ci. La marginalisation peut aussi toucher le champ politique. Les marginaux n'ont pas souvent la chance de participer au processus de prise de décision dans leurs communautés. On voit donc que ces formes de marginalisation sont

¹ <https://www.liberties.eu/fr/stories/marginalization-and-being-marginalized/43767>

vastes et sont souvent interconnectées. Si une personne est socialement marginalisée pour un quelconque fait (déformation physique, maladie, origine sociale, statut sexuel, etc.), elle a de grandes chances de l’être également d’un point de vue économique et politique.

Les crises sanitaires d’envergure épidémique et pandémique sont des moments où des mesures spéciales sont prises pour limiter la propagation d’une maladie mais aussi ses effets de transmission, de morbidité et de mortalité qui étaient très élevés (Abdoulaye et al. 2021 : 2). En février de l’année 2014, la maladie hémorragique à fièvre Ebola a été déclarée au sud de la Guinée. Puis en mars 2020, le virus SARS-CoV-2, appelé aussi covid-19, a été déclaré en Guinée. Ce virus, le SARS-CoV-2, avait été détecté pour la première fois dans la ville de Wuhan, en Chine, en décembre 2019 (Diallo, M. S. 2023 :230). La propagation du virus a pris une allure spectaculaire, surtout la covid-19. Très rapidement, les capacités diagnostiques initiales et de surveillance de la pandémie par les services hospitaliers guinéens ont été dépassées. Les services hospitaliers ont donc été très tôt débordés. D’où de nombreux malades sont restés dans la nature, constituant de facto, un danger pour la santé publique. Pour maîtriser la chaîne de la propagation et limiter les effets, les autorités guinéennes ont mis en place un dispositif de prévention mais aussi de riposte. La célérité de ce virus voyageur avait amené « les États à adopter plusieurs mesures sanitaires allant des mesures d’hygiène au confinement de la population en passant par l’état d’urgence et le couvre-feu. Cette situation plonge le monde dans une psychose totale et révèle aussi les faiblesses de la nature humaine » (N. Diagne, 2022 : 91). Ce dispositif comprenait : la limitation de la mobilité et de regroupement de personnes, le port des bavettes, le lavage des mains, les enterrements sécurisés, les programmes de vaccination. C’est dans ce sens qu’interviennent les travaux E. Barranca (2022 : 4) qui mentionnent que « les politiques de

préparation aux épidémies menées aux niveaux international et national supposent qu’en anticipant la survenue d’épidémies et en s’y préparant, il est possible de lutter plus efficacement contre ces menaces ». Les forces de sécurité (police et gendarmerie) et de défense (armée) ont été mises à contribution pour faire respecter ces mesures barrières de la politique de lutte contre les épidémies en Guinée. L’application des politiques de riposte ne s’était pas faite avec la baguette magique. Elle s’est bien heurtée à une résistance. Il y a eu résistance des populations vis-à-vis du personnel soignant qui ont pris, comme le note G. Sylla (2022 : 167), « *la forme de disputes, d’évasions, de destruction des équipements des centres et de refus des traitements* ». Tandis que cette résistance a viré à la violence physique entre les populations et les forces de sécurité et de défense réquisitionnées pour appuyer les équipes médicales dans la surveillance épidémiologique.

En période d’Ebola tout comme avec l’éclatement de la pandémie du covid-19, ces politiques de riposte n’ont pas fait l’unanimité chez la grande majorité de la population guinéenne. Cette dernière a vu derrière ces maladies et les politiques de gestion qui les suivent une sorte de manipulation des populations pour des fins politico-économiques. Donc ces supposées manipulations ont souvent mis les populations locales en majorité analphabètes dans une position défensive parfois très agressive. Ainsi, dans les zones où Ebola a persisté, comme Kaback à Forécariah, Womey à N’Zérékoré², des violences, notamment celles physiques, ont été perpétrées contre les équipes de riposte. Pourtant ces équipes médico-sociales étaient dans l’exercice de leur profession. Les agents de sécurité ont riposté avec la dernière énergie. De l’action humanitaire, on se retrouve dans une autre catastrophe humanitaire. Ces violences ont fait des morts, des prisonniers qui

² https://www.bbc.com/afrique/region/2015/02/150217_guineajusitebola

ont été jugés et condamnés ou des fugitifs. Il y a aussi un affrontement entre deux systèmes : la démarche médicale de la santé publique et les valeurs socioculturelles des populations locales. Dès lors, les populations guinéennes ont manifesté des comportements de résistance violente pendant les premiers mois de l'épidémie qui a duré deux ans environ, et de réticence silencieuse par la suite. D'où, selon les travaux D'A. W. Somparé (2019 : 4), la rencontre des opérateurs de la riposte et des populations guinéennes, qui sont porteuses de logiques différentes et souvent contradictoires, est constitutive et révélatrice de la pluralité des identités des acteurs impliqués. Cette pluralité constitue une source potentielle de conflits latents et ouverts. Ainsi, la problématique que cette étude a soulevée est de savoir en quoi les crises sanitaires exacerbent les tensions et conflictualités dans la société guinéenne ? Pour apporter une réponse à cette problématique, la présente contribution a eu pour objectif d'analyser les interactions entre la maladie, les réponses institutionnelles, et les tensions sociales. La méthodologie utilisée s'appuie sur une vingtaine d'entretiens biographiques et d'observations menées durant l'avènement de l'épidémie Ebola et du Covid-19 en Guinée (de 2014 à 2021). Ces entretiens ont été menés auprès des professionnels du secteur médical, des acteurs sociaux (organisations humanitaires) ainsi que d'autres acteurs engagés dans les programmes de ripostes en période de crise sanitaire.

