

Citation :

« Santé mentale et handicap au Mozambique. Instantanés d'une première exploration »,
Livia Velpy, 2016.



En octobre dernier, j'étais à Maputo, la capitale du Mozambique, avec quelques jours à occuper. J'ai décidé d'explorer les questions liées au handicap et à la santé mentale. Par curiosité et par facilité, c'est ce que je connais. Pour accéder à un petit bout de réalité dans ce pays en allant y chercher ce qui m'est familier. Comme une occasion d'entrer dans des lieux, de rencontrer des gens, de discuter de ce qui les occupe. Mais en si peu de temps ce qu'on attrape ce sont des impressions.

Je suis arrivée avec quelques articles et noms trouvés sur internet, mais à peine parce que même l'institutionnel y passe largement sous le radar. Sur place, j'ai obtenu quelques contacts en demandant à droite à gauche.

Aller à l'hôpital psychiatrique, rencontrer un jeune mozambicain salarié d'une ONG spécialisée dans le handicap... on a le sentiment de voir et d'entendre en une dimension, tellement on a peu l'imagination du contexte. Et pourtant les sens sont aiguisés ; même impressionnistes, les perceptions sont fines. On décode des comportements, on reconnaît des atmosphères, on fait des liens avec des univers plus familiers. Ces intuitions forment une matière riche et fragile ; elles sont précieuses. Ce texte tente d'y mettre des mots.

Instantané 1. La psychiatrie c'est où ?

A Maputo, la psychiatrie c'est à Infulene. C'est ce que j'entends de tous ceux à qui je pose la question. Avec l'hôpital psychiatrique de Nampula, au nord du pays, voilà l'offre de soin spécialisée en psychiatrie au Mozambique.

En fait il y a un peu plus que cela. En lisant un article publié tout récemment dans une revue américaine et cosigné par une psychologue mozambicaine et des



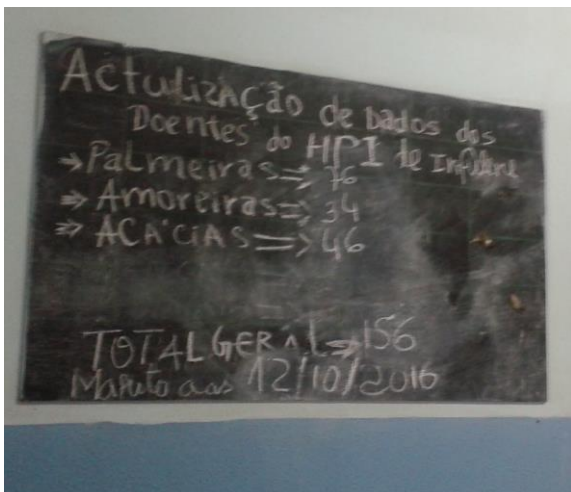
psychiatres américains de la faculté de Médecine de Columbia University¹, j'ai compris qu'il y avait aussi un service de psychiatrie à l'hôpital central de Maputo, une grande enclave située au milieu de la ville.

Deux services dans la capitale c'est peu, mais cela permet déjà de créer un filtre de répartition des patients. D'après le Dr. Pastor, un psychiatre qui travaille à Infulene depuis un an, ici ce sont les psychotiques, tandis que sa femme s'occupe des névrotiques à l'hôpital central où elle est psychiatre de l'unité. Quand il détaille le contenu de ces catégories empruntées à la nosographie psychodynamique, le Dr Pastor fait jouer la distinction selon la gravité de la pathologie mais il sépare aussi ceux qui demandent à être hospitalisés parce qu'ils sont conscients d'être malades et les autres. Difficile de savoir dans quelle mesure il décrit une réalité observée. Dans mon expérience, il est assez fréquent que des personnes ayant des troubles graves demandent à venir à l'hôpital quand ils se sentent trop mal dehors. Surtout, je suis frappée de retrouver cette vieille distinction, que les standards internationaux et la référence englobante aux « troubles psychiques » ou « de santé mentale » tendent à estomper. Elle oppose les cas lourds, les fous, les « cas psychiatriques », aux troubles dits légers, les « cas psychologiques », les « petits mentaux » du 19^{ème}, dont la capacité à décider ou à agir de façon rationnelle n'est pas mise en question.

