

LA PROBLÉMATIQUE DE LA SANTÉ MENTALE AU MOZAMBIQUE

Ernesto VENTURINI

1. Introduction

A l'heure actuelle, se prépare à Maputo la réalisation d'un séminaire provincial sur la Santé mentale *. Une telle initiative est le prélude à un séminaire national patronné par le Ministère de la Santé Publique ou au moins à une journée d'étude au cours de la prochaine réunion nationale des responsables de la santé. C'est la première fois qu'un tel sujet est traité à un tel niveau. L'initiative a été suscitée par un groupe de psychiatres pour éclaircir la contradiction émergeant, au niveau de leur pratique, entre la demande toujours plus pressante de médicaliser un certain malaise social et la conscience de l'insuffisance et de l'incongruité d'une telle demande. L'objectif du séminaire est de sensibiliser les cadres politiques et techniques du pays et de préciser les grandes lignes d'une politique de promotion de la santé mentale.

Jusqu'à présent on a pensé que les orientations générales de la politique sanitaire¹ étaient suffisantes pour réaliser également les objectifs de la santé mentale. De fait, une politique sanitaire comme celle du Mozambique qui vise à privilégier les soins de santé primaires et à lier le bien-être physique au bien-être social, devrait réaliser en fait les objectifs de la santé

* Le présent document a été rédigé fin 1980, à l'issue d'un séjour de deux ans au Mozambique au titre de la coopération italienne.

1. Les orientations ont été données surtout dans trois discours du Président, en octobre 1976, octobre 1977 et décembre 1979. Significative également a été l'intervention au cours de la 29^e session du Comité Régional Africain de l'O.M.S., à Maputo, en septembre 1979. Pour une vue générale de la problématique, lire : *Les soins de Santé primaire au Mozambique*, édité par le Ministère de la Santé, (Maputo, Instituto Nacional do Livro e do Disco, INLD, 1978).

mentale². Ceci n'empêche que la nécessité d'approfondir l'articulation entre les affirmations générales et la manière dont celles-ci sont traduites subsiste.

Il faut dire aussi qu'une politique de santé mentale correcte ne se réduit pas facilement aux schémas positivistes qui prévalent au sein de l'idéologie médicale. On en a un exemple dans la difficulté à réaliser ce séminaire, à cause d'une attitude — que les psychanalystes définiraient comme une forme de résistance — qui n'est pas toujours formulée de manière précise, mais qui est évidente. Il s'agit d'une dévalorisation de la problématique de la santé mentale pensée en termes de risques d'invalidité par rapport à d'autres secteurs de la médecine pensés en termes de risques de mort : le risque mortel devant bien évidemment canaliser tous les efforts dans un pays africain.

Bien sûr, il n'est pas possible de nier la gravité des problèmes sanitaires qu'un pays comme le Mozambique doit affronter ; mais ce que nous retenons comme négatif dans une telle argumentation — qui est pour nous le résultat d'un schéma positiviste étroit —, c'est la rigidité et la limitation de sa formulation. Elle renvoie à une sorte d'équivoque entre la lutte contre les maladies et le développement de la santé, comme si une politique sanitaire devait se préoccuper seulement de la non-apparition de la maladie.

Ce qui nous intéresse c'est d'examiner comment des attitudes différentes en relation à la problématique de la santé mentale, et analogues à celles qui viennent d'être évoquées, se confrontent et se modifient dialectiquement. L'initiative du séminaire par exemple, au-delà des résultats, manifeste, de manière dont elle est née et s'est développée, la possibilité de faire le point sur la manière dont se concrétise une politique de santé mentale au Mozambique.

Dans cet article nous chercherons d'atteindre cet objectif à travers l'analyse des initiatives mises en œuvre dans le cadre du Ministère de la Santé Publique, depuis l'Indépendance en 1975 jusqu'à nos jours, avec une référence particulière à ce qui s'est

2. Voir par exemple l'intervention du représentant du Mozambique à la réunion des experts régionaux sur la santé mentale (Brazzaville, 26-30 mars 1979) : « La santé mentale est partie intégrante de la santé qui, à son tour, est partie intégrante du développement d'ensemble... ».

vérifié dans le département de l'Assistance Médicale, dont dépend le secteur hospitalier psychiatrique, et dans le département de l'Assistance Sociale. Bien que partielle cette optique nous semble cependant offrir le terrain à des considérations utiles.

2. A la recherche d'une politique de la Santé mentale : 1975-1980

2.1. - *Le 2^e Conseil National de Coordination de la Santé*

Le premier document officiel qui affronte le thème de la santé mentale est un rapport présenté au cours de la 2^e réunion du Conseil National de Coordination de la Santé, tenue à Maputo en août 1977³. Le document voulait faire le point sur les problèmes du secteur, et un état des ressources existantes à l'époque ; il élaborait un programme d'objectifs et d'échéances de réalisations, soit dans l'année, soit à plus long terme. Le rapport soulignait la nécessité absolue d'élaborer un programme de santé mentale qui tienne compte des niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cependant après la formulation de cette affirmation de principe, toute l'analyse était consacrée à la prévention secondaire considérée dans les conditions du pays comme l'unique vraiment réalisable. Il y avait seulement une référence à l'amélioration des systèmes d'hospitalisation psychiatriques.

Les ressources matérielles, à l'époque, étaient constituées par : — quatre hôpitaux psychiatriques, un à Nampula, au nord du pays, et trois situés dans le sud : à Marracuene, Infulene et Benfica, près de Maputo. La capacité totale de ces structures atteignait 1 600 lits⁴ ; — une infirmerie avec 60 lits, divisée en sec-

3. Le CNCS est une structure de planification et de coordination qui réunit deux fois par an les responsables nationaux et provinciaux du Ministère de la Santé.