1. Résultats et discussions

1.1. Historique des crises sanitaires en Guinée

Les crises sanitaires ne sont pas nouvelles en Afrique en général et en Guinée en particulier. La littérature sur les pandémies montre que le monde méditerranéen au XIV^e siècle aurait été touché par la peste, qui aurait impacté l'Afrique subsaharienne (C. Chapelain de Seréville-Niel et G. Chouin (2022 : 57). En ce qui concerne les maladies, l'Afrique subsaharienne a une originalité. Elle a une part

encore élevée des maladies en étroite relation avec les écosystèmes chauds et humides comme : le paludisme, la trypanosomiase, la schistosomiase, l’onchocercose, la fièvre jaune, etc. (A. Prost, 2000, p. 15). En Guinée, l’histoire des épidémies est mal connue. Tout de même, on peut retenir avec les travaux de “Cholera Platform” (2018)³ que cette histoire des violences liées aux crises sanitaires remonte aux années 1970 avec les premiers cas de choléra en Guinée. Il faut dire que le choléra, l’Ebola, la Covid-19, Marburg, Lassa, etc. n’ont pas été le premier cas d’épidémie en Guinée. Le pays a bien connu tout au long de son histoire des épidémies comme la fièvre jaune, le choléra, la méningite, la rougeole, le paludisme ou encore la pandémie de VIH/SIDA, etc. Mais ces épidémies avaient été souvent vite maîtrisées. La différence était que ces anciennes épidémies comme le VIH/SIDA tuaient en silence. Alors que les nouvelles épidémies tuent en masse et de manière plus rapide. D’où la peur et la phobie chez les malades et leurs parents.

1.2. Ebola (2014-2016)

C’est en 1976 que la maladie à virus Ebola a été découverte en République démocratique du Congo (Institut Pasteur, 2021)⁴. Toujours selon les données de cet institut, à cette époque baptisé “Ebola” du nom d’une rivière coulant au Congo RD avait fait 280 cas de décès. C’est dans ce pays d’Afrique centrale constitué d’un bassin important que cette maladie virale causée par un virus qui passe des animaux aux humains a été découverte pour la première fois. En Afrique de l’Ouest, c’est en décembre 2013 que cette maladie a été déclarée dans la partie sud-est de la Guinée avant de se propager dans deux pays voisins à cette région (Libéria et Sierra Leone). Selon les chiffres disponibles, est très vite devenue la plus grave de l’histoire. Cette maladie hémorragique à

³ <https://plateformecholera.info/guinee>

⁴ <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/ebola>

virus Ebola était anciennement connue sur le continent africain. De 2014 à 2016, elle a affecté plus de 28 000 personnes avec plus de 11 000 décès [1]. Après la période de pic de la maladie, sa propagation se passe essentiellement par la transmission interhumaine. La mobilité ou la transmission interhumaine du virus demeure très rapide. Avant la covid-19, Ebola a été considérée par les Guinéennes comme étant la plus grave épidémie de l’histoire du pays. Selon les travaux de A. S. Diakité (2014 : 1507) :

« Le système de santé guinéen n’était pas préparé pour faire face à l’épidémie de la maladie à virus Ébola... Cette faiblesse est en lien avec les capacités nationales insuffisantes à couvrir de manière efficace toutes les personnes ayant besoin de protection sociale. L’instabilité politique et les troubles sociaux de ces dernières années ont beaucoup contribué à rendre inefficaces tous les efforts de renforcement des capacités des différents secteurs. »

C’est aussi le point de vue de Maltais (2019), cité par Maltais, S. ; Brière, S. et S. Yaya (2022 : 133), qui affirment que « le cas de la première épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée, entre 2013 et 2016, a mis en exergue les défaillances organisationnelles des institutions guinéennes quant à la gestion de la crise et leur dépendance aux partenaires techniques et financiers internationaux ». Après la déclaration de la fin de la maladie par les autorités guinéennes en 2016, elle resurgit à nouveau dans la collectivité rurale de Gouécké (dans la préfecture de N’Zérékoré) au sud-est de la Guinée au mois de février 2021 (F. Attas et al., 2021 : 70). Contrairement à la première apparition en 2014 où les autorités avaient pris un retard dans la mise en place d’un programme de riposte, avec cette résurgence, elles ont mis en place un système de riposte robuste pour éviter les douloureuses expériences de la première apparition. Ce nouveau système de riposte avait été vite soutenu par les partenaires nationaux et internationaux. Les gouvernements, les organisations de la société civile (OSC), les communautés elles-mêmes et les partenaires au développement se

sont fortement mobilisés pour contrer la propagation de l'épidémie Ebola. Cette mobilisation s'était traduite, selon un rapport de la Commission de l'UE⁵, « *par la mise en place immédiate des mesures de prévention et de contrôle de l'infection, le renforcement de la surveillance épidémiologique, et la mise à disposition des ressources humaines et matérielles pour le traitement des malades* ». L'éclatement de la maladie à virus Ebola avait mis ces acteurs (gouvernements, OSC, communautés et partenaires au développement), notamment les acteurs du système de santé, à rude épreuve. À l'arrivée de cette maladie, il n'y avait de remèdes connus, comme le notait le même rapport de la Commission de l'UE :

« En 2014, la science n'était pas très développée en ce qui concerne la prise en charge médicale de la maladie à virus Ebola. Il n'y avait pas de vaccin, pas de traitement spécifique. Les centres de traitement étaient comme des lieux mythiques, personne ne voulait y aller. Beaucoup de soignants ont fui. Il y avait une psychose totale. »

