



# « ON NOUS OUBLIE »

LES EFFETS DURABLES DE LA GUERRE ET D'ÉBOLA SUR LA SANTÉ MENTALE EN SIERRA LEONE

**Amnesty International est un mouvement rassemblant 10 millions de personnes qui fait appel à l'humanité en chacun et chacune de nous et milite pour que nous puissions toutes et tous jouir de nos droits humains.**

**Notre vision est celle d'un monde dans lequel les dirigeants et dirigeantes tiennent leurs promesses, respectent le droit international et sont tenus de rendre des comptes.**

**Essentiellement financée par ses membres et des dons individuels, Amnesty International est indépendante de tout gouvernement, de toute tendance politique, de toute puissance économique et de tout groupement religieux.**

**Nous avons la conviction qu'agir avec solidarité et compassion aux côtés de personnes du monde entier peut rendre nos sociétés meilleures.**

© Amnesty International 2021

Sauf exception dûment mentionnée, ce document est sous licence Creative Commons : Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modifications - International 4.0..

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Pour plus d'informations, veuillez consulter la page relative aux autorisations sur notre site :

[www.amnesty.org](http://www.amnesty.org).

Lorsqu'une entité autre qu'Amnesty International est détentrice du copyright, le matériel n'est pas sous licence Creative Commons.

L'édition originale de ce document a été publiée en

2021

par Amnesty International Ltd  
Peter Benenson House, 1 Easton Street  
London WC1X 0DW, Royaume-Uni.

Index : AFR 51/4095/2021

Version originale : anglais

[amnesty.org](http://amnesty.org)



**Crédit photo de couverture** : Une personne susceptible d'avoir été infectée par le virus Ebola attend devant une tente de fortune que des médecins l'examinent, le 23 août 2014 dans un hôpital public de Kenema (Sierra Leone). © Mohammed Elshamy/Anadolu Agency/Getty Images

**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>1. SYNTHÈSE</b>	<b>4</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>8</b>
<b>3. GUERRE, EBOLA ET SANTE MENTALE</b>	<b>10</b>
<b>4. TEMOIGNAGES DES VICTIMES</b>	<b>17</b>
4.1 LES TRAUMATISMES ENDURES	17
4.2 UNE GRANDE DETRESSE AGGRAVEE PAR LE MANQUE DE SOUTIEN	21
4.3 L'AIDE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE	25
<b>5. OBSTACLES À DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ</b>	<b>29</b>
5.1 MANQUE DE PERSONNEL QUALIFIÉ	31
5.2 UNE PRIORISATION INSUFFISANTE	33
5.3 PROBLÈMES D'ACCES AUX SOINS	35
<b>6. INVESTIR DANS LA SANTÉ MENTALE</b>	<b>38</b>
<b>7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>42</b>

# 1. SYNTHÈSE

Au cours des dernières décennies, la population de Sierra Leone a été exposée à de multiples événements traumatisants, notamment la guerre civile (1991-2002) et l'épidémie d'Ébola (2014-2016), dont les effets se sont cumulés. Le pays est maintenant en proie aux diverses répercussions de la pandémie de COVID-19. Les conséquences de ces événements sur la santé mentale persistent et s'inscrivent dans le long terme. Or, comme dans beaucoup de pays à faible revenu qui ont traversé des conflits et des crises, les services de santé mentale sont loin d'atteindre le niveau requis pour satisfaire les besoins et concrétiser les droits de la population. L'État n'a pas encore réalisé les investissements nécessaires pour tenir ses engagements politiques en matière de santé mentale, outre le fait que le soutien des donateurs est insuffisant.

La santé mentale est un droit humain, un volet essentiel du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il s'agit d'« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». En appliquant cette approche, Amnesty International a étudié l'incidence à long terme de la guerre et d'Ébola sur la santé mentale des personnes qui ont subi un traumatisme en rapport avec ces événements et les obstacles auxquels elles sont confrontées, ainsi que la population générale, pour obtenir une aide en matière de santé mentale et un soutien psychologique de qualité.

Les constatations d'Amnesty International se fondent sur des recherches menées entre novembre 2020 et mai 2021. L'équipe de recherche s'est entretenue avec 55 personnes, dont 25 de nationalité sierra-léonaise ayant été exposées directement à des violences pendant la guerre ou infectées par le virus Ébola, que nous appellerons ici les victimes de la guerre et d'Ébola. Ces personnes résident dans les districts suivants : Kenema, Kono, Port-Loko, Zone Occidentale urbaine et Zone occidentale rurale. Les autres personnes interrogées sont des professionnel-le-s de la santé, des membres d'organisations de la société civile, y compris de la Coalition pour la santé mentale de Sierra Leone, des travailleurs et travailleuses humanitaires internationaux participant à des programmes de santé mentale, des spécialistes de la santé publique et des expert-e-s en santé mentale, des représentant-e-s de l'État et des membres du personnel des bureaux de pays de l'OMS et de la Banque mondiale.

Le 19 avril 2021, Amnesty International a envoyé des lettres résumant ses constatations et demandant des informations y afférentes aux ministères de la santé et de la protection sociale. Au moment de la publication du rapport, l'organisation n'avait reçu aucune réponse.

En Sierra Leone, comme dans bien des pays du monde, il n'existe pas de données à jour sur la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population générale, ce qui constitue en soi une violation des obligations de l'État en matière de droits humains. Cependant, les recherches menées dans de nombreux pays ont toutes mis en évidence les effets négatifs des situations d'urgence sur la santé mentale. Selon les estimations de l'OMS, plus d'une personne sur cinq se trouvant dans un contexte de violences à grande échelle souffre d'un problème de santé mentale. Les professionnel-le-s et les spécialistes de la santé mentale ont expliqué à Amnesty International que, en dépit de la résilience de la population, les besoins dans ce domaine étaient considérables en Sierra Leone.

Néanmoins, les problèmes de santé mentale sont fortement stigmatisés dans le pays, notamment parce qu'ils sont souvent attribués à des causes surnaturelles. Les guérisseurs traditionnels demeurent le premier recours pour de nombreuses familles et, en règle générale, la population a peu de connaissances dans le domaine de la santé. Les politiques de santé publique et les représentant-e-s de l'État, y compris le président de la République, reconnaissent l'importance de la santé mentale et il existe des politiques et des stratégies destinées à améliorer le système national de santé mentale. Cependant, leur mise en œuvre se heurte à de

nombreuses difficultés. En outre, les tentatives visant à abroger et à remplacer la Loi de 1902 relative à la démence, texte discriminatoire remontant à l'époque coloniale, ont accumulé les retards (un examen est en cours).

Aux termes d'un certain nombre de traités régionaux et internationaux qu'elle a ratifiés, la Sierra Leone est tenue de respecter, de protéger et de concrétiser le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Cela nécessite de veiller à la disponibilité, à l'accessibilité, y compris économique, et à l'acceptabilité d'établissements, de biens et de services de santé de qualité, notamment de soins et de traitements en matière de santé mentale. Cela requiert également de reconnaître et de prendre en compte le rôle des facteurs (sociaux, économiques et environnementaux) sous-jacents qui déterminent l'état de santé en ce qu'ils sont essentiels à la santé mentale et au bien-être psychique. Les pays à revenu élevé, quant à eux, ont l'obligation de répondre aux demandes d'aide et de coopération internationales afin de contribuer à la concrétisation progressive du droit à la santé mentale, qui est l'une des composantes du droit à la santé.

Les victimes de la guerre et d'Ébola ont décrit à Amnesty International l'expérience traumatisante, souvent multiple, qu'elles avaient vécue et la détresse dans laquelle celle-ci les avait plongées. Les victimes de la guerre ont vu leur logement réduit en cendres et leurs proches tués, ont été en fuite pendant de longues périodes, craignant pour leur vie, et ont survécu à des agressions violentes, y compris des amputations. « Je les ai suppliés, j'ai dit "s'il vous plaît, épargnez-moi, au nom de Dieu" [...] Ils ont répondu "Ici, Dieu c'est nous, nous décidons si vous allez vivre ou mourir" », a précisé Marie, 57 ans, lorsqu'elle a expliqué que les forces rebelles lui avaient coupé la main gauche à la fin des années 1990.

Les victimes d'Ébola ont dit que leur état de santé était si critique à l'époque qu'elles ignoraient si elles survivraient et qu'elles se souvenaient avoir été entourées de personnes qui se vidaient de leur sang. Certaines ont évoqué l'immense douleur qu'elles ont ressentie à la perte de plusieurs membres de leur famille. « Ils sont morts et j'étais seule pour les couvrir. J'avais une perfusion mais j'ai rampé pour aller leur couvrir leur visage », a déclaré Kaday, 29 ans, au sujet de son hospitalisation aux côtés de quatre membres de sa fratrie, en 2014. Après leur sortie de l'hôpital, de nombreuses victimes d'Ébola ont dû faire face aux conséquences psychosociales car le reste de la population, animée par la peur, les stigmatisait et les discriminait. La crainte répandue d'être infecté et la désinformation contribuaient à perpétuer la stigmatisation.

Les personnes interrogées ont indiqué que, des années plus tard, elles présentaient toujours divers symptômes de détresse qui, selon elles, découlaient du fait qu'elles avaient été exposées à la guerre et à l'épidémie d'Ébola. Parmi ces symptômes, elles ont cité un sentiment de tristesse, des explosions de colère, une irritabilité, des troubles du sommeil et des cauchemars, ainsi que des pensées intrusives. Plusieurs d'entre elles ont évoqué une peur persistante de la mort, en précisant que la pandémie de COVID-19 était un élément déclencheur. « On a toujours l'impression que, parce qu'on a été infecté par le virus Ébola à l'époque, on va mourir prochainement. C'est gravé dans mon esprit et je crois toujours que je peux décéder à tout moment, ça continue à me hanter », a déclaré Titi, 42 ans.

Chez les victimes de la guerre et d'Ébola, l'affaiblissement physique, les douleurs chroniques persistantes et les autres complications médicales continuent de provoquer une grande détresse, et l'impossibilité de s'offrir des soins de santé et des médicaments de qualité ne fait qu'aggraver la situation. La faible disponibilité des dispositifs d'assistance et des prothèses, essentiels pour que les personnes handicapées puissent mener une vie active et indépendante, a également une incidence sur la santé mentale de certaines des victimes interrogées. Les victimes de la guerre et d'Ébola ont déploré la réduction de leurs possibilités de subsistance et ce qu'elles ont qualifié de promesses non tenues des pouvoirs publics en matière de protection sociale. Les spécialistes soulignent que la pauvreté est un facteur de risque important du point de vue de la santé mentale, ce que confirment les témoignages de nombreuses victimes, dont la situation financière catastrophique leur a donné le sentiment d'être abandonnées. « On nous oublie sur beaucoup de plans », a déclaré Mariatu, 40 ans, victime d'Ébola, au sujet de l'État et des organisations internationales qui apportaient leur aide à l'époque.

Immédiatement après leur expérience traumatisante, alors que les services et les ressources manquaient cruellement, certaines victimes ont bénéficié d'un soutien psychosocial et d'autres non. Pendant et après la guerre, l'aide psychologique a été majoritairement dispensée par des religieux musulmans ou chrétiens et par des organisations non gouvernementales (ONG), y compris par des groupes confessionnels. L'appui familial a été crucial pour bien des victimes. L'aide en matière de santé mentale a été plus forte au moment de la crise d'Ébola, selon les témoignages des victimes et d'autres éléments. Cette démarche, pilotée par des acteurs humanitaires et l'État, a notamment consisté à déployer des infirmiers et infirmières spécialisés en santé mentale qui avaient été formés peu de temps auparavant et venaient renforcer le système de santé publique. Plusieurs des personnes interrogées ayant bénéficié de soins de santé mentale et de services psychosociaux pendant ces périodes d'urgence ont insisté sur la valeur de ce soutien, qui a grandement

contribué notamment à ce que les victimes d'Ébola puissent surmonter leur stigmatisation au sein de la société. Cependant, de nombreuses personnes en ont été exclues : sur les 25 personnes interrogées, neuf victimes de la guerre et deux victimes d'Ébola ont déclaré n'avoir reçu aucune aide psychologique, ou une aide minimale, même pendant la période d'urgence.

Après la phase d'urgence, la prestation de services de santé mentale a diminué. Au moment où Amnesty International a réalisé les entretiens, 15 des 25 victimes de la guerre et d'Ébola n'avaient pas connaissance d'une quelconque offre de consultations psychologiques, que ce soit dans des établissements publics ou par des ONG. Certaines victimes ont fait part de leurs préoccupations quant aux services publics de santé mentale, notamment s'agissant du respect de la vie privée et du coût. D'autres estimaient que ces services ne s'adressaient qu'aux personnes souffrant de pathologies mentales « graves ». Les témoignages mettent en évidence l'absence d'interventions psychosociales ailleurs que dans les zones où se concentrent les services, au sein des établissements de soins, tout en soulignant la nécessité de renforcer la confiance à l'égard des services publics et les connaissances de la population en matière de santé mentale. Faute de soins prodigués au niveau local, de nombreuses personnes se sont tournées vers des réseaux de soutien par des pairs. « La seule aide psychologique que nous ayons [...] c'est entre victimes », a déclaré Lansana, 30 ans, victime d'Ébola.

Selon les recherches d'Amnesty International, les interventions psychosociales effectuées dans le cadre de l'action humanitaire pendant la phase d'urgence ont apporté une aide certes importante, mais temporaire. Or, il faut que ces mesures deviennent partie intégrante des services publics pour être pérennes et efficaces à long terme. En Sierra Leone, le manque cruel de soins de santé mentale, tant pour les victimes d'expériences traumatisantes que pour la population générale, persiste. En dépit des efforts consentis pour construire un système de santé mentale qui remonte à plus d'une décennie, il reste des obstacles à lever pour satisfaire les besoins même les plus élémentaires dans ce domaine, et la plupart de ces freins se reflètent dans l'ensemble du secteur de la santé.

Parmi ces obstacles, citons le manque de professionnel-le-s qualifiés dans le domaine de la santé mentale. L'État et les partenaires internationaux ont entrepris de former des équipes de professionnel-le-s de la santé mentale mais le pays dispose actuellement, pour prendre en charge sept millions de personnes, d'un personnel limité, constitué principalement de trois psychiatres et d'une vingtaine d'infirmiers et infirmières spécialisés. Il n'y a pas de psychologues dans la fonction publique. Ces dernières années, l'État et les organisations partenaires ont dispensé un programme de formation et de sensibilisation à la santé mentale à quelques soignant-e-s non spécialistes, ainsi qu'à des travailleuses et travailleurs sociaux, à des guérisseurs traditionnels et à des bénévoles du secteur associatif, mais ces initiatives doivent être plus systématiques et faire l'objet d'un suivi étroit, d'une évaluation et d'une supervision.

Les quelques infirmiers et infirmières spécialisés qui travaillent dans des hôpitaux de district ne bénéficient pas d'un appui suffisant, notamment en ce qui concerne les conditions de travail au sens physique, la protection contre l'épuisement professionnel et les perspectives d'évolution de carrière. Plusieurs paient eux-mêmes leurs frais de transport lorsqu'ils se rendent chez des patients, par exemple. Il y a une pénurie extrême de médicaments psychotropes et ceux-ci ne sont généralement pas achetés par l'État mais donnés par des ONG. En outre, les déclarations et les engagements écrits dans lesquels les pouvoirs publics reconnaissent l'importance de la santé mentale ne se sont pas matérialisés par la création de lignes budgétaires correspondantes.

Globalement, les rares services officiels de santé mentale qui sont proposés demeurent fortement centralisés, et la carence de soins au niveau local est nette. « Nous avons besoin de ce type d'appui et de ce type d'aide psychologique au niveau local pour que les personnes qui ont [subi] des expériences traumatisantes et les personnes qui sont soumises actuellement à un stress de ce genre puissent comprendre que la vie doit suivre son cours, [qu']elles ont une vie et doivent la vivre », a expliqué Amina, l'une des victimes de la guerre ayant fait part de ses préoccupations quant aux frais liés aux consultations à l'hôpital. « Nous voulons des services près de chez nous. Si c'est à proximité, ça aidera des gens. »

Au niveau mondial, seul 1 % de l'aide au développement consacrée à la santé est affecté à la santé mentale, alors que de plus en plus d'éléments soulignent l'importance de tels investissements. Dans le contexte de la Sierra Leone, les spécialistes de la santé mentale et les acteurs de l'action humanitaire et du développement qui travaillent dans le pays ont indiqué à Amnesty International que peu d'appels de donateurs concernaient la santé mentale. Tous les éléments tendent pourtant à démontrer qu'il s'agit d'une approche à courte vue. Par exemple, les infirmières et infirmiers en santé mentale formés et affectés jusqu'en 2013 dans le cadre d'investissements destinés à améliorer le système de santé étatique ont joué un rôle vital pendant l'épidémie d'Ébola, ce qui souligne qu'il importe de renforcer les structures et de réaliser ce travail préparatoire avant les crises. De plus, les équipes de recherche en santé mentale qui expérimentent et mettent en application des interventions fondées sur des éléments factuels ciblant des jeunes touchés par la guerre, par

l'intermédiaire de plateformes telles que les établissements scolaires et les programmes d'emploi ont constaté des améliorations du fonctionnement quotidien de ces individus et de leurs relations interpersonnelles, ainsi que de leur aptitude à gérer leurs émotions.

Bien que la Sierra Leone soit soumise à des contraintes budgétaires et rencontre de nombreuses difficultés, elle doit en faire bien davantage pour améliorer les services de santé mentale afin de remplir à la fois ses obligations en matière de droits humains et ses objectifs de développement. À cet effet, elle doit solliciter explicitement une assistance technique et financière au profit de son système de santé mentale auprès de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et d'autres partenaires régionaux et internationaux, y compris l'OMS. L'un des objectifs essentiels de cette assistance doit être l'élaboration d'un plan ciblé assorti de modalités de financement (il n'existe actuellement aucune ligne budgétaire consacrée à la santé mentale) et d'une stratégie relative aux ressources humaines. Il faut également que l'État demande aux donateurs qui participent aux programmes de santé d'affecter spécifiquement au moins 5 % des fonds aux services de santé mentale. Il doit profiter de l'élan mondial en faveur de la santé mentale dans le contexte de la pandémie de COVID-19 pour rallier l'appui qui lui permettra de mettre en place un système de soins durable.

Compte tenu du temps et des ressources nécessaires pour intégrer pleinement la santé mentale dans le système de santé de base du pays, l'État doit s'efforcer en parallèle, en collaboration avec des partenaires internationaux, d'expérimenter et de réaliser des interventions de santé mentale fondées sur des éléments factuels au moyen des plateformes existantes, comme les unités de soins de base, les écoles et les programmes concernant la nutrition et l'alimentation, la santé sexuelle et reproductive et la prévention des grossesses chez les adolescentes, les moyens d'existence et l'emploi, et la réduction de la pauvreté. Il faut également que les pouvoirs publics accélèrent l'adoption d'une nouvelle législation sur la santé mentale pour remplacer la Loi de 1902 relative à la démence, à la fois discriminatoire et obsolète, en engageant un processus consultatif et participatif auprès de toutes les parties prenantes, y compris les personnes présentant un handicap psychosocial et les organisations de la société civile.

Les donateurs, quant à eux, doivent plaider davantage auprès de l'État pour qu'il apporte à la santé mentale le soutien qu'elle mérite. Ils doivent fournir une assistance technique et financière, notamment appuyer le renforcement des capacités afin que le pays puisse élaborer les programmes de financement et la stratégie en matière de ressources humaines qui sont nécessaires pour résorber les énormes carences concernant l'accès aux services de santé mentale. En augmentant leurs contributions au renforcement du système de santé mentale, les donateurs doivent aussi redoubler d'efforts pour apporter leur concours aux campagnes de sensibilisation visant à lutter contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale. Il est plus que temps de cesser de traiter la santé mentale comme une option et de commencer à l'envisager comme un service essentiel et un droit fondamental.

# 2. MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport se fonde sur des recherches menées par Amnesty International entre novembre 2020 et mai 2021. Il examine l'incidence à long terme de la guerre civile qui a duré 11 ans et ensuite de l'épidémie d'Ébola sur la santé mentale des personnes qui ont subi un traumatisme en rapport avec ces événements. Il s'est également penché sur les obstacles auxquels ces personnes sont confrontées pour obtenir une aide en matière de santé mentale et un soutien psychologique de qualité. Cette recherche s'est basée sur la définition de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui la décrit comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté<sup>1</sup> ».

Au total, l'équipe de recherche s'est entretenue avec 55 personnes, dont 25 de nationalité sierra-léonaise ayant été exposées directement à des violences pendant la guerre (12 personnes) ou infectées par le virus Ébola (13 personnes). Par souci de concision dans le rapport, ces personnes ont été appelées le plus souvent « victimes de la guerre et d'Ébola ». Les victimes interrogées - 16 femmes et 9 hommes - étaient âgées de 28 à 73 ans. Elles ont été contactées par le biais d'associations de victimes et par des responsables locaux. Ces personnes résident dans les cinq districts suivants : Kenema, Kono, Port-Loko, Zone occidentale urbaine et Zone occidentale rurale.

Les autres personnes interrogées sont des professionnel-le-s spécialistes de santé mentale, y compris des infirmiers et des infirmières ; des militant-e-s et des membres d'organisations de la société civile, notamment la Coalition pour la santé mentale de Sierra Leone (ci-après appelée la Coalition pour la santé mentale) ; des travailleurs et travailleuses humanitaires internationaux participant à des programmes de santé mentale ; des spécialistes de la santé publique et des expert-e-s en santé mentale ; des chercheur-e-s travaillant sur la Sierra Leone ou la santé mentale ; des représentant-e-s de l'État ; et des membres du personnel des bureaux de pays de l'OMS et de la Banque mondiale.

Certains entretiens se sont déroulés en anglais tandis que d'autres, dont la majorité des entretiens avec les victimes, ont été menés en krio, mendé et temné avec une interprétation en anglais. Ils ont été réalisés à distance par téléphone, courriel, conversation en ligne et applications de messagerie. Un-e représentant-e d'Amnesty International Sierra Leone était physiquement présent-e pour tous les entretiens avec les victimes.

Les personnes interrogées ont été informées de façon précise des objectifs de l'étude et de la façon dont les données allaient être utilisées. Avant de démarrer l'enquête, elles devaient donner leur consentement éclairé par voie orale. Elles ont également été avisées qu'elles pouvaient ne pas répondre aux questions, arrêter de participer à l'entretien à tout moment et demander que les données collectées ne soient pas utilisées ultérieurement. Les enquêté-e-s n'ont reçu aucune gratification.

Amnesty International a pris des précautions afin d'éviter que les victimes soient confrontées à un nouveau traumatisme au moment de leur entretien. L'équipe de recherche a donné la possibilité aux victimes d'orienter les discussions et a veillé à terminer l'entretien sur des thèmes plus positifs. De plus, les enquêteurs n'ont pas centré leurs entretiens sur les événements traumatiques auxquels les victimes avaient été exposées, mais ont plutôt cherché à discuter de différents sujets. Au début de l'entretien, la victime a été informée qu'elle pouvait arrêter complètement ou prendre des pauses à tout moment. Pendant l'entretien,

---

<sup>1</sup> OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=8D31E91DC568A62FDA08BE9A55CDA6EB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=8D31E91DC568A62FDA08BE9A55CDA6EB?sequence=1) (ci-après OMS, *Plan de santé mentale 2013-2020*).



l'équipe lui a aussi régulièrement demandé si elle souhaitait poursuivre la discussion. Après l'entretien, Amnesty International a fait un suivi pour prendre de ses nouvelles.