Instantané 2. Portrait en pointillé d'un psychiatre cubain ou d'un hôpital psychiatrique

Infulene, c'est donc là où sont les fous. L'hôpital se trouve à quelques kilomètres au nord de la ville, sur la route nationale. Un grand bâtiment colonial et quelques dépendances autour, situé sur un vaste terrain grillagé. En parcourant les couloirs, je retrouve une ambiance familière des hôpitaux psychiatriques, le temps qui semble arrêté, la résignation, de la misère, mais aussi une indifférence plutôt bienveillante. Ici on déambule.

Plongée depuis une semaine dans l'étrangeté de la vie à Maputo, cette sensation de familiarité à l'entrée dans l'un des deux hôpitaux psychiatriques spécialisés d'un pays de 25 millions d'habitants est troublante.



A Infulene les patients sont répartis dans trois unités. 76 à Palmeiras, 34 à Amoreiras, 46 à Acacias indique un décompte daté d'il y a deux jours sur un tableau noir, face au guichet d'accueil. Dans l'ordre, les hommes, les femmes et les chroniques. Soit 156 patients pour 192 lits.

Chez les hommes et les femmes, on reste quelques semaines, me dira le Dr. Pastor. Les chroniques, ce sont ceux dont on n'imagine plus qu'ils sortent, parce qu'on ne voit pas bien où ils iraient à l'extérieur.

¹ Santos PF, Wainberg ML, Caldas-de-Almeida JM, Saraceno B, et al. Overview of the mental health system in Mozambique: addressing the treatment gap with a task-shifting strategy in primary care. Int J Ment Health Syst. 2016;10(1):1

Le Dr Pastor est assis à un petit bureau qu'un paravent sépare du couloir et des patients qui attendent. Notre visite est improvisée. Avec la psychologue française qui m'accompagne et découvre aussi les lieux, nous avons demandé s'il était possible de parler avec un psychiatre. Souriant et disert, il a l'air content de nous voir et de partager ses impressions après un an passé dans l'unité pour hommes de l'hôpital d'Infulene, lui qui compte aussi une trentaine d'années à travailler dans les services psychiatriques cubains. De mon côté, j'ai la bonne surprise de l'entendre nous parler dans une langue plus proche de l'espagnol que du portugais. Cela me rassure pour mener la discussion, même si au fil des années j'ai fini par maîtriser l'exercice de la conversation avec un psychiatre hospitalier.

Qu'est-ce qu'un psychiatre ?

Nous parlons de l'hôpital, le nombre de patients, l'organisation des unités. Le Dr Pastor est cubain et est venu passer ici quelques années avec sa femme également psychiatre, qui travaille dans l'autre service de psychiatrie, à l'hôpital central de Maputo. Je sais qu'il y a peu de psychiatres dans le pays, je lui demande s'il sait combien. Le Dr Pastor les compte sur ses doigts, deux ici, deux dans l'autre unité de psychiatrie adulte, où travaille sa femme, peut-être trois dans le second hôpital psychiatrique, dans le nord du pays à Nampula. Il y a aussi quelques services ambulatoires, en pédopsychiatrie et dans des hôpitaux généraux. Au final, il dénombre 14 psychiatres cubains et à peu près autant de mozambicains. De plus, précise-t-il, une partie travaille dans les administrations plutôt que dans des services cliniques. Ici ils sont deux pour 192 lits.

J'oriente la conversation sur la prescription des traitements. J'ai lu quelque part qu'une des réponses au manque de psychiatres était de former des techniciens en santé mentale, solution moins coûteuse, plus rapide et facile à mettre en place. C'est une solution défendue par l'OMS. J'ai aussi entendu dire qu'ils étaient autorisés à prescrire.

La situation m'intrigue. En France, la prescription des psychotropes constitue un clivage fort entre psychiatres et psychologues. Elle concentre des enjeux de juridiction professionnelle. Prescrire reste une charge gardée des psychiatres, en leur qualité de médecins, qui les distinguent des psychologues dans un contexte hospitalier où ils coûtent plus cher et peinent à défendre d'autres spécificités d'intervention thérapeutique.