L'application du protocole thérapeutique lié au traitement de la maladie a donné plusieurs interprétations et représentations de la maladie, dans des centres de traitement et auprès du personnel soignant. La maladie a été perçue comme un complot préparé, orchestré par les puissances occidentales et mis en œuvre en Afrique par leurs « valets » qui ne sont autres que les gouvernements africains. Abordant dans le même sens, M. Roy (2021 : 1) souligne que : « *Les discours accusatoires sont une dynamique récurrente dans l'histoire des épidémies.* » Ainsi, plusieurs expressions péjoratives ont été construites autour de la maladie comme "Ebola business", autrement dit le marchandage de la maladie. Cette péjoration de la maladie se traduisait par les supposés détournements et l'enrichissement rapide des acteurs de

⁵ <https://international-partnerships.ec.europa.eu/news-and-events/stories/se-battre-contre-ebola-en-guinee>

riposte. Ces perceptions ont mis les populations locales sur la défensive et à la résistance face à tout ce qui est en lien avec l'épidémie. Face aux rumeurs et à la désinformation, les équipes des campagnes de sensibilisation pour le respect des mesures barrières et l'acceptation des campagnes de vaccination ont été violemment attaquées.

Dès lors, la désinformation sur les vaccins et les mouvements antivaccins ont pris un ancrage dans une société fortement analphabète et à une époque où le numérique et l'internet contribuent à une circulation rapide de l'information (M. C. C. Gilardin, 2021 : 47). Cependant toutes les informations rencontrées sur internet ne sont pas toujours vérifiées. Les vaccins sont malheureusement la cible fréquente de ces informations fallacieuses appelées plus communément des « infox ». Il convient donc d'être particulièrement vigilants à la propagation des infox et à l'évolution d'un mouvement antivaccin plus radical. Ces violences ont entraîné des cas de meurtre et la riposte des forces de sécurité et de défense a été jugée extrême. Analysant le phénomène de rumeurs et de désinformation, R-M., A. Gnimassou (2012 : 12) estime que ces deux éléments constituent un risque tant pour la réponse face à la crise sanitaire du moment que pour la dynamique des conflits existants.

1.3. Covid-19 de 2019 à 2020 : la réponse des autorités et des communautés (locales, internationales)

En décembre 2020, le monde s'est réveillé sous les effets d'une maladie qui a commencé par une épidémie avant de s'étendre dans le monde entier pour devenir une pandémie : ce fut la covid-19. Selon M. S. Diallo (2023 : 230), après l'éclatement de la maladie, elle a vite atteint les 119 pays et territoires du monde. Après la province de Wuhan en Chine, la maladie s'est éparpillée en traversant les frontières chinoises pour atteindre le reste de l'Asie, de l'Europe, de l'Amérique puis l'Afrique. Elle a été l'une

des maladies les plus meurtrières du siècle. Comme partout ailleurs, la Guinée a connu ses premiers cas de maladie. Conakry, capitale économique, a été la porte d’entrée de la covid-19 par la multiplicité des échanges avec l’extérieur du pays. Ainsi, comme au temps d’Ebola, dès mars 2020, le président Alpha CONDE a institué des mesures barrières obligatoires comme : le port des bavettes, la restriction de mouvement et des rassemblements de foules ainsi que la fermeture de certains lieux publics et même privés : maisons de culte, écoles/universités, hôtels/motels, buvettes, les patrouilles mixtes des FDS, etc. À cet effet, il a indiqué : « *Quand quelqu’un est malade, on est obligé de confiner toute sa famille pour qu’on ne prenne pas de risques* » (OMS, 2021)⁶.

1.4. Déterminants, formes et cartographie des violences durant la période des épidémies en Guinée

Dès le premier cas de décès lié à cette maladie virale, le protocole mis en place pour le traitement de cas de contagion, d’hospitalisation, de décès et d’enterrement, les rumeurs ainsi que les discours prononcés çà et là, souvent portés par les plus hautes autorités du pays, ont fait que les populations ont vu ces autorités comme leurs bourreaux, comme le fait remarquer R. Le Coq (2022 : 111), qui écrit que « *à la suite du décès par Ebola d’un parent, une famille accuse l’État guinéen d’être responsable de sa mort* ». C’est d’ailleurs une forme d’annonce du syndrome de la résistance puis de la violence. Dès lors, la légitimité et la légalité de l’État ont été remises en cause par les citoyens à la base. La Guinée a connu des violences multiformes durant tout son passé. La violence de l’État guinéen par rapport à ces citoyens qui dure depuis son indépendance est devenue incorporée dans leur

⁶ <https://www.afro.who.int/fr/news/covid19-deuxieme-rencontre-du-president-alpha-conde-avec-les-partenaires>

mémoire collective (Fassin, 2006 : 440). La milice populaire et la police économique du régime de Sékou Touré (1958-1984) ont été extrêmement violentes à l’égard de la population. L’avènement et l’implémentation de la démocratie en Guinée de 1990 à nos jours (régime Général Lansana Conté, Moussa Dadis Camara, Alpha Condé, etc.) ont fait trop et toujours de victimes. Cette partie sombre de l’histoire de la Guinée a toujours rendu le peuple méfiant de ses chefs. Ce passé a donc influencé et impacté les programmes de ripostes aux épidémies qui ont sévi dans le pays. Il est donc évident que « *cette histoire passée a affecté le rapport de la population aux institutions d’État, les modes de contestations populaires ainsi que la perception des infrastructures de la riposte* » (R. Le Coq, 2022 : 111). Les épidémies et le mode de leur gestion ont été inscrits et perçus comme une logique guerrière. Tous ces facteurs ont fait que les programmes de riposte contre les épidémies ont été plus violents que prévu. Durant le passage des deux principales maladies épidémiologiques (Ebola et Covid-19), plusieurs localités guinéennes ont connu des violences. Ces violences étaient essentiellement liées à la résistance que les communautés ont opposée aux mesures de lutte. Ces violences étaient aussi dues à la méconnaissance, aux rumeurs, à la méfiance des communautés vis-à-vis de l’État et des acteurs humanitaires.