Dans un souci de respect de la vie privée et de confidentialité, ainsi qu'en raison de la stigmatisation associée à la santé mentale, les noms utilisés pour désigner les victimes sont des pseudonymes. De surcroît, pour préserver encore davantage leur anonymat, les lieux précisés dans les descriptions font référence aux districts plutôt qu'aux localités, et certains détails permettant une identification ont été omis. L'âge mentionné des personnes interrogées est celui du jour de l'entretien et, dans certains cas, il correspond à des approximations fournies par les personnes interrogées, dont certaines ne disposent pas d'acte de naissance. Les identités de plusieurs personnes interrogées n'ont pas été divulguées, soit parce qu'elles ne sont pas autorisées à s'exprimer publiquement, soit pour ne pas nuire à leur travail.

L'organisation s'est attachée à relayer ce que les victimes ont raconté avoir vécu, notamment comment leur souffrance s'est manifestée. Elle n'a pas cherché à identifier ou classer les troubles mentaux ou psychologiques qui ont pu les affecter. En s'appuyant sur le cadre de santé mentale de l'OMS mentionné précédemment, Amnesty International considère que les répercussions sur la santé mentale concernent les troubles mentaux spécifiques ainsi que la détresse psychologique et les traumatismes de manière plus générale.

Amnesty International a étudié les études réalisées par des chercheurs nationaux et étrangers sur les problèmes de santé mentale en Sierra Leone ou dans d'autres contextes analogues, ainsi que les rapports sur le sujet émanant d'organes des Nations unies et d'autres organismes. Cette revue de la littérature ainsi que des entretiens avec des militant.e.s locaux et des spécialistes internationaux en matière de santé mentale ont servi à étayer la méthodologie et le processus de recherche, ainsi que les conclusions et les recommandations. Enfin ce rapport a été révisé par Theresa Betancourt qui est professeure (Chaire Salem) de *Global practice* (pratique internationale) à la Boston College School of Social Work et directrice du *Research Program on Children and Adversity* (Programme de recherche sur les enfants et l'adversité). Pendant 20 ans, elle a réalisé des recherches sur la santé mentale en Sierra Leone et mené des interventions dans ce secteur. Tous ses commentaires ont été intégrés dans le rapport.

Le 19 avril 2021, Amnesty International a transmis par courrier les principales conclusions de son rapport au ministère de la Santé et de l'Assainissement et au ministère de la Protection sociale en leur demandant certains éclaircissements. Au moment de la publication du présent rapport, nous n'avions pas reçu de réponse.

# 3. GUERRE, EBOLA ET SANTÉ MENTALE

Entre mars 1991 et janvier 2002, la Sierra Leone a connu un conflit armé durant lequel des dizaines de milliers de civils ont été tués, et plus de deux millions de personnes ont été déplacées<sup>2</sup>. La guerre a été le théâtre de violations du droit international humanitaire ainsi que de violations des droits humains et des atteintes à ces mêmes droits qui ont été commises de manière massive à l'encontre des populations civiles. Il s'agit notamment de massacres, d'enlèvements, de viols, d'esclavage sexuel, de mutilations et d'enrôlement et d'utilisation d'enfants pratiqués par toutes les parties au conflit<sup>3</sup>. Ces actes constitutifs de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité ont été perpétrés dans le but délibéré de faire régner la terreur<sup>4</sup>.

La Commission Vérité et Réconciliation (CVR) a été créée dans le cadre de l'accord de paix de Lomé de 1999 pour enquêter sur les atteintes aux droits humains et formuler des recommandations en vue de garantir la paix. Dans ses conclusions, elle a déclaré que la guerre « avait enfreint des règles établies de longue date, ébranlé des traditions si précieuses, bafoué la dignité humaine et déchiré la trame même de la société<sup>5</sup> ». À la fin de son mandat en 2013, le Tribunal spécial pour la Sierra Leone, qui avait vu le jour à la suite d'un accord entre le gouvernement de Sierra Leone et les Nations unies, a condamné neuf hommes dont il avait estimé qu'ils portaient la plus grande responsabilité dans les crimes commis pendant le conflit<sup>6</sup>. Des milliers d'autres personnes soupçonnées d'avoir commis des crimes pendant la guerre n'ont fait l'objet d'aucune enquête et n'ont pas été traduites en justice<sup>7</sup>.

En 2014, alors que la Sierra Leone se relevait avec difficulté de la guerre, une épidémie d'Ébola a frappé l'Afrique de l'Ouest. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'épidémie a fait 3956 morts en Sierra Leone entre mai 2014 et mars 2016 sur quelque 14 124 cas recensés<sup>8</sup>. Déjà fragile, le système de santé a eu du mal à faire face à la situation tandis que des professionnels de santé ont eux-mêmes perdu la vie ;

<sup>2</sup> Leboeuf Aline, "Sierra Leone: List of extremely violent events perpetrated during the war, 1991-2002", Sciences Po, 5 mars 2008, [bit.ly/2MYW9VZ](http://bit.ly/2MYW9VZ)

<sup>3</sup> Voir par exemple, Amnesty International, *Sierra Leone : Human rights abuses in a war against civilians* (Index : AFR 51/005/1995), 13 septembre 1995; Amnesty International, *Sierra Leone. La population civile victime d'atrocités tout au long de l'année 1998* (Index : AFR 51/022/1998), 1 novembre 1998 ; Amnesty International, *Sierra Leone. Viols et autres violences sexuelles dont sont victimes femmes et jeunes filles* (Index : AFR 51/035/2000), 28 juin 2000 ; Amnesty International, *Sierra Leone. Une enfance perdue* (AI Index : AFR 51/069/2000), 30 août 2000.

<sup>4</sup> Voir, par exemple, Human Rights Watch, *Sierra Leone: Getting away with murder, mutilation, rape, New testimony from Sierra Leone*, juillet 1999, [bit.ly/3tpXTaD](http://bit.ly/3tpXTaD) (voir également la synthèse en français à l'adresse suivante : <https://www.hrw.org/legacy/french/reports/sierraleone99/sierraleone.htm>)

<sup>5</sup> Commission Vérité et Réconciliation de la Sierra Leone, *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth & Reconciliation Commission*, 2004, vol. 2, chapitre 2, p. 27, [bit.ly/3vKNuXT](http://bit.ly/3vKNuXT)

<sup>6</sup> Tribunal spécial pour la Sierra Leone – Tribunal spécial résiduel pour la Sierra Leone, [www.rscsl.org/](http://www.rscsl.org/) Lansana Gberie, "The Special Court for Sierra Leone rests – for good", *Africa Renewal*, avril 2014, [bit.ly/3ayq0g7](http://bit.ly/3ayq0g7)

Shahram Dana, "The sentencing legacy of the Special Court for Sierra Leone", *Georgia Journal of International and Comparative Law*, 2014, vol. 11, n° 3, p. 617, [bit.ly/2PT2kwl](http://bit.ly/2PT2kwl)

<sup>7</sup> Amnesty International, *Rapport annuel 2014-2015 : La situation des droits humains dans le monde* (Index : POL 10/0001/2015), 25 février 2015.

<sup>8</sup> Ces données comprennent les cas « suspects, probables ou confirmés » d'Ébola. OMS, *Maladie à virus Ébola : Principaux faits*, 10 février 2020, [bit.ly/33i7HrJ](http://bit.ly/33i7HrJ)

Voir aussi, OMS, *Statement on the end of the Ebola outbreak in Sierra Leone*, 7 novembre 2015, [bit.ly/390VRu3](http://bit.ly/390VRu3)

OMS, *Fin de la résurgence de la maladie à virus Ebola en Sierra Leone*, 17 mars 2016, disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news/item/17-03-2016-who-statement-on-end-of-ebola-flare-up-in-sierra-leone>

des milliers de personnes ont perdu celles et ceux chargés de s'occuper d'elles ; les moyens de subsistance des familles ont été interrompus dans un contexte de quarantaines successives et de peur généralisée ; et les groupes à risque, comme les adolescentes, ont été encore plus marginalisés et maltraités<sup>9</sup>.

Il n'existe pas de statistiques officielles sur la prévalence de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale dans la population générale de la Sierra Leone. Cependant, les études menées dans de nombreux pays ont systématiquement montré que l'exposition à des conflits ou à des situations d'urgence a des conséquences sur la santé mentale, en provoquant des symptômes de détresse et des troubles de santé mentale chez des personnes indemnes jusque-là, ainsi qu'en aggravant l'exposition des personnes souffrant déjà de troubles préexistants<sup>10</sup>. En 2019, l'OMS a mis à jour son estimation de la prévalence des « troubles mentaux » dans les contextes de violence à grande échelle. Elle l'évalue à 22 %, soit plus d'une personne sur cinq, dans les populations concernées. Cette proportion est basée sur des moyennes tirées de 129 études menées dans 39 pays à revenu faible ou intermédiaire, principalement touchés par des conflits, dont la Sierra Leone<sup>11</sup>. Cette dernière estimation de l'OMS, contrairement à la précédente de 2005, n'a pas inclus les catastrophes naturelles. L'OMS a également précisé qu'elle n'avait pas pris en compte les situations d'urgence de santé publique, comme Ébola.

Dans le contexte de la Sierra Leone, plusieurs études menées sur l'impact de la guerre et de l'épidémie d'Ébola sur la santé mentale ont montré la détresse causée par ces événements. Dans les travaux qui ont analysé ces études, il ressort qu'un grand nombre d'entre elles se sont intéressées à des sous-groupes de la population ou au stress post-traumatique<sup>12</sup>. De plus, la plupart des études ont été menées alors que les situations d'urgence étaient toujours en cours, comme juste après la guerre ou pendant l'épidémie d'Ébola. Toutefois, il est important de signaler une étude longitudinale qui a été conduite pendant 15 ans sur l'impact du conflit sur les enfants, garçons et filles, anciennement associés aux forces armées et aux groupes armés (communément appelés anciens enfants soldats)<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Voir par exemple Amnesty International, *Shamed and blamed: Pregnant girls' rights at risk in Sierra Leone* (Index : AFR 51/2695/2015), 6 novembre 2015, p. 10-13.

<sup>10</sup> Voir, par exemple, Amnesty International, *Excluded : Living with disabilities in Yemen's armed conflict* (Index : MDE 31/1383/2019), 3 décembre 2019 ; Human Rights Watch, *Afghanistan: Renforcer les soins de santé mentale*, 8 octobre 2019, disponible à l'adresse suivante : <https://www.hrw.org/fr/video-photos/video/2019/10/08/334450>

Amnesty International, « *Nos coeurs se sont assombris* » : *Les répercussions du conflit sur la santé mentale au Soudan du Sud*, (Index : AFR 65/3203/2016), 6 juillet 2016 ; WHO, *Building Back Better: Sustainable Health Care after Emergencies*, 2013, p. 4, [bit.ly/3twGJcA](https://bit.ly/3twGJcA)

<sup>11</sup> Dans cette revue, l'OMS utilise l'expression « contextes de conflit », mais Amnesty International ne considère pas tous ces contextes de violence à grande échelle comme des conflits armés en soi au sens du droit international humanitaire. Les 129 études examinées par l'OMS ont été publiées entre janvier 1980 et août 2017 ; les populations concernées avaient été exposées à des violences de masse moins de 10 ans avant la collecte des données utilisées dans ces travaux. Les « troubles mentaux » sur lesquels portent les études sont les suivants : dépression, anxiété, stress post-traumatique, trouble bipolaire et schizophrénie. Fiona Charlson, Mark van Ommeren, Abraham Flaxman, Joseph Cornett, Harvey Whiteford, Shekhar Saxena, "New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, 11 juin 2019, [bit.ly/3p0Lege](https://bit.ly/3p0Lege)

<sup>12</sup> Abdulai Jawo Bah, Ayesha Idriss, Maria Paola Bertone, "A scoping study on mental health and psychosocial support (MHPSS) in Sierra Leone", Queen Margaret University's Institute for Global Health and Development, juillet 2018, [bit.ly/39TTS7Q](https://bit.ly/39TTS7Q) (ci-après Abdulai Jawo et al., "A scoping study") ; Rebecca Horn, Simeon S. Sesay, Mamadu Jalloh, Amjata Bayoh, Joan B. Lavally, Alastair Ager, "Expressions of psychological distress in Sierra Leone: implications for community-based prevention and response", *Global Mental Health* (Cambridge), 29 juillet 2020, vol. 7, [bit.ly/36KW2od](https://bit.ly/36KW2od) (ci-après Rebecca Horn et al., "Expressions of psychological distress in Sierra Leone").

<sup>13</sup> Abdulai Jawo et al., "A scoping study" ; Rebecca Horn et al., "Expressions of psychological distress in Sierra Leone".



*Des hommes et des femmes sont arrêtés pour un dépistage, le 25 mai 2014, à l'un des nombreux points de contrôle qui ont été mis en place sur la route entre la capitale Freetown et le district de Kenema dans l'est du pays sur un trajet de 240 km. L'épidémie d'Ébola a détruit la vie des populations et a provoqué des perturbations économiques et sociales dans un contexte de quarantaines répétées et de peur omniprésente. © Ricci Shryock*

Les professionnel-le-s de la santé mentale, les travailleurs et travailleuses humanitaires et les chercheur-e-s interrogés par Amnesty International lui ont expliqué que, en dépit de la résilience de la population, les besoins en santé mentale étaient considérables en Sierra Leone. Ces spécialistes ont cité les effets durables de la guerre et de l'épidémie d'Ébola comme autant de facteurs de stress, aux côtés de la récente apparition de la COVID-19, des catastrophes naturelles telles que la coulée de boue en 2017, de l'omniprésence de la pauvreté et des conditions socio-économiques difficiles dans un pays qui se classe 182<sup>e</sup> sur 189 pays et territoires selon l'indice de développement humain<sup>14</sup>. Parmi les pathologies que ces spécialistes ont déclaré voir couramment figurer les psychoses, la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique et les pathologies liées à la consommation de drogue<sup>15</sup>. Ils ont décrit des symptômes associés affectant le fonctionnement quotidien et les relations interpersonnelles. Il s'agit notamment de réminiscences des actes subis, de troubles du sommeil, de cauchemars, de problèmes de mémoire, de mauvais sommeil, de difficultés de concentration, d'irritabilité, d'agressivité et d'évitement des souvenirs associés à un traumatisme (tels que des pensées, des sentiments, des personnes et des lieux<sup>16</sup>).

Plus généralement, la stigmatisation associée à la santé mentale reste omniprésente, ce qui conduit souvent à des atteintes aux droits humains contre les personnes souffrant de détresse psychologique et de troubles de la santé mentale, ou de celles qui sont perçues comme telles. Les mythes populaires relatifs à la santé mentale consistent notamment à attribuer ces troubles de santé à la sorcellerie et à les percevoir comme une punition infligée pour de mauvaises actions. Les victimes et les professionnel-le-s de la santé mentale ont indiqué que les personnes présentant des symptômes de détresse étaient parfois désignées avec des termes péjoratifs. Le terme de « fou » est parfois utilisé, tout comme les professionnels de la santé mentale sont appelés « docteurs pour les fous <sup>17</sup> ». Un responsable humanitaire en Sierra Leone, spécialisé dans la santé mentale, a déclaré à Amnesty International : « La stigmatisation est transversale ; elle n'est pas seulement présente au sein de la population, mais aussi lorsque vous vous adressez aux personnes en position d'autorité [...] lorsque vous parlez d'intégrer les services [de santé mentale] aux autres [services]<sup>18</sup> ».

<sup>14</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; PNUD, *Human Development Report 2020: Sierra Leone*, [bit.ly/3oSFxMY](https://bit.ly/3oSFxMY)

<sup>15</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>16</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>17</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>18</sup> Entretien téléphonique, 30 novembre 2020.

Des activités de plaidoyer et un dialogue soutenu entre les organisations de la société civile et le gouvernement ont permis d'obtenir quelques succès, notamment l'interdiction de l'enchaînement dans l'hôpital universitaire psychiatrique de Sierra Leone récemment rénové depuis 2018<sup>19</sup>. Mais cette pratique, par exemple, persiste dans des contextes informels ; pratiquement tous les spécialistes de la santé mentale et les chercheurs interrogés par Amnesty International ont déclaré avoir été témoins de cas d'enchaînement dans des foyers et dans des centres de guérison traditionnels ou religieux<sup>20</sup>. Il est nécessaire de fortement sensibiliser le public à la santé mentale et de mettre en place des mécanismes de suivi efficaces, d'autant plus que les personnes qui cherchent des soins de santé mentale ne se tournent vers des structures officielles que lorsque les symptômes sont déjà sévères. Ce sont les guérisseurs traditionnels et les centres à caractère confessionnel qui restent le premier recours pour un grand nombre de personnes<sup>21</sup>.

Le Paquet national de services de santé essentiels traite de la santé mentale dans son programme. Celui-ci est le document-cadre qui oriente la mise à disposition des services de soins de santé et leur amélioration. La santé mentale est également un enjeu qui est intégré dans d'autres programmes et politiques tels que les stratégies de réduction de la pauvreté<sup>22</sup>. Ces dernières années, le gouvernement a lancé et révisé des politiques nationales et des plans stratégiques consacrés spécifiquement à la santé mentale. Il a également nommé un-e coordinateur/trice national-e de la santé mentale au sein de la direction des maladies non transmissibles et de la santé mentale du ministère de la Santé et de l'Assainissement<sup>23</sup>. Le pays dispose également d'une Coalition active en faveur de la santé mentale, qui est un groupe de plaidoyer comprenant en son sein des personnes qui utilisent les services de santé mentale et leurs familles, des ONG nationales et internationales, des militants des droits des personnes en situation de handicap, des professionnel-le-s de la santé mentale, des guérisseurs traditionnels et des groupes confessionnels<sup>24</sup>. Dans les chapitres suivants de ce rapport, on trouvera une présentation détaillée des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des politiques du gouvernement et dans le travail des acteurs concernés.

Le cadre juridique national reste cruellement dépassé, car les tentatives visant à abroger et à remplacer la Loi de 1902 relative à la démence, texte discriminatoire remontant à l'époque coloniale, ont accumulé les retards<sup>25</sup>. La coordinatrice nationale de la santé mentale au ministère de la Santé et de l'Assainissement, Kadiatu Savage, a déclaré à Amnesty International que la pandémie de COVID-19 avait retardé le processus, mais que la révision était en cours<sup>26</sup>. Elle a déclaré espérer lancer la loi révisée d'ici la fin de l'année 2021, à

<sup>19</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; Human Rights Watch, *Living in chains: Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*, 6 octobre 2020, [bit.ly/3twMG9m](https://www.hrw.org/fr/news/2020/10/06/psychosocial-disabilities-worldwide) (ci-après Human Rights Watch, *Living in chains*); Partners in Health Sierra Leone, *Mental Health Program*, [bit.ly/3dz3Nks](https://www.pih.org/locations/sierra-leone)

L'hôpital psychiatrique universitaire de Sierra Leone, auparavant appelé « l'asile de Kissy », est le plus ancien hôpital psychiatrique d'Afrique subsaharienne et le seul en Sierra Leone avec des patients hospitalisés. Jusqu'à dernièrement, l'hôpital ne disposait pas des équipements et des ressources de base, comme l'électricité et l'eau courante, et manquait de médicaments. Des travaux de rénovation ont été menés par les pouvoirs publics en collaboration avec l'ONG Partners in Health (PIH), basée à Boston. Ces travaux de rénovation ont pris fin en juin 2020. L'ONG a été à la tête de la rénovation de l'établissement de 400 lits et s'est concentrée sur les soins de santé.

Partners in Health, *Celebrating new possibilities at Sierra Leone's only psychiatric hospital*, 5 juin 2020, [bit.ly/2PeRNMc](https://www.pih.org/news/2020/06/05/celebrating-new-possibilities-at-sierra-leone-s-only-psychiatric-hospital)

Partners in Health, *PIH's new podcast, Unchain, now available to stream*, 24 novembre 2020, [bit.ly/3xohYkO](https://www.pih.org/news/2020/11/24/pih-s-new-podcast-unchain-now-available-to-stream)

<sup>20</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; Human Rights Watch, *Living in chains*.

<sup>21</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; Dawn Harris, Tarik Endale, Unn Hege Lind, Stephen Sevalie, Abdulai Jawo Bah, Abdul Jalloh, Florence Baingana, "Mental Health in Sierra Leone", *British Journal of Psychiatry International*, février 2020 (publié en ligne le 22 juillet 2019), vol. 17, n° 1, p. 14-16, [bit.ly/3pXS17A](https://doi.org/10.1177/2076425919871717) (ci-après Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone").

De nombreux défis restent à relever à l'échelle mondiale, à savoir l'optimisation des relations entre les guérisseurs traditionnels et les systèmes de santé officiels, la création de mécanismes de surveillance et le traitement des questions réglementaires générales. L'OMS, qui est consciente de l'importance du rôle des guérisseurs traditionnels, a constaté ces problèmes dans le cadre d'enquêtes menées auprès des États membres. Son rapport mondial de 2019 sur la médecine traditionnelle et complémentaire donne des exemples de pays qui ont mis en place des pratiques de surveillance et de réglementation, notamment dans des contextes à faible revenu. Le rapport indique que l'organisation travaille sur un projet visant à « fournir des orientations aux États membres sur les différents critères et éléments relatifs aux meilleures pratiques pour intégrer [la médecine traditionnelle et complémentaire] dans les systèmes de santé nationaux, si ou quand ils décident de le faire ». OMS, *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*, [bit.ly/3eqfJ7E](https://www.who.int/publications/m/item/who-global-report-on-traditional-and-complementary-medicine-2019)

<sup>22</sup> Ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, *Sierra Leone basic package of essential health services 2015-2020*, [bit.ly/3tv0RvY](https://www.moh.gov.sl/publications/m/item/sierra-leone-basic-package-of-essential-health-services-2015-2020)

Voir aussi Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone" ; Abdulai Jawo et al., "A scoping study", p. 26-27.

<sup>23</sup> Le/la coordinateur/trice national-e de la santé mentale supervise un comité de pilotage de la santé mentale. Celui-ci réunit des représentant-e-s d'autres instances du gouvernement, des professionnel-le-s de la santé mentale et des membres de la société civile lors de rencontres trimestrielles pour examiner des questions relatives à santé mentale au niveau national. Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; Joshua Duncan, Edward Munda Jah, Onaiza Qureshi, *Country profile: Sierra Leone. Analysis for mental health campaigning and advocacy*, Speak Your Mind, [bit.ly/2MDfHQ4](https://www.speakyourmind.org/country-profiles/sierra-leone) (ci-après Joshua Duncan et al., *Country profile*); Abdulai Jawo et al., "A scoping study", p. 26 ; Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone".

<sup>24</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020. L'objectif de la Coalition est de « de sensibiliser et de faire campagne pour un engagement accru au niveau national en faveur des questions de santé mentale en Sierra Leone ». Voir la Coalition de santé mentale – Sierra Leone, [mentalhealthcoalitionsi.com](https://www.mentalhealthcoalitionsi.com)

<sup>25</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021 ; Joshua Duncan et al., *Country profile* ; Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone". Outre son libellé dépassé et péjoratif, la loi souscrit à des notions et à des conceptions de la santé mentale qui sont bien antérieures aux normes et aux cadres relatifs aux droits humains. Elle autorise des pratiques abusives telles que le placement en isolement et en détention de personnes atteintes de troubles mentaux contre leur gré dans des établissements médicaux. Voir OMS, Sierra Leone : Lunacy legislation, [www.mindbank.info/item/1522](http://www.mindbank.info/item/1522)

<sup>26</sup> Entretien téléphonique, 17 février 2021.

l'issue d'un processus de consultation avec les différentes parties prenantes, notamment les personnes atteintes de troubles mentaux. De surcroît, elle a confirmé auprès d'Amnesty International que la loi était censée être conforme aux normes mondiales et aux principes des droits humains tels que le consentement libre et éclairé<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Entretien téléphonique, 17 février 2021.