4. Les hôpitaux d'Infulene et de Marracuene, respectivement pour hommes et pour femmes, ont été construits au début des années 60 ; ceux de Benfica (femmes) et Mampula (mixte), dix ans plus tard. Les hôpitaux, jusqu'à la nationalisation de la médecine, étaient des institutions catholiques. Pendant l'époque coloniale, européens et africains étaient séparés et le destin hospitalier des deux groupes différent : attention médicale supérieure pour les européens, avec permanence plus brève dans l'institution. Les autres malades, « de couleur », étaient séparés en deux secteurs, selon leur niveau économique et leur niveau d'assimilation. La population hospitalière est passée progressivement de 423 patients en 1963 à 1 600 en 1974, et a ensuite diminué avec l'indépendance pour atteindre 1 450 en 1977. Sur le sujet, consulter : VENTURINI Ernesto, ARTI Stefania, « A psiquiatria institucional em Moçambique » (en cours de publication au Brésil).

tion hommes et section femmes, à l'hôpital Central de Maputo ⁵.

Les objectifs à atteindre tels qu'ils ont été définis étaient :

- la création d'un service de psychiatrie hommes et femmes dans les hôpitaux centraux du pays (Maputo, Beira, Nampula) ;
- l'ouverture de petites infirmeries, de plus ou moins dix lits, pour les malades mentaux dans tous les hôpitaux provinciaux ;
- la création de secteurs pour enfants et adolescents dans les hôpitaux psychiatriques existants ;
- la création de secteurs pour les traitements des toxicomanes.

En ce qui concerne les ressources humaines au début de 1977, la situation était la suivante :

— des huit psychiatres présents dans le pays à l'époque coloniale, il n'en est resté qu'un seul, mozambicain, mais de formation portugaise. Au début de l'année, à la suite d'un accord avec Cuba, les premiers psychiatres cubains sont arrivés. L'accord prévoyait la présence constante de quatre psychiatres cubains dans les trois zones sanitaires du pays (Maputo, Beira, Nampula) ;

— il y avait depuis un an environ quatre techniciens en psychiatrie d'origine zambienne ;

— le personnel religieux, exproprié des hôpitaux psychiatriques et qui assurait l'infirmerie à l'intérieur des hôpitaux, était encore dans le pays, mais son nombre diminuait progressivement ;

— les infirmiers psychiatriques étaient au nombre d'une vingtaine.

En relation aux ressources humaines le Conseil National prévoyait :

— d'affecter dans les hôpitaux généraux des diverses provinces des techniciens médicaux spécialisés en psychiatrie ;

5. Cette infirmerie a été construite au début des années 50 avec l'arrivée au Mozambique du Professeur Fernando Ferreira, qui a pratiquement introduit la psychiatrie au Mozambique. Voir VENTURINI E., ATTI S., *op. cit.*

- d'ajouter deux autres médecins psychiatres pour permettre l'ouverture de dispensaires périphériques à Beira et Nampula ;

- de commencer des cours de formation pour infirmiers psychiatres, là où existaient déjà des hôpitaux psychiatriques ;

- d'assurer des déplacements périodiquement des psychiatres dans les provinces, pour aider le personnel sanitaire qui y travaillait.

A cette occasion on a également affirmé la nécessité de créer des conditions pour la réinsertion des internes psychiatriques dans leur localité d'origine, avec le concours des organisations démocratiques de masses comme : l'Organisation de la Femme Mozambicaine, l'Organisation des Jeunes Mozambicains, les Groupes Dinamisateurs, les Conseils de Production, les Commissions des Villages Communautaires et des Quartiers citadins ⁶.

2.2. - Le 3^e Conseil National de Coordination de la Santé

Au cours de la 3^e réunion de ce Conseil, en mars 1978, on a confirmé tous les points déjà mentionnés et au cours de l'année quelques résultats avaient été atteints :

- ouverture de sections de psychiatrie hommes et femmes à Beira, et femmes à l'hôpital psychiatrique de Nampula ;

- envoi de techniciens psychiatres à Nampula, Beira, Gaza et Maputo ;

- réalisation d'un cours de recyclage en psychiatrie pour les infirmiers en service dans les structures psychiatriques de la province de Maputo ;

- pour filtrer l'admission dans les hôpitaux psychiatriques, chaque demande pour les malades des provinces du sud a été envoyée à l'infirmerie psychiatrique de l'Hôpital Central de Maputo, où on devait évaluer l'opportunité d'un transfert dans un hôpital psychiatrique.

6. A cet égard, il faut se rappeler que trois des quatre hôpitaux psychiatriques se trouvent à Maputo, à l'extrémité sud du pays ; la plus grande partie des internés venant de localités distantes parfois de milliers de kilomètres. Ils parlent souvent des langues incompréhensibles à Maputo, et leur renvoi est extrêmement problématique, à cause des difficultés de transport et de communication.

Dans les documents de la deuxième et de la troisième réunions du Conseil National on a établi les objectifs suivants, à long terme :

- élaboration d'une carte statistique et épidémiologique des maladies mentales ;
- la nécessité d'établir des contacts organiques avec le Ministère de la Justice ;
- la nécessité d'établir des modalités de travail avec les structures politiques de quartier et de village et avec les structures d'assistance sociale, afin de rendre possible un contrôle plus efficace de la réintégration des malades.

En octobre 1978, à l'invitation du Ministère de la Santé Publique, les psychiatres italiens Mario Moreno et Franco Basaglia⁷ sont venus au Mozambique. On a organisé à cette occasion une série de rencontres avec les responsables de la santé au niveau national, meetings organisés par l'Université de Maputo et par l'Institut des Sciences de la Santé sur la problématique de la santé mentale au Mozambique et sur l'expérience psychiatrique en Italie. Le Professeur Basaglia a critiqué les systèmes de contention et de thérapie utilisés jusqu'à présent dans les hôpitaux psychiatriques, mais il a apprécié les potentialités existant dans le pays. Selon lui, il serait possible d'atteindre une complète « déshospitalisation » psychiatrique, soit par une politique de décentralisation formulée par le Gouvernement et de recours aux centres sanitaires polyvalents, soit par la « sensibilisation » de la population aux thèmes de caractère social et son association à la mise en œuvre des solutions.