Tableau 1: Types de conflits durant les deux maladies épidémiologiques en Guinée

Types de	Causes	Conséquences	Acteurs en conflits
Violences politiques et répressions	Instrumentalisation des mesures sanitaires pour réprimer, tensions	Sur le système de santé et la réponse aux épidémies :	<ul style="list-style-type: none"> Communautés Autorités (police/gendarmerie, administrateurs)
Violences socioéconomiques et violences domestiques	Pertes de revenus, restrictions et précarité accrues, chômage, perte de confiance des	Attaques contre les équipes de santé et organisation humanitaires	

Mamadou S. D., G. KOMBA, *Maladie et conflictualité dans la société guinéenne : une analyse socio-anthropologique des violences liées au programme de riposte des épidémies d’Ebola et de Covid-19*

	parents face aux besoins de leur famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propagation rapide des maladies et augmentation du nombre de morts ▪ Baisse de la fréquentation des services de santé ▪ Perte (décès) de personnel de santé 	territoriaux, personnel médical)
Violences aux mesures sanitaires et la méfiance envers l'État	Méfiances envers les autorités, rumeurs, restrictions jugées abusives, refus d'adhérer aux moyens de prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisations humanitaires et d'information (croix rouge, média, etc.) 	
Violences communautaires et funérailles	Opposition en rites traditionnels/religieux et protocole d'enterrement sécurisé édicté par les autorités sanitaires et humanitaires	Violences sociales et psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation des violences basées sur le genre 	
Violences dans les zones industrielles/minières et dans le grand-Conakry	Arrêt du travail, difficultés d'accès aux ressources de survie, tensions économiques, difficultés de mobilité arnaques des forces de l'ordre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismes et stigmatisation des malades guéris, de leurs parents et proches 	

Source : Enquête de terrain, Diallo et Komba, 2024

Les crises sanitaires, par leur singularité et leur interaction avec des structures sociales existantes, sont sociales et politiques. Elles exposent et exacerbent les inégalités socioéconomiques, affectant l'accès aux soins. Ces crises nécessitent des réponses publiques influencées par des dynamiques sociales et institutionnelles spécifiques, ainsi que par la préparation et la légitimité des institutions de riposte (agent, structure de santé, ONG et partenaires au développement). Elles interrogent, comme le notent

R. Crespin et C. Clavier (2022 : 5), les régimes démocratiques en raison des mesures exceptionnelles qu’elles engendrent et des débats publics qui en résultent, souvent marqués par la relation entre connaissances établies et émergentes de la peur. En Guinée, la série de crises sanitaires qui est intervenue entre 2014 et 2020 a engendré une réelle dynamique des tensions sociales. Ce qui dénote, comme le montrent les travaux de S. Duchesne (2023 : 1), que « *la surveillance épidémiologique et le contrôle des épidémies sont des aspects cruciaux de la santé globale contemporaine* ». Toute erreur qui intervient au cours de cette surveillance et de ce contrôle épidémiologique peut déboucher sur une catastrophe sociale, économique et politique. Dans le contexte guinéen, les moments de situation exceptionnelle entraînent toujours des discours, des perceptions et même des représentations sociales stigmatisantes. Par exemple, avec l’avènement d’Ebola, les forestiers (les habitants de la Guinée forestière) ont été perçus comme l’agent causal de la maladie qui a fait du tort à plusieurs personnes. Ils ont été qualifiés de mangeurs (toute sorte d’animaux) de tout et des gens de brousse (A. W. Somparé, 2020 : 17). Les discours et attitudes discriminatoires ont ravivé les tensions.

1.5. Question ethnique en période d’épidémies doublée d’une crise politique

Les moments de crises sont souvent favorables à la violation des droits humains. C’est le cas par exemple de la Guinée au moment des crises sociopolitiques et sanitaires qu’elle a traversées. Durant ces moments d’exception, les autorités détentrices de la force publique se croient tout permis. Ainsi, pour eux, tous leur sont permis. Les épidémies d’Ebola et de covid-19 ont à cet effet suscité de nombreux questionnements ethniques. Pourtant, ces maladies, comme l’a écrit L. Ravez (2022 : 49), « *présentent des spécificités tant en matière médicale qu’éthique. Leur nature parfois aigue, leur contagiosité, le nombre élevé de personnes qu’elles peuvent frapper voire tuer, la problématique de leur traitement et les*

injustices subies par les populations les plus précaires, constituent l'une de ces spécificités. » Ce qui dénote que les vivants sains, les malades ou encore les morts ont des droits. Ils doivent bénéficier du respect de leurs libertés fondamentales. Ainsi, le personnel médical, les autorités à tous les niveaux, les organisations humanitaires, les communautés elles-mêmes ne doivent pas perdre de vue leur responsabilité morale à l’égard des personnes contaminées, de leurs proches et de celles décédées. L’aspect éthique doit être au cœur de la pratique quotidienne de tous les acteurs de la chaîne de riposte. Ainsi, comme l’ont noté les auteurs, *« sans confiance dans l’équipe de la riposte, il était difficile de contrôler la maladie et son éradication a été retardée »* (N. Morisho et al. 2020 : 9). Dans l’application des mesures barrières, le respect de la dignité humaine doit être de mise tant au niveau individuel (patients, parents, personnel soignant, force de l’ordre, humanitaire, etc.). Il doit l’être aussi au niveau collectif (espace public, lieux de culte, de rite, etc.).