## LA SANTE MENTALE : UN DROIT ET UNE OBLIGATION

La Sierra Leone est partie à plusieurs traités régionaux et internationaux dans lesquels est inscrit le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Il s'agit notamment du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées<sup>28</sup>. L'article 12 du PIDESC dispose : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et *mentale* qu'elle soit capable d'atteindre<sup>29</sup>. L'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples prévoit également que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre<sup>30</sup> ».

Le droit à la santé implique la mise à disposition d'installations, de biens et de services de santé publique accessibles, acceptables et de bonne qualité<sup>31</sup>, et notamment « la fourniture de traitements et de soins appropriés de santé mentale<sup>32</sup> ».

Le Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a souligné qu'« il n'y a pas de santé en l'absence de santé mentale » et qu'« une bonne santé mentale signifie bien davantage que l'absence d'infirmité mentale <sup>33</sup> ». Dans différents rapports, le rapporteur a souligné le rôle des déterminants sociaux et autres de la santé et que, par conséquent, « le bien-être et la bonne santé mentale ne peuvent se définir par la simple absence de problèmes de santé mentale, mais bien par l'existence d'un environnement social, psychosocial, politique, économique et physique qui donne aux personnes et aux populations les moyens de vivre dans la dignité, de jouir pleinement de leurs droits et de réaliser leur potentiel dans des conditions d'égalité<sup>34</sup> ».

Le droit international prévoit l'obligation pour les victimes d'atteintes aux droits humains, y compris celles de la guerre civile en Sierra Leone, de bénéficier de services de soins de santé mentale dans le cadre du droit à un recours effectif, y compris à des réparations<sup>35</sup>. Dans son rapport, publié en 2004, la Commission Vérité et Réconciliation de Sierra Leone a recommandé de « fournir gratuitement des conseils et un soutien psychosocial à toutes les victimes [...] ainsi qu'aux personnes dont elles ont la charge si nécessaire<sup>36</sup> ».

<sup>28</sup> PIDESC, article 12 ; Convention relative aux droits des personnes handicapées, article 25.

<sup>29</sup> PIDESC, article 12 (souligné par Amnesty International). Pour en savoir plus sur la façon dont la protection de la santé mentale est un aspect essentiel du droit à la santé, voir Requête n° 57467/15, intervention d'Amnesty International dans l'affaire *Savran c. Danemark* (requête n° 57467/15), Cour européenne des droits de l'homme, 3 juin 2020.

<sup>30</sup> La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (la Charte africaine), article 16(1). La Résolution 420 (2019) de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) appelle les États parties à « [r]emplir leur obligation de garantir la pleine jouissance du droit au meilleur état de santé physique et mentale que l'on puisse atteindre et du droit à l'éducation, conformément à la Charte africaine et aux autres normes régionales et internationales, dans le respect des principes de la disponibilité, de l'accessibilité financière et de la qualité ». CADHP, Résolution 420 relative à l'obligation des États de réglementer l'implication des acteurs privés dans la fourniture de services de santé et d'éducation, 14 mai 2019, § 1(i).

<sup>31</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 2000, doc. ONU E/C.12/2000/4 (ci-après Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14). § 12.

<sup>32</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, § 17.

<sup>33</sup> Rapport du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, 2 avril 2015, doc. ONU A/HRC/29/33, § 76.

<sup>34</sup> Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 12 avril 2019, doc. ONU, A/HRC/41/34 (ci-après Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, 12 avril 2019), résumé. L'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels précise que parmi les déterminants de la santé figurent « l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain ». Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, § 4. Toutefois, le rapport indique que cette liste n'est « pas exhaustive et doit être interprétée en tenant compte de l'évolution des normes et des données scientifiques. » Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, 12 avril 2019, § 16. Depuis 2016, le Conseil des droits de l'homme a adopté trois résolutions qui traitent spécifiquement du droit à la santé mentale. Il y exhorte les États à « s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé » de manière globale et à « élaborer des stratégies intersectorielles de promotion de la santé mentale comprenant l'adoption de politiques publiques visant à prévenir les inégalités, la discrimination et la violence dans tous les contextes [...] ». Conseil des droits de l'homme, Santé mentale et droits de l'homme, 19 juin 2020, doc. ONU A/HRC/RES/43/13, § 10 et 11.

<sup>35</sup> Assemblée générale des Nations unies, Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international relatif aux droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire, 2005, Doc. ONU A/Res/60/147, Principes VII(b) et IX(20) et (21) ; CICR, Droit international humanitaire coutumier, Règle 150 ; Déclaration universelle des droits de l'homme, article 8. Selon le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PF-PIDESC), toute violation des droits doit disposer d'un recours effectif. Ainsi, les victimes de violations des droits économiques, sociaux et culturels ou les personnes agissant en leur nom ont la possibilité de porter plainte, au nom d'individus ou de groupes d'individus, auprès du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies (CDESC) si elles ont épuisé tous les recours internes et n'ont pas obtenu justice devant les tribunaux de leur pays. Le Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées prévoit un même dispositif. La Sierra Leone n'est pas un État partie à l'un ou l'autre des protocoles

Les pays à revenu élevé ont l'obligation de fournir de l'aide en matière de santé mentale, en tant que composante du droit à la santé. Il est de leur devoir de répondre aux demandes d'assistance et de coopération internationales afin de contribuer à la concrétisation progressive des droits économiques, sociaux et culturels des pays à faible revenu<sup>37</sup>. Comme l'indique le rapporteur spécial, « [l]a coopération pour le développement axée sur les droits de l'homme devrait servir à appuyer une combinaison équilibrée d'activités de promotion de la santé, d'interventions psychosociales et d'autres traitements de remplacement au sein de la communauté pour protéger efficacement les personnes contre des soins cliniques discriminatoires, arbitraires, excessifs, inappropriés ou inefficaces<sup>38</sup> ».

L'objectif 3 des objectifs de développement durable des Nations unies (ODD) vise à « assurer la santé et le bien-être de tous ». Adoptés en 2015 par l'Assemblée générale des Nations unies, les ODD constituent une « feuille de route commune en faveur de la paix et de la prospérité de l'humanité et de la planète, aujourd'hui et demain <sup>39</sup>».

---

facultatifs ; elle devrait envisager de les ratifier pour consolider ses engagements en matière de droits humains, notamment le droit à un recours pour toutes les victimes.

<sup>36</sup> Commission Vérité et Réconciliation de la Sierra Leone, *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth & Reconciliation Commission*, 2004, vol. 2, chapitre 4, p. 258-259; voir aussi vol. 2 chapitre 3, p. 193, 219.

<sup>37</sup> PIDESC, articles 2 et 23.

<sup>38</sup> Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 28 mars 2017, doc. ONU, A/HRC/35/21 (ci-après appelé Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, 28 mars 2017), § 38.

<sup>39</sup> Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, *The 17 goals*, [sdgs.un.org/goals](http://sdgs.un.org/goals) (ci-après Département des affaires économiques et sociales, *The 17 goals*).



# 4. TEMOIGNAGES DES VICTIMES

Amnesty International a interrogé 12 personnes qui ont été victimes de traumatismes liés au conflit et 13 personnes victimes de traumatismes liés à l'épidémie d'Ébola<sup>40</sup>. Ce chapitre décrit comme elles ont vécu leur détresse. Il aborde également leur état de santé actuel ainsi que leur accès à un soutien psychosocial et de santé mentale.

## 4.1 LES TRAUMATISMES ENDURES

### TRAUMATISMES LIÉS AU CONFLIT

Les victimes de ce type de traumatisme ont décrit à Amnesty International les différentes violations et atteintes aux droits humains ainsi que les atteintes au droit international humanitaire dont elles avaient été l'objet ou le témoin pendant la guerre, ainsi que la détresse dans laquelle celles-ci les avaient plongées. Plusieurs personnes interrogées ont été des témoins directs de l'incendie de leur maison, parfois de villages entiers, par les forces rebelles<sup>41</sup>. Certaines ont vu leurs proches se faire abattre ou ont dû marcher sur leurs corps pendant qu'elles se sauvaient ; un homme a appris plus tard que sa mère avait été brûlée vive dans leur maison, tandis qu'un autre ne sait toujours pas, après vingt ans, ce qu'il est advenu de sa femme<sup>42</sup>.

Quatre des personnes interrogées ont dû vivre avec des séquelles physiques permanentes (lésions ou handicaps), y compris des amputations de membres dues à des blessures causées par des balles ou des éclats d'obus. Ces personnes ont pu être blessées lors d'embuscades tendues par les rebelles ou pendant qu'elles tentaient de fuir. Cinq autres personnes interrogées ont subi des amputations cruelles commises par les forces rebelles. Les amputations constituent l'une des atrocités de cette guerre. Elles ont même parfois été pratiquées sur des personnes après qu'elles ont été enlevées et contraintes de transporter des biens pillés. Les victimes ont expliqué qu'elles avaient essayé de résister ou qu'elles avaient imploré les rebelles de leur laisser la vie sauve pendant qu'ils procédaient à l'amputation d'une ou deux de leurs mains ou bras avec des machettes.

Marie, une victime de la guerre et résidente du district de Kono, a décrit ce qui lui est arrivé à la fin des années 1990 :

**Les rebelles m'ont ordonné de m'asseoir sur le sol. Ils m'ont dit de poser ma main par terre. J'ai posé les deux mains et ils ont sectionné [ma main gauche]. J'ai demandé : « Pourquoi me faites-vous**

<sup>40</sup> Au moment où Amnesty International a réalisé les entretiens, 12 des personnes interrogées résidaient dans la province de l'Est, six dans le district de Kenema et six dans celui de Kono. Six résidaient dans la province du Nord-Ouest, plus précisément dans le district de Port Loko. Sept d'entre elles résidaient dans la Zone de l'Ouest, dont quatre dans le district urbain et trois dans le district rural.

<sup>41</sup> Dans ce rapport, les termes « forces rebelles » et « rebelles » qui sont utilisés sont ceux employés en Sierra Leone pour désigner le Front révolutionnaire uni (RUF), le groupe armé qui a lancé ses premières attaques en 1991 avec l'objectif manifeste de renverser le gouvernement, ainsi que le Conseil révolutionnaire des forces armées (AFRC), qui a forgé une alliance avec le RUF à la fin des années 1990. Voir Commission Vérité et Réconciliation de la Sierra Leone, *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth & Reconciliation Commission*, 2004, vol. 2, chapitre 1, p. 3, 10-11.

<sup>42</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

**cela ? » Ils ont répondu : « Si tu poses une autre question, nous te tuons. » Je les ai suppliés, j'ai dit, « S'il vous plaît, épargnez-moi au nom de Dieu » [...] Ils ont répondu : « Ici, Dieu c'est nous, nous décidons si vous allez vivre ou mourir<sup>43</sup> ».**

Marie a déclaré que les combattants l'avaient laissée mourir et que, pour se sauver, elle avait dû finir de couper elle-même la main gauche qui pendait.

Plusieurs personnes interrogées ont déclaré avoir été en fuite pendant de longues périodes dans la brousse, craignant pour leur vie et subissant d'autres violences psychologiques résultant des conditions de vie difficiles comme le manque de nourriture, d'eau, d'abri et d'accès aux soins de santé. Zainab, qui était adolescente à l'époque, a raconté que sa fille âgée d'un an était morte après être tombée malade dans la brousse. Elles étaient en fuite depuis une attaque de leur localité dans le district de Kono, à la fin des années 1990, au cours de laquelle les forces rebelles avaient tué son mari, sa mère, sa sœur et sa grand-mère<sup>44</sup>. « Nous sommes restées dans la brousse pendant plus de trois mois, cela a vraiment été dur [...] Nous allions de village en village, d'un endroit à un autre. Et nous étions poursuivies, alors nous avons dû nous cacher pendant plus de trois mois », a-t-elle déclaré<sup>45</sup>.



*Cette photo date du 16 avril 1996. Il s'agit d'un civil qui a été mutilé, comme tant d'autres, par des membres du Front révolutionnaire uni (RUF). La guerre a été marquée par des actes de violence contre des civils qui ont été perpétrés de manière à faire régner une terreur généralisée. ©Patrick Robert/Sygma/Getty Images*

Deux personnes interrogées ont dit avoir vécu un stress aigu lorsqu'elles sont sorties de leur cachette au péril de leur vie pour sauver des membres de leur famille qu'elles avaient laissés en sang dans la brousse après une attaque des forces rebelles. Parmi ces personnes, il y a Amadu, qui s'était déjà une première fois évadé des mains des rebelles. Il a déclaré que la force multilatérale ouest-africaine déployée en Sierra Leone, connue sous le nom d'ECOMOG, l'avait arrêté dans le district de Kono à la fin des années 1990 alors qu'il cherchait à se mettre à l'abri. Les forces de l'ECOMOG, qui avaient été impliquées dans le meurtre de combattants rebelles capturés, refusaient de croire qu'Amadu était un civil jusqu'à ce que d'autres villageois interviennent<sup>46</sup>. Bien que les forces de l'ECOMOG lui aient demandé de ne pas quitter Koidu une fois relâché, il a risqué sa vie à nouveau : « Je savais que ma femme et mes enfants étaient dans la brousse, et

<sup>43</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>44</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>45</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>46</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

que ma femme perdait du sang. J'étais très stressé [...] Je devais me décider si j'allais prendre le risque de mourir<sup>47</sup>. »

La plupart des personnes qui ont été interrogées par Amnesty International au sujet de leur détresse liée à la guerre ont connu de multiples expériences traumatisantes, qui les concernaient directement ou qui concernaient des proches. C'est le cas de Rakiatu qui est une survivante de la guerre. Elle a raconté que les médecins ont dû amputer son bras droit après qu'elle a été blessée par balle au niveau de son os du bras. Cela est survenu au moment de l'invasion de Freetown par les rebelles le 6 janvier 1999. Mais ce n'est pas le seul épisode de détresse, dit-elle, ajoutant qu'une de ses filles, qui avait moins de 10 ans à l'époque, a été enlevée par les rebelles : « Elle a été capturée pendant plus d'un an et je n'avais aucune nouvelle [...] J'ai tellement souffert<sup>48</sup>. » Lorsque sa fille a finalement été libérée, celle-ci lui a expliqué qu'elle avait été violée, réduite en esclavage, forcée à prendre des drogues et nourrie avec « de mauvais aliments », a déclaré Rakiatu. Les études ont montré que l'exposition à de multiples événements traumatisants lors de conflits et dans des situations caractérisées par des violences de grande ampleur augmente le risque d'avoir des problèmes de santé mentale<sup>49</sup>.

## TRAUMATISMES LIÉS À L'ÉPIDÉMIE D'ÉBOLA

Les victimes d'Ébola interrogées par Amnesty International ont évoqué l'immense impact psychologique de la maladie et de ses séquelles. Elles ont raconté que leur état de santé était si critique qu'elles ignoraient si elles survivraient et qu'elles avaient eu très peur de la mort en voyant mourir autour d'elles de nombreux malades atteints d'hémorragie. Elles ont expliqué que la confusion, le manque d'informations et ce qu'elles décrivent comme une mauvaise gestion de la crise à l'époque ont contribué à leur détresse et, dans certains cas, à la propagation de la maladie<sup>50</sup>.

Les personnes interrogées ont décrit des scènes de chaos dans les établissements médicaux et les centres de traitement, obligeant parfois les patients à être transférés plusieurs fois. Hassan, un survivant d'Ébola d'une cinquantaine d'années et provenant du district de Kono, a décrit avoir été transféré dans un centre de traitement à Kenema en janvier 2015 : « Le voyage jusqu'à Kenema a été un enfer. Faites-moi confiance. C'était l'enfer [...] L'état de la route était si mauvais. Nous [étions] entassés comme des sardines dans l'ambulance. Pouvez-vous imaginer une toute petite ambulance avec une douzaine de personnes entassées dedans ? Vous imaginez ? Les gens étaient faibles et nous étions couverts de vomissements, de diarrhée, etc.<sup>51</sup> » « Je n'étais pas du tout dans mon état normal » dans le centre de traitement où il a passé 24 jours, raconte-t-il, ajoutant que seules 80 personnes avaient survécu sur près de 800 qui avaient été transférées depuis son district, tout comme lui<sup>52</sup>.

Mariama était enceinte lorsqu'elle a contracté le virus en même temps que d'autres membres de sa famille à Freetown en 2015. Elle a déclaré qu'elle avait dérogé à la quarantaine qu'elle subissait depuis plusieurs mois pour se rendre à l'hôpital après avoir ressenti de fortes douleurs. La police a été prévenue qu'elle avait quitté son domicile. Après avoir reçu des solutions de réhydratation orale, on lui a demandé de rester dans la véranda de l'hôpital jusqu'à ce qu'elle soit conduite dans un camp de traitement d'Ébola où d'autres membres malades de sa famille l'ont rejointe. Au centre de traitement, le personnel médical lui a fait savoir qu'il fallait interrompre sa grossesse, et des médicaments lui ont été administrés à cet effet. « On m'a emmenée dans un autre service où il y avait des patients à haut risque [...] J'allais vraiment mal ; je suis sortie toute nue du service et j'ai dit à ma coépouse de me promettre qu'elle prendrait soin de mon fils si je mourais [...] J'étais là toute seule et j'ai donné naissance à un bébé prématuré [mort-né] de sept mois. Personne n'est venu à mon secours, j'ai dû tout faire toute seule<sup>53</sup>. » Son mari est lui aussi décédé, ainsi que 17 membres de sa famille.

Kaday, 29 ans, a raconté qu'elle avait été hospitalisée dans une même chambre avec sa fratrie mourante après qu'ils ont tous contracté le virus par une tante qui était venue leur rendre visite en 2014 :

**J'étais très faible, mais je voyais mes deux sœurs et mes deux frères se battre pour survivre. « Ils sont morts et j'étais seule pour les couvrir. Même si j'étais sous perfusion, j'ai dû ramper sur le sol pour**

<sup>47</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>48</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>49</sup> Voir par exemple, Stefan Priebe et al., "Experience of human rights violations and subsequent mental disorders – A study following the war in the Balkans", *Social Science and Medicine*, 30 octobre 2010, [bit.ly/3jDq56v](http://bit.ly/3jDq56v)  
Richard F. Mollica, D. Keith McInnes, C Poole, Svang Tor, "Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence", *British Journal of Psychiatry International*, décembre 1998, vol. 173, Issue 6, p. 482-488, [bit.ly/37auXLr](http://bit.ly/37auXLr)

<sup>50</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>51</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>52</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>53</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

**couvrir leurs visages quand ils sont morts [...] Pas de lumière, pas de nourriture, pas d'eau. Pendant trois jours, j'ai vécu à côté des cadavres [...]**

**J'avais tellement soif que je faisais signe aux gens à l'extérieur, mais personne ne venait m'aider, car j'étais dans un endroit isolé. J'ai lutté et même imploré de l'eau [...] Plus tard, quand ils sont venus récupérer les cadavres, ils avaient également une housse mortuaire pour moi parce qu'ils pensaient que j'étais morte [...] Quand j'ai ouvert les yeux, ils se sont enfuis, ils pensaient que je revenais d'outre-tombe<sup>54</sup>.**

Neuf des treize victimes d'Ébola qui ont été interrogées ont déclaré que plusieurs membres de leur famille avaient été emportés par le virus. Une femme de Freetown a déclaré que quatre de ses enfants étaient morts, en plus de son mari et de cinq membres de sa famille<sup>55</sup>. Dans un autre cas, Suzan, qui a contracté le virus à Port Loko fin 2014, a déclaré avoir perdu quatre membres de sa famille, dont son père dont le décès est survenu alors qu'elle était traitée dans un centre médical dans un autre district. « Je ne sais même pas comment mon père a été enterré ; nous étions si proches », a-t-elle déclaré<sup>56</sup>. Tout comme d'autres personnes interrogées, Suzan a expliqué que les souffrances psychologiques étaient accrues en raison de l'impossibilité de procéder aux rituels d'enterrement des proches.

Plusieurs des victimes d'Ébola interrogées ont raconté qu'elles avaient « perdu la raison », tout comme d'autres membres de leur famille pendant cette période, citant des cas où des personnes affichaient de graves symptômes de détresse. Elles attribuaient cela à l'ampleur du chagrin ou aux pressions exercées sur les familles. Une survivante d'Ébola a ainsi raconté que son mari, lui-même atteint d'Ébola, se déshabillait et se promenait nu dans le centre de traitement, un comportement qu'il n'avait jamais eu auparavant<sup>57</sup>.



*Un agent de santé soignant les malades d'Ébola porte le corps d'un nourrisson à Freetown, le 23 novembre 2014. Neuf des 13 survivant-e-s d'Ébola interrogés par Amnesty International ont déclaré que plusieurs membres de leurs familles étaient morts des suites de l'infection par le virus Ébola. ©The Washington Post/Getty Images*

Les personnes survivantes d'Ébola ont continué à subir des effets psychosociaux après leur sortie de l'hôpital. Toutes les personnes interrogées, sauf une, ont déclaré avoir été stigmatisées et victimes de

<sup>54</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>55</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

<sup>56</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>57</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

discrimination par une partie de la population qui avait peur. Cela les a profondément affectées<sup>58</sup>. « Les gens ne voulaient pas s'approcher de moi, tous mes amis m'ont fui », a déclaré Bintu, la cinquantaine, qui a contracté Ébola à la mi-2014 dans le district de Kenema en même temps que de sa fille, qui est finalement décédée des suites de la maladie<sup>59</sup>.

Plusieurs survivant.e.s ont déclaré qu'on leur avait reproché d'avoir diffusé Ébola dans leur région ; d'autres ont raconté qu'ils avaient été présumés morts et avaient été dépouillés de leurs affaires personnelles par des parents et voisins pendant qu'ils étaient dans les centres de traitement<sup>60</sup>. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, « je n'ai trouvé que ma marmite », a déclaré Hassanatou, une femme de 70 ans, ajoutant que ses voisins avaient emporté tous ses meubles, pensant qu'elle était morte tout comme ses trois filles qui avaient contracté Ébola<sup>61</sup>. « J'ai laissé faire parce que je n'avais plus aucun espoir ; le seul espoir qui me restait, c'était quand mes [filles] étaient en vie<sup>62</sup>. »

Les victimes de la guerre et de l'épidémie d'Ébola ont décrit des changements d'humeur et de comportement à la suite de ces expériences<sup>63</sup>. Certaines victimes ont dit ne plus vouloir vivre dans leurs villages pour éviter ce qui leur rappelle ce qu'elles avaient vécu. Plusieurs personnes interrogées ont décrit être restées à l'intérieur de chez elles pendant des mois, refusant d'interagir avec les autres ; Rakiatu, la mère de la fille qui avait été violée par les rebelles a déclaré que sa fille, contrairement à ses frères et sœurs, ne pouvait plus continuer à aller à l'école<sup>64</sup>. Trois personnes interrogées ont déclaré avoir envisagé de se suicider<sup>65</sup>.