Entre la fin de 1978 et la seconde moitié de 1979, on a constaté une rotation significative dans le personnel psychiatrique :

7. Franco Basaglia (1924-1980), psychiatre, a été le fondateur et le responsable du mouvement italien *Psichiatria Democratica* et l'un des inspirateurs du mouvement européen « Réseau international pour une alternative à la psychiatrie ». Il s'est consacré à une œuvre de dénonciation de la violence institutionnelle des asiles d'aliénés. Sous son influence, une nouvelle loi a été adoptée en Italie en 1978, loi qui prévoit de dépasser progressivement de telles institutions, et de créer des structures d'accueil psychiatriques dans les hôpitaux généraux et les services territoriaux. Le travail de Basaglia, comme directeur des hôpitaux de Gorizia et de Trieste, a reçu un écho international très favorable.

- les religieux présents dans les hôpitaux psychiatriques ont quitté définitivement le pays ;
- les quatre techniciens zambiens ont terminé leur contrat ;
- trois psychiatries sud-américains et un italien sont arrivés.

— Les changements se sont faits sentir sur les activités en cours, au moins en raison de la nécessité qui est apparue de permettre aux psychiatres d'opérer une certaine unification des différents critères de diagnostic et de thérapeutique.

2.3. - *L'Assistance Sociale*

Pendant les travaux de la deuxième réunion du Conseil National, la nécessité d'articuler un rapport entre la Direction Nationale d'Assistance médicale dont dépend le secteur psychiatrique, et la Direction Nationale d'Assistance Sociale, est apparue : dans les deux structures, on trouve des ressources et des champs d'action communs en ce qui concerne la santé mentale.

L'Assistance Sociale prend en charge les problèmes de l'enfance, des inadaptés mentaux, des diminués physiques ainsi que les problèmes du troisième âge. La section de la protection et du soutien à l'enfance a pour objectif l'éducation des tout petits jusqu'à cinq ans. Pour ce faire elle s'appuie sur trois types d'institutions : — les crèches, jusqu'à deux ans ; — les jardins d'enfants, jusqu'à cinq ans ; — les « infantarios » pour les orphelins et les enfants abandonnés.

On a organisé en 1977 dans toutes les provinces des cours de formation sur le tas pour la préparation technique du personnel déjà engagé dans des activités éducatives dans les institutions pour l'enfance. Il s'agissait d'un ensemble d'activités éducatives et administratives dans le but de transmettre des connaissances en vue d'un meilleur déroulement des activités quotidiennes. Les cours devaient améliorer le niveau professionnel des travailleurs, et surtout permettre une connaissance meilleure de l'enfant dans ses caractéristiques et son évolution. On a élaboré des études sur l'éducation infantile, les interventions d'urgence, l'éducation sanitaire, la puériculture, les fonctions domestiques, l'administration des institutions, les activités à réaliser pour le développement de l'enfant et son alimentation. L'arrivée d'une neuro-psychiatre suédoise rendait possible en

1978 l'articulation entre les structures médicales et les structures de l'Assistance Sociale, soit au niveau du Ministère de la Santé Publique, soit au niveau de celui de l'Education Publique. On a formé des commissions qui ont visité les orphelinats, les centres d'éducation, les institutions et les écoles pour handicapés de quelques provinces. Cette activité cependant n'a pas eu de suite, en raison du départ de la neuro-psychiatre après un an.

Les centres pour handicapés étaient vus pendant l'époque coloniale sous une optique institutionnelle qui induisait la dépendance des pensionnaires sans aucune autonomie propre. Pour cette raison, la préoccupation a été de transformer de tels centres en des lieux de production pour que les intéressés se sentent actifs et utiles.

Nous avons trois différents types d'institutions :

- les centres de soutien aux handicapés physiques : il reçoivent les handicapés sans famille ou abandonnés, leur fournissant la possibilité d'une formation professionnelle minimale pour leur réhabilitation et leur retour à la communauté ;
- les centres de réhabilitation professionnelle, qui fournissent une formation plus avancée ;
- les écoles adaptées à un enseignement spécialisé, pour chaque type de handicap : une école pour aveugles, une autre pour sourds-muets ⁸.

De tels centres devraient fonctionner comme lieux de passage et établir des contacts avec la communauté, à travers l'intégration de leurs pensionnaires dans les villages communautaires par exemple, ou les coopératives. En fait leur fonctionnement est réduit en raison du manque de ressources, matérielles et

8. Les centres d'éducation relèvent de la compétence du Ministère de l'Education Nationale, section Education Spécialisée. A la suite de l'indépendance, de nombreux problèmes ont surgi en relation aux premiers centres d'assistance à l'enfance d'âge scolaire économiquement ou socialement faibles. Peu à peu sont apparus des Centres d'Education plus spécialisés, insistant sur un effort pédagogique spécial pour l'enfant présentant des difficultés d'apprentissage. Il y a déjà 10 centres de ce genre et un autre est en construction. Ils reçoivent un nombre variable d'élèves et se trouvent très loin des capitales provinciales, mais proches des écoles des localités. La situation de ces centres est en général critique, vue la précarité des ressources matérielles et humaines existantes.

humaines et des rares possibilités d'intégration dues aux problèmes économiques de l'ensemble du pays. On a une difficulté de même nature dans les centres de soutien aux personnes du troisième âge. Les centres qui leur sont destinés sont au nombre de 14 : quatre à Gaza, quatre à Maputo et dans les provinces, sauf dans le Niassa et Manica qui n'ont pas besoin de telles institutions. Les pensionnaires de ces centres sont environ neuf cents. La préoccupation de rendre les personnes âgées actives et valides a orienté un travail intense en vue de leur faire assumer un rôle positif dans l'institution. A beaucoup on a offert la possibilité d'avoir leur propre champ au centre, mais ce processus est parfois contrarié, en certaines occasions cette possibilité est entravée. L'orientation des organes responsables est de ne pas créer d'autres centres, mais des petites communautés ; les villages communautaires devraient être le terrain de choix pour une œuvre d'intégration dans la communauté. Mais il manque encore un organisme responsable pour la Prévoyance et la Sécurité Sociale⁹.