1.5.1. Résistance des communautés et recours à la force publique pour l’application correcte des mesures barrières édictées

En Guinée, dans la mise en œuvre des plans et programmes de riposte épidémiologique, les mesures barrières édictées n’ont pas toujours été unanimement accueillies par les populations qui vivaient déjà dans une situation de fragilité économique, politique et sociale sans précédent. Ainsi, la force publique a été réquisitionnée afin de faire accepter obligatoirement ces mesures sanitaires mises en place par les autorités. L’acte de réquisition précise que tout contrevenant doit obligatoirement payer comme amende la somme de 30 000 GNF, soit 46 euros, contre un reçu. Les fonds devraient être versés au Trésor public. La résistance ou le refus de respecter les mesures barrières a été qualifié comme une désobéissance civile. Dès lors, le gouvernement va criminaliser les attitudes déviantes de la population face au respect des

mesures barrières (W. Diouf et S. Landry Faye, 2020 : 11). Plusieurs personnes parmi les récalcitrants ont été arrêtées par la police. Toutefois, les forces de sécurité, notamment la police, en ont fait un fonds de commerce et une façon de rançonner la population déjà frustrée par leurs conditions socioéconomiques délétères et fortement asphyxiée par une double crise : sociopolitique et sanitaire. Comme avec Ebola, en avril 2020, il éclata à N’Zérékoré au sud-est de la Guinée des troubles sociaux liés à l’application disproportionnée des mesures barrières. Deux policiers ayant monté un guet-apens en plein jour ont renversé une femme et un jeune homme sur un taxi-moto. Ces policiers prétendaient que la femme ne portait pas convenablement son masque chirurgical. La femme et le jeune ont été fortement égratignés par le bitume de la voie publique et transportés à l’hôpital. Ce qui a entraîné un accrochage entre les autres jeunes conducteurs et les FDS. Cette attitude des FDS a augmenté le reniement de la maladie et l’a considérée comme un fonds de commerce d’un petit groupe sur le dos du bas peuple.

1.6. Crise sociopolitique et crise sanitaire : la Guinée entre les étau

L’avènement de la covid-19 en Guinée a coïncidé avec un climat politique tendu et s’est détérioré avec l’organisation du référendum, des législatives et de la présidentielle controversée de 2020 (PNUD, 2021 : 25). Ce climat était caractérisé par la volonté du président Alpha Condé de rester au pouvoir en s’octroyant un troisième mandat à travers une nouvelle constitution. Ces opposants ainsi que les acteurs de la société civile s’y étaient opposés parfois avec fermeté. Plusieurs parmi eux vont être arrêtés, emprisonnés à Conakry et en province. D’autres vont même tomber sous les balles des forces de sécurité et de défense déployées pour maintenir l’ordre public. C’est dans ce contexte que la covid-19 est intervenue. Pour maîtriser le rythme de la propagation de la maladie, le président a décrété un état

d’urgence. Cet état d’urgence a été suivi de la mise en place des mesures barrières comme le confinement, l’interdiction de mobilisation et de manifestations sur la voie publique. Ces mesures et le contexte politique ainsi que la situation économique délétère des populations ont contribué à « agacer » et à faire monter la tension sociale. Ainsi, les manifestations anti-confinement et les troubles sociaux contre les coupures de courant sont devenus fréquents dans presque tout le pays. À la mi-mai 2020, des vives tensions éclatent dans plusieurs villes guinéennes contre les mesures anti-Covid-19. Ces violences entre manifestants et forces de l’ordre ont fait environ sept morts dans la zone du Grand-Conakry (Cobakry, Coyah et Dubréka). Le 12 mai 2020, des manifestations anti-confinement mélangées aux troubles sociaux contre la coupure du courant électrique ont fait 7 morts (Le Point, 2020)⁷. Au même moment, dans la région de Boké (précisément à Kamsar), un délestage de courant en plein mois de ramadan dégénère en une violence qui cause le décès d’un manifestant. À ces cas de morts s’ajoute la destruction des symboles de l’État (police et gendarmerie) qui sont accusés par les populations d’usage disproportionné de la force publique et d’armes non conventionnelles en matière de maintien d’ordre. Dans l’histoire de la Guinée, les forces de l’ordre ont la gâchette facile, comme l’indique A. Bah (2020)⁸ :

« Aussi loin que l’on remonte dans l’histoire de la Guinée, il est difficile de trouver une manifestation qui ne se soit pas soldée par une riposte d’une violence disproportionnée accompagnée de morts, ainsi que de graves violations des droits humains et de destructions de biens ».

Cette affirmation est aussi soutenue par les travaux de A. Baldé et V. Petit (2022 : 1), qui écrivent que « la Guinée, depuis son

⁷ <https://www.lepoint.fr/afrique/guinee-le-covid-19-fait-monter-la-tension-sociale...php>

⁸ <https://fr.globalvoices.org/2020/05/25/250769/>

indépendance, est caractérisée par une succession de crises [...] qui freinent la mise en œuvre des programmes de développement en dépit des ressources importantes du pays ». Si la situation politique du pays combinée à celle des exigences des mesures ont fait trop de tensions dans le pays, les raquettes et la maltraitance des citoyens par les forces de l'ordre dans les checkpoints d'entrée et de sortie de Conakry ou des villes de l'intérieur ont envenimé les violences. Pour bon nombre de citoyens, le gouvernement avait instrumentalisé la crise sanitaire et réprimé dans le sang et en bafouant les droits humains. En avril 2021, Agnès Callamard (secrétaire générale d'Amnesty International) tirait la sonnette d'alarme sur les conséquences de la pandémie concernant les droits humains. Pour elle, « la plupart des États ont utilisé ou instrumentalisé le coronavirus ou ont été incapables de gérer son impact sur les populations les plus vulnérables. Le coronavirus a amplifié les inégalités et les discriminations qui étaient déjà sur place (A. Ventura et C. Trillion ; 2021)⁹. Pourtant le respect des droits humains est essentiel quel que soit le contexte, notamment en période de crise sanitaire. Aucune situation exceptionnelle ne doit l'en empêcher. De même, les rumeurs et les erreurs de communication des plus hautes autorités du pays ont donc amené les populations, comme avec Ebola, à prendre position en reniant la maladie et son protocole de traitement préventif et curatif. En effet, dans un entretien, un enquêté qui affirme :

