

# Aux Comores, **une psy**

Aux Comores, le dispositif de soins en santé mentale est quasiment inexistant. Face à l'extrême pauvreté de la population, un réseau de soignants référents permet une première mobilisation au chevet de patients en très grande souffrance.

Imaginez un petit pays dont le nombre d'habitants est égal à celui d'une ville comme Nantes, avec un seul psychiatre, trois infirmiers et aucun service d'hospitalisation dédié à la santé mentale! Telle était la situation il y a trois ans de l'Union des Comores, trois petites îles de l'Océan indien qui forment, avec Mayotte, les îles de la Lune (1) (voir carte page suivante).

L'infirmier de l'une d'elles, l'île d'Anjouan, lance alors un appel à ses « confrères » français qui exercent à Mayotte et à La Réunion. Il explique que, seul, il doit faire face à des pratiques d'enfermement et d'enchaînement des *mwenza masera*, les « fous ». Il décrit comment les malades sont attachés dans de petites cases, au milieu de la cour familiale, au mieux avec un matelas, le plus souvent dormant à même le sol. Sans lieux de soins et sans traitements, à part les approches traditionnelles (qui se révèlent parfois très coûteuses...), les familles sont contraintes de les maintenir enfermés et souvent enchaînés. À la Grande Comore, la plus grande des îles, le psychiatre et l'infirmière se démènent pour ouvrir un service d'hospitalisation de psychiatrie. À Mohéli, la plus petite des îles, la situation est plus dramatique encore, car le service de santé mentale n'existe plus.

**Emmanuelle HEITZMANN\***,  
**Frédéric MAUVISSEAU\*\***

\*Infirmière en santé mentale,

\*\*Psychiatre, CHU de La Réunion.



© Alain Signori.

# psychiatrie à petits pas

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes souffrant de troubles psychotiques représentent 1 % de la population et dans les pays à faibles revenus, plus de 90 % de ces patients sont non traités.

## DES RÉFÉRENTS EN SANTÉ MENTALE

L'appel de cet infirmier en santé mentale a enclenché une coopération entre le CHU de la Réunion et le ministère de la Santé de l'Union des Comores et fait émerger le projet d'un réseau de santé mentale sur les îles d'Anjouan et de Mohéli, à partir d'une idée simple : potentialiser les maigres ressources en professionnels par une organisation en réseau. Ce projet s'est déroulé en quatre étapes pour chaque île :

– Tout d'abord, une sensibilisation aux troubles psychiques a été faite auprès des soignants des hôpitaux et dispensaires locaux (non spécialisés en santé mentale), avec le message suivant : « *La maladie mentale est une pathologie comme les autres.* » Ces professionnels ont ainsi pris la mesure de la stigmatisation et de l'exclusion dont souffrent ces patients. Une dizaine de soignants sur chaque île ont ensuite été volontaires pour se former et devenir référents en santé mentale sur leur district sanitaire.

– Dans un deuxième temps, ces infirmiers, sages-femmes et médecins, ont reçu une formation au guide d'intervention MHGAP (*Mental Health Gap Action Program*), de l'OMS (2011). Conçu pour des soignants non spécialistes de la santé mentale, cet outil fournit des repères pour l'évaluation, la prise de décision et la mise en place d'interventions. Il s'adapte au plus près des particularités du terrain.

– Les soignants référents insulaires ont également été accueillis en stage dans le pôle de santé mentale du CHU de la Réunion. Ils ont ainsi pu se former, échanger et « *faire le plein d'idées* » auprès des équipes de psychiatrie mais aussi des différents acteurs médico-sociaux et associatifs.

– Un an après la mise en place du réseau et la formation des référents, un bilan

exhaustif a été réalisé avec tous les acteurs de santé, afin de consolider et pérenniser ce réseau.

## DES PATIENTS ENCHAÎNÉS, DES FAMILLES DÉMUNIES

Dans le cadre de cette coopération, nous avons suivi un infirmier en santé mentale dans ses visites à domicile. Nous avons ainsi rencontré plusieurs patients psychotiques enchaînés. Ces quelques exemples illustrent bien la situation de grande précarité du soin psychique aux Comores (2).