## 4.2 UNE GRANDE DETRESSE AGGRAVEE PAR LE MANQUE DE SOUTIEN

Les personnes interrogées ont indiqué que, des années plus tard, elles présentaient toujours divers symptômes de détresse qu'elles relient aux expositions subies pendant la guerre et l'épidémie d'Ébola. Certaines ont déclaré qu'elles n'arrivent pas à se libérer des mauvais souvenirs et que, parfois, le chagrin est insurmontable. « Encore aujourd'hui, lorsque je pense à eux et à ce qui s'est passé, c'est toujours très douloureux. Je n'étais qu'une enfant à l'époque », a déclaré Zainab, 37 ans, qui a perdu quatre membres de sa famille lorsque les rebelles ont attaqué sa localité dans le district de Kono à la fin des années 1990. Elle a ensuite perdu son bébé plus tard dans la brousse. « À chaque fois que j'y pense, je passe une mauvaise journée<sup>66</sup>. »

Certaines victimes ont expliqué qu'elles se battent contre leur irritabilité et leur colère, ce qui les pousse à s'en prendre aux autres. « La plupart du temps, je suis très en colère, même contre mes enfants, je me mets en colère [...] Parfois, je me dis que je dois faire quelque chose et qu'ils m'enferment dans une cellule », a déclaré Amina, une mère de trois enfants et âgée d'une trentaine d'années<sup>67</sup>. Elle avait environ six ou sept

---

<sup>58</sup> Des personnes survivantes ont raconté avoir fait face à la stigmatisation et avoir été mises à l'écart, même de la part de certains membres de leur famille. Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Dans une analyse portant sur l'impact psychosocial de l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest, il est indiqué : « Certaines personnes survivantes ont été menacées, attaquées, expulsées, abandonnées par leur famille et leur communauté ou exclues de celles-ci parce qu'elles étaient considérées comme souillées et dangereuses ». La peur et la stigmatisation d'Ébola sont alimentées par des croyances culturelles (comme celle que la maladie relève de la sorcellerie et que les personnes atteintes sont fautives ou qu'elles ont ce qu'elles méritent), des peurs généralisées dues au risque élevé d'infection, le manque d'information et la désinformation. » Tine Van Bortel, Anoma Basnayake, Fatou Wurie, Musu Jambai, Alimamy Sultan Koroma, Andrew T Muana, Katrina Hann, Julian Eaton, Steven Martin, Laura B Nellums, "Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels", *Bulletin of the World Health Organization*, 2016 (publié en ligne le 21 janvier 2016), vol. 94, p. 210-214, bit.ly/3nbnHFR

<sup>59</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>60</sup> Les affaires personnelles des personnes malades ont souvent été brûlées par les équipes de santé afin de prévenir la propagation de la maladie. Mais les survivant.e.s font référence ici, de façon confirmée, aux fois où des parents et voisins avaient volé toutes les autres affaires qui leur restaient.

<sup>61</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

<sup>62</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

<sup>63</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Une enquête qui concernait spécifiquement les survivant.e.s d'Ébola a été menée, à peu près à mi-chemin de l'épidémie, sur un échantillon national afin d'examiner l'impact de l'épidémie en Sierra Leone. Les résultats ont montré que 48 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir d'une certaine forme d'anxiété ou de dépression et 76 % ont signalé au moins un symptôme de stress post-traumatique. Mohamed F Jalloh, Wenshu Li, Rebecca E Bunnell, Kathleen A Ethier, Ann O'Leary, Kathy M Hageman, Paul Sengeh, Mohammad B Jalloh, Oliver Morgan, Sara Hersey, Barbara J Marston, Foday Dafaie, John T Redd, "Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015", *British Medical Journal Global Health*, mars 2018, bit.ly/302V6YA

<sup>64</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>65</sup> Entretien téléphonique, décembre 2021.

<sup>66</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>67</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

ans lorsqu'un projectile a frappé sa maison lors de la première année de la guerre, tuant sa mère et lui faisant perdre son pied gauche. Hassan, un survivant d'Ébola, a déclaré :

**Parfois, on devient si caractériel [...] On se sent contrarié sans raison et après un certain temps, on se dit : « Pourquoi est-ce que j'ai été contrarié à ce point ? » Vous commencez à culpabiliser. Vous voyez, on est tout le temps perturbé [...] Nous sommes tourmentés<sup>68</sup>.**

Au moins cinq personnes interrogées ont déclaré avoir des troubles du sommeil, y compris, parfois, des cauchemars associés à leurs expériences passées. L'une d'entre elles, Rakiatu, âgée de 65 ans, a été amputée du bras droit par les médecins suite à une blessure lors d'une attaque rebelle en 1999. Elle a déclaré que les souvenirs intrusifs dont elle souffre s'accompagnent de manifestations physiques : « Cela me revient toujours à l'esprit. Même quand je dors, ça me revient à l'esprit [...] Quand l'endroit est chaud, je sens une réaction dans mon bras [amputé] comme s'il pompait [...] ça arrive fréquemment<sup>69</sup>. »

Titi, une survivante d'Ébola âgée de 42 ans a déclaré qu'elle ne s'était jamais remise de la peur de la mort qui avait accompagné sa maladie. « On a toujours l'impression que, parce qu'on a été infecté par le virus Ébola à l'époque, on va mourir prochainement. C'est gravé dans mon esprit et je crois toujours que je peux décéder à tout moment, ça continue à me hanter », a-t-elle déclaré<sup>70</sup>.

La pandémie de COVID-19 a été un élément déclencheur pour au moins trois victimes d'Ébola qui ont été interrogées. L'une d'entre elles a déclaré avoir pleuré pendant trois jours, craignant de « ne pas s'en sortir » si elle contractait le nouveau virus<sup>71</sup>. Une autre survivante, Mabinty, qui est une infirmière d'une trentaine d'années, a déclaré :

**Cela a été un autre enfer [...] d'après les informations dont nous disposions, la COVID est une maladie mortelle [...] elle [peut] même être transmise par l'air, alors en tant que professionnelle de santé, je me suis inquiétée parce qu'il n'y avait aucun moyen pour moi de renoncer à mon travail, je dois travailler. Et avec cela, vous devez entrer en contact avec les patients et j'avais peur de me contaminer à nouveau à cause de mon expérience passée<sup>72</sup>.**

## LE MANQUE DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ APPROPRIÉS

Les effets physiques, les handicaps et les douleurs chroniques persistantes associés aux expériences traumatiques sont également une source de grande détresse. Les victimes de la guerre qui ont été blessées ou amputées ont déclaré avoir passé des mois à l'hôpital pour subir des opérations chirurgicales et d'autres soins de santé de longue durée. « Au moment même où je vous parle, je ressens encore trop de douleur - dans mes bras, dans mon cou, dans ma mâchoire. J'ai vécu avec cela toute ma vie après la guerre ; chaque jour, je souffre », a déclaré Ibrahim, 73 ans, qui a passé jusqu'à 18 mois dans différents hôpitaux après avoir été battu, tailladé en plusieurs endroits du corps et amputé des deux mains à la fin des années 1990 par les rebelles dans le district de Kenema<sup>73</sup>.

La majorité des victimes d'Ébola interrogées ont déclaré qu'elles continuaient à souffrir de diverses complications de santé, notamment de douleurs et de faiblesses musculaires, de problèmes oculaires (l'une des personnes interrogées a fini par perdre complètement la vue), d'une tension artérielle irrégulière et de pertes de mémoire<sup>74</sup>. « Parfois, j'ai l'impression de devenir folle, je suis simplement confuse, tourmentée [...] J'ai de graves douleurs chroniques à l'estomac depuis cette époque [...] Je ne peux pas voir correctement avec mes yeux jusqu'à maintenant, je dois utiliser [des lunettes] [...] J'ai du mal à me souvenir de quoi que ce soit. Cela me gêne sérieusement jusqu'à aujourd'hui », a déclaré Bintu<sup>75</sup>.

Les victimes de la guerre et d'Ébola ont déclaré que l'impact de ces complications chroniques de santé est encore aggravé par leur impossibilité de s'offrir des soins de santé et des médicaments de qualité. Selon les

<sup>68</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>69</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>70</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>71</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2020.

<sup>72</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020. Pour en savoir plus sur l'expérience des professionnel-le-s de la santé et sur l'impact de l'épidémie d'Ébola sur eux, voir Joanna Raven, Haja Wurie, Sophie Witter, "Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study", BMC Health Services Research, 5 avril 2018, vol. 18, issue 1, bit.ly/3b60gYO.

<sup>73</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>74</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Pour en savoir plus sur les complications de santé à long terme que subissent les victimes d'Ébola, voir par exemple : OMS, *Prise en charge clinique des victimes de la maladie à virus Ébola : Directives provisoires*, avril 2016, bit.ly/3d8NNGj

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Ebola (maladie à virus Ebola)*, cdc.gov/vhf/ebola/treatment/survivors.html

Caitlyn Stulpin, "Ebola survivors face health issues long after recovery", Healio, 23 septembre 2020, bit.ly/3qmqzRww

Daniel S. Chertow, "Understanding long-term effects of Ebola virus disease", *Nature Medicine*, 29 avril 2019, go.nature.com/2OyzS2g

<sup>75</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.



déclarations des victimes d'Ébola et de leurs associations, les divers projets et dispositifs mis en place par le gouvernement et ses partenaires internationaux pour assurer des soins de santé gratuits ou accessibles n'ont pas débouché sur des services systématiques, efficaces et pérennes<sup>76</sup>. « La plupart du temps, lorsqu'on se penche sur nos douleurs et sur leur apparition, on réalise que c'est toujours la même maladie. Nous voulons un traitement qui soit durable et continu », a déclaré Christina, une survivante d'Ébola âgée d'une trentaine d'années<sup>77</sup>.

Plusieurs personnes interrogées ont déclaré avoir cessé de se rendre à l'hôpital ou d'acheter des médicaments et n'avoir pas les moyens de se procurer des articles indispensables comme des lunettes. Dans au moins un cas, celui du mari de Sabatu, les conséquences ont été désastreuses. Sabatu a déclaré que son mari avait besoin d'un suivi médical régulier depuis que tout son corps avait été tailladé par les rebelles au milieu des années 1990. Il y a quelques années, faute d'argent, il ne s'était pas rendu à l'hôpital du district de Port Loko pour recevoir ses médicaments. À la suite de quoi, il s'est emparé d'une machette et a essayé d'attaquer des personnes de la localité avant d'être maîtrisé et emmené à l'hôpital<sup>78</sup>.

Les trois personnes interrogées ayant été amputées d'un membre inférieur avaient des béquilles, mais l'une d'entre elles et au moins trois autres qui avaient été amputées d'un membre supérieur ont déclaré ne pas avoir de prothèses. Les dispositifs d'assistance et les prothèses sont essentiels pour que les personnes en situation de handicap puissent mener une vie active et indépendante. Pour beaucoup d'entre elles, ces équipements sont indispensables au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la jouissance de la vie sur un pied d'égalité avec le reste de la population<sup>79</sup>. Sallieu, père de six enfants et âgé de 45 ans, essaye de faire des travaux agricoles avec sa main droite. À ce titre, il a déclaré :

**J'avais un membre [prothétique], mais il est abîmé [...] Je me sens gêné [...] surtout quand j'ai besoin de quelque chose et qu'aucun de mes enfants n'est là pour m'aider. C'est une chose à laquelle je pense tous les jours...**

**Cela m'était utile, surtout la prothèse qui avait des doigts comme une vraie main ; quand je la portais, on pouvait à peine voir que mon bras était amputé. Mais maintenant que je ne l'ai plus, et que les gens me fixent du regard quand je me promène, je me sens gêné<sup>80</sup>.**

Sallieu et une autre enquêtée dont la prothèse de jambe ne convenait plus ont déclaré qu'ils n'ont pas pu les faire réparer ou remplacer ; deux autres personnes qui n'avaient jamais bénéficié de prothèses ont indiqué qu'elles avaient renoncé à en obtenir. Les survivant-e-s ont déclaré que les organisations non gouvernementales internationales qui assuraient ces services les avaient transférés au gouvernement et que les agences publiques qui avaient pris le relais connaissaient des difficultés, notamment le manque de moyens et de compétences requises<sup>81</sup>. Saa Lamin Kortequee, secrétaire exécutif de la Commission nationale pour les personnes handicapées, un organisme gouvernemental, a reconnu que la disponibilité des dispositifs d'assistance et des ateliers de réparation était limitée. Il a également déclaré que des efforts

---

<sup>76</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Le gouvernement avait promis aux victimes d'Ébola des soins de santé gratuits en les intégrant dans le Programme de gratuité des soins (Free Health Care Initiative, FHCI), mis en place pour les femmes enceintes, celles qui allaitent et les enfants de moins de 5 ans. Le gouvernement a également créé en 2015 le Programme global pour les victimes d'Ébola (Comprehensive Programme for Ebola Survivors, CPES), un programme national visant à améliorer le bien-être des survivant-e-s d'Ébola. Advancing Partners & Communities, *Responding to Ebola survivor needs strengthens the health system in Sierra Leone*, bit.ly/3ptWNbG

Mais après que les donateurs et partenaires internationaux ont cessé de participer au CPES, la mise en œuvre s'est heurtée à de nombreux obstacles, notamment une pénurie de médicaments et le manque de soins spécialisés. Voir, par exemple, James Courtright, "The forgotten Ebola survivors of Sierra Leone", NPR, 25 avril 2018, n.pr/2LVbFIE.

La gratuité des soins de santé a été incluse dans les recommandations de la Commission Vérité et Réconciliation ; pour en savoir plus sur les promesses faites aux survivant-e-s de la guerre et sur l'incapacité à répondre aux besoins en soins de santé à long terme, voir Edward Conteh et Maria Berghs, *'Mi At Don Poil': A Report on Reparations in Sierra Leone for Amputee and War-Wounded People*, Amputee and War-Wounded Association, 2014, bit.ly/3pgrAc7 (ci-après *A Report on Reparations*, 2014). Lors d'un entretien avec Amnesty International, le secrétaire exécutif de la Commission nationale pour les personnes handicapées a déclaré que la Loi de 2011 relative aux personnes handicapées prévoyait des services médicaux gratuits dans les établissements de santé publics pour les personnes en situation de handicap et que la Commission avait pris des mesures pour garantir ces services. Il a reconnu que les personnes en situation de handicap sont confrontées à des difficultés pour payer les frais des médicaments. D'ailleurs, il a précisé que la Commission plaidait en faveur d'une prise en charge auprès des responsables publics en matière de santé. La création d'un fonds national de développement pour les personnes en situation de handicap, en vertu de la Loi de 2011 relative aux personnes handicapées, constituerait l'un des moyens de satisfaire ces besoins. Voir la Loi relative aux personnes handicapées, 2011, bit.ly/2ZcePEK

<sup>77</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

<sup>78</sup> Entretien téléphonique, 11 décembre 2020.

<sup>79</sup> Conseil des droits de l'homme, Rapport de la rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme des personnes handicapées, 9 août 2016, doc. ONU A/71/314, § 43-54.

<sup>80</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>81</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Pour en savoir plus sur les obstacles auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap pour accéder aux services de réadaptation et aux dispositifs d'assistance, voir, par exemple, Justine Aenishänslin, Abu Amara, Lina Magnusson, "Experiences accessing and using rehabilitation services for people with physical disabilities in Sierra Leone", Disability and Rehabilitation, 30 avril 2020, bit.ly/3phbhf9

étaient déployés pour former du personnel qualifié au niveau local et alléger les droits de douane sur les appareils et les technologies d'assistance importés<sup>82</sup>.

## ABSENCE D'UNE PROTECTION SOCIALE SUFFISANTE ET DURABLE

La pauvreté et la réduction des possibilités de subsistance sont inextricablement liées à la santé mentale et au bien-être général des survivant-e-s. Plusieurs victimes interrogées ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure d'exercer leurs anciennes activités génératrices de revenus en raison de plusieurs difficultés qui font suite à ce qu'elles ont vécu, avec notamment des incapacités physiques et psychosociales. Hassan, 57 ans, survivant d'Ébola, qui travaille dans le secteur informel comme journalier, a déclaré : « Je ne peux pas aller travailler [...] [Ébola] tue ta force. On a des faiblesses musculaires. C'est difficile de marcher longtemps et encore plus de faire du travail manuel. Ce n'est pas facile pour nous<sup>83</sup>. »

Au moins cinq personnes interrogées ont eu recours à la mendicité<sup>84</sup>. « J'aimerais trouver de l'argent et de la nourriture pour ne pas avoir à mendier. Je mendie pour gagner ma vie ; je n'aime pas ça. Je voudrais manger bien, mais je ne mange pas bien. Je voudrais obtenir des médicaments, et je n'en obtiens pas », a déclaré Ibrahim, 73 ans, qui était agriculteur avant que les rebelles ne lui coupent les deux mains<sup>85</sup>. Il dit qu'il est fatigué de devoir compter sur l'aide de sa famille et d'autres membres de la population locale.

Ragiatu est une victime d'Ébola de 37 ans dont le mari est mort du virus. Elle a déclaré qu'elle avait du mal à subvenir aux besoins de ses enfants, même si elle avait reçu une formation de couturière donnée par une organisation humanitaire confessionnelle dans le cadre d'une intervention pour les survivant-e-s d'Ébola. Elle a dû élever, en même temps que ses propres enfants, le fils et la fille de sa sœur qui est décédée. Au final, elle a dû envoyer le fils de sa sœur dans un orphelinat et son propre fils pour qu'il habite chez un parent. « Pour l'instant, je n'ai que les deux filles avec moi, car je ne peux pas m'occuper des quatre ; ils vont tous à l'école, mais je n'ai pas les ressources nécessaires pour m'occuper d'eux », a déclaré cette habitante du district de Port Loko<sup>86</sup>. La plupart des parents survivants ont souligné de façon spontanée le coût de l'éducation de leurs enfants et petits-enfants comme étant une source majeure de stress, en le reliant à la détresse dans laquelle ils sont plongés en permanence en raison de l'absence de moyens de subsistance.

Plus généralement, la majorité des victimes de la guerre et d'Ébola interrogées ont dit éprouver du ressentiment à l'égard de ce qu'elles qualifient comme des promesses non tenues des pouvoirs publics en matière de protection sociale, ce qui porte atteinte, selon elles, à leur bien-être. Les victimes de la guerre interrogées par Amnesty International, dont la majorité vit dans des camps mis en place par des ONG en faveur de personnes amputées ou d'autres blessés de guerre, se sont plaintes de la diminution ou de l'absence de prestations telles que le soutien aux moyens de subsistance et la gratuité du transport en commun. Certaines ont dit qu'elles avaient reçu, à un moment donné, une formation professionnelle et une assistance pour les besoins élémentaires, mais qu'elles continuaient à faire face à des difficultés<sup>87</sup>. Un survivant, par exemple, a expliqué avoir reçu un tracteur pour l'aider dans ses activités agricoles. Le tracteur était aujourd'hui en mauvais état, mais il n'avait pas pu obtenir d'aide pour le faire réparer<sup>88</sup>.

Les victimes d'Ébola avaient droit à un « paquet de sortie » lorsqu'ils quittaient les établissements médicaux, comprenant un montant d'environ 70 dollars des États-Unis en moyenne, un matelas et un sac de riz<sup>89</sup>. Mais les survivant-e-s d'Ébola, dont le président de l'Association des survivants d'Ébola de Sierra Leone, Yusuf Kabba, ont révélé dans les entretiens que des retards et des disparités avaient été constatés (dans le montant et la nature de l'aide ainsi que dans le choix des bénéficiaires<sup>90</sup>). Les organisations humanitaires internationales ont fourni différentes formes d'assistance supplémentaire, notamment en proposant des kits

<sup>82</sup> Entretien téléphonique, 20 janvier 2021.

<sup>83</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2015.

<sup>84</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>85</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>86</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>87</sup> Un rapport de 2014 de l'Association des amputés et blessés de guerre sur le programme de réparations a constaté des incohérences et des lacunes dans le versement des réparations et la mise en œuvre du programme. « Les besoins à long terme en matière de réadaptation et de soins de santé des victimes les plus gravement touchées, la mise en place de pensions, la gratuité des transports et de l'éducation pour certaines victimes et enfants d'amputés et de blessés de guerre gravement touchés ont été ignorés [...] En 2013, les amputés et les blessés de guerre les plus gravement touchés ont tous reçu un montant de 1400 dollars des États-Unis et ont été invités à signer des documents où ils s'engageaient auprès de la Commission nationale d'action sociale (National Commission for Social Action, NaCSA) qu'ils ne demanderaient plus de réparations. » *A Report on Reparations*, 2014.

<sup>88</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>89</sup> Voir par exemple, Nina DeVries, VOA, "Sierra Leone Ebola survivors want more help – fast", 9 janvier 2016, bit.ly/3tLPyPx

<sup>90</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. La colère des victimes d'Ébola couvait depuis des années ; elles ont intenté un procès contre le gouvernement devant le tribunal régional de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour des allégations de corruption et de mauvaise gestion des fonds étrangers qui étaient destinés à la lutte contre Ébola. Reuters, "Ebola victims sue Sierra Leone government over mismanaged funds", 15 décembre 2017, reut.rs/3u6XmMb ; Cooper Inveen, "Ebola survivors sue government of Sierra Leone over missing millions", *The Guardian*, 5 janvier 2018, bit.ly/2Zpo2K4 ; Yusuf Kabba, "Why Ebola survivors are suing Sierra Leone", *Al Jazeera*, 24 juillet 2018, bit.ly/37lqbKS



de démarrage de moyens de subsistance et des activités rémunératrices, mais plusieurs victimes d'Ébola ont déclaré à Amnesty International que la grande majorité de cette aide avait pris fin avec la cessation du financement de ces programmes<sup>91</sup>. « Nous ne devrions pas être abandonnés, ils ne devraient pas nous laisser comme ça [...] à bien des égards, ils nous oublient », a déclaré Mariatu, une survivante d'Ébola de 40 ans qui a perdu son mari et ses quatre enfants, en parlant du gouvernement et des organisations humanitaires internationales<sup>92</sup>.

« La pauvreté persistante est un facteur de risque important du point de vue de la santé mentale », a déclaré Julian Eaton, psychiatre de santé publique et directeur de la santé mentale pour CBM Global, qui a participé à des projets liés à la santé mentale en Sierra Leone<sup>93</sup>. Il est communément admis que la santé mentale est « façonnée dans une large mesure par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux » aux différentes étapes de la vie<sup>94</sup>. Les difficultés à assurer les moyens de subsistance, par exemple, ont des conséquences plus générales sur l'accès à d'autres droits, ce qui « perpétue les inégalités sociales et a des conséquences désastreuses et durables sur l'exercice du droit à un niveau de vie suffisant et, partant, sur la santé mentale<sup>95</sup> ». De même, « une situation socio-économique défavorisée est systématiquement associée à des taux accrus de dépression. Le genre est également important, car les troubles mentaux sont plus fréquents chez les femmes, qui sont souvent confrontées à des facteurs sociaux, économiques et environnementaux différents de ceux des hommes<sup>96</sup>. »

## 4.3 L'AIDE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Immédiatement après leur expérience traumatisante, alors que les services et les ressources manquaient cruellement, certaines victimes ont bénéficié d'un soutien psychosocial et d'autres non. Les survivant-e s de la guerre qui ont déclaré avoir bénéficié d'une aide psychologique ont indiqué que ces services leur avaient été fournis lors de leurs longs séjours à l'hôpital où ils étaient traités pour des blessures complexes et des amputations, d'une part, et après leur sortie de l'hôpital, lorsqu'ils ont reçu des soins de rééducation physique mis en place par des organisations non gouvernementales (ONG), comme Humanity & Inclusion, également connue sous le nom de Handicap international, d'autre part<sup>97</sup>. Lorsqu'ils étaient à l'hôpital, le personnel médical a dispensé un certain soutien psychologique aux survivant-e s et des religieux musulmans et chrétiens leur ont rendu visite et leur ont adressé des encouragements ; puis, au moment parfois de la rééducation physique, ils ont reçu un soutien en matière de santé mentale de la part d'ONG, y compris des groupes confessionnels<sup>98</sup>.