« Il faut préciser que l'interdiction des manifestations politiques comme une des mesures barrières prises par le gouvernement d'alors était perçue par les populations comme une manœuvre politique pour affaiblir les manifestations politiques qui dénonçaient une éventuelle candidature du président Alpha CONDE. Tout cela a contribué à raffermir les ripostes contre les mesures sanitaires et à renforcer les rumeurs qui mettaient en cause les vaccins et l'existence de ces épidémies. »

⁹ <https://www.rtl.fr/actu/international/de-nombreux-etats-ont-instrumentalise-le-coronavirus-selon-agnes-callamard-7900017140>

Ainsi, les mesures et les communications peu professionnelles, surtout en période de crise sanitaire avec des discours va-t’en-guerre des plus hautes autorités, ont accentué la tension sociale dans ce pays d’Afrique de l’Ouest politiquement, économiquement et socialement fragile. La fragilité économique de la Guinée est paradoxale et incompréhensible : *« Malgré d’importantes ressources naturelles, la Guinée fait partie de ces pays où l’état du système sanitaire suscite l’inquiétude face à la pandémie. »* La mise en place de mesures sanitaires (confinement, couvre-feu, etc.) a été rejetée dans le fond et dans la forme. Ce rejet social de ces restrictions était dû à la nature des réponses politiques et sanitaires inédites formulées par les autorités. Ce rejet se traduisait par l’émergence de conflits sous la forme de violence. Dans une analyse qui met un lien entre les crises sanitaires et politiques, R. Crespin et C. Clavier (2022 : 4), en citant les travaux de Zylberman (2012) écrivent que *« toutes les crises sanitaires sont des crises politiques, ou plutôt toutes les crises sanitaires peuvent devenir des crises politiques »*. Cependant, il y a des épidémies qui n’ont pas forcément abouti à des crises. C’est le cas par exemple du SIDA. R. Crespin et C. Clavier (2022 : 4) expliquent cet état de fait par le *« décalage entre le moment de l’infection et celui de la mort, mais aussi de l’incapacité des autorités scientifiques et politiques à reconnaître la gravité d’une situation frappant d’abord des populations marginalisées et stigmatisées »*. D’ailleurs, ces auteurs qualifient cette maladie *« d’une épidémie à bas bruit »*. Ce qui se comprend bien car elle ne touchait essentiellement que les populations se trouvant dans une situation de précarité. Ce n’est qu’après des années d’activisme et un nombre élevé de décès que le SIDA a été reconnu comme une crise sanitaire d’envergure majeure. En revanche, l’épidémie d’Ebola ainsi que la pandémie de COVID-19 avaient été rapidement identifiées comme une crise politique entre 2014 et 2020.

1.7. Impact des crises sanitaires (d’Ebola et de la Covid-19) sur la société et l’économie guinéenne

Les maladies, quelle que soit leur nature, peuvent avoir un effet ou un impact dévastateur sur la sécurité, l’économie et les systèmes de santé d’un pays ou d’une région touchée. D’abord, elles rendent inactifs les agents de production puis entraînent la fermeture d’entreprises, les restrictions de voyage et des mesures de confinement, la baisse de la production, la hausse du chômage (SESRIC, 2021:3). Les maladies qui prennent l’allure d’une épidémie ou d’une pandémie sont plus dévastatrices. Elles le sont car elles contribuent à l’arrêt de tout le système de production et de transformation. On peut comparer les effets économiques de la pandémie de covid-19 à la Grande Dépression de 1929. La Guinée, après Ebola, c’est la covid-19 et d’autres épidémies moins virulentes qui sont intervenues en mettant l’économie au ralenti par : la fermeture des unités industrielles, la réduction de la fourniture des services, la perturbation des chaînes d’approvisionnement, la baisse drastique de la consommation, l’aversion aux risques des investisseurs et la chute des voyages d’affaires et de tourisme. Le même rapport du ministère de l’Économie et des Finances de la Guinée cité par M. S. Diallo (2023 : 230) précise :

« L’incidence de la pandémie sur les entreprises présentait un visage sombre : 8 entreprises sur 10 ont été négativement impactées par la crise de covid-19 (baisse de leur chiffre d’affaires). Les secteurs comme l’hôtellerie, l’agrobusiness, le transport et la logistique. L’ampleur du choc est telle que 30 % des entreprises formelles ne fonctionneraient qu’à hauteur de 25 % du rythme habituel, 22 % seraient en cessation temporaire d’activités et 4 % auraient même définitivement interrompu toute activité. Les entreprises formelles ont essentiellement souffert de la baisse de la demande, du renchérissement des coûts d’exploitation, des retards de livraison, de la réduction des flux de capitaux et d’investissements ainsi que des difficultés de trésorerie et des problèmes d’approvisionnement en matières premières. Les entreprises ont eu majoritairement recours

aux congés techniques et à la réduction du nombre d'heures de travail. Cependant, certains chefs d'entreprises ont opté pour la réduction des salaires ou le licenciement, entraînant ainsi une incidence majeure sur le revenu des ménages. Dans ce contexte, l'étude révèle une forte dégradation des conditions de vie des ménages, notamment en termes d'alimentation et d'accès aux services sociaux essentiels. Ainsi, une large majorité des ménages n'ont pas pu manger des aliments sains et nutritifs, préférés ou varier leur alimentation, alors que certains ont été obligés de sauter un repas ou d'agir sur la quantité. »