Un autre problème que doit affronter l'Assistance Sociale est celui de la prévention et de la lutte contre les toxicomanies. On a proposé une campagne contre l'alcoolisme qui devrait concerner les conseils de production et les organisations démocratiques de masse. Il y a cependant dans cette campagne de nombreux aspects qui laissent perplexe, comme la proposition de créer une carte d'identité pour les alcooliques¹⁰.

9. Certains aspects spécifiques de la société mozambicaine, outre l'élévation prévisible de l'âge moyen, laissent prévoir une augmentation des pensionnaires du troisième âge : la crise de la famille polygame, la stabilisation non encore réalisée de la famille monogame qui augmente le risque de marginalisation de la femme ; l'effritement de la famille traditionnelle, la crise du rôle traditionnel de l'ancien ; le phénomène migratoire en direction de l'Afrique du Sud, même si celui-ci est contenu davantage.

10. Au Mozambique, on fume le « *suruma* », un dérivé du cannabis : l'usage n'en est pas excessif et en général limité aux rites et fonctions collectives. Mais chez les jeunes de la ville, la consommation de *suruma* répond à des motivations, une problématique existentielle marginalisante. Plus grave par l'ampleur qu'il revêt, le phénomène de l'alcoolisme est une conséquence soit d'une habitude coutumière (usage de boissons fermentées à base de fruit), soit d'une habitude coloniale (usage de boissons fortes, distillées). Le phénomène a pris une ampleur sociale certaine à la suite du nombre élevé d'accidents de la route qu'il provoque. Pour cette raison, une campagne anti-alcoolique, promue par l'Assistance Sociale, a été mise sur pied.

2. 4. - *La commission nationale de coordination de la santé mentale*

Au début de 1979 on a signalé quatre objectifs prioritaires pour l'assistance médicale en ce qui concerne la santé mentale :

- l'élaboration d'un programme d'enseignement de la psychiatrie pour le personnel paramédical ;
- l'élaboration de recueils de statistiques pour permettre une évaluation de la pathologie psychiatrique dans le pays ;
- la nécessité d'organiser des tournées de médecins psychiatres dans les provinces avec la double finalité d'étudier directement les problèmes de la santé mentale sur le terrain, et d'apporter une assistance spécialisée au personnel des districts.

Le but principal a cependant été la formation d'une commission nationale de coordination de la santé mentale. Sa mise en place a nécessité à la Direction Nationale d'Assistance Médicale trois mois de travail. A cette commission ont participé des représentants des Ministères de l'Education et de la Culture, de l'Intérieur, de la Justice, du Travail, des Conseils de Production, de la Commission Nationale des villages communautaires, de l'Assistance Sociale, de la Direction Nationale de la Médecine préventive, de l'Organisation des femmes mozambicaines et de la jeunesse mozambicaine et tout les psychiatres présents dans la province de Maputo. Tous ces organismes se trouvaient directement confrontés aux problèmes de la santé mentale et des solutions à leur apporter. On a soumis à cette commission des problèmes tels que la difficulté d'adaptation à la vie urbaine, l'impact des techniques et de l'organisation sociale modernes dans le travail, les difficultés scolaires, la délinquance, les toxicomanies. On en a conclu à la nécessité d'harmoniser l'évolution sociale pour prévenir ou du moins atténuer, les causes de désadaptation et de sensibiliser aux problèmes de la santé mentale les personnes qui travaillent dans ces différents organismes. L'intérêt suscité par les travaux de la commission a été énorme et a atteint un sommet sans précédent pour un tel thème. Les organismes présents ont cependant participé avec beaucoup d'irrégularité aux six rencontres, accusant ainsi le manque de fonctionnalité de la commission. Au cours de sa dernière réunion, elle a ratifié — comme prioritaires — les thèmes sur l'Education et la Justice, à créé formellement un Cabinet

d'Appui Technique auprès de la Direction nationale de l'Assistance médicale, ayant pour fonction de recevoir, centraliser et élaborer toutes les données. Ce cabinet comprend un psychologue, les représentants de l'Assistance Sociale et les psychiatres résidant à Maputo.

2.5. - Le cabinet d'Appui Technique

Il a d'abord traité de l'éducation, soulignant comme fondamentaux :

- le problème de l'insuffisance dans le rendement scolaire ;
- le problème des déséquilibres psychiatriques chez les professeurs et les élèves, manifesté par une proportion élevée de ces patients dans les services psychiatriques.

A ce sujet on a proposé une recherche, en collaboration avec le Ministère de l'Education, dans quelques écoles de Maputo : une en ville, une autre à la périphérie urbaine, une troisième enfin en zone rurale.

Quant à la proposition du service de rééducation du Ministère de l'Intérieur de concentrer les toxicomanes et les alcooliques en un seul camp de rééducation, on s'est accordé à organiser la visite des camps de rééducation par les psychiatres pour évaluer l'extension du problème du handicap mental et de la toxicomanie dans ce milieu. Ces visites ont montré qu'en fait le phénomène était très limité, et qu'une structure particulière pour les toxicomanes ne se justifiait pas. En ce qui concerne tous les autres objectifs définis par la commission, une partie seulement a pu être réalisée. On a mis sur pied les cours de spécialisation pour le personnel para-médical, on a distribué des schémas pour rassembler les données statistiques dans les services, mais ces données n'ont pas été rassemblées et on n'a pas publié de texte didactique pour les infirmiers. On a réalisé un programme de déplacement des psychiatres dans les provinces de Gaza et Inhambane. Le but de ces visites était de concrétiser la décentralisation sanitaire, dispenser l'enseignement au personnel para-médical et lui déléguer des fonctions spécialisées, et de contribuer à la solution de la problématique médico-légale.

Un bilan partiel de l'expérience nous apparaît positif malgré les problèmes de transport qui ont eu une répercussion négative sur l'organisation des tournées ¹¹.