Les survivant-e s d'Ébola qui ont déclaré avoir bénéficié d'une aide psychologique ont indiqué que celle-ci avait été fournie par des infirmiers et infirmières en santé mentale rattachés au service public et par diverses interventions structurées d'ONG, dont *Médecins Sans Frontières* (MSF), GOAL et Partners in Health (PIH)<sup>99</sup>. Selon leurs témoignages et autres éléments de preuve, les acteurs humanitaires ont déployé des efforts relativement plus importants pour fournir un soutien en matière de santé mentale au moment de la crise d'Ébola que pendant et après la guerre<sup>100</sup>.

Plusieurs personnes ayant bénéficié de services de santé mentale et de services psychosociaux pendant ces périodes d'urgence ont insisté sur la valeur de ce soutien. Plusieurs survivant-e-s d'Ébola, par exemple, ont déclaré que ce soutien avait été crucial après leur sortie de l'hôpital, compte tenu de la stigmatisation dont ils avaient fait l'objet. Hassan a déclaré :

**À un moment donné, j'ai même voulu me suicider, parce que lorsque je me regardais, je ne voyais aucune raison de continuer à vivre dans cette communauté. Personne ne voulait s'approcher de moi**

<sup>91</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>92</sup> Entretien téléphonique, 18 janvier 2021.

<sup>93</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020.

<sup>94</sup> OMS et la Fondation Calouste Gulbenkian, *Social determinants of mental health*, 2014, bit.ly/2N3wbkl (ci-après OMS, *Social determinants of mental health*). Voir aussi Conseil des droits de l'homme des Nations unies, *Santé mentale et droits de l'homme : Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, 31 janvier 2017, doc. ONU A/HRC/34/32, § 13-14 ; Rapport du rapporteur spécial sur le droit à la santé, 12 avril 2019.

<sup>95</sup> Conseil des droits de l'homme des Nations unies, *Santé mentale et droits de l'homme*, § 13.

<sup>96</sup> OMS, *Social determinants of mental health*.

<sup>97</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>98</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>99</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021.

<sup>100</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020-janvier 2021. Les chapitres suivants mettront en évidence le rôle que l'épidémie d'Ébola a joué dans le développement des services de santé mentale dans le pays.

**[...] Personne ne me parlait [...] Les équipes de PIH nous ont fourni des services psychosociaux. Ils allaient de maison en maison [...] ils nous encourageaient, nous disant que tout n'était pas perdu.**

**Donc, dès que les gens et nos voisins ont vu les services psychosociaux venir chez nous [...] ils ont commencé à se rapprocher [de moi], de plus en plus. À un moment donné, [PIH] a créé des emplois, embauché des personnes, formé des mobilisateurs sociaux ; il nous a demandé d'aller parmi la population, et de dire aux gens que la maladie [Ébola] était réelle<sup>101</sup>.**

Une autre survivante d'Ébola, Kaday, qui a également déclaré avoir « voulu mourir » en raison de la stigmatisation dont elle faisait l'objet au sein de la société, a décrit l'aide psychologique qu'elle a reçue comme « inestimable [...] elle m'a sauvé la vie<sup>102</sup>. » Elle a affirmé que cela a duré environ un an, au cours duquel des équipes de soutien psychosocial lui rendaient visite, ainsi qu'à d'autres survivant-e-s, à leur domicile<sup>103</sup>.

Cependant, de nombreuses personnes en ont été exclues ; sur les 25 personnes interrogées, neuf victimes de la guerre et deux victimes d'Ébola ont déclaré n'avoir reçu aucune aide psychologique, ou une aide minimale, même pendant la période d'urgence. Parmi les personnes qui n'ont pas bénéficié d'aide psychologique, trois n'avaient pas été blessées physiquement pendant la guerre, mais elles ont éprouvé une grande détresse en fuyant la violence et après avoir assisté à des atteintes aux droits humains commises contre leurs proches. Il s'agit d'un homme qui a déclaré faire encore des cauchemars liés à la guerre et de Zainab qui, comme nous l'avons déjà indiqué, a fui une attaque au cours de laquelle quatre membres de sa famille ont été tués. Parlant de son état aujourd'hui, plus de 20 ans après, elle a déclaré : « Je pleure beaucoup, et tout le temps<sup>104</sup>. »



*Un garçon blessé lors des violences qui ont visé la capitale est allongé sur un lit d'hôpital à Freetown, en janvier 1999. Des survivant-e-s de la guerre ont déclaré à Amnesty International que, pendant leurs longs séjours à l'hôpital, le personnel médical leur avait apporté du soutien psychologique et que des religieux leur rendaient visite et les encourageaient. © Gervasio Sánchez*

Après la phase d'urgence, la prestation de services de santé mentale a fortement diminué. Au moment où Amnesty International a réalisé les entretiens, 15 des 25 victimes de la guerre et d'Ébola n'avaient pas connaissance d'une quelconque offre de consultations psychologiques, que ce soit dans des établissements

<sup>101</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>102</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>103</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020. Kaday et plusieurs autres survivants d'Ébola ont déploré la fin des interventions psychosociales communautaires auxquelles ils avaient eu accès par le biais des ONG pendant la crise.

<sup>104</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

publics ou par des ONG. Plus généralement, les victimes ont exprimé un certain nombre de préoccupations quant à l'accès aux services publics de santé mentale, notamment leur coût. Par exemple, Amina, qui était une enfant lorsqu'elle a été amputée de la jambe en raison d'une blessure qu'elle avait subie lors d'une attaque au mortier, a déclaré qu'elle ne croyait pas vraiment qu'elle allait recevoir une aide psychologique dans les établissements publics sans payer de sa poche. « Si vous n'avez pas d'argent, vous aurez beau vous présenter à l'hôpital avec votre douleur et vos problèmes, personne ne vous regardera, à moins de débours », a-t-elle déclaré<sup>105</sup>.

Kaday a déclaré qu'elle craignait d'être victime de discrimination et de stigmatisation si elle était vue en train de visiter l'unité de santé mentale de l'hôpital de district<sup>106</sup>. Kaday et au moins deux autres personnes interrogées ont dit connaître l'existence des infirmiers et infirmières en santé mentale, mais qu'elles croyaient que ces agents de santé étaient là pour prescrire des médicaments aux personnes souffrant de troubles mentaux « graves »<sup>107</sup>. Ces témoignages mettent en évidence le manque d'interventions psychosociales en dehors des établissements médicaux, tout en soulignant la nécessité de renforcer la confiance à l'égard des services publics et les connaissances de la population en matière de santé mentale.



*Des agents de santé portant des équipements de protection sont photographiés aux côtés de patients, le 15 août 2014, dans un établissement de Médecins sans frontières (MSF) à Kailahun, l'un des districts les plus durement touchés par Ebola. Les survivant-e-s d'Ebola qui ont indiqué à Amnesty International avoir reçu une aide psychologique pendant la crise ont déclaré que celle-ci leur avait été fournie par des infirmiers et infirmières en santé mentale du service public et à travers diverses interventions structurées d'ONG, dont MSF. © AFP via Getty Images*

Plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'en dehors de l'aide apportée par les structures formelles, les encouragements, le soutien et l'acceptation de leur état par leur famille à la suite de leurs expériences traumatisantes avaient été déterminants pour leur santé mentale et leur bien-être psychosocial. Par exemple, un homme qui a perdu une jambe et un œil après l'explosion d'une mine terrestre pendant la guerre a déclaré que le soutien de sa femme l'avait sorti du gouffre alors qu'il s'était isolé du monde extérieur et avait pensé à mettre fin à ses jours<sup>108</sup>. Ce cas n'est pas isolé, puisqu'il est confirmé par l'une des principales conclusions d'une étude longitudinale de 15 ans sur la santé mentale des enfants, garçons et filles, anciennement liés aux forces armées et aux groupes armés en Sierra Leone : l'acceptation - ou le manque d'acceptation - par les familles et les communautés a joué un rôle central dans l'évolution de leur santé mentale à long terme<sup>109</sup>.

<sup>105</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>106</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>107</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020.

<sup>108</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>109</sup> À l'une de ses étapes, l'étude a conclu que « les interventions psychosociales destinées aux anciens enfants soldats peuvent être plus efficaces si elles tiennent compte des facteurs post-conflit en plus de l'exposition à la guerre ». Theresa S. Betancourt, Robert T. Brennan,

Et si plusieurs personnes interrogées ont souligné le manque d'accès à des services d'aide psychologique à long terme dans un cadre formel, elles ont déclaré que leurs pairs avaient été pour elles d'un soutien essentiel. « Entre nous, nous trouvons du réconfort en nous parlant les uns aux autres », a déclaré Marie, 57 ans, qui vit actuellement dans l'un des « camps d'amputés » mis en place par des ONG pour les personnes amputées et les autres blessés de guerre<sup>110</sup>. Lansana, une victime d'Ébola âgée de 30 ans provenant de la ville de Port Loko, a déclaré :

**La seule aide psychologique que nous ayons [...] c'est entre victimes. Vous pouvez expliquer votre problème à votre collègue survivant, mais nous ne pouvons pas nous adresser à des professionnel-le-s de la santé mentale [...] En fait, nous avons un organisme, une association, une association de survivant-e-s.**<sup>111</sup>

Certains survivant-e-s d'Ébola ont rappelé le slogan de l'Association sierra-léonaise des survivants d'Ébola (Sierra Leone Association for Ebola Survivors, SLAES) : "Who feels it, knows it" (Il faut le vivre pour le comprendre). Comme dans le cas du soutien familial et communautaire, les groupes de soutien par les pairs ne remplacent pas les services de santé mentale et les services psychosociaux. Ils peuvent toutefois contribuer à des résultats bénéfiques dans le cadre d'un ensemble de soins<sup>112</sup>.

---

Julia Rubin-Smith, Garrett M. Fitzmaurice, Stephen E. Gilman, "Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, juin 2010, Vol. 49, n° 6, p. 606-615, [bit.ly/3aFajVM](http://bit.ly/3aFajVM)

Voir également Theresa S. Betancourt, Dana L. Thomson, Robert T. Brennan, Cara M. Antonaccio, Stephen E. Gilman, Tyler J. VanderWeele, "Stigma and acceptance of Sierra Leone's child soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, juin 2020, Vol. 59, n° 6, p. 715-726, [bit.ly/37G8JBf](http://bit.ly/37G8JBf)

Les Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence énumèrent parmi leurs principes fondamentaux la promotion de soutiens à plusieurs niveaux, y compris le soutien familial et communautaire. Elles placent ce principe au deuxième niveau de leur « pyramide d'intervention » pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Ces directives recommandent des réponses visant à renforcer le soutien familial et communautaire. Des professionnel-le-s de la santé mentale, des universitaires et des organisations humanitaires et de défense des droits humains ont participé à l'élaboration de ces directives publiées en 2007. Elles servent de référence générale aux organisations fournissant des services de santé mentale et de soutien psychosocial. CPI (*Inter-agency standing committee, IASC*), *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, 2007, [bit.ly/37zJEYt](http://bit.ly/37zJEYt) (voir résumé en français à l'adresse suivante : [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/iasc\\_checklist\\_french.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf?ua=1))

<sup>110</sup> Entretien téléphonique, 9 décembre 2020.

<sup>111</sup> Entretien téléphonique, 10 décembre 2020.

<sup>112</sup> Voir, par exemple, le rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, 28 mars 2017, § 83.

# 5. OBSTACLES À DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ

En général, les interventions spécialisées en faveur des personnes victimes de traumatismes ont tendance à cesser quelques années après la fin des conflits et des crises, car les financements diminuent et l'attention internationale s'émousse. Les acteurs de l'aide humanitaire et du développement affirment que leur objectif n'est pas de perpétuer la dépendance, mais plutôt de développer les capacités locales et de renforcer les systèmes pour intégrer ces services au système sanitaire national<sup>113</sup>. Par conséquent, des lacunes peuvent apparaître dans la prestation de services pendant que des systèmes et des services durables sont mis en place.

Dans le contexte de la Sierra Leone, le travail visant à mettre en place un système de santé mentale a commencé à prendre forme vers 2009<sup>114</sup>. Les progrès ont été relativement lents jusqu'à ce que l'épidémie d'Ébola en 2014 — en soi une autre urgence — accélère les efforts, principalement pour faire face aux besoins urgents et à grande échelle qui sont apparus à ce moment-là. Cependant, les obstacles à son intégration au sein du système de santé sierra-léonais ont été nombreux et ont compromis l'accès à des soins de santé mentale de qualité et au soutien des personnes ayant subi des traumatismes liés à la guerre et à Ébola, ainsi que d'autres personnes ayant des besoins en matière de santé mentale et psychosociale.

Tout le monde s'accorde à dire que les carences en matière de traitement pour la santé mentale et les troubles psychologiques sont considérables. Un chiffre souvent mentionné dans les études — qui s'appuie sur les estimations d'un rapport de l'OMS de 2012 — situe le manque de traitement en Sierra Leone à 99,5 % pour les personnes présentant « toute forme de problème de santé mentale<sup>115</sup> ». Toutefois, il est difficile d'arriver à un chiffre précis étant donné le manque de données actualisées sur la santé mentale et les besoins psychosociaux dans le pays — un problème commun aux pays à revenu faible et

<sup>113</sup> Entretiens réalisés entre novembre 2020 et février 2021. Amnesty International a interrogé une dizaine de personnes travaillant pour des organisations internationales et locales impliquées dans l'action humanitaire et le développement en Sierra Leone, ainsi que des expert-e-s en santé publique et en développement. Voir également le Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences, *Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ébola. Guide pour les planificateurs des programmes de santé publique*, 2015, p. 14, disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/ebola\\_guide\\_for\\_planners\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners_fr.pdf?ua=1)

<sup>114</sup> Wondimagegnehu Alemu, Michelle Funk, Tenin Gakuruh, Donald A. Bash-Taqi, Andrea Bruni, Jessica Sinclair, Aminata Kobie, Andrew Muana, Mohamed Samai, Julian Eaton, *WHO proMIND profiles on mental health in development: Sierra Leone*, OMS, 2012, [bit.ly/3bCsISA](http://bit.ly/3bCsISA) (ci-après : Wondimagegnehu Alemu et al., *WHO proMIND profiles on mental health in development*).

<sup>115</sup> Ce chiffre repose sur des estimations mondiales de la prévalence ainsi que sur un nombre limité de données relatives à l'utilisation des services de santé en Sierra Leone en 2009 ; les auteurs notent l'absence de données fiables sur la prévalence à l'échelle du pays. Wondimagegnehu Alemu et al., *WHO proMIND profiles on mental health in development*. Ce chiffre transparait également dans la politique nationale de santé mentale selon laquelle : « On estime que moins de 1 % de la population totale qui souffre de troubles mentaux est prise en charge. » Ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, *Mental Health Policy 2019-2028*, conservée dans les archives d'Amnesty International. On estime qu'entre 76 % et 85 % des personnes souffrant de troubles mentaux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement. OMS, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*.



intermédiaire<sup>116</sup>. L'absence de données sur la santé mentale ventilées, constitue en soi une violation des obligations de l'État en matière de droits humains<sup>117</sup> et « limite clairement leur utilisation pour la planification des services et de l'action politique<sup>118</sup> ». Un responsable de la santé a reconnu ce problème et a déclaré que le pays pourrait bénéficier d'une assistance technique et financière en la matière afin de mieux orienter les actions en faveur de l'accès aux soins<sup>119</sup>. Les données mises à part, les personnes interrogées ont évoqué les différents obstacles abordés dans ce chapitre comme étant des freins majeurs pour atteindre des niveaux de soins nécessaires, même les plus élémentaires. Ces difficultés sont interdépendantes et la plupart d'entre elles se retrouvent dans le secteur de la santé du pays<sup>120</sup>.

---

<sup>116</sup> Les informations sur la santé mentale font souvent défaut dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les principaux facteurs étant le manque de ressources et le défaut de priorisation. Voir, par exemple, Shalini Ahuja, Rahul Shidhaye, Maya Semrau, Graham Thornicroft, Mark Jordans, "Mental health information systems in resource-challenged countries: experiences from India," *British Journal of Psychiatry International*, mai 2018, vol. 15, n° 2, p. 43-46, [bit.ly/3h9NwVX](https://doi.org/10.1192/bji.2018.15). Nawaraj Upadhaya, Mark J. D. Jordans, Jibril Abdulmalik, Shalini Ahuja, Atalay Alem, Charlotte Hanlon, Fred Kigozi, Dorothy Kizza, Crick Lund, Maya Semrau, Rahul Shidhaye, Graham Thornicroft, Ivan H. Komproe, Oye Gureje, "Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis", *International Journal of Mental Health Systems*, 26 septembre 2016, vol. 10, n° 60, [bit.ly/3f0sZAt](https://doi.org/10.1186/s13033-016-0160-0)

<sup>117</sup> CESR, Observation générale n° 14, § 20, 57, 63.

<sup>118</sup> Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone". Une autre étude analysant les défis du système de santé de la Sierra Leone à travers les six « éléments constitutifs » des systèmes de santé de l'OMS cite les propos d'un membre de la Coalition pour la santé mentale : « Si l'on se réfère aux tableaux du département de suivi et d'évaluation du ministère de la Santé et de l'Assainissement en ce qui concerne le nombre de cas traités, il n'y a qu'une seule ligne générale pour la santé mentale. Il n'y a pas d'informations spécifiques permettant de dire quelle maladie est réellement prédominante dans quelle communauté, lesquelles devraient servir de point de référence et aider à la planification et au développement stratégiques. » L'étude souligne toutefois que la collecte des données est utile à condition que d'autres facteurs, comme les contraintes logistiques, rendent son utilisation possible. Jessica J Fitts, Fatmata Gegbe, Mark S Aber, Daniel Kaitibi, Musa Aziz Yokie, "Strengthening mental health services in Sierra Leone: perspectives from within the health system", *Health Policy and Planning*, juillet 2020, Vol. 35, n° 6, p. 657-664, [bit.ly/3bBx8ci](https://doi.org/10.1093/heapol/czab088) (ci-après : Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone").

<sup>119</sup> Entretien téléphonique, 13 janvier 2021. Par ailleurs, le secrétaire exécutif de la Commission nationale pour les personnes handicapées a déclaré à Amnesty International qu'il avait fait pression, sans succès, pour que le Questionnaire du Groupe de Washington, reconnu au niveau international, soit utilisé lors du dernier recensement du pays en 2015, afin d'obtenir des données sur le handicap ventilées par type et par gravité. Finalement, une solution a été trouvée lors du recensement à mi-parcours de 2021, a-t-il déclaré. Entretien téléphonique, 20 janvier 2021. Le Questionnaire détaillé sur le fonctionnement du Groupe de Washington comprend six questions destinées à déterminer si les personnes ont des difficultés à réaliser certaines activités (marche, vision, audition, cognition, soins personnels et communication). Il ne comprend pas de question spécifique sur la santé mentale, mais les experts affirment que les questions sur des aspects tels que les soins personnels et la communication peuvent potentiellement permettre de détecter certains handicaps psychosociaux. Des versions plus longues, comme le « Enhanced Short Set », incluent des questions sur l'anxiété et la dépression. Voir Grace Ryan, Valentina Lemmi, Fahmy Hanna, Hannah Loryman, Julian Eaton, "Mental health for sustainable development: A topic guide for development professionals", Knowledge, Evidence and Learning for Development (K4D), janvier 2020, [bit.ly/3ezxVOa](https://doi.org/10.2196/k4d.12345)

<sup>120</sup> Pour en savoir plus sur les défis à relever dans l'ensemble des piliers du système de santé de la Sierra Leone, voir, par exemple, Colan Robinson, "Primary health care and family medicine in Sierra Leone", *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 30 juillet 2019, Vol. 11, n° 1, [bit.ly/3emMunH](https://doi.org/10.2196/ajph.12345) ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, *National Health Sector Strategic Plan 2017-2021*, septembre 2017, [bit.ly/303Etfi](https://doi.org/10.2196/ajph.12345) (ci-après : ministère de la Santé et de l'Assainissement, *National Health Sector Strategic Plan 2017-2021*, September 2017, [bit.ly/303Etfi](https://doi.org/10.2196/ajph.12345) (hereinafter Ministry of Health and Sanitation, *National Health Sector Strategic Plan 2017-2021*); ministère de la Santé et de l'Assainissement, *Human Resources for Health Strategy 2017-2021*, [bit.ly/3unyZcW](https://doi.org/10.2196/ajph.12345)



Les membres de la Coalition pour la santé mentale défilent à Freetown lors de la Journée mondiale de la santé, le 7 avril 2017, dans le cadre d'une série d'événements organisés avec l'OMS et le ministère de la Santé pour sensibiliser à la dépression. La Coalition a été à l'avant-garde des activités visant à lutter contre la stigmatisation des troubles de la santé mentale. © Private

## 5.1 MANQUE DE PERSONNEL QUALIFIÉ

Dans l'ensemble, les expert-e-s, les travailleurs et travailleuses humanitaires, les responsables gouvernementaux et les professionnel-le-s de la santé mentale (y compris les infirmiers et infirmières en santé mentale) interrogés ont déclaré que le manque de travailleurs et travailleuses et de spécialistes de la santé mentale et psychosociale dans le pays constituait un défi majeur à la fourniture de soins et à un soutien de qualité en matière de santé mentale<sup>121</sup>. L'État et les partenaires internationaux ont fourni des efforts pour former des cadres de professionnel-le-s de la santé mentale et du personnel non spécialisé, mais dans l'ensemble, la pénurie de personnel demeure. Cela a une incidence sur la prestation des soins professionnels à long terme nécessaires pour les survivant-e-s de la guerre et d'Ébola ainsi que pour la population générale.

Bien que de portée limitée, une initiative clé financée par des donateurs internationaux a permis de former 21 infirmiers et infirmières spécialisés en santé mentale, qui ont été affectés dans des hôpitaux de district du pays après avoir suivi les cours du College of Medicine and Allied Health Sciences (COMAHS) en 2013<sup>122</sup>. Les personnes interrogées ont déclaré que cette promotion d'infirmiers et d'infirmières en santé mentale avait initialement reçu qu'un soutien minimal de la part de l'État lors de leur affectation — parfois sans même de bureaux pour travailler — et que ce n'est qu'avec l'apparition d'Ébola que des moyens leur ont été effectivement accordés<sup>123</sup>. Pourtant, malgré le service crucial qu'ils ont fourni pendant la crise d'Ébola, il aura fallu attendre 2019 pour que ces infirmiers et infirmières reçoivent les promotions et les salaires qui leur avaient été promis, ce qui a poussé au moins deux d'entre eux à suivre une formation dans d'autres

<sup>121</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Il s'agit d'entretiens avec deux responsables de la santé, deux travailleurs et travailleuses humanitaires internationaux de haut niveau et trois expert-e-s internationaux en santé mentale et en matière de santé publique.

<sup>122</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone"; Helen Hopwood, Stephen Sevalie, Moshi Optat Herman, Dawn Harris, Katharine Collet, Abdulai Jawo Bah and Fenella Beynon, "The burden of mental disorder in Sierra Leone: a retrospective observational evaluation of programmatic data from the roll out of decentralised nurse-led mental health units", *International Journal of Mental Health Systems*, 8 avril 2021, Vol. 15, n° 31, bit.ly/3v11Mio (ci-après Helen Hopwood et al., "The burden of mental disorder in Sierra Leone").