Le dispositif de riposte face aux épidémies a été plus sanitaire et politique que social. Abordant dans le même sens et citant un article de presse de Richard Horton datant de septembre 2020, R. Crespin et C. Clavier (2022 : 5) rapportent qu’avec la covid-19, les gouvernements et la plupart des experts médicaux attribuaient à la situation un cadrage exclusivement épidémiologique et clinique. Autrement dit, ces dispositifs ont manqué dans la prise en compte des inégalités sociales. Un autre impact, non des moindres, de ces épidémies, c’est bien la forte concentration des efforts des autorités vis-à-vis de ces maladies épidémiologiques dont la gravité a effrayé plus d’un et qui ont contribué à l’aggravation des maladies préexistantes, notamment celles chroniques. Ce qui suppose qu’en matière de riposte épidémiologique l’approche de R. Crespin et C. Clavier (2022 : 5) qui suppose les solutions biomédicales seules ne suffisent pas. Il faut impérativement ajouter le cadrage sociopolitique qui peut mieux prendre en compte les disparités sociales ainsi que les perceptions et les représentations sociales de l’écosystème : maladies, établissements et personnels de soins, protocole de traitement, etc.

Conclusion

Cette contribution analyse et explore la manière dont la maladie agit comme un facteur de conflit dans la société guinéenne. Il ressort de cette étude que les crises sanitaires débouchent souvent sur des crises sociopolitiques et économiques, notamment dans les

pays à économie fragile. Ainsi, la Guinée, à l’instar des autres pays de l’Afrique, notamment de la région de l’Ouest, a été éprouvée par la série successive des maladies épidémiologiques. Les maladies (d’Ebola et de Covid-19) ont créé de la psychose et ont entraîné des conséquences importantes sur l’économie, la cohésion sociale, bref la marche du pays vers le développement national. Ces maladies épidémiologiques ont entraîné chez bon nombre de citoyens guinéens : la perte d’emplois, des moyens de subsistance, la diminution ou la réduction des revenus et des violences sociopolitiques entraînant des dégâts humains et matériels. Le passage d’Ebola et de la Covid-19 avait la mise en place séparée des centres de traitement (CTE) où les malades ont été internés de manière isolée de tout contact extérieur. Dès lors, ces centres ont été perçus comme des prisons ou de mouiroirs où sont réunies des personnes en fin de vie. Cette image a donc engendré un traumatisme psychologique très complexe. Les personnes atteintes ou ayant été en contact avec le virus ou un porteur du virus ainsi que les guéris du virus et leurs familles ont été systématiquement rejetées. Les équipes médicales et humanitaires de riposte ont été rejetées et agressées. En retour, les forces de l’ordre ont riposté et semé la terreur en réprimant dans le sens des dissidences et des résistances. Des villages et des villes ont été assiégés et la crise sanitaire s’est transformée en crise politique. Cette transformation est intervenue dans un contexte de crise politique chronique en Guinée. Les politiciens ont perçu en la gestion de la crise une forme d’instrumentalisation augmentant la méfiance entre la population et l’État.

Références bibliographiques

ABDOULAYE, Mariama Baissa ; OUMAROU, Batouré ; MOUSSA, Haladou ; ANYA, Blanche-Philomène Melanga ; DIDIER, Tambwe ; NSIARI-MUZEYI, Biey Joseph ; KATOTO, Patrick et WIYSONGE, Charles Shey (2021). Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l’utilisation des services de santé dans la ville de Niamey: une

analyse dans 17 formations sanitaires de janvier à juin 2020. *Pan African Medical Journal*, 39(159).
<https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.159.282882>

ATTAS, Fanny ; BARRANCA, Eva, BONAMOU ; Germain ; CAMARA, Ibrahim ; CURTIS, Marie-Yvonne ; GROVOGUI, Siba ; HABA, Jacqueline ; KEITA-DIOP, Moustapha ; LE MARCIS, Frédéric ; MARÍ SAEZ, Almudena ; MORIBA, Maomy ; THEA, Jacques Achille et ZOGBELEMOU, Gamey (2021). *Résurgence de l’épidémie d’Ebola dans la région de Nzérékoré, rapport final*. halshs-03410219v1

BALDE, Alhassane et PETIT, Véronique (2022). La Guinée en temps de pandémie : la Covid-19, un élément dans une crise multi-dimensionnelle. In *Acte de la troisième conférence internationale sur la francophonie économique*. Université de Montréal et l’UCAD.

BARRANCA, Eva (2022). *De la préparation à la riposte aux épidémies : Surveillance et santé communautaire après Ebola en Guinée* [Thèse de doctorat, Université de Montpellier].

Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRI). (2021). Impacts socio-économiques de la pandémie de Covid-19 dans les pays membres de l’OCI: Perspectives et défis. Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara - Turquie.

CHAPELAIN DE SEREVILLE-NIEL, Cécile et CHOUIIN, Gérard (2022). Témoins africains de crises sanitaires ? Réévaluation en cours de restes humains d’époque médiévale à Ife et Benin City (Nigéria). *Les Nouvelles de l’archéologie*, (170).

CRESPIN, Renaud et CLAVIER, Carole (2022). Des crises sanitaires aux crises politiques. *Lien social et Politiques*, (88),
<https://doi.org/10.7202/10909784ar>

DESY, Michel (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique. Outil d’aide à la réflexion*. Institut national de santé publique du Québec.