Un seul objectif proposé par la commission n'a pas été accepté par le Cabinet d'Appui Technique : celui de réaliser une étude des désordres psycho-somatiques. Une telle étude a été jugée inopportune, sophistiquée et onéreuse, compte tenu des limitations au niveau des ressources humaines et matérielles disponibles. En raison des difficultés d'organisation pour convoquer ultérieurement la commission, l'activité du Cabinet s'est peu à peu réduite à un rôle consultatif en relation à la Direction de l'Assistance médicale. Quand, à la suite des changements survenus au sommet du Ministère au cours de l'Offensive Politique ¹², la Direction a également été changée, l'impasse dans laquelle était entré cet organisme a été confirmée, avec la nécessité d'une structure autonome de promotion de la santé mentale.

2.6. - *Le 7^e Conseil National de Coordination*

Au cours de la 7^e réunion du Conseil National de Coordination de la Santé en septembre 1980, on a affronté le problème de la sortie des hôpitaux psychiatriques des malades considérés

11. Il est intéressant de confronter les expériences des deux provinces. Dans la première, la demande est partie des structures sanitaires provinciales, directement concernées par la problématique de la psychiatrie. Dans la seconde, elle a été motivée par l'attitude de panique au cours de la guerre avec la Rhodésie : on a demandé des psychiatres pour affronter les cas de panique et d'hystérie, et pour affirmer, en général, le besoin d'assistance médicale. Dans le premier cas (Inhambane), l'intervention s'est faite avec le concours de techniciens de la médecine, mozambicains, et dans le second (Gaza) avec le concours de médecins, étrangers surtout. Les résultats les plus significatifs ont été obtenus à Inhambane, où l'on a pu pratiquement bloquer l'envoi de malades à l'hôpital psychiatrique.

12. Il s'agit d'un processus politique, idéologique et culturel qui veut combattre « la désorganisation, l'indiscipline, le laxisme, le sabotage, la bureaucratie, l'esprit de routine, l'incompétence et la corruption, manifestation de l'action physique et idéologique de l'ennemi de l'intérieur ». Ce processus a démarré en décembre 1979 et a été dirigé directement par le Président de la République, Samora Machel.

comme « guéris »¹³. Les responsables provinciaux de la Santé ont exprimé la difficulté qu'ils ont à insérer socialement de telles personnes et ils ont demandé de suspendre le programme de « déshospitalisation » jusqu'à ce que soit trouvé un programme plus articulé de réinsertion. On a invoqué, pour expliquer cette attitude, des raisons de péril pour l'ordre social, le fait que certains malades mentaux peuvent être dangereux, et une certaine résistance due à des préjugés culturels. Mais en fait, il est ressorti de la discussion même, qu'il n'est pas exact d'alléguer d'une opposition culturelle : l'attitude traditionnelle n'était pas, ou fort peu, marginalisante à l'égard du malade mental. L'attitude à l'égard de l'ex-interné pourrait être différente, mais alors il aurait fallu procéder à une analyse du problème social résultant de l'interruption du lien entre l'interné du fait de l'hospitalisation et son milieu familial et de travail. D'autre part, certaines expériences ont confirmé que, justement là où par nécessité il n'y aurait pas de psychiatre et où il aurait fallu recourir aux ressources locales, c'est là que se sont vérifiées les expériences les plus satisfaisantes de gestion de la déviance mentale¹⁴.

En conclusion, le Conseil réaffirmait les points suivants :

- le droit de l'ex-interné à être intégré dans son milieu d'origine ;
- la nécessité de sensibiliser au problème, les organisations démocratiques de masse ;
- la nécessité d'intensifier l'assistance psychiatrique dans tout le pays.

13. A la fin de 1974, avant l'Indépendance, le nombre des internés psychiatriques était arrivé à 1 600. A la suite des nationalisations, il a diminué, surtout entre la fin de 1979 et le début de 1980, pour arriver à 400 unités parmi lesquels 150 ont été jugés guéris et vont rejoindre leurs familles. On a fermé l'un des trois hôpitaux psychiatriques de la province de Maputo. Sur le sujet, voir : VENTURINI E. et ATTI S., *op. cit.*

14. Dans les provinces de Tete et du Nyassa, où l'on avait donné quelques informations psychiatriques aux techniciens médicaux et aux infirmiers généralistes, on n'a signalé aucun cas psychiatrique digne d'attention médicale pour une longue période. Dans la province de Manica, à Chimoto, il existe une petite institution d'assistance qui reçoit les personnes physiquement ou psychologiquement handicapées. En l'absence du technicien psychiatre, l'institution a été dirigée par un infirmier généraliste et, de l'avis général, les choses se sont améliorées et il n'y a pas eu d'augmentation des cas psychiatriques.

A court terme, les objectifs sont les suivants :

- renforcer le programme de visites psychiatriques, dans le sud du pays en vue du training et de la formation du personnel médical, para-médical et administratif sur le lieu du travail ;
- le déplacement des psychiatres dans les provinces où une telle assistance n'existe pas, afin de prendre connaissance de la situation ;
- la nécessité de continuer et de promouvoir le processus de réhabilitation dans les hôpitaux psychiatriques, par la création d'unités de production à intégrer dans la communauté ;
- la constitution d'un département pour malades mentaux dangereux, et la création d'un système de contrôle plus effectif à l'infirmerie de l'Hôpital Central de Maputo ;
- le renforcement de la formation en matière de santé mentale et d'Assistance Psychiatrique, à tous les niveaux professionnels du système national de santé ¹⁵ ;
- l'augmentation du nombre des infirmiers psychiatriques ;
- la réalisation d'un séminaire national de santé mentale avec la participation des représentants des autres Ministères, des Organisations Démocratiques de Masse ;
- la création, au sein du Ministère de la Santé, d'un organisme avec fonction de promotion et d'organisation en matière de santé mentale.

2.7. - Le Séminaire Provincial sur la Santé Mentale

Ce sont en particulier les deux derniers points du 7^e Conseil National qui ont été considérés comme spécialement importants, soit à cause de leur nouveauté soit pour les possibilités qu'ils offrent de modifier qualitativement l'organisation des services de santé mentale.

15. Dans le cadre du cours de psychologie effectué en 1979-1980, on a donné un cours de psychiatrie sociale aux étudiants en médecine. Ce cours s'articulait bien sûr sur des leçons et sur la recherche, mais aussi sur un apprentissage pratique à l'infirmerie psychiatrique de l'Hôpital Central de Maputo. Jusqu'ici cependant on n'a prévu de spécialisation en psychiatrie pour aucun médecin mozambicain.