Oui, le Dr Pastor me le confirme, les techniciens de santé mentale sont autorisés à prescrire. Ils ont été formés par la faculté de médecine de l'Université de Columbia, à New York. Ils sont six dans l'unité de 92 patients dont il s'occupe. Ce sont eux qui prescrivent, lui supervise. Il saisit le grand cahier noir posé à côté de lui et nous montre la liste des patients où les techniciens inscrivent la prescription de chacun, que le Dr Pastor vérifie et valide chaque jour. S'il constate un problème de dosage, quelque chose de bizarre, il demande au technicien, voit éventuellement le patient, modifie ou recadre. C'est lui qui est responsable en dernier ressort, d'un point de vue administratif et juridique. Mais il ne verra le patient ou n'interviendra dans la décision qu'en cas de problème.

Sauf... Il reste des situations où le technicien doit absolument solliciter le psychiatre, nous précise bien le Dr Pastor, c'est lorsqu'il y a des maladies somatiques ou des risques vitaux. Bronchite, diarrhée... sont les situations qui rendent nécessaires un avis. Paradoxe du psychiatre qui, en situation de rareté et de délégation des tâches, voit sa compétence se resserrer sur une expertise de somaticien plutôt que de spécialiste des troubles psychiques.

Comment calmer l'agitation? Culturalisme et style de psychiatre

Le Dr Pastor continue à parler des questions qui l'occupent. Ici, en ce moment leurs problèmes ce sont les fugues d'ailleurs ils se réunissent toutes les semaines pour en parler et prendre des mesures. Je revois les patients croisés à l'instant, tous habillés de pyjamas noirs, l'inscription HPI en blanc dans le dos, ce qui donne une note carcérale à l'endroit. Je me demande si cet uniforme n'est pas utilisé pour éviter les fugues, comme c'est l'usage –controversé– dans certains services en France. Je pourrais poursuivre sur le sujet, mais je crains de manquer de temps.

Je l'interroge plutôt sur les situations d'agitation et de violence dans l'hôpital. C'est une façon de percevoir quel genre de psychiatre est le Dr Pastor, mais je suis aussi curieuse de savoir quelles sont les normes et les habitudes pour répondre à ces situations. Quels gestes sont considérés comme acceptables, quelles réponses choquent.

Déjà, le Dr Pastor ne considère pas que la violence soit un problème dans l'hôpital. Il trouve même le phénomène plutôt plus rare qu'à Cuba. Son explication fait appel à la placidité générale des mozambicains, caractéristique sociale que reflèterait un tempérament généralement peu agressif des patients. Surtout, quand il me raconte comment, paradoxalement, la féminisation des infirmiers a pour effet de minimiser la violence, en diminuant les rapports de force, ou encore quand il insiste sur l'importance que les personnes comprennent ce qui leur arrive pour éviter qu'elles ne s'agitent, je retrouve, à l'identique, le discours des psychiatres expérimentés, qui ne cherchent pas le rapport de force dans les relations avec le patient, qui sont aussi ceux, généralement, pour qui l'agitation est un événement peu fréquent et qui se transforme peu en violence.

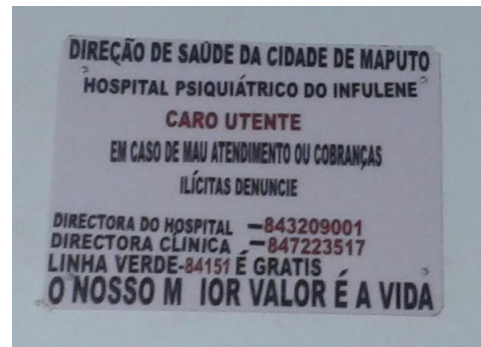
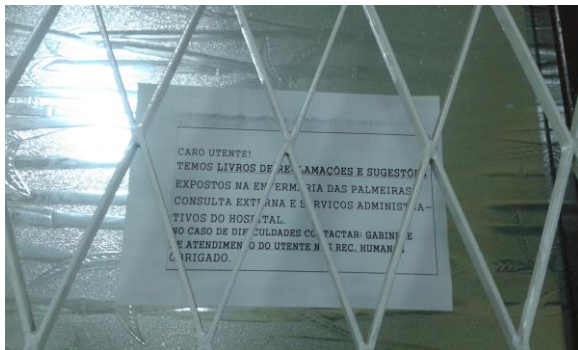
A Infulene, on n'attache pas. Il y a des chambres d'isolement, et quand il faut faire une injection, on appelle les attendentes qui maintiennent la personne. Rien qui surprendrait une personne familière des lieux d'hospitalisation en France. Ici aussi, même si c'est le psychiatre qui le décide, ce sont les membres de l'équipe soignante, infirmiers et peut-être techniciens, qui le font. Parfois, le weekend ou en l'absence du psychiatre, il arrive que le nombre d'isolement augmente fortement. Le Dr Pastor me raconte qu'en revenant le lundi matin il faut alors discuter avec les techniciens, demander pourquoi telle personne a dû être enfermée, imaginer avec eux quelles autres solutions possibles. Là encore, le Dr Pastor reprend un récit souvent entendu en France. L'expérience et la compétence du psychiatre, ou mieux, sa présence, rassurent les équipes et diminue leur appréhension, ce qui à son tour fait baisser l'agitation comme les réponses contraignantes. Par contre, ici, l'alternative de la sédation par les médicaments, critiquée souvent comme une contention chimique, ne fait pas partie des options communes. Il arrive plus souvent qu'on soit à court de médicament.