<sup>123</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

filières professionnelles, comme celle de sage-femme<sup>124</sup>. Tout au plus, 16 infirmiers et infirmières de cette promotion exercent encore leur profession<sup>125</sup>.

Au cours des huit années suivant la formation de ce premier groupe, seul un nombre limité d'infirmiers et infirmières en santé mentale s'est rajouté à ce personnel spécialisé, à savoir trois personnes qui ont été formées à l'étranger<sup>126</sup>. La coordinatrice nationale de la santé mentale au ministère de la Santé et de l'Assainissement, Kadiatu Savage, a déclaré qu'un groupe de huit autres infirmiers et infirmières était apte à exercer depuis le mois d'avril 2021 après avoir suivi les cours financés par les donateurs du COMAHS<sup>127</sup>. À plus long terme, le gouvernement vise à intégrer ce programme d'études dans son système universitaire public, afin de ne plus dépendre de bailleurs de fonds externes, d'autant que certains parmi eux ont cessé de soutenir ce programme de formation<sup>128</sup>. Alors que la stigmatisation de la profession est parfois citée comme l'une des causes du manque de personnel dans le domaine de la santé mentale, le responsable de la santé a reconnu qu'il fallait faire davantage pour rendre ce domaine attrayant pour les nouvelles recrues<sup>129</sup>. Outre le fait qu'elles ont tardé à être reconnues dans le régime salarial et à être correctement rémunérées, plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'il n'y avait pas de possibilités d'évolution de carrière pour les infirmiers et infirmières, comme la possibilité d'obtenir des diplômes supérieurs<sup>130</sup>.

Selon les responsables de la santé et d'autres personnes impliquées dans la santé mentale et le travail psychosocial en Sierra Leone, un pays de plus de 7 millions d'habitants, il n'y a que deux psychiatres sierra-léonais en exercice pour l'ensemble du pays et un psychiatre invité qui vient du Nigeria<sup>131</sup>. En outre, les deux psychologues cliniciens du pays n'exercent pas dans le secteur public<sup>132</sup>.

Ces dernières années, le ministère de la Santé et de l'Assainissement, avec l'appui de partenaires internationaux, dont l'OMS, a dispensé une formation et mené une sensibilisation à la santé mentale auprès de divers agents de santé non spécialisés afin d'élargir la portée des services de santé mentale<sup>133</sup>. Il a notamment formé des infirmiers et des infirmières ainsi que des médecins au niveau des soins de santé primaires dans le cadre du programme de l'OMS intitulé *Mental Health Gap Programme* (mhGAP) [Programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale], qui vise à développer les services de santé mentale dans les pays disposant de faibles ressources<sup>134</sup>.

En outre, d'après la coordinatrice nationale de la santé mentale et les membres de la Coalition pour la santé mentale<sup>135</sup>, les guérisseurs traditionnels, qui sont souvent le premier point de contact des personnes souffrant de troubles mentaux et de leurs familles en Sierra Leone, font partie des groupes ciblés par la formation aux premiers soins psychologiques. Ce programme permet aux prestataires de santé de reconnaître les symptômes de détresse juste après un événement traumatique, de fournir de l'aide psychologique de base et d'orienter les victimes vers des soins spécialisés si nécessaire. Selon des responsables du ministère de la Protection sociale, les travailleuses et travailleurs sociaux, qui dépendent

<sup>124</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>125</sup> Deux sont décédés et un troisième a pris sa retraite. Entretiens téléphoniques, novembre 2020-avril 2021.

<sup>126</sup> Helen Hopwood et al., "The burden of mental disorder in Sierra Leone".

<sup>127</sup> Entretien téléphonique, 3 mai 2021.

<sup>128</sup> Entretien téléphonique, 17 février 2021.

<sup>129</sup> Entretien téléphonique, 17 février 2021.

<sup>130</sup> Entretiens téléphoniques, janvier-février 2021.

<sup>131</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>132</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. L'une d'entre eux, Rebecca Esliker, membre de la Coalition pour la santé mentale du pays et directrice du programme de santé mentale de l'université de Makeni (UNIMAK), une université privée, a déclaré à Amnesty International qu'elle avait contribué au lancement d'un cursus de licence de quatre ans en psychologie clinique à l'UNIMAK. Au moment de l'entretien, 12 étudiants étaient inscrits sur trois ans. Entretien téléphonique, 2 novembre 2020.

<sup>133</sup> Entretiens téléphoniques, janvier-février 2021. Voir, par exemple, JSI/Advancing Partners & Communities, *Strengthening access to mental health services in Sierra Leone*, 2018, bit.ly/2ZYd2mY

<sup>134</sup> Pour en savoir plus sur le programme mhGAP, voir WHO, *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*, bit.ly/3dYbL7X. En 2011, l'OMS avait identifié la Sierra Leone parmi les pays prioritaires pour tester le mhGAP. Wondimagegnehu Alemu et al., *WHO proMIND profiles on mental health in development*. La coordinatrice nationale de la santé mentale au ministère de la Santé et de l'Assainissement a déclaré à Amnesty International qu'environ 80 % des infirmiers et infirmières et des médecins du pays avaient suivi une formation au mhGAP. Entretien téléphonique, 17 février 2021. Une étude publiée en 2020, basée sur des entretiens menés avec un large éventail de travailleurs et travailleuses et parties prenantes de la santé en janvier 2017 et août 2018 dans les districts urbains de Bo, Moyamba et de la Zone de l'Ouest, a révélé que « les prestataires de soins de santé de première ligne dans les cliniques rurales de cette étude étaient peu au courant des récentes initiatives gouvernementales et internationales telles que la formation et le déploiement d'infirmiers et d'infirmières en santé mentale, l'élaboration d'une politique de santé mentale ou l'existence de la Coalition pour la santé mentale ». Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone".

<sup>135</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. La coordination avec les guérisseurs traditionnels reste un domaine à développer, selon les personnes interrogées. Les défenseur-e-s de la santé mentale ont également indiqué que des pratiques de surveillance devaient être mises en place pour s'assurer que des atteintes aux droits humains n'étaient pas commises dans les centres de guérison traditionnels.



tous de ce ministère, ont récemment reçu une formation aux premiers soins psychologiques et un manuel mis à jour dans le cadre des efforts accrus de l'État pour répondre à la COVID-19<sup>136</sup>.

On ne sait pas exactement combien, sur les quelque 15 000 agents de santé communautaires du pays — des membres bénévoles du secteur associatif qui jouent un rôle clé dans la promotion de la santé — ont reçu une formation en santé mentale. La santé mentale doit encore être intégrée au programme de formation des agents de santé communautaire, comme le prévoit le Plan stratégique national du secteur de la santé mentale 2019-2023, lancé en juin 2019<sup>137</sup>.

Un membre du personnel du bureau de pays de l'OMS a déclaré que le travail autour du mhGAP et d'autres formations spécialisées « doit être beaucoup plus systématique<sup>138</sup> ». Et d'ajouter : « Le ministère de la Santé doit évaluer les besoins en formation, élaborer un plan de formation et tenir à jour des bases de données sur les personnes formées et les lieux où elles ont été déployées, mais qui n'ont pas encore obtenu leur diplôme, pour ainsi dire<sup>139</sup>. » L'OMS devrait fournir une assistance au ministère de la Santé dans ce sens.

Le manque d'agents de santé qualifiés, qui pourraient apporter un soutien, est ressenti au sein des populations où son aide est nécessaire. Par exemple, plusieurs victimes d'Ébola qui savaient que des infirmiers et infirmières de santé mentale étaient en poste dans les hôpitaux de district ont déclaré que le grand nombre de survivant.e.s ayant besoin d'un soutien psychosocial et de santé mentale dépassait de loin les services limités actuellement proposés<sup>140</sup>. Bintu, la cinquantaine, qui a continué à solliciter les services de l'infirmière en santé mentale de son district, a déclaré qu'elle trouvait son soutien utile, mais qu'il « restait beaucoup faire<sup>141</sup> ». Elle a ajouté : « La plupart des survivants [d'Ébola] sont frustrés [...] Nous n'avons pas la force, nous n'avons pas une [bonne] santé. N'importe qui serait frustré. Nous avons plus que jamais besoin de soutien [...] surtout [avec] notre santé [...] physique et mentale<sup>142</sup>. »

## 5.2 UNE PRIORISATION INSUFFISANTE

Malgré l'existence de plusieurs politiques et plans stratégiques au niveau national qui énoncent l'engagement du gouvernement en faveur de la santé mentale, les membres de la société civile, les professionnel-le-s de la santé mentale et d'autres acteurs qui surveillent la situation en Sierra Leone ont déclaré que la concrétisation de ces objectifs au-delà de ce qui est énoncé sur le papier a été entravée d'une part par un financement et un leadership limités des pouvoirs publics et d'autre part, par une pénurie de professionnel-le-s ayant reçu une formation technique et travaillant dans les postes administratifs liés à la santé mentale. « Le problème est [que] le gouvernement ne s'approprie pas la problématique », a déclaré un membre de la Coalition pour la santé mentale<sup>143</sup>. Et d'ajouter que malgré la création d'un poste de coordinateur-trice national-e de la santé mentale au sein du ministère de la Santé, les défenseur-e-s de la santé doivent continuellement faire pression pour obtenir des avancées dans le domaine de la santé mentale et de l'espace psychosocial<sup>144</sup>.

Il n'existe pas de ligne budgétaire dédiée à la santé mentale, ont déclaré des expert-e-s internationaux qui soutiennent le renforcement du système en Sierra Leone et la coordinatrice nationale de la santé mentale<sup>145</sup>. Il est donc difficile de déterminer, à partir du budget global du pays, le montant consacré spécifiquement à la santé mentale ; par exemple, dans la rubrique des dépenses relatives au ministère de la Santé dans le budget annuel, il existe bien une ligne pour l'ensemble de la Direction des maladies non transmissibles et de la santé mentale, mais elle n'est pas ventilée davantage<sup>146</sup>. En outre, la majorité des fonds, du reste limités, qui sont alloués par l'État à la santé mentale vont au Sierra Leone Psychiatric Teaching Hospital (le seul

<sup>136</sup> Entretiens téléphoniques, janvier-février 2021. Un fonctionnaire du ministère des Affaires sociales a déclaré que pour répondre aux besoins des populations, le gouvernement s'appuie depuis longtemps sur les réseaux locaux composés des autorités locales, des structures traditionnelles et des chefs influents. « Nous mettons parfois en œuvre certains de ces modèles [locaux] de manière inconsciente », a-t-il déclaré, ajoutant que certains dirigeants locaux avaient reçu une formation en santé mentale. Entretien téléphonique, 22 janvier 2021. Ces efforts doivent être standardisés.

<sup>137</sup> Les spécialistes de la santé mentale qui se sont entretenus avec Amnesty International ont déclaré qu'outre l'organisation de sessions de formation pour assurer des services de qualité, il faut améliorer la supervision et le contrôle des performances des agents de santé communautaires et rémunérer ces bénévoles par des incitations financières, notamment en prenant en charge leurs frais de transport et la recharge de leurs téléphones portables.

<sup>138</sup> Entretien téléphonique, 21 janvier 2021.

<sup>139</sup> Entretien téléphonique, 21 janvier 2021.

<sup>140</sup> Entretiens téléphoniques, décembre 2020.

<sup>141</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>142</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>143</sup> Entretien téléphonique, 2 novembre 2020.

<sup>144</sup> Entretien téléphonique, 2 novembre 2020.

<sup>145</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone"; Joshua Duncan et al., *Country profile*; Helen Hopwood et al., "The burden of mental disorder in Sierra Leone".

<sup>146</sup> Ministère des finances, *Annual budget*, [mof.gov.sl/annual-budget/](http://mof.gov.sl/annual-budget/) Voir également Joshua Duncan et al., *Country profile*.

établissement hospitalier spécialisé dans la santé mentale du pays) et ne passent pas par la Direction des maladies non transmissibles et de la santé mentale, a déclaré la coordinatrice nationale de la santé mentale<sup>147</sup>. En dehors de cette dernière, il n'existe pas de programme de santé mentale à part entière visant à planifier et à superviser la mise en œuvre de la politique et du plan stratégique de santé mentale du pays.

Le manque de financement national se fait particulièrement ressentir sur le terrain, notamment au niveau des districts. Le très petit nombre d'infirmiers et d'infirmières de santé mentale déployés dans les hôpitaux de district ne disposent pratiquement d'aucune ressource pour accomplir leur travail. Par exemple, selon plusieurs professionnel-le-s de la santé mentale, ils sont encore nombreux à payer de leur poche pour se rendre au domicile de leurs patients<sup>148</sup>. Amnesty International a appris que pendant la crise d'Ébola, certains parmi eux avaient reçu des motos pour pouvoir effectuer des visites à domicile. Quelques années plus tard, les motos sont en mauvais état, car les infirmiers et infirmières n'ont pas accès aux services d'entretien ou ne peuvent pas payer le carburant<sup>149</sup>. De même, ces infirmiers et infirmières en santé mentale ne participent pas aux discussions financières qui ont lieu au sein des équipes de gestion de la santé de district ; « ainsi, ils ne sont pas autour de la table [...] lors des discussions sur les ressources et leur distribution. Il existe une hiérarchie très forte [...] si vous n'êtes pas médecin, il vous est très difficile de vous asseoir à la même table qu'eux », a déclaré une personne qui est experte en santé mentale au niveau régional, dont la Sierra Leone<sup>150</sup>.

Plusieurs professionnel-le-s et défenseur-e-s de la santé mentale ont souligné le manque de dépenses publiques pour les médicaments psychotropes<sup>151</sup>. Il est important de noter que les médicaments psychotropes peuvent être une composante des soins, mais qu'ils ne sont pas forcément indispensables dans tous les cas. Le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, affirme : « Prescrire des psychotropes non parce qu'ils sont indiqués et nécessaires, mais plutôt par manque d'une prise en charge efficace sur les plans psychosocial et de la santé publique, est incompatible avec le droit à la santé<sup>152</sup>. » Bien que les psychotropes aient finalement été inclus dans la liste des médicaments essentiels du pays en 2018, le gouvernement ne s'en est pas procuré, une indication de plus du défaut de financement et de priorisation. La quasi-totalité du stock provient d'organisations internationales, telles que Partners in Health (PIH), qui soutient les services de santé mentale à partir des centres de Freetown et Kono<sup>153</sup>. Selon les professionnel-le-s de la santé mentale basés en dehors de ces deux districts, l'accès aux médicaments constitue un défi majeur<sup>154</sup>.

« Il y a encore des gens qui souffrent de blessures profondes et qui n'ont pas encore été guéris de leurs douleurs », a déclaré un agent de santé mentale, en parlant des victimes de la guerre et d'Ébola. Et d'ajouter :

**De nombreuses personnes sont exclues des soins et le soutien fait défaut. Nous, travailleuses et travailleurs de la santé, sommes là pour fournir les services, mais que recevons-nous en contrepartie ? Rien [...] Et de plus, je ne sais pas quand le ministère va considérer [la santé mentale] comme une priorité [...] Ils ont fait beaucoup de promesses [...] mais quand seront-elles réellement [mises en œuvre]<sup>155</sup> ?**

Les responsables des ministères de la Santé et de la Protection sociale reconnaissent que les dépenses de l'État en matière de santé mentale sont limitées, même s'ils notent l'existence d'une volonté politique. « La santé mentale fait partie du programme de ce gouvernement », a déclaré l'un des responsables de la santé

<sup>147</sup> Entretien téléphonique, 17 février 2021. Voir également Joshua Duncan et al., *Country profile*. En ce qui concerne les dépenses de santé en général, le Plan stratégique national de santé mentale 2019-2023, qui cite des chiffres de 2014, indique que le gouvernement contribue à environ 7 % des dépenses totales de santé. Près de 47 % proviennent des donateurs, environ 12 % des ONG, tandis que les dépenses à la charge des patients s'élèvent à 33 %. Ce document indique qu'en 2014, les dépenses totales de santé ont représenté 21,7 % du produit intérieur brut (PIB). Ministère de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, *Mental Health Strategic Plan 2019-2023*, conservé dans les archives d'Amnesty International (ci-après : ministère de la Santé et de l'Assainissement, *Mental Health Strategic Plan 2019-2023*). Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone". L'estimation la plus récente que nous avons trouvée au moment de la rédaction du présent document date de 2018 ; elle indique que les dépenses de santé représentaient 16 % du PIB. Banque mondiale, *Dépenses courantes de santé (en % du PIB) - Sierra Leone (Current health expenditure, % of GDP)*, bit.ly/3bRzrYF

<sup>148</sup> Entretiens téléphoniques, janvier 2021. Voir également Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone".

<sup>149</sup> Entretiens téléphoniques, janvier 2021. Les personnes interrogées ont déclaré que ces motos avaient été fournies pendant la crise d'Ébola par l'intermédiaire de l'OMS, qui a couvert le carburant et d'autres dépenses. Ces dernières années, d'autres partenaires internationaux ont apporté un certain soutien (entretien et prise en charge du carburant), mais ces programmes ont pris fin.

<sup>150</sup> Entretien téléphonique, 27 janvier 2021.

<sup>151</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-janvier 2021.

Voir, par exemple, le rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, 28 mars 2017, § 83. 79.

<sup>153</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone"; Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone".

<sup>154</sup> Entretiens téléphoniques, janvier 2020.

<sup>155</sup> Entretien téléphonique, 12 janvier 2021.

interrogés<sup>156</sup>. Les responsables ministériels ont également souligné les propos du président Julius Maada Bio en juin 2020 lors de l'inauguration des travaux de rénovation du *Sierra Leone Psychiatric Teaching Hospital* réalisés avec le soutien de PIH. Il est revenu sur l'importance d'investir dans la santé mentale, la recherche d'un soutien régional pour établir le premier centre de traitement et de réhabilitation des toxicomanes du pays. Il a également donné instruction pour la création d'un groupe de travail présidentiel sur la santé mentale (au moment de la publication de ce rapport, ce groupe de travail n'avait pas été constitué<sup>157</sup>). Un responsable du ministère de la Protection sociale a déclaré que l'intensification du travail sur la santé mentale et le bien-être psychosocial incluait la mise en place d'un pilier psychosocial en tant que « partie intégrante » de la structure nationale de riposte à la pandémie de COVID-19. Il s'agit également d'améliorer la coopération entre son ministère et le ministère de la Santé ainsi que celle avec les agences des Nations unies, notamment l'UNICEF<sup>158</sup>. Le gouvernement doit profiter de l'élan mondial en faveur de la santé mentale dans le contexte de la pandémie de COVID-19 pour soutenir le renforcement durable des systèmes.

Le gouvernement doit en faire davantage pour tenir les promesses qu'il a formulées. « Je pense que fondamentalement, la façon la plus simple de mesurer l'engagement du gouvernement est de le rapporter au volume de ses investissements dans un domaine en particulier », a déclaré Julian Eaton, psychiatre de santé publique et directeur de la santé mentale pour CBM Global, qui a participé au renforcement des services de santé mentale en Sierra Leone<sup>159</sup>. Il a ajouté que, même s'il est compréhensible que les ressources du gouvernement soient limitées, « la voie à suivre, à mon avis, pour les pays dépendants de l'aide internationale au développement pour financer leurs secteurs de la santé et de l'éducation de base, est de faire en sorte que le gouvernement aille jusqu'à dire [...] aux bailleurs de fonds internationaux : "Nous voulons que 5 % du financement international [de la santé] soit consacré à la santé mentale" [...] Notre voix n'est pas encore suffisamment forte par rapport au VIH et à la santé maternelle ou à d'autres [acteurs] qui sont beaucoup plus proches des décideurs de haut niveau dans le domaine de la santé<sup>160</sup>. »

## 5.3 PROBLÈMES D'ACCÈS AUX SOINS

Selon le Plan stratégique national du secteur de la santé mentale, les services de santé mentale sont censés être inclus dans l'initiative de gratuité des soins, mais « aucun document politique ne le précise<sup>161</sup> ». Le plan de santé mentale appelle à déterminer clairement l'ensemble des services de santé mentale devant être fournis gratuitement<sup>162</sup>. C'est un impératif, comme le montrent les entretiens menés par Amnesty International : d'après les professionnel-le-s de la santé mentale, une consultation devrait être gratuite, mais diverses explications sont avancées quant aux raisons pour lesquelles les gens doivent parfois payer pour obtenir ces services<sup>163</sup>.

<sup>156</sup> Entretien téléphonique, 13 janvier 2021. Voir également Abdul Rashid Thomas, "Investing in mental healthcare will impact socio-economic development – says president Bio", *Sierra Leone Telegraph*, 4 juin 2020, [bit.ly/3sOk7m2Sierra](https://bit.ly/3sOk7m2Sierra)  
Leone Peoples' Party (SLPP), *New direction: People's manifesto*, [bit.ly/3dKbvJ6](https://bit.ly/3dKbvJ6)

<sup>157</sup> Voir State House Media and Communications Unit, "President Julius Maada Bio explains why massive investment in mental health matters in present-day Sierra Leone", 4 juin 2020, [bit.ly/3aZShOd](https://bit.ly/3aZShOd)

State House, *Statement by his excellency, Dr. Julius Maada Bio, President of the Republic of Sierra Leone on the occasion of the formal commissioning of the renovated Sierra Leone Psychiatric Teaching Hospital Complex, Freetown* – 4 juin 2020, [bit.ly/3er2cwJ](https://bit.ly/3er2cwJ)

<sup>158</sup> Entretien téléphonique, 22 janvier 2021. Pour en savoir plus sur le Plan national de préparation et de réponse à la pandémie de COVID-19 de la Sierra Leone, ainsi que la structure de sa réponse et de sa collaboration avec ses partenaires internationaux, voir Kevin Grieco et Yasmina Yusuf, *COVID-19 series: Sierra Leone's response to COVID-19*, Oxford Policy Management, mai 2020, [bit.ly/3emD5v2](https://bit.ly/3emD5v2)

<sup>159</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020.

<sup>160</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020. M. Eaton est l'un des 28 commissaires internationaux de la Commission *Lancet* sur la santé mentale mondiale et le développement durable, qui a publié en 2018 son rapport historique visant à recentrer la priorité accordée à la santé mentale dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable. Le rapport reconnaît que les pays, quel que soit leur niveau de revenu, allouent à la santé mentale une proportion de leur budget de santé bien inférieure à ce qui est nécessaire ; il recommande qu'en général, les pays à revenu faible et intermédiaire augmentent les allocations à la santé mentale à au moins 5 % de leur budget de santé. Vikram Patel et al., « *La Commission Lancet sur la santé mentale et le développement durable* », *The Lancet*, 9 octobre 2018, vol. 392, n° 10157, p. 1553-1598, [bit.ly/3cxEjTā](https://bit.ly/3cxEjTā) (ci-après : Vikram Patel et al., « *La Commission Lancet sur la santé mentale et le développement durable* »).

Les expert-e-s interrogés dans le cadre de ce rapport ont déclaré que l'accent mis en Sierra Leone sur certains programmes tels que la santé maternelle, par exemple, est compréhensible étant donné que le pays a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde. Mais ils ont indiqué que c'est pour cette raison que l'intégration de la santé mentale dans tous les programmes et interventions est d'autant plus importante. Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>161</sup> Ministère de la Santé et de l'Assainissement, *Mental Health Strategic Plan 2019-2023*.

<sup>162</sup> Il reconnaît également les lacunes de la Loi de 2011 relative aux personnes handicapées. Bien qu'elle mentionne la fourniture de soins de santé gratuits, l'absence de tout document politique définissant les personnes en situation de handicap ou l'ensemble des services auxquels elles ont droit a fait que les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas couvertes par cette loi. Ministère de la Santé et de l'Assainissement, *Mental Health Strategic Plan 2019-2023*.