PROBLEMATIQUE DE LA SANTE MENTALE AU MOZAMBIQUE

L'idée d'une structure centralisée et autonome pour la santé mentale s'était jusqu'ici opposée à une politique sanitaire qui voulait éviter la création de structures spécialisées. La nouvelle équipe ministérielle semblait cependant montrer une attitude plus pragmatique. La proposition du Cabinet d'Appui Technique a été de créer un Département de Santé Mentale formé de :

- un coordinateur national ;
- un Comité National de Santé Publique composé des responsables de la psychiatrie de chaque province ;
- un cabinet d'appui technique, composé d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un sociologue, d'un anthropologue, d'un assistant social, d'un représentant de l'Education et d'un autre de la Justice ;
- un comité d'application des programmes, avec le représentant de chaque ministère concerné et des organisations de masse.

La proposition a été acceptée, et pour concrétiser l'initiative on a organisé une visite des provinces du nord du pays pour avoir ainsi une connaissance directe et générale des services de santé mentale.

En ce qui concerne le séminaire, la phase de préparation a été un moment significatif pour définir les problèmes, échanger des expériences et sensibiliser les structures de l'Etat. On a défini une série de sujets qui auraient dû regarder, outre toutes les structures de la précédente Commission Nationale de Coordination de la Santé Mentale, l'Université de Maputo, le Centre d'Etudes Africaines, la Faculté d'Histoire et de Lettres. Il a été jugé cependant préférable de faire précéder le Séminaire national d'un Séminaire de la Province de Maputo, à cause du rôle de modèle que des séminaires analogues avaient eu par la suite sur la politique sanitaire de tout le pays, et en raison par ailleurs de l'importance particulière de cette province qui connaît une concentration de structures et de ressources psychiatriques et d'institutions d'assistance exceptionnelle au niveau national.

Le Gouvernement de la Province a ainsi convoqué les Directions provinciales de l'Education, de la Justice, de l'Intérieur, de la Sûreté, du Travail, des Transports, et la direction pro-

vinciale d'Appui et de Contrôle. Avec la direction provinciale de la Santé, il est devenu évident qu'il existait un manque de planification des diverses structures impliquées dans la solution des problèmes de santé mentale. Les objectifs du séminaire ont été précisés autour des axes suivants :

- permettre un échange d'expériences ;
- acquérir la connaissance des difficultés existantes dans les diverses structures et trouver des solutions ;
- atteindre des solutions opératoires.

On a ainsi proposé les thèmes suivants :

- les concepts de santé et de maladie ;
- santé mentale et santé publique. Soins de santé primaires en santé mentale ;
- articulation et participation des structures de l'Etat et des organisations démocratiques dans le programme de santé mentale.

On a également choisi comme sous-thèmes : Santé mentale et Education ; santé mentale et travail, santé mentale et Justice.

Des commissions ont approfondi les thèmes choisis jusqu'à la réalisation du séminaire.

3. Discussion

Il est particulièrement intéressant d'examiner comment a été affronté le thème des services de santé mentale dans un pays comme le Mozambique. L'intérêt réside spécialement dans la situation sociale, historique et politique particulière du pays. Le Mozambique, tout comme d'autres pays africains, se trouve dans une phase de décolonisation récente, et veut réaliser, à étapes forcées, un développement économique et social pour sortir du sous-développement chronique et a opté pour une transformation de la société dans un sens socialiste. Ce sont des caractéristiques et des options qui impliquent de grandes transformations culturelles et sociales et ceci est à même de susciter l'intérêt pour les effets que de tels événements peuvent avoir sur les modèles de comportement, sur l'idéologie et sur la pratique de la maladie et de la santé mentale.

Nous avons proposé un aperçu synthétique des modalités selon lesquelles la problématique de la santé mentale a été envisagée au cours des cinq dernières années par les structures sanitaires mozambicaines. Bien qu'une telle optique — nous l'avons déjà dit — ne puisse prétendre épuiser le sujet, elle se prête à quelques considérations utiles.

Depuis le début, le problème des services de santé mentale est associé à une vision sanitaire moderne et progressiste. Les résolutions du 2^e et du 3^e Conseil National sont exhaustives et concrètes. Elles se préoccupent de la généralisation et de la décentralisation des services et du personnel et soulignent l'importance de la formation des cadres et l'implication des organisations démocratiques. Mais depuis le départ, l'intervention « concrète » privilégie l'amélioration du monde hospitalier psychiatrique existant, sacrifiant — même si c'est seulement de manière temporaire — tout effort en vue de la prévention primaire et tertiaire. Les préoccupations se situent toutes à l'intérieur d'une optique hospitalière : distribution uniforme des postes de soins, utilisation plus rationnelle des ressources médicales. Mais la grande pénurie de cadres sanitaires rend difficilement réalisables ces grands objectifs hospitaliers. Ils re-
viennent de fait, ponctuellement, comme proposition à chaque nouvelle réunion. Une carence analogue de cadres professionnels se fait sentir sur le terrain de l'assistance sociale : la tentative de renverser la logique institutionnelle des services pour l'enfance et pour le troisième âge se heurte au manque de ressources humaines et matérielles. Non seulement ces institutions, héritage de l'époque coloniale, ne se réduisent pas à des centres de passage, mais elles participent à l'aggravation de la désadaptation juvénile et de la marginalisation des personnes âgées. Les institutions sont congestionnées et de plus en plus incapables de répondre à leur finalité première, dominées qu'elles sont par la logique de leur propre survie. Ce sont les tenailles du sous-développement qui contraignent à la logique de l'immédiat, souvent en contradiction avec les objectifs à long terme. L'effort pour la formation du personnel est souvent sacrifié à la nécessité d'assurer la routine quotidienne. Mais le problème des institutions ne peut se résoudre de l'intérieur : il nécessite une logique externe alternative aux institutions elles-mêmes.