- **Kamaria, 45 ans, très délirante**, est attachée depuis quelques mois par une chaîne à son pied, dans une petite case qui jouxte l'habitat familial. Ses proches ont été contraints de l'enfermer car elle est agressive envers les autres (elle lance des pierres sur sa mère par exemple), et se met en danger en sortant à moitié nue la nuit et errant sur la route. Les échanges sont difficiles avec Kamaria : elle délire, soliloque, présente des rires immotivés et semble en proie à des hallucinations visuelles. Son frère raconte qu'elle a décompensé environ deux mois après son retour sur l'île. Auparavant, elle vivait avec sa mère à Mayotte, l'île française voisine, où elle recevait un antipsychotique à action prolongée qui stabilisait ses troubles. Cette période d'environ deux mois correspond à la durée d'effet du traitement retard. Toute la famille et les voisins écoutent la « consultation », dans la cour, face à Kamaria allongée sur le sol de sa petite case. L'infirmier insiste pour qu'un traitement par injection soit à nouveau instauré, malgré les difficultés économiques.

- **Une situation très différente est celle de M'guereza** (« l'Américain »), qui n'a d'américain que le surnom. Tous les habitants de l'île connaissent cet homme de 50 ans, enchaîné depuis 30 ans dans une petite case de la ville principale. L'ouverture de son abri de terre sous tôle donne sur une ruelle passante et, comme sa chaîne reliée à un bloc-moteur est suffisamment longue, il peut sortir « librement » dans un périmètre très

restreint. Il communique ainsi avec son entourage à qui il demande argent ou cigarettes. Les voisins le saluent quand ils le croisent. M'guereza a des mimiques et un faciès torturé, il tire sur sa cigarette avec des bruits respiratoires forcés, et se tient courbé en se balançant. Quand il redresse sa grande stature, c'est pour réclamer quelques pièces de monnaie, mais un réel échange avec lui est impossible. Sa sœur, résignée, explique qu'il a eu, longtemps auparavant, quelques injections de neuroleptiques, mais qu'elle n'a pas les moyens de payer un traitement au long cours.

- **Une rue plus loin, Saïd, la trentaine**, est attaché au milieu de la cour de la maison de son frère. Il a juste une tôle au-dessus de la tête, pour s'abriter de la pluie, et une planche posée au sol. Son pied est enchaîné à un bloc-moteur qui baigne dans l'urine et les excréments. Il est incurie et quasiment nu. Des plaies sont visibles à son poignet, conséquences d'un enchaînement précédent. Sa mère, membre d'une association de proches, cherche une solution. Saïd accepte notre présence et nous échangeons quelques mots avec lui, même si ses propos sont parfois incohérents. L'infirmier et la mère expliquent que Saïd avait bien répondu aux injections de neuroleptiques à faible dose et qu'il avait même repris le cours de sa vie. Mais ce traitement a été interrompu faute de moyens. Il coûte environ 20 euros, comprend deux ampoules d'halopéridol injectable et un traitement correcteur per os sur cinq jours après l'injection. La famille démunie ne peut assurer cette dépense sur le long terme.

- **Nous rencontrons aussi Mahad, 39 ans**, isolé dans une case au fond du jardin familial, au milieu des bananiers. Le jour de notre visite, il est seul, car sa famille est partie accompagner un enfant qui doit être hospitalisé. Cette visite a troublé l'infirmière du CHU, qui relate : « *En tant qu'infirmière, je voulais témoigner de mon ressenti particulier et de ma réaction à la rencontre de ce patient. Il se tient debout dans sa cahute, un*