<sup>163</sup> Entretiens téléphoniques, janvier 2021. Plus généralement, le Plan stratégique national du secteur de la santé 2017-2021 reconnaît que, selon des rapports émanant du niveau infranational, les bénéficiaires de l'initiative pour la gratuité des soins de santé ont fini par être

Les quelques services de santé mentale officiels qui sont disponibles restent très centralisés. Les infirmiers et infirmières spécialisés en santé mentale travaillent dans des cliniques de consultations externes ou dans des unités de santé mentale situées dans des hôpitaux généralistes (12 hôpitaux de district et trois établissements généralistes à Freetown). Ainsi, les personnes vivant en dehors des centres urbains n'ont pratiquement pas accès à ces services<sup>164</sup>. Comme nous l'avons déjà mentionné, ces infirmiers et infirmières ne bénéficient d'aucun soutien officiel pour leurs déplacements, que ce soit sur des routes accidentées et, parfois même en bateau, pour se rendre auprès de personnes qui ont besoin de soins à travers les immenses divisions administratives des districts. « De nombreux habitants de l'intérieur du pays ne peuvent pas se déplacer pour venir [nous voir] parce que le coût du transport est trop élevé », a déclaré une personne exerçant dans le domaine de la santé mentale<sup>165</sup>.

De plus, comme indiqué précédemment, la charge de travail est tout simplement trop importante pour qu'un-e seul-e infirmier-ière en santé mentale puisse couvrir un district entier (comme c'est le cas dans pratiquement toutes les unités de santé mentale). Les infirmiers et infirmières en santé mentale doivent soit réduire le nombre de personnes dont ils s'occupent, soit revoir à la baisse la qualité des soins qui finit par être affectée par la charge de travail, ont indiqué à Amnesty International des professionnel-le-s et des expert-e-s de la santé mentale qui participent à la prestation de services dans l'ensemble du pays<sup>166</sup>. La structure actuelle fait peser une « forte pression sur un très petit nombre de personnes sans vraiment concevoir de systèmes adéquats ou tenir compte de leur évolution de carrière, étant donné le niveau de la demande et le peu de professionnel-le-s de la santé mentale qu'il y a dans le pays [...] Je n'ai pas vu d'investissements très solides et continus dans le développement professionnel des travailleuses et travailleurs de la santé mentale en Sierra Leone, et il n'existe pas non plus de mécanismes bien articulés pour contrôler la qualité, prévenir l'épuisement professionnel et fournir un soutien à ces quelques professionnel-le-s », a déclaré une personne travaillant dans la recherche et experte en santé mentale<sup>167</sup>.

Comme le recommande l'OMS, l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires s'est heurtée à de nombreux obstacles, ce qui a donné des résultats insuffisants<sup>168</sup>. Les expert-e-s ont souligné que pour réussir une telle intégration, il faut que les services de base soient déjà fonctionnels, et soient dotés d'un système d'orientation efficace avec des infrastructures physiques et des ressources humaines appropriées. « Lorsque les soins primaires sont eux-mêmes très, très fragiles et faibles [...] il est difficile d'ajouter une couche supplémentaire de services », a déclaré le médecin Julian Eaton, qui a participé au renforcement des systèmes en Sierra Leone<sup>169</sup>. Il est nécessaire d'investir davantage dans le renforcement des capacités des soins de santé primaires<sup>170</sup>. Pour pallier cette situation, le gouvernement pourrait collaborer avec des partenaires internationaux et des expert-e-s en santé mentale afin d'évaluer et de proposer des interventions en santé mentale fondées sur des éléments factuels par le biais des plateformes communautaires existantes, y compris les unités de santé primaire de première ligne ainsi que les écoles et les programmes sur la nutrition et l'alimentation, la santé sexuelle et reproductive et la prévention des grossesses chez les adolescentes, les moyens d'existence et l'emploi, la protection sociale et la réduction de la pauvreté. Le chapitre suivant de ce rapport présente des exemples d'évaluation et de mise

---

facturés, en raison entre autres du « nombre élevé de personnel non salarié qui remplit les établissements de santé de la Sierra Leone ». Ministère de la Santé et de l'Assainissement, *Plan stratégique national du secteur de la santé mentale 2017-2021*.

<sup>164</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-janvier 2021. Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone"; Helen Hopwood et al., "The burden of mental disorder in Sierra Leone". On ne sait pas exactement combien, sur les 12 unités de santé mentale des hôpitaux de district, sont actuellement dotées en personnel. Les soins de santé mentale pour les patients hospitalisés, qui ne font pas l'objet de ce rapport, ne sont disponibles qu'au *Sierra Leone Psychiatric Teaching Hospital* à Freetown. L'hôpital fournit également des services de consultation externe.

<sup>165</sup> Entretien téléphonique, 12 janvier 2021.

<sup>166</sup> Entretiens téléphoniques, janvier 2021.

<sup>167</sup> Entretien téléphonique, 17 janvier 2021.

<sup>168</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-janvier 2021. Voir également Dawn Harris et al., "Mental Health in Sierra Leone"; Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone". Le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible affirme que : « Au nom du droit à la santé, il convient de rapprocher les soins de santé mentale des soins primaires et de la médecine générale, en intégrant santé mentale et physique, sur les plans professionnel, politique et géographique. » Cela permet de garantir l'accessibilité des services pour tous, y compris les personnes en situation de handicap et les autres « qui d'ordinaire ne bénéficient pas des soins de santé classiques ». Voir, par exemple, le rapport du rapporteur spécial sur le droit à la santé, 28 mars 2017, § 78.

<sup>169</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020. Les défis que pose l'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires, notamment dans les pays confrontés à des contraintes de ressources, sont largement reconnus, y compris par l'OMS. Dans un rapport de 2008 détaillant la justification et les avantages de l'intégration, l'OMS et l'Organisation mondiale des médecins de famille (une ONG mondiale représentant des médecins de famille et des généralistes du monde entier, également connue sous le nom de WONCA) présentent 12 exemples de meilleures pratiques provenant de pays aux contextes économiques et politiques variés, dont deux classés dans la catégorie à faible revenu. Le rapport, qui souligne que « de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont réussi leur transition [vers l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires] », soutient qu'il n'existe pas de modèle unique de meilleure pratique à suivre et que « les succès ont été obtenus grâce à une application judicieuse de grands principes sur le plan local ». OMS et Organisation mondiale des médecins de famille, *Integrating mental health into primary care: A global perspective*, 2008, bit.ly/3gEnl9i

<sup>170</sup> Jessica J Fitts et al., "Strengthening mental health services in Sierra Leone".

en œuvre d'interventions de santé mentale peu coûteuses et fondées sur des éléments factuels en Sierra Leone grâce à des plateformes de prestation de services innovantes, comme les écoles et les programmes d'emploi.

Les entretiens d'Amnesty International avec des membres de la société civile et des travailleurs et travailleuses humanitaires indiquent qu'il existe actuellement un nombre assez limité de programmes de santé mentale gérés par des ONG locales ou internationales<sup>171</sup>. Il n'y en a pratiquement aucun qui cherche à traiter spécifiquement les traumatismes persistants résultant de la guerre et de l'épidémie d'Ébola. Comme il a été mentionné précédemment, y compris à travers les témoignages de survivant-e-s, la grande majorité des interventions liées aux traumatismes en Sierra Leone ont eu lieu pendant la période de réponse aux situations d'urgence et ne se sont pas traduites en services durables pour les populations. D'où la nécessité d'investissements techniques et financiers dans le renforcement des systèmes de santé mentale. Pour être efficaces à long terme, ces interventions doivent être intégrées aux services publics. Les ONG « ont commencé à mettre en œuvre de bons programmes. Toutes avaient mis en place ces services d'aide psychologique. Mais une fois l'urgence passée, elles sont parties. Et il n'y a pas eu de continuité. Alors, que se passe-t-il maintenant ? Eh bien, les gens rechutent » a déclaré Rebecca Esliker, psychologue et directrice des programmes de santé mentale à l'université de Makeni<sup>172</sup>. Les personnes interrogées au sein d'ONG locales et internationales ont déclaré qu'il était en général plus difficile d'obtenir des financements pour le travail psychosocial et de santé mentale à long terme<sup>173</sup>.

Lorsque les crises s'apaisent, « les services fournis dans le cadre d'un système communautaire intégré unique peuvent, si nécessaire, être adaptés pour répondre aux besoins de différentes sous-populations », comme les victimes d'Ébola et de la guerre<sup>174</sup>. Toutefois, comme le montrent les entretiens et les autres recherches d'Amnesty International, la coordination entre les différents secteurs et les prestataires n'est pas optimale<sup>175</sup>. Selon une personne exerçant dans la santé mentale dans le pays, il s'agit là d'une autre conséquence liée à l'absence d'un programme national de santé mentale à part entière<sup>176</sup>.

Les témoignages des survivant-e-s ont mis en évidence la nécessité d'interventions globales au niveau local, dont la carence constitue un obstacle pour celles et ceux qui souhaitent avoir accès aux soins. « Nous avons besoin de ce type d'appui et de ce type d'aide psychologique au niveau local pour que les personnes qui ont [subi] des expériences traumatisantes et les personnes qui sont soumises actuellement à un stress de ce genre puissent comprendre que la vie doit suivre son cours, [qu']elles ont une vie et doivent la vivre », a expliqué Amina, l'une des victimes de la guerre ayant fait part de ses préoccupations quant aux frais liés aux consultations à l'hôpital<sup>177</sup>. Elle a ajouté : « Nous voulons des services près de chez nous. Si c'est à proximité, ça aidera des gens<sup>178</sup>. »

---

<sup>171</sup> Parmi les quelques programmes en cours dont Amnesty International a été informée par des professionnel-le-s de la santé mentale et des travailleurs et travailleuses humanitaires locaux et internationaux opérant dans le pays, on peut citer le travail de PIH, qui fournit des services par le biais de la structure de santé publique. Dans le district de Kono, par exemple, l'organisation a lancé un programme de santé mentale auprès de la population, en s'appuyant sur un réseau d'agents de santé locaux et de conseillers psychosociaux qu'elle a formés et soutenus ; l'un de ses projets est axé sur les personnes sans abri souffrant de troubles mentaux. Un autre exemple est celui de Humanity & Inclusion, également connu sous le nom de Handicap international. Il travaille aux côtés de son partenaire sierra-léonais, la Community Association for Psychosocial Services (CAPS), pour promouvoir la sensibilisation à la santé mentale dans les communautés de Freetown et de ses environs, en ciblant particulièrement les établissements informels et les zones rurales et en les « reconnectant » aux soins. Quant à CBM Global, il soutient la Coalition pour la santé mentale et l'université de Makeni dans la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de lutte contre la stigmatisation dans un certain nombre de districts. Il utilise pour ce faire des approches fondées sur des éléments factuels pour soutenir et donner aux personnes souffrant de handicaps psychosociaux les moyens de partager leur expérience et de surmonter l'exclusion sociale dont elles sont souvent victimes. Entretiens téléphoniques, novembre 2020-janvier 2021.

<sup>172</sup> Entretien téléphonique, 2 novembre 2020.

<sup>173</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Le chapitre suivant revient plus en détail sur les questions liées aux donateurs.

<sup>174</sup> Groupe de référence du CPI sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences, *Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ébola : Guide pour les planificateurs des programmes de santé publique*, 2015, p.14, bit.ly/37QAbfz

Voir également OMS, *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020*.

<sup>175</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Abdulai Jawo et al., "A scoping study"; Theresa S. Betancourt, Nathan Hansen, Jordan Farrar, Ryan C. Borg, Tamora Callands, Alethea Desrosiers, Cara M. Antonaccio, Makeda J. Williams, Joseph Bangura, Robert T. Brennan, "Youth Functioning and Organizational Success for West African Regional Development (Youth FORWARD): Study protocol", *Psychiatric Services*, 9 décembre 2020, bit.ly/3c1AjKH (ci-après : Theresa S. Betancourt et al., "Youth FORWARD: Study Protocol"); Helen Hopwood et al., "The burden of mental disorder in Sierra Leone".

<sup>176</sup> Entretien téléphonique, 13 janvier 2021.

<sup>177</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

<sup>178</sup> Entretien téléphonique, 8 décembre 2020.

# 6. INVESTIR DANS LA SANTÉ MENTALE

Ces dernières années ont vu croître l'attention portée à la santé mentale et au bien-être psychologique. Les appels se sont également multipliés en faveur d'une meilleure intégration de la santé mentale et des programmes psychosociaux dans les interventions humanitaires ainsi que d'un renforcement de systèmes durables de soins de santé mentale dans les zones de conflit. Toutefois, « l'aide internationale au développement consacrée à la santé mentale n'a jamais dépassé 1 % de l'ensemble de l'aide au développement consacrée à la santé<sup>179</sup> ». Cette faible priorité accordée à la santé mentale, en plus de porter atteinte à un droit humain fondamental, ne tient pas compte de la valeur du bien-être psychologique et exclut les personnes souffrant de handicaps psychosociaux. De plus, cela néglige l'impact socio-économique réel : « pour chaque dollar investi dans le traitement à grande échelle de la dépression et de l'anxiété, il y a un retour de quatre dollars en termes de meilleure santé et de productivité<sup>180</sup>. »

Dans le contexte de la Sierra Leone, les acteurs humanitaires et du développement ont déclaré que le nombre d'appels lancés par les donateurs concernant spécifiquement la santé mentale ont été très peu nombreux. Ainsi, pour obtenir des financements pour la santé mentale et le travail psychosocial, les prestataires de ces services doivent souvent se résoudre à les insérer dans d'autres projets<sup>181</sup>. Et ce, malgré les preuves que l'investissement dans la santé mentale et le soutien psychosocial a un impact et des résultats positifs. Dans le cadre des investissements consacrés à l'amélioration des structures de santé officielles, par exemple, la formation de 21 infirmiers et infirmières en santé mentale en 2013 a montré l'importance d'effectuer ce travail préparatoire avant les crises, puisque ces derniers ont ensuite joué un rôle essentiel pendant la crise d'Ébola<sup>182</sup>. « Pour nous, l'idée d'investir dans le renforcement des systèmes tient surtout au fait que [...] la réduction des risques de catastrophe et le renforcement de la résilience des systèmes en amont constituent un bien meilleur investissement que d'essayer de le faire dans le cadre d'une sorte de processus de réponse héroïque », a déclaré Julian Eaton, psychiatre de santé publique et

<sup>179</sup> Communiqué de presse conjoint : OMS, United for Global Mental Health, Fédération mondiale pour la santé mentale, *Journée mondiale de la santé mentale : une occasion de stimuler à grande échelle les investissements dans la santé mentale*, 27 août 2020, <https://www.who.int/fr/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

Voir également *The Lancet Global Health*, "Mental health matters", 1 novembre 2020, vol. 8, Issue 11, [bit.ly/3b0slIn](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30011-1) (*The Lancet Global Health*, "Mental health matters"); Seth Mnookin, *Out of the shadows: making mental health a global development priority*, World Bank Group and WHO, 2016, p. 13, [bit.ly/304BVxn](https://doi.org/10.1016/j.outoftheshadows.2016.08.001) (ci-après : Seth Mnookin, *Out of the shadows*).

<sup>180</sup> *The Lancet Global Health*, "Mental health matters"; WHO, "Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return", 13 avril 2016, [bit.ly/2QZntWG](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)00011-1)

Dan Chisholm, Kim Sweeny, Peter Sheehan, Bruce Rasmussen, Filip Smit, Pim Cuijpers, Shekhar Saxena, "Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis", *The Lancet Psychiatry*, 12 avril 2016, vol. 3, Issue 5, p. 415-424, [bit.ly/3xM6QyI](https://doi.org/10.1016/S2053-2503(16)00011-1)

Pour en savoir plus sur l'impact économique et les arguments en faveur de l'investissement dans la santé mentale, voir également Seth Mnookin, *Out of the shadows*.

<sup>181</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>182</sup> La formation de ces infirmiers et infirmières s'inscrivait dans le cadre d'un programme initialement financé par l'Union européenne (UE). Il a ensuite bénéficié d'un autre cycle de financement du ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ). Entretiens téléphoniques, novembre 2020.

directeur de la santé mentale pour CBM Global, qui a supervisé la formation du premier groupe d'infirmiers et infirmières en santé mentale<sup>183</sup>.

En dehors du système de santé, la recherche appliquée a montré l'intérêt d'intégrer des interventions de santé mentale fondées sur des éléments factuels en faveur des jeunes touchés par la guerre par l'intermédiaire de plateformes de prestation de services innovantes telles que les établissements scolaires et les programmes d'emploi, par exemple. Les chercheurs à l'origine de l'intervention *Youth Readiness* — née d'une étude longitudinale de 15 ans sur l'impact de la guerre sur les enfants, garçons et filles, anciennement liés aux forces armées et aux groupes armés — ont examiné son impact sur les jeunes qui ont bénéficié de l'intervention dans le cadre de programmes éducatifs par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié<sup>184</sup>. « Non seulement nous avons amélioré les symptômes de dysrégulation émotionnelle [c'est-à-dire la mauvaise capacité à gérer les réactions émotionnelles], mais nous avons également observé des améliorations dans le fonctionnement quotidien et les comportements interpersonnels. Nous avons également constaté que les jeunes qui ont bénéficié de l'intervention avaient six fois plus de chances de poursuivre le programme scolaire », a déclaré la responsable du projet, Theresa Betancourt, qui est professeure (Chaire Salem) de pratique internationale à la Boston College School of Social Work et directrice du *Research Program on Children and Adversity*<sup>185</sup>. Elle a ajouté que les enseignants, qui n'étaient pas au courant de l'identité des jeunes appartenant au groupe expérimental ou au groupe de contrôle, ont indiqué dans leurs rapports que les enfants du premier groupe se comportaient « mieux et étaient mieux préparés<sup>186</sup> ».

Theresa Betancourt et ses collègues mènent actuellement une étude et une intervention associées et élargies, intégrées dans les programmes de soutien aux moyens de subsistance et à l'emploi des jeunes<sup>187</sup>. Centré sur l'appropriation locale, cet ensemble de travaux repose sur la compréhension des contraintes pesant sur les établissements de soins de santé en Sierra Leone et, par conséquent, sur la nécessité de confier, par le biais d'autres plateformes, les tâches à des travailleuses et travailleurs non spécialisés formés et étroitement supervisés. Il sert d'exemple de la faisabilité de la mise en œuvre d'interventions spécifiques au contexte culturel et tenant compte des traumatismes dans des environnements où les ressources sont limitées. « Certes, nous ne pouvons pas revenir en arrière et annuler les expositions à la guerre, mais nous pouvons agir sur l'environnement post-conflit, sur les relations d'attachement, sur le retour à l'école, sur les programmes scolaires en phase avec les besoins psychosociaux, sur l'intégration de la santé mentale dans la scolarité, dans les programmes de soutien aux moyens de subsistance et sur les relations communautaires. Ce sont là autant de domaines où nous pouvons avoir un impact, mais ces investissements ne sont pas faits », a déclaré Theresa Betancourt<sup>188</sup>.

Selon un membre du personnel du bureau de pays de l'OMS, il est difficile de mobiliser des ressources visant à répondre à l'approche qu'il vaut mieux mettre en place des systèmes durables que simplement réagir en cas de crise<sup>189</sup>. Ce membre du personnel de l'OMS ainsi qu'un autre du bureau de pays de la Banque mondiale ont tous deux reconnu que le renforcement des systèmes de santé mentale en Sierra Leone était en concurrence avec d'autres priorités et n'était pas au niveau souhaité<sup>190</sup>. Le nombre d'expert-e-s techniques mis à disposition pour soutenir le pays en témoigne également. L'OMS n'a plus d'expert permanent en santé mentale dans son bureau pays, comme c'était le cas lors de la crise d'Ébola et comme c'est actuellement le cas dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest<sup>191</sup>. Des défenseur-e-s sierra-léonais et internationaux de la santé mentale, ainsi que l'employé de l'OMS mentionné ci-dessus ont aussi indiqué que le fait d'avoir un point focal sur place spécialisé en santé mentale au sein des organisations internationales telles que l'OMS pourrait être déterminant et permettrait de renforcer la capacité technique

<sup>183</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020. Voir également Brandon Gray, Julian Eaton, Jayakumar Christy, Joshua Duncan, Fahmy Hanna, Sekar Kasi, "A proactive approach: Examples of integrating disaster risk reduction and mental health and psychosocial support programming", *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 15 février 2021, vol. 54, bit.ly/3ejqfje

<sup>184</sup> Le *Youth Readiness Intervention* combine « des éléments de pratique courante fondés sur des éléments factuels provenant de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et de la thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe pour traiter les symptômes de santé mentale et les problèmes fonctionnels concomitants qui peuvent entraver la réussite et les comportements des jeunes touchés par la guerre ». Theresa S. Betancourt, Ryan McBain, Elizabeth A. Newnham, Adeyinka M. Akinsulure-Smith, Robert T. Brennan, John R. Weisz, Nathan B. Hansen, "A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, décembre 2014, vol. 53, n° 12, p. 1288-1297, bit.ly/203Kt4Z (ci-après : Theresa S. Betancourt et al., "A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone").

<sup>185</sup> Entretien téléphonique, 17 janvier 2021. Voir également Theresa S. Betancourt et al., "A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone".

<sup>186</sup> Entretien téléphonique, 17 janvier 2021.

<sup>187</sup> Entretien téléphonique, 17 janvier 2021. Theresa S. Betancourt et al., "Youth FORWARD: Study Protocol".

<sup>188</sup> Entretien téléphonique, 17 janvier 2021.

<sup>189</sup> Entretien téléphonique, 21 janvier 2021.

<sup>190</sup> Entretiens téléphoniques, 21 et 28 janvier 2021.

<sup>191</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Un expert régional de la santé mentale a déclaré que d'autres pays de la région dont les gouvernements avaient fait de la santé mentale un domaine d'engagement prioritaire (par exemple, le Ghana) comptaient plus d'un fonctionnaire national et international de l'OMS stationné dans les bureaux nationaux et chargé de la santé mentale et des maladies non transmissibles. Entretien téléphonique, 27 janvier 2021.

en vue de concevoir des programmes plus solides de mise en œuvre, de financement et de gestion des ressources humaines pour réaliser la politique en la matière.