En 1979, la constitution d'une Commission de Coordination Nationale de la Santé Mentale exprime la tentative de dépasser la limite imposée par l'optique institutionnelle hospitalière. On a cherché à sortir du schéma médico-psychiatrique et de réaliser une approche organique et diffuse de la problématique des services de santé mentale. Selon nous, la Commission a atteint justement ces objectifs « politiques ». Elle exprime de fait, un des moments les plus significatifs atteints dans l'histoire des services de santé mentale au Mozambique. Mais l'évolution de l'initiative est de plus emblématique : la tentative de créer une structure horizontale, de fait a évolué vers une structure inefficace et bureaucratique ne correspondant plus aux modalités de participations telles qu'elles ont été redéfinies politiquement. Ce n'est pas par hasard que la commission, dès le début, a manifesté autant de difficulté à réunir des organismes aussi divers et a glissé rapidement dans la délégation technique de ses fonctions. L'exigence exprimée est celle d'une structure centralisée qui puisse avoir une capacité d'organisation et de promotion. La rigidité des positions prises par l'ancien Ministère de la Santé empêche l'évolution de la situation et tend au contraire à vider de sa signification le Cabinet d'Appui Technique, formé, de plus, de médecins psychiatres, et donc encore prisonnier d'une optique partielle.

Le 7^e Conseil National de Santé constitue le moment auquel les tensions provoquées par de tels processus et jusqu'ici non clairement exprimées, vont avoir la possibilité de s'affronter. Le problème de la réinsertion sociale de l'ex-interné dans un hôpital psychiatrique met bien en lumière les valeurs, mais aussi les ambiguïtés de la psychiatrie. La réinsertion, en fait, peut être affrontée comme un problème technique et démontrer la nécessité d'un réseau extra-hospitalier professionnellement qualifié dans le contrôle de l'ex-interné, ou alors la réinsertion peut être envisagée d'une manière plus globale comme attitude du milieu social à l'égard de la manifestation de l'altérité et montrer alors quels sont les idéaux moraux et politiques de la communauté dans son affirmation du droit à la différence. Dans la seconde hypothèse, la sortie de l'hôpital atteste la capacité de mobiliser les tensions positives de la population et constitue le thermomètre en quelque sorte du processus de transformation sociale pour la création d'un nouvel humanisme. La réinser

tion de l'ex-interné psychiatrique est, en substance, la vérification au niveau du réel de l'idéologie promue par la politique de santé mentale. Selon nous, la contradiction révélée au cours du 7^e Conseil National a fait émerger justement la manière de voir positiviste de certains cadres sanitaires, résidu de leur formation coloniale ; approche techniciste et dissociative de la complexité des problèmes réels. Et ce n'est pas par hasard que ce sont justement ces milieux qui ont soutenu que la santé mentale n'est pas un problème prioritaire de la politique sanitaire du pays.

Bien sûr, ce ne sera certes pas nous qui minimiserons la gravité et l'urgence des problèmes que posent les maladies contagieuses bactériennes et parasitaires, les déficiences nutritionnelles et la malnutrition, la mortalité infantile, les maladies de la grossesse et de l'accouchement. Il nous semble cependant qu'à partir de là, nier l'importance d'une politique de santé mentale, signifie commettre deux erreurs graves. L'une est de ne pas prendre en considération le poids et le coût humain et social que les maladies psychiques imposent à la communauté. L'autre est l'équivoque qui consiste à considérer comme synonymes psychiatrie et santé mentale. En Afrique comme ailleurs la défense de la santé mentale constitue un problème grave : en peuvent témoigner une riche littérature spécialisée et les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Et il ne s'agit pas seulement de dommages cérébraux consécutifs à des maladies organiques : dommages pour lesquels à juste titre il existe une politique de prévention à travers une politique d'attention primaire qui, comme l'amélioration des services sanitaires, puisse conduire à l'amélioration du milieu et des conditions de vie de la population. Il s'agit de considérer aussi les dommages occasionnés par le rapide changement social, la croissance de la ville et les effets de la civilisation urbaine, les nouvelles formes d'organisation politico-sociale, l'industrialisation en un mot, tout ce qui a contribué à la rupture de l'unité des modèles traditionnels de comportement et de valeurs ; conjoncture de bouleversement qui provoque un malaise psychologique diffus et profond.

Nous ne savons pas si la politique mozambicaine qui se veut orientée vers un développement social équilibré et respectueux du facteur humain entraîne l'émergence de tels phéno-

mènes sociaux non désirés dans une proportion relativement plus faible ou non que dans d'autres pays africains aux options politiques et sociales différentes. Une telle évaluation ne rentre pas dans le cadre de ce travail. Ce qui est certain, c'est qu'au Mozambique aussi ce malaise existe. Le nombre des personnes qui s'adressent aux services psychiatriques est en augmentation constante. La difficulté qu'il y a à faire référence à des données statistiques sûres pourrait susciter le doute sur l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de la demande psychiatrique est à attribuer à — ou s'accompagne de — une amélioration et à une extension de la « réponse » psychiatrique. L'impression demeure toutefois que l'augmentation est, en fait, réelle et liée aux causes du malaise que nous avons évoquées¹⁶. Un certain malaise psychique accompagne inévitablement tout phénomène de transformation sociale. A ceci, il faut ajouter un autre malaise qui concerne certains secteurs de la population, peut-être les plus actifs et qui se trouvent en position de responsabilité, quand une situation de tension politico-morale — la lutte de libération nationale — qui requière un investissement personnel très grand fait place à une phase prévisible et nécessaire de construction nationale qui elle nécessite des réaménagements des investissements psychiques.

Les dernières positions des responsables sanitaires, — acceptation d'un département de santé mentale et réalisation d'un séminaire sur la santé mentale — semblent confirmer, même si ce n'est pas encore d'une manière très claire et absolument décisive, une attitude plus souple en relation à une politique de santé mentale. Ceci est à mettre sur le compte des changements au sommet du Ministère, et aussi à la nécessité de prendre en considération la pression dérivant du travail de déshospitalisation opéré dans le secteur psychiatrique. On a dû en substance adapter l'organisation aux mutations qui se sont vérifiées dans la pratique, la demande ayant dépassé l'offre.