DIAGNE, Ndiouga (2022). La Covid 19 à Dakar (Sénégal). Entre mesures sanitaires, vécu quotidien, traitement médiatique et psychose. *TraHs*, (14).
<https://journals.openedition.org/trahs/4909>

DIALLO, Mamadou Sounoussy (2023). Impact du confinement pendant la crise sanitaire du Covid-19 sur les conditions socioéconomiques des ménages guinéens. *Revue LiLaS (Revue de Littératures, Langues, Langages & Sciences Sociales)*, 7(2).

DIAKITE, Aboubacar Sidiki (2014). L’épidémie à virus Ébola en Guinée, ses conséquences sanitaires et socio-économiques. *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, 198(8).

DIOUF, Waly et FAYE, Sylvain Landry (2020). Engagements citoyens et restauration du paradigme de l’engagement communautaire dans la gouvernance de l’épidémie d’Ébola en République de Guinée. *Face à Face*, (16).
<https://journals.openedition.org/faceaface/1703>

DUCHESNE, Samuel (2023). *Assembler les capacités de surveillance* [Mémoire de maîtrise, Université Laval].

FASSIN, Didier (2006). *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. La Découverte.

GNIMASSOU, Raymond-Marie Augustin (s.d.). Appui à la Gestion des Rumeurs, à la Diffusion d’Informations Fiables et au Renforcement de la Cohésion Sociale en Guinée dans le contexte de la réponse à la COVID-19 et Ébola, rapport d’évaluation finale*. Search for Common Ground.

GOLDBERG, Marcel; MELCHIOR, Maria ; LECLERC, Annette et LERT, France (2002). Les déterminants sociaux de la santé :

apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 20(4). <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1570>

HASSAN, Khafif et OUAZZANI TOUHAMI, Naoual (2024). Les conséquences de l'exclusion socio-économique des jeunes sous la perspective de la croissance inclusive. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 5(7). <https://doi.org/10.5281/zenodo.13002273>

LE COQ, Rubis (2022). C'est l'État qui nous a tués ! : Ebola en Guinée : la mémoire d'une histoire politique violente. *Lien social et Politiques*, (88). <https://doi.org/10.7202/1090983ar>

MALTAIS, Stéphanie (2019). *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d’Ebola en Guinée* [Thèse de doctorat, Université d’Ottawa].

MALTAIS, Stéphanie ; BRIERE, Sophie et YAYA, Sanni (2022). Résilience face aux crises sanitaires : un modèle d'analyse pour mieux cerner la complexité de gestion dans les États fragiles. *Lien social et Politiques*, (88). <https://doi.org/10.7202/1090984ar>

MELANIE Charlotte Chantal Gilardin (2021). Les onze vaccins obligatoires et le rôle du pharmacien d'officine dans la sensibilisation à la vaccination. *Sciences du Vivant [q-bio].dumas-03218383*

MORISHO, Nene, PARK, Sung-Joon, Kalubi, Josepha et LUBULA, Mumbere E. (2020). *La riposte contre la maladie à virus Ebola (MVE) à l'est de la RD Congo Les méandres d'un échec inattendu*. Pole Institut interculturel-Martin.

PROST, André (2000). L'Afrique n'est pas un cas particulier. In M.-É. Gruénais & R. (Dir.), *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine.

RAVEZ, Laurent (2022). Éthique des maladies infectieuses et responsabilité sanitaire. *Droit, Santé et Société*, 65(2-3), 49-54.

REVEYRAND, Odile (1984). Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. *Politique africaine*, 16(1), <https://doi.org/10.3917/polaf.016.0107>

Roy, Mélissa (2021). « Ils sont terrifiés par la médecine occidentale » : Analyse des cadres accusatoires dans les médias sociaux entourant les pratiques funéraires traditionnelles lors d’Ebola. *RESET*, (10). <https://doi.org/10.4000/reset.3190> ²

SECHET, Raymonde, et ZENEIDI, Djemila (2017). De l’étude des marges et marginalités : apports et questionnements de la géographie sociale. In *PUR*. <https://doi.org/10.3917/pur.cande.2017.01.0017>

SOMPARE, Abdoulaye Wotem (2020). La lutte contre l’épidémie d’Ebola en Guinée et les difficultés liées aux identités professionnelles et communautaires. *Sociétés Plurielles*. <https://doi.org/10.46298/societesplurielles.2020.6234>

SOW, Mamadou Yaya (2021). Maladie et conflictualité chez Libar Fofana. In Y. Banhoro & S. Traoré (Dir.), *La problématique de la maladie dans la littérature africaine écrite*. Presses Universitaires.

SOW, Mamadou Yaya (2023). Espace et marginalité Chez Libar Fofana. *ALTRALANG Journal*, 5(2). e-ISSN: 2710-8619

SYLLA Gassim (2022). Préserver la vie biologique contre la société? Analyse des mesures de prévention contre la Covid-19 à Conakry, République de Guinée. *Global Africa*, 1(2), 165-176. <https://doi.org/10.57832/ga.v1i2.30>

STANKOVICH, Alexandra (2020). *Intermarginalité et plurimarginalité : les actions revendicatrices des groupes marginaux, un moteur de changement favorable à l’inclusion* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Rimouski].

Mamadou S. D., G. KOMBA, *Maladie et conflictualité dans la société guinéenne : une analyse socio-anthropologique des violences liées au programme de riposte des épidémies d’Ebola et de Covid-19*

ZACK, John . J. (1969). La réaction du patient et de sa famille en présence de la maladie (Une étude psychologique). *Canadian Family Physician*, 15(2). pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20468353