A Cuba c'est différent. On n'isole pas, on attache par des contentions mécaniques pour piquer et on détache, et on surveille constamment pour éviter les risques vitaux.

Instantané 3. Déchiffrer les panneaux – A quoi sert d'afficher les droits ?

Dans la petite salle d'attente de l'hôpital psychiatrique d'Infulene, où l'on arrive directement après la grande porte d'entrée et qui donne sur le guichet du secrétariat administratif, une dizaine de personnes attendent. Sur le mur de gauche, un tableau noir indique le dernier décompte des patients. Je déchiffre aussi les affichettes placées derrière les grilles de l'accueil et sur les murs. C'est l'occasion d'améliorer mon portugais administratif.

« Cher usager », dit l'une, « nous tenons à votre disposition un livre de réclamation et de suggestions ». Une autre indique les coordonnées téléphoniques des directions et d'une ligne gratuite en invitant à dénoncer mauvais services et demandes de paiement au noir.



Elles rappellent le droit de se plaindre, de contester, de réclamer. Je n'arrive absolument pas à replacer ces bouts de papiers dans leur contexte.

En France, on remarque sans toujours bien l'expliquer que le nombre de plaintes ou de réclamations d'usagers en psychiatrie reste faible malgré l'incitation de la loi et de ses dérivés.

Mais ici... Ont-ils une efficacité ? Sont-ils remarqués ? Nouveaux ? Quel processus a conduit à leur présence ? Sont-ils le résultat d'une politique récente de défense des droits ou au contraire les traces d'une ancienne administration, coloniale ou autre, qui prévoyait un circuit de réclamation ?

Instantané 4. Au Ministère de la Santé, Département de santé mentale

J'avais identifié Palmira Fortunato Dos Santos par ses publications. Un [mémoire en ligne](#) et en portugais décrivant et évaluant le système de soin en santé mentale au Mozambique, fort précieux. Et la version anglaise de ce travail, un article cosigné avec des chercheurs de l'école de médecine de l'Université de Columbia à New York, avec qui existent des liens de [formation](#).



Elle a répondu immédiatement à mon mail et m'a reçu très rapidement, pour finalement m'en dire très peu, en dehors du fait que le département de santé mentale du ministère de la santé lançait huit recherches sur lesquelles il entendait bien garder le contrôle et dont elle n'avait pas en tête les thématiques...

Palmira Fortunato, qui a commencé par me demander ce que j'avais à lui proposer, s'est montrée très ouverte au principe d'une coopération mais sans qu'il soit possible d'en discuter de façon plus concrète. Elle m'a également orientée vers deux jeunes sociologues ou anthropologues

travaillant sur la santé mentale au sein de la faculté de médecine de l'université Eduardo Mondlane, mais dont elle n'a pas pu me communiquer les noms.

Tout pour faire de cette tentative de contact un entretien raté. Pour autant, je n'avais pas complètement perdu mon temps. J'étais entrée dans le Ministère de la Santé, un grand bâtiment jaune à l'extérieur récemment rénové, où j'avais été accueillie par une bannière annonçant la journée mondiale de la santé mentale, justement.