bâton dans une main, une bouteille d'eau dans l'autre. Il est délirant, soliloque, son regard est vide et fixe. Un tissu jeté sur son épaule cache à peine son corps nu, maigre et incuriqué. Ses cheveux sont en bataille, son pied est entravé par une chaîne insérée dans le mur limitant ses mouvements. Devant ce tableau que je qualifierai de désolation, je n'éprouve aucune émotion : ni colère, ni peur, ni tristesse, ni dégoût, ni sentiment d'injustice. Si j'avais vu un chien attaché court à une chaîne, cela m'aurait révoltée et fait réagir. Mais je reste comme insensible, anesthésiée de tout sentiment alors que l'humiliation, l'exclusion, la maltraitance ou l'injustice me font habituellement réagir. Je ressens un vide intérieur, qui peut-être m'aide à supporter l'impensable, à accepter l'irréel. Cette expérience humaine dans laquelle la relation n'arrive pas à s'initier me permet aujourd'hui de comprendre que face à un homme déshumanisé, la communication est difficile à établir. Difficile de me relier à cet autre, car il est trop loin de moi, il n'apparaît plus à mes yeux comme un être humain. Je ne me reconnais pas dans cet homme dénué de dignité. La déshumanisation apparaît comme un frein à la relation.

Comment entrer en contact avec lui et faire émerger de l'empathie? Je tente de saisir son regard mais il est vide, halluciné, je lui parle mais il ne m'écoute pas et il est probable qu'il ne comprend pas bien le français. Peut-être que si j'avais touché sa peau alors il m'aurait émue. L'empathie nécessite d'abord un contact. Des soins corporels auraient pu être le premier pas pour que ce patient psychotique revienne dans le monde des hommes, en lui redonnant dignité et humanité. Il est là le rôle de l'infirmier : prendre soin par des gestes simples au-delà de la parole, laver, habiller, coiffer pour réhumaniser. Une autre question se pose : pourquoi ai-je réagi différemment lors des visites au domicile des autres patients enchaînés? La réponse se trouve peut-être dans les conditions singulières de cette visite à domicile. Nous ne sommes pas accompagnés des membres de la famille et l'infirmier local nous a laissés seuls car il les cherche désespérément aux alentours. Une autre façon de rentrer en lien avec cet homme aurait été d'être accompagné d'un proche. Cette déshumanisation émerge de la convergence de l'exclusion, du manque de soins et de la privation de liberté. »

### DES SOIGNANTS ULTRA-MOTIVÉS

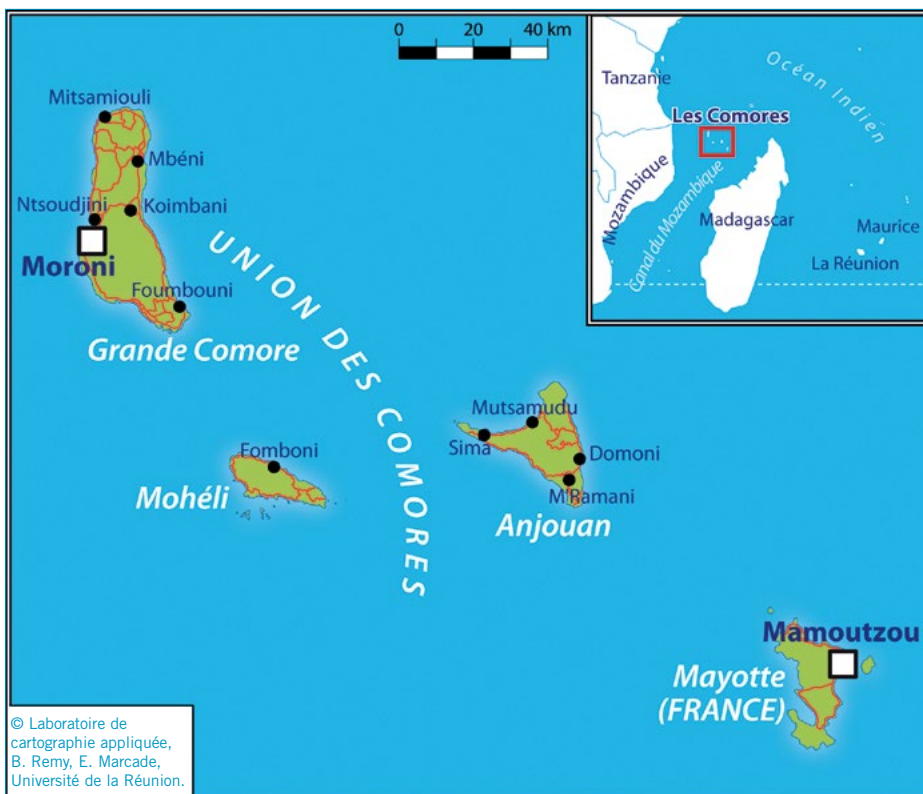
Le réseau de santé mentale a donc pris forme à partir des compétences et de la volonté des deux infirmiers en santé mentale des îles de Mohéli et d'Anjouan, formés et spécialisés, qui avaient effectué depuis plusieurs années un travail précieux de repérage des malades mentaux sur leur territoire.