La volonté politique et les intérêts du gouvernement sont certes essentiels pour déterminer comment les ressources sont affectées, mais les agences internationales et les institutions financières ont la capacité de peser sur les domaines d'engagement en donnant la priorité à une question particulière. Un psychologue, qui est également conseiller international en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, a déclaré que, d'après son expérience dans les plus de 30 pays où il a travaillé, y compris la Sierra Leone, « les gouvernements écoutent les Nations unies<sup>192</sup> ». Notant que l'investissement dans la santé mentale est à la traîne partout et pas seulement dans les pays à faible revenu, il a ajouté que les agences de l'ONU — conformément à leurs engagements — devraient être plus proactives dans le soutien et la promotion de la santé mentale et du bien-être psychosocial. « C'est un peu l'histoire de l'œuf et de la poule, vous pourriez finir par ne rien faire parce que "ce n'est pas à l'[ordre du jour] du gouvernement, donc ce n'est pas à l'ordre du jour de l'ONU, et parce que ce n'est pas à l'ordre du jour de l'ONU, ce n'est pas à l'ordre du jour du gouvernement" et vous tournez en rond », a-t-il déclaré<sup>193</sup>. Il a également noté que l'augmentation des demandes d'assistance technique au niveau national, après que l'ONU a donné la priorité à la santé mentale dans son plan d'action COVID-19, montre que « lorsque l'ONU prend l'initiative de cette manière, les pays réagissent<sup>194</sup>. »

Un autre expert international, Julian Eaton de CBM Global, a déclaré qu'au-delà de leurs obligations en matière d'assistance technique et financière, les donateurs devraient être des défenseur-e-s plus actifs « car ils ont des discussions de bien plus haut niveau avec le gouvernement sur les affectations de fonds ». Il a ajouté que les gouvernements donateurs devraient « mobiliser ce pouvoir politique en dehors du contexte du programme spécifique qu'ils financent en mettant en place une surveillance plus stratégique, en affirmant : "la santé mentale est quelque chose que nous voulons promouvoir". La société civile peut faire tellement de choses [...] Ce que nous ne pouvons pas faire, c'est parler au président et changer véritablement les choses à un niveau politique très élevé. Nous sommes bloqués à [un certain] niveau de plaidoyer<sup>195</sup>. »

En outre, un travailleur humanitaire ayant participé au programme de lutte contre Ébola en Sierra Leone a déclaré que les donateurs devraient s'engager à assurer la continuité des services dans le cadre du suivi et de l'évaluation réguliers qu'ils entreprennent après l'achèvement des programmes, pour veiller à ce que les bénéficiaires ne soient pas abandonnés. « Je dirais que nous devons réexaminer ce qui a été mis en œuvre au bout de deux ou trois ans pour voir où nous en sommes », a-t-il déclaré<sup>196</sup>. Une fois les projets remis au gouvernement, les donateurs « devraient mener une nouvelle enquête, avant de consulter à nouveau les parties prenantes sur la manière de poursuivre [le travail]. Mais je dirais que très peu d'attention est accordée [aux programmes] quand le cycle de financement se termine<sup>197</sup>. »

Selon les expert-e-s, professionnel-le-s et défenseur-e-s de la santé mentale interrogés dans le cadre de ce rapport, l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et aux services psychosociaux en Sierra Leone et dans des contextes similaires nécessite un engagement politique et financier de la part des donateurs<sup>198</sup> à plus long terme. Cela est particulièrement important pour éviter un schéma qui s'est répété à maintes reprises dans les situations de conflits et de crises — des réponses psychosociales à court terme qui ne laissent pas grand-chose derrière elles en termes de systèmes de soins durables, même si elles demeurent manifestement nécessaires. Certains des projets de développement de la santé mentale en Sierra Leone dont Amnesty International a eu connaissance avaient des cycles de financement de trois à cinq ans. Il s'agit de cycles relativement longs par rapport aux interventions psychosociales menées dans le cadre de l'aide humanitaire. Pourtant, selon les expert-e-s en santé mentale, le renforcement des systèmes nationaux et des capacités est un travail minutieux qui prend du temps pour être durable et répondre aux besoins à long terme des victimes<sup>199</sup>. Si le développement des services nécessite du temps et des ressources, les recherches sur l'analyse des coûts de la santé mentale montrent que le renforcement des services de base, fondés sur des données probantes, n'est pas nécessairement coûteux en soi. Par exemple,

<sup>192</sup> Entretien téléphonique, 4 février 2021.

<sup>193</sup> Entretien téléphonique, 4 février 2021.

<sup>194</sup> Entretien téléphonique, 4 février 2021.

<sup>195</sup> Entretien téléphonique, 23 novembre 2020.

<sup>196</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>197</sup> Entretien téléphonique, 19 janvier 2021.

<sup>198</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021.

<sup>199</sup> Entretiens téléphoniques, novembre 2020-février 2021. Un expert de l'aide internationale au développement a déclaré qu'en ce qui concerne les engagements financiers, bien qu'il puisse être improbable d'obtenir des institutions de financement qu'elles signent des cycles de plus de cinq ans au départ, une approche serait de faire de la santé mentale un « domaine d'engagement programmatique » avec des cycles de financement consécutifs qui permettraient de garantir un investissement continu sur une plus longue période. Entretien téléphonique, 28 janvier 2021.



selon certaines estimations, un ensemble d'interventions de base en matière de santé mentale coûterait environ 3 à 4 dollars des États-Unis par habitant et par an en Afrique subsaharienne<sup>200</sup>.

L'engagement à long terme va également dans le sens du respect par les donateurs de leurs engagements envers les objectifs de développement durable des Nations unies<sup>201</sup>. Selon les termes de la *Commission Lancet* sur la santé mentale mondiale et le développement durable, qui a compilé des recherches sur la question à travers le monde pour plaider en faveur de l'action : « Bien que le “il n'y a pas de santé en l'absence de santé mentale” soit une aspiration importante, l'ère du “pas de développement durable en l'absence de santé mentale” a commencé<sup>202</sup>. »

---

<sup>200</sup> Carol Levin et Dan Chisholm, “Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders”, in *Mental, neurological, and substance use disorders: Disease control priorities*, troisième édition (vol. 4), 14 mars 2016, [bit.ly/30HViwA](https://bit.ly/30HViwA)

<sup>201</sup> Les objectifs de développement durable des Nations unies reconnaissent que « l'éradication de la pauvreté et d'autres privations doit aller de pair avec des stratégies visant à améliorer la santé et l'éducation, à réduire les inégalités et à promouvoir la croissance économique... » Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, *Les 17 objectifs*.

<sup>202</sup> La Commission, qui a présenté un nouveau cadrage du programme mondial en matière de santé mentale à la lumière des objectifs de développement durable, a insisté sur le fait que « les services de santé mentale devraient être renforcés en tant que composante essentielle de la couverture sanitaire universelle et devraient être pleinement intégrés dans la réponse mondiale aux autres priorités sanitaires, notamment les maladies non transmissibles, la santé maternelle et infantile et le VIH/Sida. » Vikram Patel et al., « La *Commission Lancet* sur la santé mentale mondiale et le développement durable ». L'OMS a lancé une initiative spéciale pour la santé mentale, dont l'objectif est de collecter des fonds « pour faire en sorte que 100 millions de personnes supplémentaires aient accès à des soins de qualité et abordables pour les troubles mentaux dans 12 pays prioritaires. » Voir OMS, *Initiative spéciale pour la santé mentale (2019-2023)*, 2 mai 2019, [bit.ly/3nOIOOC](https://bit.ly/3nOIOOC)

# 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Des années après la fin de la guerre civile et de l'épidémie d'Ébola en Sierra Leone, les personnes qui ont vécu des événements traumatisants continuent de rencontrer des difficultés psychosociales (détresse émotionnelle, conséquences physiques persistantes et problèmes économiques) qui ne font que renforcer leur marginalisation. Les services publics de santé mentale sont extrêmement limités et les programmes et interventions psychosociaux qui étaient accessibles par l'intermédiaire d'ONG et d'organismes internationaux pendant la phase d'urgence ont presque tous cessé. Par ailleurs, ces interventions n'ont pas abouti à la mise en place d'un système de soins durable au service des nombreuses personnes qui en ont besoin parmi les victimes d'expériences traumatisantes et la population générale. C'est un schéma qui se répète aux quatre coins du globe, à chaque crise et à chaque conflit.

Plus généralement, bien que la santé mentale soit désormais reconnue comme un impératif en matière de santé et de développement humain à l'échelle de la planète, elle demeure sous-financée dans le monde entier. Toutefois, il est de plus en plus admis que la situation doit changer. La santé mentale et le bien-être psychique ne sont pas un luxe, mais un droit fondamental. Ils sont bénéfiques à l'ensemble de la société, car il est crucial de jouir du droit à une bonne santé mentale pour avoir des interactions harmonieuses avec son entourage et mener ses activités quotidiennes, comme aller à l'école ou au travail et s'occuper de sa famille.

Ces dernières années, la Sierra Leone a pris des mesures pour jeter les bases d'un appui plus solide à la santé mentale et d'une meilleure prestation de services. Cependant, il faut que la réforme juridique plus que nécessaire qui doit aboutir au remplacement de la Loi relative à la démence, laquelle remonte à l'époque coloniale, soit menée de toute urgence afin que le cadre juridique de la Sierra Leone soit conforme à ses obligations internationales en matière de droits humains. Bien que les documents de politique générale émanant du gouvernement soulignent que la santé mentale est une question transversale, il faut en faire bien plus pour concrétiser ces stratégies. Compte tenu du lien fort qui existe entre le bien-être et les facteurs sous-jacents, il est impossible de se passer d'une coopération multisectorielle pour concevoir des interventions efficaces, bon marché et bénéficiant d'une assise locale et pour élaborer des programmes de financement novateurs. Il convient d'accorder une attention particulière aux groupes à risque, chez qui les facteurs sous-jacents sont multiples, comme les victimes de la guerre et d'Ébola ainsi que leur famille.

Pour garantir une prestation de services efficace, l'État doit s'engager, au niveau du gouvernement dans son ensemble, à étendre les réseaux et plateformes des services de santé mentale et à augmenter le nombre de professionnel-le-s formés et soutenus pour prodiguer des soins de santé mentale dans tout le pays. Compte tenu des liens connus entre santé mentale, fonctionnement et prospérité économique, le gouvernement de Julius Maada Bio à une occasion de renforcer son programme de développement en intégrant des investissements importants en matière de santé mentale dans ses stratégies de rétablissement après des années de guerre et les ravages de l'épidémie d'Ébola.

Les donateurs, quant à eux, doivent veiller à ce que la santé mentale fasse partie intégrante de toutes les actions humanitaires et interventions d'aide au développement et à ce que les bénéficiaires qu'ils ont soutenus continuent de recevoir un appui grâce à des investissements importants dans des soins de santé mentale pérennes et de grande qualité. Il faut également qu'ils exhortent activement les pouvoirs publics à faire de la santé mentale une priorité. Les Nations Unies et les grands acteurs mondiaux ont indiqué pourquoi il était crucial d'investir dans la santé mentale. Les pays et organismes donateurs doivent s'y

employer afin de faire en sorte, comme le recommande l'OMS, de « reconstruire en mieux » dans les régions exposées à de multiples difficultés.

## **AU GOUVERNEMENT DE LA SIERRA LEONE**

- Veiller à ce qu'une assistance technique suffisante au renforcement du système de santé mentale soit en place, y compris en demandant à l'OMS d'augmenter ses ressources dans ce domaine en vue de l'élaboration d'un plan ciblé, assorti d'un programme de financement et d'une stratégie en matière de ressources humaines, en coordination avec des organismes comme le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et des acteurs du développement tels que la Banque mondiale, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement du Royaume-Uni (FCDO) ;
- Travailler avec les acteurs du développement afin d'obtenir les ressources et l'assistance technique nécessaires pour expérimenter et évaluer des approches novatrices pour la prestation de services de santé mentale bénéficiant d'une assise locale au moyen des plateformes existantes en Sierra Leone, notamment en intégrant concomitamment des interventions de santé mentale dans les unités de soins de base, les programmes consacrés à la santé sexuelle et reproductive et aux grossesses chez les adolescentes, les services liés à la santé des femmes et aux soins prénataux, les programmes de nutrition et d'alimentation, les établissements scolaires, les initiatives en faveur de l'emploi et des moyens d'existence, et les programmes de réduction de la pauvreté ;
- Demander aux donateurs qui contribuent à des initiatives en faveur de la santé ou d'autres programmes de développement qu'ils affectent au moins 5 % des fonds à la santé mentale et qu'ils intègrent ce volet dans toutes leurs interventions d'aide au développement et leurs actions humanitaires ;
- Renforcer le rôle de coordination nationale de la santé mentale au sein du ministère de la Santé et de l'Assainissement, en y associant des lignes budgétaires distinctes et en accroissant la dotation en personnel de sorte qu'une attention soit portée, outre à l'hôpital de formation en psychiatrie de Sierra Leone, à la mise en place et au développement de services et d'initiatives locaux de santé mentale afin que ce volet soit intégré dans les plateformes existantes ;
- Intégrer et généraliser les notions relatives à la santé mentale dans les travaux gouvernementaux, tous secteurs confondus, de sorte que les facteurs sociaux, économiques et environnementaux sous-jacents qui influent sur la santé soient pris en compte, y compris dans le cadre de stratégies intersectorielles qui visent à atténuer les inégalités sociales ;
- Sensibiliser le public à la santé mentale et redoubler d'efforts pour atténuer la stigmatisation et la discrimination, y compris au sein des services gouvernementaux et des administrations, à l'égard des personnes qui présentent un handicap psychosocial, en renforçant les campagnes dans les médias et la participation directe de la population, et en veillant à ce que tous les ministères répercutent cette démarche par l'intermédiaire de leurs diverses structures ;
- Accroître le nombre d'infirmiers et d'infirmières formés à la santé mentale. Améliorer l'appui aux infirmières et infirmiers spécialisés dans la santé mentale en faisant en sorte qu'ils travaillent dans des conditions acceptables, y compris qu'ils disposent de bureaux et de moyens de transport ou que les frais correspondants soient couverts. Veiller à ce qu'ils fassent l'objet d'une supervision clinique et puissent bénéficier de systèmes de perfectionnement et d'appui afin de réduire au minimum le risque d'épuisement professionnel ;
- Améliorer l'intégration de la santé mentale dans les soins de base en systématisant davantage la formation et en veillant à ce qu'elle soit ensuite appuyée par une démarche de supervision, de suivi et d'évaluation afin de garantir la qualité de service, et à ce que les voies d'orientation vers des spécialistes fonctionnent ;
- Renforcer la formation à la santé mentale et la supervision du personnel soignant local et envisager sérieusement de prendre des mesures d'incitation à leur égard, notamment des recharges téléphoniques et des indemnités de transport ; envisager, en attendant, de prêter un appui et de combler les manques en déployant dans les zones mal desservies des soignant-e-s et des travailleuses et travailleurs sociaux qui ont déjà été formés, sous la forme d'équipes mobiles ;

- Apporter un soutien et donner des moyens d'action aux réseaux de pairs étant donné que de nombreuses victimes s'appuient sur eux et compte tenu de leur rôle dans la promotion du bien-être psychosocial. Élaborer et expérimenter des modèles d'interventions de santé mentale entre pairs, en mettant l'accent sur la supervision et en établissant un lien avec des professionnel-le-s de la santé mentale pour gérer certaines situations comme le risque de suicide, les violences sur mineur-e, les violences familiales et les violences sexuelles conjugales ;
- Faciliter la création de volets consacrés à la santé mentale et à la prise en charge psychosociale dans différents programmes pédagogiques. Renforcer les campagnes de sensibilisation visant à déstigmatiser les professionnel-le-s de la santé mentale et prendre des mesures pour rendre ce domaine attractif, notamment en améliorant les perspectives de carrière des professionnel-le-s déjà en poste ;
- Continuer à collaborer avec les guérisseurs traditionnels ou religieux et normaliser la participation des responsables locaux et des structures traditionnelles afin de faire mieux connaître les questions de santé mentale et les voies d'orientation et de contribuer à atténuer la stigmatisation et la discrimination des personnes présentant un handicap psychosocial ;
- Accélérer l'adoption de la nouvelle loi relative à la santé mentale, en prenant note des meilleures pratiques, en vue de remplacer la Loi relative à la démence, dont les dispositions sont discriminatoires, et tenir la promesse d'un processus consultatif inclusif et participatif faisant appel à toutes les parties prenantes, y compris les personnes souffrant d'un handicap psychosocial et les organisations de la société civile. Veiller à ce que le nouveau texte soit conforme au droit régional et international relatif aux droits humains et aux normes connexes ;
- Améliorer le dialogue avec les victimes du virus Ébola et d'événements liés à la guerre, leur famille et les organisations qui les représentent afin de disposer d'une évaluation actualisée de leurs besoins et de lever les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé, aux programmes de protection sociale et aux réseaux d'appui aux moyens d'existence ;
- Veiller à mener des interventions fondées sur des éléments factuels et tenant compte des traumatismes dans les populations qui comptent un grand nombre de victimes du virus Ébola et d'événements liés à la guerre ;
- Créer un fonds national de développement pour les personnes handicapées, en vertu de la Loi de 2011 relative aux personnes handicapées. Veiller à ce que la Commission nationale du handicap bénéficie d'un appui politique et financier qui l'aidera à concrétiser les droits des personnes handicapées, y compris en fournissant des dispositifs d'assistance et en donnant des moyens d'assurer un accès équitable aux services de santé ;
- Veiller à ce que le handicap psychosocial soit pris en compte dans tous les aspects de l'application de la Loi relative aux personnes handicapées, ainsi que dans les activités et les dotations du fonds national de développement en faveur des personnes handicapées, lorsqu'il aura été créé ;
- Ratifier le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et le Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

### **AUX DONATEURS INTERNATIONAUX, Y COMPRIS LES ÉTATS-UNIS, LE ROYAUME-UNI, LES ÉTATS MEMBRES DE L'UNION EUROPEENNE, LA BANQUE MONDIALE ET LA BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT**

- Accroître l'aide financière et technique octroyée à la Sierra Leone afin de contribuer à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé mentale, compte tenu de l'histoire complexe du traumatisme dans la région ;
- Appuyer le renforcement des capacités au niveau national en fournissant des fonds et en appariant des spécialistes techniques dans le cadre du renforcement du système de santé afin d'accompagner les représentant-e-s de l'État, et orienter les pouvoirs publics en ce qui concerne l'élaboration des programmes de financement et de la stratégie en matière de ressources humaines qui sont nécessaires pour combler les immenses carences concernant l'accès aux soins de santé mentale ;
- Renforcer le soutien aux campagnes de sensibilisation qui visent à lutter contre la stigmatisation des questions de santé mentale et la discrimination à l'égard des personnes souffrant d'un handicap psychosocial ;

- Accroître les fonds affectés aux recherches dont l'objectif est d'expérimenter des méthodes qui permettraient d'élargir les approches novatrices concernant la manière de dispenser les soins de santé mentale en Sierra Leone et de maintenir un certain niveau de qualité. Il existe, en Sierra Leone, des possibilités d'analyser les obstacles qui empêchent et les facteurs qui pourraient faciliter l'intégration de services de santé mentale fondés sur des éléments factuels dans les unités de soins de base, les établissements scolaires, les programmes en faveur de l'emploi et des moyens d'existence, les programmes de protection sociale et les programmes de santé sexuelle et reproductive (y compris les programmes de prévention des grossesses chez les adolescentes) ;
- Veiller à ce que les soins de santé mentale soient intégrés dans toutes les interventions humanitaires et les actions d'aide au développement, dans le secteur de la santé et au-delà, conformément aux cibles des objectifs de développement durable et aux appels visant à ce que la santé mentale soit partie intégrante de la couverture médicale universelle. Inclure des critères de référence, des indicateurs et des obligations de compte rendu conformes aux droits humains qui permettent d'évaluer les progrès accomplis et un plan explicite de sortie de la phase d'urgence dans les mesures de renforcement et d'amélioration de la pérennité des services sociaux et du système de santé mentale ;
- Fournir une assistance technique et financière à l'appui de la formation de professionnel·le·s de la santé mentale, y compris des infirmiers et infirmières, des psychiatres, des psychologues, des travailleuses et travailleurs sociaux cliniciens, et des auxiliaires de santé locaux. Prêter un appui également à l'élaboration de programmes pédagogiques et à la création de cursus en santé mentale, psychologie et aide sociale dans le cadre d'une stratégie plus globale en matière de ressources humaines ;
- Veiller à ce que les services psychosociaux et de santé mentale fournis dans le cadre de l'action humanitaire deviennent des systèmes de soins pérennes en s'engageant à plaider en faveur d'une réforme de longue haleine dans le domaine de la santé mentale et à contribuer à son financement afin que la durée des interventions corresponde aux besoins ;
- Veiller à la présence de dispositifs indépendants de suivi et d'évaluation après l'achèvement des programmes et des interventions, notamment en créant des comités consultatifs locaux pour surveiller la mise en œuvre et s'assurer que les bénéficiaires ont toujours accès aux services, et pour évaluer la pérennité des actions et amener les parties prenantes à se réengager, si nécessaire ;
- Fournir une assistance technique et financière à l'État afin qu'il entreprenne une évaluation exhaustive des besoins en matière de santé mentale – y compris une étude épidémiologique judicieuse qui porte sur la santé mentale des adultes, des enfants et des adolescent·e·s – pour collecter des données ventilées de qualité qui étayeront la mise en œuvre des politiques et permettront de déterminer les améliorations à apporter à la prestation de services ;
- Encourager et soutenir les interventions fondées sur des éléments factuels et tenant compte des traumatismes pour les victimes du virus Ébola et d'événements liés à la guerre, ainsi que leur famille, dans le cadre d'initiatives visant à renforcer et à pérenniser des services de santé mentale de grande qualité en Sierra Leone ;
- Travailler avec les autorités compétentes afin de veiller à ce que les programmes de protection sociale correspondent réellement aux besoins et permettent véritablement de concrétiser les droits des victimes du virus Ébola et d'événements liés à la guerre, ainsi que de leur famille ;
- Fournir une aide technique et financière à la fourniture et à l'entretien de dispositifs d'assistance et de prothèses pour que les personnes handicapées puissent mener pleinement leur vie, sur un pied d'égalité avec le reste de la population.

**AMNESTY INTERNATIONAL  
EST UN MOUVEMENT  
MONDIAL DE DEFENSE  
DES DROITS HUMAINS.  
LORSQU'UNE INJUSTICE  
TOUCHE UNE PERSONNE,  
NOUS SOMMES  
TOUS ET TOUTES  
CONCERNE·E·S.**

NOUS CONTACTER



[info@amnesty.org](mailto:info@amnesty.org)



+44 (0)20 7413 5500

PRENDRE PART A LA CONVERSATION



[www.facebook.com/AmnestyGlobal](https://www.facebook.com/AmnestyGlobal)



[@Amnesty](https://twitter.com/Amnesty)

# « ON NOUS OUBLIE »

## LES EFFETS DURABLES DE LA GUERRE ET D'ÉBOLA SUR LA SANTÉ MENTALE EN SIERRA LEONE

Au cours des dernières décennies, la population de Sierra Leone a été exposée à de multiples événements traumatisants, notamment la guerre civile (1991-2002) et l'épidémie d'Ébola (2014-2016). Les catastrophes naturelles, les difficultés socio-économiques et, plus récemment, la pandémie de COVID-19 n'ont fait qu'aggraver la situation. Les répercussions de ces facteurs sur la santé mentale sont durables, mais les services de santé mentale du pays demeurent extrêmement limités.

Sur la base de 55 entretiens, Amnesty International a examiné l'incidence à long terme de la guerre et d'Ébola sur la santé mentale des personnes qui ont subi un traumatisme en rapport avec ces événements et les obstacles auxquels celles-ci sont confrontées, ainsi que la population générale, pour obtenir une aide en matière de santé mentale et un soutien psychologique de qualité. Parmi ces freins, citons le manque de personnel qualifié, l'absence de services de soins locaux et les investissements insuffisants de l'État et des donateurs.

En dépit des contraintes budgétaires, la Sierra Leone doit faire de la santé mentale une priorité, car c'est un droit fondamental et un bien public essentiel. Il faut que les pouvoirs publics sollicitent une assistance technique et financière afin de renforcer le système de santé mentale. Ils doivent également accélérer l'adoption de la nouvelle législation destinée à remplacer la Loi de 1902 relative à la démence. Les donateurs, quant à eux, doivent exhorter l'État à accorder à la santé mentale le soutien qu'elle mérite, fournir l'assistance technique et financière nécessaire et veiller à ce que la santé mentale soit intégrée dans tous leurs programmes.