J'avais également pu entrer dans le département de Santé Mentale, une grande pièce réunissant quatre ou cinq personnes et remplie des dossiers du département, accolée à un petit secrétariat et plus loin à droite un bureau pour la directrice. Je m'étais vue donner deux numéros de la revue *Psique*, publiée par le Ministère de la santé et semble-t-il disponible surtout dans ce bureau. J'avais senti le parfum d'administration dans la succession de portes de part et d'autre d'un couloir gris clair vieillot. J'avais reconnu la marginalité subtile de la santé mentale dans les affichettes qui tentaient l'humour sur la porte.

Nao e necessario trovar-se doente para trabalhar aqui mais ajuda muito. Pas besoin d'être malade pour travailler ici, mais ça aide beaucoup.

Et puis je repartais avec un nouvel objectif qui me donnait un prétexte pour explorer les bâtiments de l'école de médecine, de l'autre côté de la rue.

Effets de contexte 1 - Quel sens ont les mots

Je discute avec Jorge Manhique. C'est un après-midi calme, dans le charmant jardin du bâtiment colonial qui abrite le Centre Culturel Franco-Mozambicain, nous avons le temps et mon interlocuteur parle librement : tout concourt à fabriquer une situation d'entretien idéale. Le seul bémol, c'est que la réalité qu'il évoque, je me la représente mal. Ce que j'arrive à identifier, dans ces propos, c'est par contre la présence du lexique des organisations internationales.



Jorge Manhique me raconte le travail qu'il a fait l'année dernière au sein de l'Afmod, fédération d'associations de personnes ayant un handicap, dans le cadre d'un contrat avec la Open Society Foundation. Une de ses missions consistait à favoriser l'émergence d'une association de patients en santé mentale. L'objectif annoncé à plus long terme est de rendre possible une mobilisation pour

les droits des patients qui ferait pression sur la politique de santé mentale. Pour cela, Jorge Manhique a recruté des patients schizophrènes dans un centre de réhabilitation psychosociale en face de l'hôpital psychiatrique d'Infulene. Apparemment cela n'a pas été facile mais cela a marché et l'association est en cours de constitution.

J'essaye d'imaginer quelle réalité peut exister derrière ces mots dans un pays qui compte environ 500 lits d'hospitalisation en psychiatrie, soit 2 lits pour 100 000 habitants (pour comparaison la moyenne est de 70 pour les pays de l'OCDE), où donc s'il existe une institutionnalisation de la folie, elle est marginale, et où l'essentiel des personnes ayant des troubles mentaux se trouve ailleurs. Quelle part infime de ces personnes se retrouve sous le terme d'"usagers de la psychiatrie", même s'il y a bien des patients en psychiatrie, des ex-hospitalisés en psychiatrie, et même si toutes les revendications et discours sur les droits des patients sont légitimes. En tout cas, Jorge a l'air d'avoir bien rempli la mission, en réussissant à trouver quelques personnes qui se sont mobilisées.

En l'écoutant, je suis fascinée par cette démarche des financeurs de favoriser indirectement et artificiellement l'émergence d'une société civile, sous la forme d'acteurs susceptibles de devenir des interlocuteurs des pouvoirs publics (et des ONG ?). Je retrouve aussi la logique des droits, celle qui se diffuse dans le monde en application des propositions et tutoriels de l'OMS et de la santé mentale globale. Elle est ici appliquée à un tissu d'acteurs publics et institutionnels de la santé mentale que j'imagine très réduit – dans un pays où l'Etat centralisateur associé au parti unique est omnipotent, où l'on compte une quarantaine de psychiatres dont la moitié sont étrangers et où l'offre de soins psychologiques et psychiatriques est minimale –, peut-être à tort.

Effets de contexte 2 – Quelle place faire au pragmatisme ?

Jorge Manhique me raconte le projet d'éducation inclusive sur lequel il a travaillé. J'en retrouve la trace sur le site belge de l'organisation Handicap International, il y a [une belle photo](#). Dans le récit de mon interlocuteur, j'ai l'impression qu'il a cherché des arrangements locaux. Il a trouvé des correspondants référents dans les quartiers concernés, qui devaient repérer des enfants porteurs d'un handicap qui n'allaient pas à l'école, en identifier les raisons et trouver des solutions avec les acteurs locaux pour y remédier.