16. Cette remarque ne perd rien de sa portée, même si on interprète une partie de ce malaise comme destinée à obtenir des avantages secondaires à travers des motivations psychologiques comme la demande de transfert d'un poste de travail fatigant, l'interruption de l'activité scolaire, l'octroi d'une période de repos, la diminution des effets d'une situation pénible, comme la détention ou une condition de discipline forcée, etc.

Une fois dépassée l'interdiction de créer des structures spécialisées à la suite des expériences faites, il semble qu'une ligne se soit affirmée : celle qui privilégie — dans le cadre du Ministère de la Santé — la constitution d'un organisme contralysé et permanent qui aura une fonction de promotion et de coordination de la santé mentale. Ceci est un pas en avant pour une politique correcte dans ce secteur. Si elle est confirmée, l'initiative du séminaire sera aussi très importante. Son ouverture à des structures qui ne sont pas seulement sanitaires démontre la consolidation d'une optique capable de dépasser désormais le schéma médico-hospitalier et de plus manifeste la volonté de maintenir une tension horizontale avec les autres structures et une confrontation dialectique avec la base.

4. Conclusion

Une programmation correcte des services de santé mentale demande la présence de personnel qualifié. Cependant si toute la programmation est concentrée sur les services hospitaliers, la demande en personnel qualifié augmente de telle manière qu'il n'est plus possible de la satisfaire pleinement, et elle entre alors en conflit avec les besoins sanitaires d'autres secteurs. On a ainsi le cercle vicieux d'une demande progressive de cadres et d'une incapacité d'y répondre. Ces risques existent aussi au Mozambique dans le secteur de la santé mentale et ils sont aggravés par l'absence d'un personnel médical mozambicain spécialisé en psychiatrie. La présence — limitée dans sa durée — des médecins étrangers réduit la continuité des expériences.

Au-delà du problème des cadres professionnels, notre analyse des initiatives des services de santé mentale a mis en évidence qu'une attitude correcte envers le malade mental et l'hospitalisé psychiatrique renvoie davantage à un problème d'attention et de disponibilité de la communauté qu'à une question de connaissance professionnelle. Cette attitude positive est parfois, et paradoxalement, sollicitée en dehors de l'intervention psychiatrique du type institutionnel-hospitalier (voir la discussion du 7^e Conseil National de Coordination de la Santé et l'expérience des visites psychiatriques dans les provinces de Gaza et de Inhambene). Cette intervention en fait tend à éliminer la contradiction du malade psychique par sa mise en marge de la

communauté. Il s'agit d'une intervention iatrogène que représente l'hospitalisation, et qui doit être évitée en faisant émerger du groupe une tension de solidarité pour le malade mental. En ce sens il sera bon de se référer aux valeurs de la médecine traditionnelle quand celles-ci sont positives.

De la même manière, la dialectique à l'intérieur des structures du Ministère de la Santé démontre qu'il s'agit davantage d'un problème plus complexe d'attitude à l'encontre de « l'autre » que seulement d'un problème d'organisation des services. La psychiatrie, plus peut-être que les autres disciplines sanitaires, fait apparaître les contradictions sociales quand elle ne réduit pas la maladie mentale, objet de sa discipline, à un problème technique. Dans ce cas il est nécessaire de sortir d'un schéma rigide de type institutionnel-hospitalier. Encore une fois, la problématique renvoie à un choix entre une politique à orientation curative et une autre à vocation plus préventive. On retrouve ici la complexité du concept de santé, qui ne saurait être réduit au seul terrain sanitaire.

Ernesto VENTURINI,
Medico Psichiatria,
Primario dell'Ospedale Psichiatrico
e Responsabile del Centro di Salute
Mentale della V^a Zona,
Trieste, Italia.

RESUME :

On a examiné les initiatives prises en matière de santé mentale au Mozambique, au cours de ces cinq dernières années, c'est-à-dire depuis l'Indépendance du pays. L'analyse souligne les problèmes que l'on rencontre à l'intérieur des structures sanitaires dans la recherche et l'affirmation d'une politique de la santé mentale. Ces problèmes émergent clairement, d'autant plus que les structures sanitaires cherchent, comme c'est le cas au Mozambique, à implanter une médecine démocratique et progressiste. La contradiction naît, selon l'auteur, d'une présence accrue du social sur le terrain de la santé mentale, par rapport aux autres disciplines médicales, quand on abandonne un schéma institutionnel-hospitalier rigide. Une des conséquences du schéma médical classique, qui conditionne encore la vision de certains médecins, est par exemple de sous-estimer la problématique de la santé mentale dans un pays qui, comme le Mozambique, affronte de graves problèmes sanitaires, sous prétexte que la maladie mentale ne présente que rarement un risque léthal. Cette attitude réductrice n'est pas sans périls sérieux pour la communauté. C'est cependant le processus dialectique qui s'est instauré entre l'ancienne optique institutionnelle-hospitalière et la nouvelle vision sanitaire, orientée vers la prévention, qui démontre la possibilité d'une évolution positive de toute la problématique, évolution riche en promesses.

Mots clés : Santé mentale — politique sanitaire — changements sociaux — Mozambique.

SUMMARY :

THE PROBLEM OF MENTAL HEALTH POLICY IN MOZAMBIQUE

We examined health activities in Mozambique in the past five years i.e. since Independence. The analysis stresses problems found within the health administration in the search and implementation of a mental health policy. These problems become more visible as the Health authorities attempt to implement a democratic and progressive medicine, as it is the case in Mozambique. According to the author, the contradiction starts with the determining presence of the « social » in the Mental Health Sector of other medical disciplines outside the rigid institutional hospital field. One of the consequences of this pattern which still determines the attitude of certain medical doctors, is for example the fact, that the problems of mental health are underrated in a country which, as Mozambique, is facing serious sanitary problems. This narrow vision is not without serious dangers for the community (dangerous for the society). The dialectic process between the old institutional hospital vision and the new sanitary approach directed towards preventive action shows the possibility of a very promising positive development.

Key words : mental health — sanitary policy — social changement — Mozambique