Désormais, ces soignants ne sont plus seuls : pivots du réseau de leur Île, ils peuvent faire appel à des référents de district sanitaire. Ces derniers rencontrent alors régulièrement les familles et les soutiennent dans la prise en soins des patients. Ils maintiennent le contact et assurent le suivi des injections de neuroleptiques retard et la surveillance clinique, en collaboration avec le service de santé mentale. Ces référents volontaires exercent cette fonction en plus de leur travail habituel dans les dispensaires et services de médecine, chirurgie et obstétrique. Ils ont aussi un rôle d'information auprès de la population, qui considère la folie comme une malédiction, qui apporte la honte sur toute la famille et donc l'exclusion et la stigmatisation de ces patients.

Aux premiers symptômes de maladie mentale, les patients et les proches cherchent d'abord des solutions d'auto soin (plantes, soutien familial...) puis ils se tournent vers la médecine traditionnelle. La folie est souvent identifiée comme venant du monde de l'invisible, celui des djinns (créatures surnaturelles). Le recours à cette médecine traditionnelle et aux thérapies basées sur la religion est très courant. Ce n'est que lorsque ces recours ont été épuisés que les malades sont orientés vers les urgences de l'hôpital, généralement en état de crise.

Ce maillage de référents en santé mentale permet d'agir rapidement, dans les lieux de soins de proximité, dès l'apparition des premiers signes de la maladie ou de la rechute. Le suivi est alors plus régulier. Dans les sociétés africaines, la notion d'appartenance à la famille, au groupe, au village, est fondamentale et on comprend que le soin doit se faire au niveau communautaire. Le plan de santé mentale de l'OMS (2013-2020) recommande ainsi de transférer les services des institutions vers la communauté.

Notons aussi que les infirmiers comoriens en stage au CHU de la Réunion nous ont fait prendre conscience de certaines aberrations... L'un d'eux a



relevé qu'un patient qui arrivait aux urgences rencontrait plus de 30 personnes différentes. Voir des malades hospitalisés pendant des mois dans certains services de psychiatrie, coupés de leur environnement, les a interrogés sur leur future réhabilitation sociale. Soignants français et comoriens ont ainsi comparé leurs systèmes de soins, d'un côté une institution parfois « figée » dans son fonctionnement et de l'autre, une poignée de soignants motivés pour implanter un réseau de soins en santé mentale dans leur environnement. Cette réflexion a permis à tous de prendre du recul et d'imaginer des organisations communautaires plus adéquates, en lien avec les recommandations de l'OMS. Actuellement, aux Comores, les moyens humains et financiers manquent encore cruellement pour créer un service de santé mentale. Quand un patient est agité, suicidaire ou qu'il nécessite une surveillance générale, où l'infirmier de santé mentale lui rend visite plusieurs fois par jour. Une réflexion est en cours pour la création d'une chambre d'isolement à l'hôpital général, mais il faudrait en parallèle définir un cadre pour son utilisation. Le problème majeur reste celui de l'accès aux traitements médicamenteux. Le coût élevé des médicaments et leur indisponibilité sont une entrave aux soins. Une liste des médicaments psychotropes essentiels a été établie en collaboration avec le directeur de la Centrale d'achat de médicaments de l'Union des Comores (CAMUC) et en accord avec les autorités. Cette démarche garantit la provenance,

la sécurité et la disponibilité des produits pharmaceutiques. Encore faut-il que les familles et la communauté acceptent de payer ces traitements. Pour cela, il faut d'abord qu'elles soient persuadées de leur efficacité, ce qui nécessite un gros travail d'information de la population. Par leur présence, les référents en santé mentale jouent un rôle primordial pour leur faire accepter que la folie est une pathologie.