Je suis sensible à la dimension pragmatique de l'approche. Ce qu'il me raconte, c'est une inclusion qui cherche à améliorer l'accessibilité en bricolant avec les moyens du bord. Il s'est agi, par exemple, de trouver un moyen de déplacement pour un enfant qui ne marchait pas et que sa mère ne pouvait plus amener à l'école sur son dos le matin, parce qu'elle devait aller travailler dans une autre direction. Bien sûr je n'en sais que cette anecdote. Peut-être les effets se sont-ils ensuite estompés rapidement, que ce n'était que du bricolage, etc...

Sur l'idéologie inclusive, par contre je m'interroge.

Ce principe est porté par l'ONU (et l'Unesco) au nom du « droit de tous à une éducation de qualité » et de la justice sociale. Elle promeut l'intégration des enfants porteurs de handicap dans le système éducatif général, y compris par la transformation de ce dernier, comme je le précise plus tard grâce à [l'association canadienne d'éducation](#). En France, elle s'est par exemple traduite ces dernières années par la mise en place du système des auxiliaires de vie scolaire (AVS) afin de permettre à des enfants ayant un handicap d'être intégrés en milieu scolaire ordinaire.

Jorge Manhique a l'air d'y tenir, à ce principe. Il critique l'école spéciale pour enfants ayant un handicap qui vient d'être inaugurée à Maputo. D'après le prospectus, le *Centro de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados* ([CERCI](#)) est né de l'initiative de parents regroupés en

association. Il accueille des enfants ayant tous types de handicaps. Pour Jorge, c'est une mauvaise solution qui favorise la ségrégation et non l'inclusion.

Sa position se comprend politiquement, d'autant que le ministère de l'Education semble soutenir l'initiative. Mais l'image qui s'impose à moi en réponse est celle de la classe d'Esperanza. Je l'ai rencontrée la veille par l'intermédiaire de son mari, qui est inscrit en thèse à l'université Paris 8, où j'enseigne. Sur la photo qu'elle m'a montrée, on voit ses 60 élèves de CM1 agenouillés à l'ombre du grand arbre dans la cour de l'école, le crayon à la main. Il n'y a pas assez de salles de classe dans l'école et les enseignants utilisent l'espace sous l'arbre, en alternance. Sauf quand il pleut, bien sûr. Même si l'argument est pragmatique et pas très recevable politiquement, on aurait plutôt envie d'être dans la toute nouvelle école pour enfants handicapés, fut-elle spécialisée...

Lors de cette brève incursion dans l'univers mozambicain de la santé mentale, j'ai orienté les discussions vers mes sujets de réflexion actuels, depuis les interrogations sur les pratiques de gestion de l'agitation ou de la violence à l'hôpital jusqu'à l'intérêt pour la diffusion du langage des droits. Implicitement, mes interventions étaient cadrées par deux séries de questions.

Comment traite-t-on, dans tous les sens du terme, les personnes qui ont des troubles psychiques quand leurs comportements perturbent trop fortement la vie quotidienne ? Qu'est-ce qui perturbe au point qu'on est amené à faire quelque chose, y compris au sein des lieux de soin ?

Quelles formes prennent les actions en matière de santé mentale globale ou de handicap qui sont portées par des organisations internationales et appuyées par des principes universalistes modelés à partir du contexte des démocraties occidentales ? Quelle réalité recouvrent les mots qui utilisent l'affirmation des droits humains fondamentaux comme un levier pour améliorer les pratiques de soin ?

Dans ce pays qui remonte le long de la côte Est juste au-dessus de l'Afrique du Sud, cette ancienne colonie portugaise, à l'indépendance relativement tardive et à la longue guerre civile, dans ce pays situé au fond des classements internationaux sur l'état de santé et le niveau de vie des populations, dans ce territoire aussi où terres cultivables et gisements de gaz naturel attirent entreprises ou Etats étrangers, j'ai aussi cherché les effets de similitude. Ces effets m'ont frappés au fil du temps passé pour mes recherches dans des hôpitaux psychiatriques et d'autres lieux de soin, avec des personnes ayant des troubles mentaux graves et des professionnels ou des proches. Dans des univers liés à la psychiatrie, en France mais aussi aux Etats-Unis ou au Chili, on retrouve le poids du quotidien vécu au milieu des troubles où l'on navigue entre éviter l'abus et risquer l'abandon, où l'on continue à projeter tout en s'accommodant de l'inertie. Au moment d'en rendre compte, pourtant, ce sont plutôt les effets de distorsion qui sont apparus et le difficile accès à la réalité nommée.