### CONCLUSION

Sur les îles d'Anjouan et de Mohéli, le réseau de santé mentale est donc effectif et a été validé au niveau national. Anjouan a aussi renforcé son service de santé mentale, qui compte aujourd'hui un médecin et trois infirmiers, appuyés par dix autres soignants « référents » volontaires. Dans la même dynamique, une association de parents et amis des malades mentaux a vu le jour sur Mohéli. Les autorités de santé ont pris part au projet en validant toutes les actions. Ce réseau de santé mentale constitue un espoir pour l'amélioration des soins. Il doit désormais se consolider au niveau local, national et s'élargir sur l'extérieur, ce qui pourrait contribuer à endiguer le flux de patients qui se dirige aujourd'hui vers le Centre hospitalier de Mayotte.

1– Sur le plan géographique, l'archipel des Comores, dans l'Océan indien, est constitué de 4 îles : la Grande Comore Ngazidjia, Mohéli, Anjouan et Mayotte, qui forment un croissant, d'où le nom des îles de la Lune. Sur le plan politique, Mayotte reste aujourd'hui la seule île de cet

archipel demeurée française (Département d'outre-mer). Elle est (relativement) proche de l'île de La Réunion (1 600 kilomètres), Département et région d'outre-mer (DOM-ROM).  
2– À part celui de M'guezeza, patient que toute l'île connaît, les prénoms sont fictifs.

### BIBLIOGRAPHIE

- Barbiéra N., Isslame M., Isslahi A., 2003, *Santé mentale à la Grande Comore*, in *L'Information psychiatrique*, volume 79, n° 10, décembre 2003, p. 903-911.
- Blanchy S., 1988, *Éléments pour une anthropologie des pratiques thérapeutiques à Mayotte*, L'Espoir, La Réunion, n° 2, p. 32-41.
- Blanchy S. et al., 1993, *Thérapies traditionnelles aux Comores*, Cahiers Sciences Humaines 29 (4) 1993 : 763-790.
- Briac J. (2000), *Les Comores quelques éléments d'approche*, Association pour la recherche inter-culturelle, bulletin n° 37, p. 25-37.
- Decloitre L. (2014), *Les fous liés des Comores, Libération*.
- Foubert R., M'Roivili K., Selod S., *Santé mentale aux Comores 2004, rapport de mission*.
- Heitzmann E., Mauvisseau F.; *Rapport de mission de coopération en santé mentale avec l'Union des Comores; CHU de la Réunion Anjouan 9-20 septembre 2015; Anjouan 3-12 avril 2016; Mohéli 6-15 septembre 2016; Grande Comore, Anjouan, Mohéli 20 mars-3 avril 2017*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020*.
- Organisation mondiale de la santé. *Guide d'intervention mhGAP (version 1.0)*. Genève : OMS, 2011.
- Organisation mondiale de la santé et Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. *Évaluation et prise en charge des affections spécifiques liées au stress : module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0)*. Genève : OMS, 2013.
- Reverzy J.F., Mauvisseau F., Payet G., (1993), *Santé mentale et culture dans la collectivité territoriale de Mayotte*, *Transitions* n° 34 (199-257).

**Résumé :** Dans l'archipel des Comores, la culture traditionnelle considère la maladie mentale comme une malédiction, provenant du monde invisible... Faute de soins, les maladies psychiques s'aggravent, et les personnes se retrouvent souvent enchaînées dans un coin de l'habitat familial. L'appel à l'aide d'un infirmier en santé mentale a permis la mobilisation d'une coopération avec le CHU de La Réunion. Un réseau de soignants a été mis sur pied, basé sur le volontariat (en plus de leur activité de MCO). Il a permis de constituer un maillage d'intervenants au départ non spécialistes, de les former pour constituer des référents en santé mentale.

**Mots-clés :** Cas clinique – Comores – Dépenses de santé – Déshumanisation – Établissement de santé – Médecine traditionnelle – Partenariat – Pathologie psychiatrique – Prise en charge – Réseau de soins – Stigmatisation.